



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA

**L'EFFICACIA DEL SUPPORTO PRECOCE E QUALIFICATO SULLA
DURATA DELL'ALLATTAMENTO ESCLUSIVO E SUL BENESSERE
PSICOLOGICO POST PARTO: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE
PROSPETTICO**

Tesi di laurea in

“Metodologia della Ricerca in Ostetricia e Ginecologia”

Relatrice

Dott.ssa Chiara Carati

Presentata da

Alexandra Andreea Trifan

Correlatrici

Dott.ssa Alessia Brasiliani

Dott.ssa Francesca Cavazza

Sessione Novembre 2024

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

Abstract

Introduzione	7
Capitolo 1: L'importanza del latte materno	9
1.1 Un'importanza comprovata: le raccomandazioni OMS e Unicef	9
1.2 Benefici dell'allattamento al seno esclusivo	11
1.3 L'impatto di un buon avvio dell'allattamento al seno sul benessere psicologico post parto	15
Capitolo 2: Il ruolo del supporto precoce e qualificato nella promozione dell'allattamento al seno: uno studio osservazionale	19
2.1 Metodologia di selezione della popolazione: criteri e restrizioni	19
2.2 L'intervento di supporto all'allattamento: modalità e obiettivi	21
2.3 Raccolta dati: motivazioni, metodologia e selezione delle variabili determinanti	23
2.4 Tecniche e strumenti per la raccolta e l'elaborazione dei dati	26
Capitolo 3: Analisi dei dati e confronto con i dati regionali	29
3.1 Discussione e analisi dei dati ottenuti	29
3.1.1. <i>Stato dell'Allattamento al primo mese: dati e tendenze</i>	29
3.1.2. <i>Stato dell'Allattamento al terzo mese: dati e tendenze</i>	32
3.1.3. <i>Stato dell'Allattamento al sesto mese: dati e tendenze</i>	39
3.2 L'allattamento in Italia: l'Emilia-Romagna	43
3.3 Sostenere l'Allattamento Esclusivo: Il Modello dell'Ospedale Maggiore di Bologna	45
3.4 I limiti dello studio	48

Capitolo 4: Il ruolo dell'informazione gravidanza: percezione degli Operatori e degli utenti	51
4.1 Analisi dei dati ottenuti	55
Conclusioni	61
Bibliografia	65
Allegati	71
<i>Allegato 1. Questionario primo mese</i>	<i>71</i>
<i>Allegato 2. Questionario terzo mese</i>	<i>73</i>
<i>Allegato 3. Questionario sesto mese</i>	<i>75</i>
<i>Allegato 4. Questionario Ostetriche</i>	<i>79</i>
<i>Allegato 5. Scheda di raccolta dati alla presa in carico</i>	<i>83</i>
<i>Allegato 6. Scheda di raccolta dati relativa all'intervista del primo mese</i>	<i>85</i>
<i>Allegato 7. Scheda di raccolta dati relativa all'intervista del terzo mese</i>	<i>87</i>
<i>Allegato 8. Scheda di raccolta dati relativa all'intervista del sesto mese</i>	<i>89</i>
Ringraziamenti	91

Abstract

L'allattamento al seno è riconosciuto come una pratica fondamentale per la salute neonatale e materna, ma i tassi di abbandono precoce sono ancora elevati.

La presente tesi esplora l'efficacia del supporto precoce e qualificato fornito dalle ostetriche IBCLC sulla durata e l'esclusività dell'allattamento al seno, attraverso uno studio osservazionale condotto presso l'Ambulatorio Allattamento dell'Ospedale Maggiore di Bologna.

La ricerca ha coinvolto 98 donne, i dati sono stati raccolti mediante interviste telefoniche ad uno, tre e sei mesi di vita del neonato che miravano a raccogliere informazioni sul tipo di alimentazione fornita al neonato e sulle eventuali motivazioni dietro all'introduzione di latte in formula o all'interruzione dell'allattamento al seno.

I risultati hanno mostrato un significativo aumento del tasso di allattamento esclusivo, dal 60,47% al primo mese al 68,24% al terzo mese, seguito da una lieve diminuzione al (- 7%) al sesto mese.

Da i dati rilevati è emersa una discrepanza nelle percezioni riguardo alla sufficienza delle informazioni ricevute in gravidanza, e molte donne nonostante avessero frequentato un Percorso di Accompagnamento alla Nascita (PAN), hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni insufficienti a garantire un buon avvio dell'allattamento al seno. Pertanto, è stato somministrato un questionario alle ostetriche dei consultori di Bologna per indagare la loro percezione in merito e per individuare modalità migliorative nella qualità e quantità delle informazioni fornite alle donne, al fine di prevenire difficoltà post-parto.

I risultati evidenziano che un supporto precoce e qualificato incrementa la durata e l'esclusività dell'allattamento al seno.

La formazione adeguata degli operatori e un maggiore impegno nel fornire informazioni durante la gravidanza sono fondamentali per prevenire difficoltà post-partum e migliorare il successo dell'allattamento.

È necessario garantire che tutte le donne, inclusi quelle con gravidanze a rischio, ricevano un supporto completo e personalizzato per promuovere pratiche di allattamento efficaci e sostenibili.

Introduzione

L'allattamento al seno rappresenta una pratica fondamentale per la salute del neonato e della madre. Il latte materno, ricco di nutrienti essenziali e anticorpi, supporta il sistema immunitario del neonato, contribuendo alla prevenzione di infezioni e malattie, e apporta benefici per la madre riducendo il rischio di patologie come il cancro al seno e alle ovaie.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'UNICEF raccomandano l'allattamento esclusivo per i primi sei mesi di vita, tuttavia, i tassi di abbandono nei primi mesi restano elevati, soprattutto a causa delle difficoltà iniziali e della mancanza di supporto adeguato.

Diversi studi dimostrano che un sostegno precoce e qualificato può avere un ruolo determinante nel superamento delle difficoltà iniziali sostenendo le donne non solo a livello tecnico, ma anche emotivo.

Nonostante ciò, permangono differenze nell'accesso a tali servizi e nelle competenze degli operatori, che variano sia all'interno degli ospedali sia nei consultori territoriali. In questo contesto, il presente studio si concentra sull'Ambulatorio Allattamento dell'Ospedale Maggiore di Bologna, dove le madri hanno potuto beneficiare di un supporto mirato e precoce.

Il confronto con i dati regionali, che evidenziano un declino dell'allattamento esclusivo, mostra come il supporto offerto in ambulatorio non solo aumenti la percentuale di donne che allattano esclusivamente, ma offra anche un sostegno emotivo fondamentale, rafforzando la fiducia delle stesse.

Un aspetto emerso dalle interviste telefoniche alle donne coinvolte è il riscontro di una percezione di insufficienza delle informazioni ricevute in epoca prenatale nonostante molte avessero frequentato un Percorso di Accompagnamento alla Nascita (PAN).

Ritenendo essenziale approfondire questa discrepanza tra le aspettative delle madri e la formazione fornita, abbiamo esteso l'indagine coinvolgendo le ostetriche dei consultori di Bologna, mediante la diffusione di un questionario volto a esplorare le loro percezioni riguardo all'efficacia dell'informazione fornita in gravidanza circa l'allattamento.

Il confronto tra le percezioni degli operatori e le esperienze delle madri ha fornito una prospettiva preziosa su come migliorare il supporto all'allattamento in epoca prenatale, con l'obiettivo di prevenire le difficoltà che spesso emergono nelle prime ore e nei primi giorni post partum.

La tesi si articola in diversi capitoli: il primo capitolo presenta una revisione della letteratura sulle migliori pratiche, sui benefici dell'allattamento al seno e sugli ostacoli al sostegno dell'allattamento; il secondo capitolo descrive la metodologia della ricerca, seguita dall'analisi dei risultati nel terzo capitolo mentre il quarto capitolo si occupa dell'analisi e della discussione dei dati provenienti dal questionario proposto alle ostetriche dei consultori di Bologna.

Infine, le conclusioni discutono i risultati e avanzano raccomandazioni per migliorare la qualità e l'efficacia del supporto, evidenziando l'importanza di un approccio olistico e integrato per garantire il benessere materno e neonatale.

CAPITOLO PRIMO

L'IMPORTANZA DEL LATTE MATERNO

1.1. Un'importanza comprovata: le raccomandazioni OMS e Unicef

“L'OMS e l'UNICEF raccomandano che i bambini inizino l'allattamento al seno entro la prima ora dalla nascita e che siano allattati esclusivamente al seno per i primi 6 mesi di vita, ovvero senza fornire loro altri alimenti o liquidi, compresa l'acqua.

I neonati dovrebbero essere allattati a richiesta, ovvero tutte le volte che il bambino lo desidera, giorno e notte. Non dovrebbero essere usati biberon, tettarelle o ciucci.

A partire dall'età di 6 mesi, i bambini dovrebbero iniziare a mangiare alimenti complementari sicuri e adeguati, continuando ad allattare al seno fino ai due anni di età o oltre.”¹

Il latte materno rappresenta senza alcuna ombra di dubbio l'alimento di prima scelta quando si parla di alimentazione del neonato, poiché da solo è in grado di fornire tutte le sostanze nutritive necessarie alla sua crescita.

Nonostante le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), meno del 50% dei neonati di età inferiore a sei mesi viene alimentato esclusivamente con latte materno. Sebbene il valore e la superiorità del latte materno siano riconosciuti a livello globale, persistono differenze significative nei tassi e nella durata dell'allattamento esclusivo tra i paesi a basso e medio reddito rispetto a quelli ad alto reddito. Numerosi studi hanno evidenziato che i bambini nati in paesi in via di sviluppo hanno maggiori probabilità di essere allattati al seno rispetto a quelli nati in paesi economicamente avanzati come gli Stati Uniti, la Spagna e l'Irlanda. Questa disuguaglianza sociodemografica mette in evidenza come le condizioni economiche influiscano sui tassi di allattamento, con una durata dell'allattamento nei paesi in via di sviluppo che risulta mediamente tripla rispetto a quella riscontrata nelle nazioni più ricche.

¹ UNICEF Italia. (n.d.). *Insieme per l'allattamento.*

Anche per questo motivo, OMS e Unicef si impegnano da anni a promuovere l'allattamento al seno attraverso iniziative "Amiche dei Bambini", volte a implementare, proteggere e sostenere tale pratica. Questo obiettivo viene perseguito tramite la collaborazione attiva con oltre 157 paesi grazie alla quale sono stati istituiti circa 23 mila ospedali "amici", impegnati a implementare politiche basate sui "10 passi"² e a fornire una adeguata assistenza alle madri e alle famiglie, sia in epoca prenatale che dopo la dimissione, garantendo assistenza in ospedale e sul territorio.

Inoltre, la formazione ed il costante aggiornamento del personale sanitario, insieme ai corsi di laurea "Amici dell'Allattamento", mirano a preparare futuri professionisti in grado di fornire un'assistenza adeguata nel sostegno delle madri che desiderano allattare.

Al fine di garantire un buon avvio dell'allattamento e agevolare il neonato durante la fase di transizione alla vita extrauterina, ogni madre dovrebbe essere incoraggiata dagli operatori sanitari a praticare il contatto pelle a pelle (SSC) precoce e prolungato, avviando l'allattamento il prima possibile, idealmente entro un'ora dalla nascita. Al fine di minimizzare la separazione mamma-neonato, tutte le strutture sanitarie e di cura dovrebbero permettere e garantire il *rooming in*³ giorno e notte.

Il contatto pelle a pelle, che consiste nel posizionare il neonato subito dopo la nascita nudo e asciutto sul petto della mamma, non solo contribuisce a confortare il nuovo nato e a favorire il bonding⁴ con il genitore, ma aiuta anche a stabilizzare la frequenza cardiaca, la glicemia e la temperatura corporea, oltre a promuovere il corretto sviluppo della flora batterica cutanea. La pratica dello skin to skin ha dimostrato di avere un impatto positivo nella transizione e nell'adattamento del neonato, diminuendo i tassi di riospedalizzazione e migliorando la percentuale di allattamento al seno sia a breve che a lungo termine. Inoltre, favorisce una corretta maturazione del sonno e, di conseguenza, lo sviluppo cerebrale del neonato.

² Decalogo di misure che ogni struttura sanitaria deve dimostrare di rispettare prima di poter essere riconosciuta «Ospedale Amico dei Bambini».

³ Dal verbo inglese to room, "alloggiare". L'espressione derivata rooming in sta ad indicare una modalità di assistenza neonatale che prevede la permanenza del bambino nella stessa camera di degenza della madre fin dai primi momenti successivi al parto.

⁴ Legame, attaccamento.

Le madri che non sono in grado di allattare per ragioni cliniche, che vengono separate dal loro bambino perché questo richiede cure intensive o qualora lo stesso non sia in grado di alimentarsi al seno in maniera efficace, dovrebbero essere supportate e sostenute dal personale ostetrico nella corretta stimolazione del seno, utilizzando la tecnica della spremitura manuale oppure mediante un tiralatte.

Poiché la produzione di latte è un meccanismo sensibile al tempo, la stimolazione del seno dovrebbe avvenire idealmente entro 1-3 ore dal parto, ma comunque non oltre le 6 ore, e andrebbe ripetuta ogni 3 ore circa. Per le stesse ragioni, le donne che non hanno la possibilità di allattare il proprio bambino per i motivi elencati in precedenza, e che desiderano farlo, dovrebbero essere adeguatamente informate dai professionisti dell'importanza di stimolare precocemente il seno, sia attraverso spremitura manuale sia grazie all'utilizzo di un tiralatte. È fondamentale che comprendano il ruolo protettivo del latte materno sulla salute del neonato, capace di prevenire complicanze settiche e diverse patologie dell'apparato gastrointestinale come l'enterocolite necrotizzante. In questi casi lo SSC è associato a volumi maggiori di latte estratto nelle 24 ore e a percentuali più alte di esclusività e durata dell'allattamento.

1.2. Benefici dell'allattamento esclusivo

Come è stato precedentemente affermato, il latte materno è universalmente riconosciuto come l'alimento ottimale per il neonato; quest'ultimo presenta, infatti, una composizione unica, ricca di nutrienti essenziali, agenti antimicrobici, antiinfiammatori, regolatori del sistema immunitario e cellule vive, come leucociti, che supportano lo sviluppo delle difese immunitarie del neonato promuovendone il corretto sviluppo. Diversi studi e metanalisi hanno recentemente dimostrato che l'allattamento al seno esclusivo per almeno 6 mesi riduce il rischio di infezioni respiratorie, infezioni gastrointestinali e otiti, oltre a diminuire l'incidenza di condizioni croniche come obesità, diabete di tipo 2 e allergie nel corso della vita. Grazie all'allattamento al seno, non solo si crea un legame profondo e duraturo tra madre e neonato, si instaura anche una comunicazione che vede protagonisti i loro sistemi immunitari. Attraverso il latte materno, il neonato riceve il suo imprinting immunitario, acquisendo anticorpi contro diverse malattie infettive risultanti da vaccinazioni o infezioni materne in

gravidanza o in epoca prenatale. Durante la pandemia da Sars-CoV-2 è stata, per esempio, evidenziata la presenza nel latte materno di anticorpi neutralizzati a seguito di vaccinazione o infezione materna.

Attraverso il latte materno non vengono trasferiti solo componenti nutrizionali, microbici e bioattivi ma anche elementi chiave del microbiota ⁵ materno. Alcuni studi dimostrano come microbioma del latte materno e microbiota orale del neonato si influenzino reciprocamente al fine di migliorare la funzione immunitaria del neonato e favorirne la corretta maturazione gastrointestinale.

Per la mamma, l'allattamento favorisce una più rapida ripresa post-parto poiché stimola il rilascio di ossitocina, un ormone che aiuta l'utero a tornare più rapidamente alle sue dimensioni normali, riducendo il rischio di emorragie post-partum. Inoltre, una durata prolungata dello stesso si associa ad una minore incidenza di tumori al seno e all'ovaio e sembra avere effetti positivi sulla salute mentale della madre, promuovendo il legame affettivo con il neonato e riducendo il rischio di depressione post-partum.

Come sostenuto in precedenza, le donne che allattano hanno una ridotta incidenza di tumori al seno e all'ovaio, poiché l'allattamento prolungato sembra svolgere un ruolo protettivo contro queste forme di cancro. Il carcinoma ovarico, insieme a quello mammario, rappresentano due dei tumori che più frequentemente colpiscono la popolazione femminile mondiale con oltre 2 milioni di nuovi casi annui. Recentemente, anche in seguito all'aumento dei tassi di incidenza all'interno dei paesi dell'Unione Europea, sono stati condotti diversi studi con lo scopo di individuare quali fattori fossero predisponenti e quali invece protettivi rispetto al rischio di sviluppare carcinoma ovarico e/o mammario. Tra i marcatori individuati sembrerebbero avere grande rilievo fattori riproduttivi come l'età del menarca, la parità, l'età della menopausa e il numero e la durata di eventuali allattamenti al seno. Quanto al carcinoma mammario, la letteratura è chiara: il rischio si riduce del 4,3% per ogni anno di allattamento nelle donne che decidono e riescono ad allattare al seno, rispetto a quelle che non lo fanno. L'effetto protettivo è ancora più evidente nelle donne con predisposizione genetica, come quelle portatrici della mutazione del gene BRCA1: tra chi ha allattato, il rischio si riduce quasi della metà (45%). Anche nelle donne con una storia familiare di malattia, ma senza mutazioni

⁵ Insieme dei microrganismi come batteri, funghi e virus che vivono e interagiscono con il nostro intestino per regolarne le attività essenziali.

genetiche accertate, l'allattamento è associato a una riduzione del rischio fino al 59%. La riduzione del rischio di sviluppare il tumore al seno sembra essere associata al fatto che, durante la gravidanza, la mammella subisce trasformazioni significative, ma raggiunge la sua completa maturazione solo attraverso l'allattamento. Questa maturazione finale rende le cellule mammarie meno suscettibili alle mutazioni responsabili dello sviluppo del carcinoma. Inoltre, l'allattamento riduce o interrompe temporaneamente la produzione di ormoni ovarici, mantenendo le ovaie in una fase di riposo e abbassando i livelli di estrogeni, un fattore protettivo contro il carcinoma mammario e, con molta probabilità, anche contro il tumore ovarico. Sebbene una chiara relazione tra allattamento e riduzione del rischio sia stata dimostrata da diversi studi, risulta tutt'ora complesso stimare l'entità esatta dell'associazione a causa delle varie metodiche di allattamento utilizzate dalle donne in esame e della caratteristica multifattoriale della malattia.

Durante la gravidanza e l'allattamento, la madre trasferisce grandi quantità di calcio, prima al feto attraverso la placenta e successivamente al neonato tramite il latte materno. Questo processo può comportare una temporanea riduzione della densità minerale ossea. Tuttavia, diversi studi hanno dimostrato che, dopo il periodo di allattamento, il corpo della donna avvia un efficace processo di rimineralizzazione ossea, che può persino superare i livelli pre-gravidanza. Questa fase di recupero e rinforzo delle ossa sembra essere associata a un minor rischio di sviluppare osteoporosi in età avanzata. In altre parole, nonostante l'aumento temporaneo del fabbisogno di calcio durante la gravidanza e l'allattamento, il corpo materno è in grado di adattarsi e beneficiare a lungo termine di questi processi fisiologici di recupero e consolidamento osseo.

Sul piano emotivo e psicologico, l'allattamento promuove il rilascio di endorfine, sostanze che migliorano l'umore e favoriscono una sensazione di benessere. Questo processo aiuta a rafforzare il legame affettivo tra madre e neonato, creando un senso di vicinanza e sicurezza.

Infine, allattare al seno può ridurre il rischio di depressione post-partum, poiché l'interazione frequente e il contatto fisico tra madre e bambino stimolano la produzione di ossitocina, un ormone che aiuta a mitigare stress e ansia. In sintesi, l'allattamento al seno non solo offre numerosi vantaggi per la salute fisica della madre, ma ha anche un impatto positivo sul benessere emotivo e psicologico, rendendolo una pratica benefica sotto molteplici aspetti.

Dal punto di vista sociale ed economico, l'allattamento al seno offre benefici significativi. Promuovendo la salute dei bambini e delle madri, riduce il carico sui sistemi sanitari, diminuendo le spese mediche per trattamenti legati a malattie materne e pediatriche che l'allattamento previene. Inoltre, favorisce l'equità sociale, poiché il latte materno è una risorsa gratuita e facilmente accessibile, riducendo le disparità legate alla nutrizione infantile.

L'allattamento al seno è strettamente legato a norme culturali e sociali e ha il potere di influenzarle. In alcune culture, le madri che allattano in pubblico sono sottoposte a pregiudizi o mancanza di sostegno. Per aumentare i tassi di allattamento e massimizzare i suoi vantaggi sociali, è fondamentale promuovere un ambiente che incoraggi e normalizzi l'allattamento in qualsiasi luogo e momento. Questo richiede l'attuazione di politiche che offrano spazi adeguati e orari flessibili per le madri lavoratrici, così da agevolarle nella loro scelta. Le politiche pubbliche che promuovono e supportano l'allattamento, come i congedi parentali e i programmi di sostegno per le madri nei luoghi di lavoro, svolgono un ruolo fondamentale nell'estendere questi benefici a livello globale.

Allattare ha un impatto positivo anche sull'ambiente poiché riduce il consumo di risorse impiegate nella produzione, nel trasporto e nella gestione dei rifiuti associati ai lattini artificiali e ai loro accessori. Non richiedendo imballaggi o processi industriali, il latte materno rappresenta una scelta ecologica che contribuisce a diminuire le emissioni di gas serra e a limitare l'inquinamento ambientale.

Uno studio pubblicato nel 2022 sull'*International Journal of Environmental Research and Public Health*⁶ ha analizzato e confrontato l'impatto ambientale di quattro mesi di alimentazione esclusiva al seno con quello di un'alimentazione esclusiva con latte in formula, mettendo in luce un significativo divario tra le due pratiche. I ricercatori hanno considerato diversi fattori inclusi gli effetti sull'effetto serra, sull'acidificazione terrestre e sull'arricchimento delle acque dolci e marine.

I risultati hanno mostrato che l'impatto ambientale di quattro mesi di alimentazione con latte in formula supera quello dell'allattamento al seno, con una differenza compresa tra il 32% e il

⁶ Andresen, E. C., Hjelkrem, A. G. R., Bakken, A. K., & Andersen, L. F. (2022). Environmental impact of feeding with infant formula in comparison with breastfeeding. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6397.

72%. In conclusione, il latte materno si è dimostrato meno impattante dal punto di vista ambientale rispetto alle formule ultra-processate per lattanti, sebbene sia fondamentale considerare la composizione della dieta materna per una quantificazione accurata della differenza tra le due opzioni.

1.3. L'impatto di un buon avvio dell'Allattamento al seno sul benessere psicologico post parto

L'allattamento al seno è una pratica che offre benefici non solo nutrizionali, ma anche psicologici per le madri nel periodo post-parto. Numerosi studi scientifici hanno dimostrato come un avvio positivo dell'allattamento possa contribuire a migliorare il benessere mentale delle madri. In particolare, è emerso che le donne che vivono un'esperienza di allattamento positiva presentano un rischio minore di sviluppare depressione post-partum e altre forme di disagio psicologico.

Le madri che riescono ad avviare con successo l'allattamento sono più propense a sperimentare questi benefici fisiologici, che a loro volta contribuiscono a un maggiore equilibrio psicologico durante il periodo post parto. Inoltre, un recente studio⁷ condotto in Polonia su una popolazione di 160 donne, conferma che le madri che avviano correttamente l'allattamento al seno presentano un rischio ridotto di sintomi depressivi, grazie alla combinazione di fattori ormonali e interazioni positive con il neonato.

Tra gli ormoni protagonisti di questo meccanismo, l'ossitocina gioca un ruolo fondamentale, poiché promuove una connessione emotiva profonda e aumenta il senso di realizzazione nella madre. Anche la prolattina contribuisce a questo processo, poiché è associata a una riduzione dei livelli di cortisolo, il che favorisce una maggiore stabilità emotiva. Le endorfine, che agiscono come analgesici naturali, sono anch'esse rilasciate durante l'allattamento, migliorando il benessere generale. Infine, sebbene i livelli di estrogeni e progesterone diminuiscano dopo il parto, le loro fluttuazioni continuano a influenzare l'umore materno. In

⁷ Chrzan-Dętkoś M, Walczak-Kozłowska T, Pietkiewicz A, Żołośńska J. (2021) *Improvement of the breastfeeding self-efficacy and postpartum mental health after lactation consultations - Observational study.* Midwifery.

questo contesto, l'allattamento svolge un ruolo cruciale nello stabilizzare i livelli ormonali, contribuendo così al mantenimento dell'equilibrio emotivo.

Una revisione sistematica di 28 studi ha rivelato che nei paesi ad alto reddito la durata dell'allattamento al seno è generalmente inferiore rispetto a quella osservata nei paesi a basso e medio reddito.

Tuttavia, anche in questi ultimi contesti, solo il 37% dei neonati sotto i sei mesi riceve esclusivamente latte materno. Secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2018), solo il 44% delle madri inizia l'allattamento al seno entro un'ora dal parto. Inoltre, solo il 40% dei neonati di età inferiore a sei mesi è alimentato esclusivamente al seno, mentre il 45% dei bambini di due anni riceve una dieta mista che include sia latte materno che latte in formula. Ricerche internazionali⁸ hanno dimostrato che molte donne interrompono l'allattamento al seno entro sei settimane dalla nascita. In particolare, uno studio condotto da Agboado et al.⁹ ha evidenziato che la durata media dell'allattamento al seno è di circa 21,6 settimane e che le madri di origine bianca hanno il 69% di probabilità in più di interrompere l'allattamento rispetto a donne di altre etnie.

Tra le principali ragioni per cui le madri scelgono di interrompere l'allattamento prima dei sei mesi ci sono problemi di salute del bambino o della madre, come la necessità di assumere farmaci incompatibili con l'allattamento, difficoltà pratiche legate all'allattamento, necessità di rientrare al lavoro e preoccupazioni sulla quantità di latte prodotto. Inoltre, una mancanza di supporto e di istruzioni adeguate riguardo al corretto posizionamento e all'attacco del bambino al seno, soprattutto nei primi giorni e nelle prime settimane post-partum, rappresentano motivi frequenti per l'interruzione dell'allattamento.

Il supporto che le madri ricevono durante le prime fasi dell'allattamento è cruciale. Secondo una ricerca pubblicata su *BMC Public Health*¹⁰, le madri che ricevono assistenza e consulenze specifiche da parte dei professionisti sanitari sono più inclini a mantenere l'allattamento e a

⁸ Linda H. Chaudron, Peter G. Szilagyi, Harriet J. Kitzman, Holly I.M. Wadkins, Yeates Conwell (2004) *Detection of Postpartum Depressive Symptoms by Screening at Well-Child Visits*. Pediatrics.

⁹ Agboado, G., Michel, E., Jackson, E. et al. (2010) *Factors associated with breastfeeding cessation in nursing mothers in a peer support programme in Eastern Lancashire*. BMC Pediatr.

¹⁰ Agboado, G., Michel, E., Jackson, E. et al. (2010) *Factors associated with breastfeeding cessation in nursing mothers in a peer support programme in Eastern Lancashire*. BMC Pediatr

riportare livelli più elevati di benessere psicologico. Programmi di supporto che includono informazioni pratiche sull'allattamento e consulenze emotive sono fondamentali per il benessere mentale delle madri, poiché promuovono una pratica positiva e rafforzano la fiducia in sé stesse.

Uno studio pubblicato su PubMed¹¹ ha evidenziato gli effetti a lungo termine di un buon avvio dell'allattamento. Questa ricerca ha dimostrato che le madri che ricevono consulenze durante la gravidanza o subito dopo il parto tendono non solo ad allattare più a lungo, migliorando i tassi di allattamento esclusivo e diminuendo quelli di allattamento misto rispetto alla popolazione generale, ma anche a sperimentare un miglioramento dell'equilibrio psicologico, anche mesi dopo il parto. Ciò suggerisce che un buon avvio dell'allattamento non solo offre benefici immediati, ma può anche avere effetti protettivi duraturi sul benessere psicologico materno.

In sintesi, l'allattamento al seno non solo apporta benefici nutrizionali al neonato, ma svolge anche un ruolo cruciale sul benessere psicologico delle madri. Un avvio efficace dell'allattamento, supportato da adeguati programmi di consulenza e sostegno, si configura come un elemento chiave nella prevenzione e nel miglioramento della salute mentale post parto. Promuovere politiche sanitarie che supportino le madri nella fase iniziale dell'allattamento può, quindi, avere un impatto significativo sulla riduzione dei tassi di depressione post partum e sul miglioramento del benessere globale delle donne nel periodo postnatale.

¹¹ Patel S, Patel S. (2016) *The Effectiveness of Lactation Consultants and Lactation Counselors on Breastfeeding Outcomes*. J Hum Lact.

CAPITOLO SECONDO

IL RUOLO DEL SUPPORTO PRECOCE E QUALIFICATO NELLA PROMOZIONE DELL'ALLATTAMENTO AL SENO: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE

Diversi studi dimostrano che il supporto fornito alle madri nelle prime fasi post partum è un fattore determinante per il successo dell'allattamento. In particolare, un supporto qualificato e tempestivo può influenzare positivamente la durata e l'esclusività dello stesso, offrendo alle madri le competenze e la fiducia necessarie per superare le difficoltà che spesso si presentano in questo periodo critico. Tuttavia, l'efficacia di tali interventi può variare in base alla qualità e alla tempestività del supporto ricevuto.

Alla luce di queste considerazioni, tra gennaio e ottobre 2024, è stato condotto uno studio osservazionale prospettico presso l'Ambulatorio Allattamento dell'Ospedale Maggiore di Bologna. L'obiettivo dello studio era dimostrare come il supporto tempestivo e qualificato fornito da ostetriche IBCLC¹² possa favorire sia la durata che l'esclusività dell'allattamento al seno, fornendo evidenze utili per ottimizzare le pratiche cliniche e promuovere un approccio più efficace al sostegno delle madri.

2.1. Metodologia di selezione della popolazione: criteri e restrizioni

La popolazione oggetto di studio è stata reclutata a partire dai primi accessi all'ambulatorio, nel periodo compreso tra il 15 febbraio e il 15 aprile 2024, durante il quale è stato effettuato il campionamento. La partecipazione allo studio era volontaria. Tutte le madri che soddisfacevano i criteri di inclusione prestabiliti e che, dopo aver ricevuto informazioni dettagliate sugli

¹² International Board-Certified Lactation Consultant.

obiettivi e le procedure dello studio, hanno fornito il loro consenso informato, sono state incluse nell'indagine.

Il campione dello studio era composto da 98 donne, selezionate poiché costituivano il 10% dei primi accessi annuali all'Ambulatorio Allattamento. Il campione, pur numericamente limitato, è stato considerato rappresentativo della variabilità delle esperienze e dei bisogni delle madri. Si è ritenuto che i dati raccolti offrirono una base solida per individuare tendenze e orientare interventi mirati al miglioramento del servizio e del supporto offerto.

I criteri di esclusione hanno riguardato le madri che, pur avendo compreso l'informativa, hanno deciso di non partecipare, quelle che presentavano difficoltà significative nella comprensione o nell'uso della lingua italiana, e quelle che avevano ricevuto la consulenza oltre il decimo giorno di vita del neonato, non rispettando così il criterio temporale stabilito per l'intervento precoce.

In sintesi, sono state incluse nello studio le madri che:

- Avevano ricevuto la prima consulenza entro e non oltre i 10 giorni di vita del neonato.
- Avevano partorito presso l'Ospedale Maggiore di Bologna.
- Avevano una buona comprensione della lingua italiana.
- Hanno accettato di partecipare allo studio.

Le partecipanti sono state selezionate attraverso un campionamento non probabilistico¹³ basato sulla disponibilità (convenience sampling), in quanto tutte le madri che hanno fatto accesso all'ambulatorio nel periodo di reclutamento, che hanno soddisfatto i criteri di inclusione e accettato di parteciparvi, sono state incluse nel campione di studio.

Tutte le partecipanti sono state incluse nella ricerca dopo aver ricevuto un adeguato counseling riguardo agli obiettivi e alla metodologia dello studio ed è stata data loro l'opportunità di porre domande per chiarire eventuali incertezze. La partecipazione è avvenuta esclusivamente previa acquisizione di un consenso informato, conforme alle normative etiche vigenti.

¹³ Consiste nella selezione di un gruppo di rispondenti a partire da una popolazione più estesa, sapendo che alcuni componenti di quella popolazione non avranno alcuna possibilità di essere sondati.

2.2. L'intervento di supporto all'allattamento: modalità e obiettivi

L'intervento consisteva in una consulenza precoce e qualificata da parte di ostetriche IBCLC finalizzata a promuovere l'allattamento al seno in modo esclusivo e prolungato. Le consulenze offerte dalle ostetriche avevano l'obiettivo di fornire un'assistenza mirata e soluzioni efficaci per affrontare le problematiche presentate dalle madri, al fine di migliorare la loro esperienza complessiva di allattamento. Le madri ricevevano in media una consulenza a settimana fino alla completa risoluzione delle difficoltà. Successivamente, erano previsti controlli telefonici per monitorare il peso del neonato.

La sospensione dei controlli avveniva una volta risolta la problematica iniziale, in accordo con le madri, con la possibilità di contattare le ostetriche telefonicamente per eventuali ulteriori necessità. L'interruzione del supporto era graduale poiché una cessazione brusca dell'assistenza avrebbe potuto alimentare il senso di isolamento o abbandono, contribuendo a un aumento dello stress e dell'ansia. Per questo motivo, si è scelto di accompagnare le donne verso una progressiva autonomia, garantendo una presenza costante e rassicurante, anche attraverso consulti telefonici.

L'obiettivo era non solo risolvere le problematiche pratiche legate all'allattamento, ma anche fornire un supporto continuo, creando una rete di sostegno che aiutasse le madri a sentirsi accompagnate e comprese in un momento delicato come il post parto.

Le donne si sentivano supportate dalle ostetriche che offrivano loro non solo supporto fine a migliorare la loro esperienza di allattamento ma anche supporto emotivo. Questo importante dato ha sottolineato l'importanza dell'approccio empatico ed evidenziato come l'assistenza fornita andasse oltre l'aspetto tecnico. L'approccio olistico¹⁴ utilizzato dalle ostetriche ha garantito un'assistenza globale durante il periodo postnatale, rispondendo ai bisogni fisici ed emotivi delle madri.

Al termine del loro percorso in Ambulatorio Allattamento, è stato richiesto alle donne di descrivere la propria esperienza attraverso tre sostantivi. Le parole più utilizzate sono state

¹⁴ Approccio di cura che considera il benessere di una madre e del suo bambino, prendendo in considerazione aspetti fisici, emotivi, psicologici e spirituali.

"ascolto", "amore", "accoglienza" e "disponibilità", a conferma dell'impatto positivo del supporto offerto.

La prima consulenza è stata eseguita entro i primi dieci giorni di vita del neonato, al fine di intervenire tempestivamente e supportare le madri nelle fasi iniziali dell'allattamento. La scelta di escludere coloro che avevano ricevuto una consulenza oltre il compimento dei dieci giorni del neonato è conseguenza del fatto che recenti studi¹⁵ hanno dimostrato che l'intervento tempestivo, entro i primi 10 giorni di vita del neonato, è cruciale per il successo dell'allattamento. Le consulenze precoci facilitano la corretta tecnica di attacco, risolvono rapidamente problemi come il dolore ai capezzoli e l'ingorgo, e rafforzano la fiducia delle madri, promuovendo un allattamento esclusivo e prolungato. Al contrario, ritardare il supporto oltre il decimo giorno riduce l'efficacia dell'intervento, con un impatto negativo sia sulla durata che sull'esclusività dell'allattamento.

Le principali ragioni di accesso all'Ambulatorio includevano la presenza di ragadi, allattamento complementare alla dimissione, un calo ponderale neonatale superiore al 9% rispetto al peso alla nascita, la necessità di supporto per l'avvio dell'allattamento e dolore durante l'attacco al seno.

¹⁵ Cattaneo, A., Bianchi, F., Piredda, M., & Magnani, M. (2023) *Early breastfeeding support to improve breastfeeding duration: A systematic review and meta-analysis*. PLOS ONE, 18(10), e0287023.

Gavine A., Shinwell S.C., Buchanan P., Farre A., Wade A., Lynn F., Marshall J., Cumming S.E., Dare S., McFadden A. (2022) *Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies*. Cochrane Database of Systematic Reviews.

¹⁵Bengough T., Dawson S., Cheng H.-L., McFadden A., Gavine A., Rees R., Sacks E., Hannes K. (2022) *Factors that influence women's engagement with breastfeeding support: A qualitative evidence synthesis*. Maternal & Child Nutrition, 18, e13405.

2.3. Raccolta dati: motivazioni, metodologia e selezione delle variabili determinanti

La raccolta dei dati è avvenuta tramite interviste telefoniche effettuate in tre momenti distinti: al primo mese, al terzo mese, e al sesto mese di vita del neonato. Durante le interviste, sono stati raccolti dati relativi alle modalità di alimentazione del neonato (allattamento esclusivo al seno¹⁶, allattamento complementare¹⁷ o uso di formula artificiale) e sono state indagate le motivazioni che hanno portato le madri, eventualmente, a introdurre latte in formula o a interrompere l'allattamento.

Le interviste sono state condotte utilizzando un questionario strutturato che non ha subito un processo di validazione formale. Il questionario era composto da domande chiuse progettate per garantire la standardizzazione delle informazioni raccolte ridurre la variabilità tra le risposte dei partecipanti. Questo approccio assicura coerenza nelle risposte, facilitando la comparazione dei dati nel tempo.

I dati raccolti sono stati analizzati per valutare la durata dell'allattamento esclusivo al seno tra le partecipanti, e per identificare i fattori associati alla scelta di interrompere l'allattamento o introdurre latte artificiale.

Nella fase di presa in carico sono stati raccolti dati sociodemografici, tra cui età, livello di istruzione e professione delle madri, nonché informazioni relative all'anamnesi ostetrica, all'uso di analgesia epidurale durante il travaglio, all'epoca gestazionale e al peso del neonato alla nascita. La raccolta di queste informazioni è stata effettuata utilizzando i documenti di dimissione di madre e neonato. La scelta di includere dati sociodemografici è motivata dalla documentata associazione tra il tipo di professione della donna e la durata e l'esclusività dell'allattamento al seno. Recenti studi¹⁸ hanno evidenziato come le madri con determinati

¹⁶ Allattamento esclusivo: il bambino/la bambina riceve solo latte materno, incluso latte materno spremuto (Lms) o latte materno donato (Lmd), escludendo altri alimenti o liquidi, compresa l'acqua (eccetto gocce, sciroppi, vitamine, sali minerali, farmaci, soluzioni reidratanti orali).

¹⁷ Alimentazione complementare: il bambino/la bambina assume latte materno, incluso latte materno spremuto (Lms) o latte materno donato (Lmd), e qualsiasi altro alimento o bevanda, compreso il latte non umano e le formule artificiali, dai 6 mesi di età.

¹⁸ Murray, S. F., et al. (2020). *The effects of maternal employment on breastfeeding outcomes: A systematic review*. International Breastfeeding Journal, 15, 53.

profili professionali possano avere accesso a risorse e reti di supporto che facilitano il mantenimento dell'allattamento esclusivo.

Il tipo di parto e l'eventuale uso di analgesia epidurale possono influenzare il benessere neonatale e, di conseguenza, influire sull'efficace instaurazione dell'allattamento. In particolare, è stato dimostrato che un parto complicato e l'uso di analgesici possono alterare le interazioni iniziali tra madre e neonato, incidendo negativamente sull'avvio dell'allattamento¹⁹.

Il peso alla nascita del neonato è un fattore cruciale, poiché neonati con un peso adeguato tendono a iniziare l'allattamento in modo più efficace, contribuendo a un'esperienza di allattamento più positiva²⁰. Pertanto, la raccolta di tali dati si configura come un passo essenziale per comprendere le variabili che possono influenzare gli esiti dell'allattamento al seno.

Inoltre, è stato chiesto alle donne se avessero praticato il contatto pelle a pelle (skin-to-skin) alla nascita, se il primo attacco del neonato al seno fosse avvenuto entro le due ore dal parto e l'eventuale utilizzo di strumenti di supporto come tiralatte, paracapezzoli e biberon alla dimissione in quanto l'uso inappropriato di tali dispositivi può compromettere l'adeguato avvio dell'allattamento al seno.

L'uso di tiralatte, se non gestito correttamente, può alterare la stimolazione del seno, risultando in una sovrapproduzione di latte, che può condurre a condizioni problematiche come ingorghi mammari e mastiti²¹. La preferenza per l'uso del tiralatte rispetto al contatto diretto tra madre e neonato può portare, invece, a una sotto stimolazione del seno, alterando il delicato equilibrio ormonale responsabile della produzione lattea. Nei primi giorni post-partum, il seno è altamente sensibile alla stimolazione da parte del neonato che risulta essere cruciale per la calibrazione della produzione di latte in base alle esigenze specifiche del bambino. Gli strumenti per l'estrazione di latte, pur essendo un valido supporto in determinate circostanze, non sempre

Li, R., et al. (2021). *Socioeconomic factors and breastfeeding practices in the United States*. *Pediatrics*, 147(3).

¹⁹ Brockway, M., et al. (2021). *Impact of birth interventions on breastfeeding initiation and duration: A systematic review*. *Birth*, 48(2), 129-140.

²⁰ Victora, C. G., et al. (2016). *Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*. *The Lancet*, 387(10017), 475-490.

²¹ Davis, J. A., et al. (2022) *The impact of breast pump use on milk production: A review*. *Journal of Human Lactation*, 38(1), 12-22.

riescono a replicare il livello di stimolazione necessario per mantenere un flusso di latte ottimale, specialmente nei primi giorni dopo il parto²². Pertanto, è altamente raccomandato limitare l'uso del tiralatte, durante la fase iniziale dell'allattamento, a meno che non sia specificamente prescritto da professionisti qualificati per motivazioni cliniche.

Interferire con i normali meccanismi di regolazione del seno materno in questi primi giorni può comportare problematiche a lungo termine, come l'insufficiente produzione di latte²³ o altre complicazioni come gli ingorghi mammari²⁴. Una corretta gestione e monitoraggio da parte di esperti può invece contribuire a garantire un avvio dell'allattamento adeguato alla diade madre-bambino.

Analogamente, l'uso inappropriato dei paracapezzoli dovrebbe essere evitato, in quanto può ridurre l'efficacia del trasferimento di latte dalla madre al neonato e interferire con il corretto attacco del neonato al seno²⁵.

Nonostante alcune madri possano ricorrere ai paracapezzoli per alleviare il dolore associato a ragadi, non esistono prove conclusive sull'efficacia di tali dispositivi nella riduzione del dolore durante l'allattamento²⁶. Il loro impiego dovrebbe essere limitato a situazioni ben definite, come in presenza di capezzoli piatti o invertiti, oppure quando il neonato manifesta difficoltà di suzione dovute a condizioni come la prematurità o la presenza di un frenulo corto. È essenziale che l'uso dei paracapezzoli venga attentamente monitorato da professionisti dell'allattamento, come consulenti IBCLC, per garantire che venga utilizzato correttamente e solo per il tempo necessario.

²² Kent, J. C., et al. (2013) *Breastfeeding and pumping: How milk expression affects milk supply*. Journal of Human Lactation, 29(2), 121-129.

²³ Thompson, R. J., et al. (2021) *The role of direct breastfeeding in optimizing milk production*. Breastfeeding Medicine, 16(2), 98-104.

²⁴ Moore, E. R., et al. (2020) *Early postnatal lactation support: The importance of timing and techniques*. Journal of Perinatal Education, 29(1), 15-25.

²⁵ Fisher, L., et al. (2021) *Effects of nipple shields on breastfeeding: A systematic review*. International Breastfeeding Journal, 16(1), 39.

²⁶ Lactation Consultant Association. (2020) *Clinical guidelines for the use of nipple shields*.

Malgrado queste indicazioni basate su evidenze, il 47% della popolazione studiata ha segnalato l'utilizzo di strumenti di supporto durante la presa in carico. Tra questi, il 50% ha dichiarato di utilizzare paracapezzoli, il 43% tiralatte e il 6,5% ha adottato una combinazione di entrambi.

È interessante notare che, sebbene non ci sia una correlazione dimostrata tra l'uso di paracapezzoli e una riduzione significativa del dolore all'attacco in presenza di ulcerazioni del capezzolo, il 39% delle utilizzatrici di paracapezzoli si è recato in ambulatorio per la gestione delle ragadi²⁷. Questi dati suggeriscono che, nonostante le raccomandazioni, una significativa proporzione di madri si affida a strumenti di supporto, il che può indicare la necessità di interventi educativi più mirati per sensibilizzare sull'uso appropriato di tali dispositivi.

2.4. Tecniche e Strumenti per la Raccolta e l'Elaborazione dei Dati

Per garantire una raccolta dati accurata sono stati utilizzati un questionario strutturato e documenti clinici di dimissione. Questi strumenti hanno permesso di raccogliere informazioni chiave sulle variabili sociodemografiche e cliniche delle partecipanti, nonché sul tipo di allattamento adottato e sull'eventuale uso di dispositivi di supporto. Il questionario utilizzato nelle interviste telefoniche è stato appositamente predisposto per raccogliere informazioni su:

- Modalità di alimentazione del neonato: allattamento esclusivo, allattamento complementare o formula artificiale.
- Motivazioni dell'interruzione dell'allattamento o dell'eventuale integrazione di latte in formula: domande aperte e chiuse per esplorare le ragioni dell'introduzione della formula o dell'interruzione dell'allattamento al seno.
- Uso di strumenti di supporto: indagine sull'uso di tiralatte, paracapezzoli o biberon e sulle modalità di utilizzo.

²⁷ Smith, R. J., et al. (2019) *Nipple pain and the use of nipple shields among breastfeeding mothers: A qualitative study*. BMC Pregnancy and Childbirth, 19(1), 237.

Il questionario è stato esaminato e perfezionato in una fase preliminare per assicurarsi che le domande fossero chiare e tutte le informazioni raccolte facilmente confrontabili nel tempo, in modo da sostenere l'analisi dei dati nei vari momenti dello studio traendone conclusioni valide.

Al momento della presa in carico, i dati clinici relativi a madre e neonato sono stati ottenuti dai documenti di dimissione ospedaliera, che hanno fornito dettagli su:

- Tipo di parto e uso di analgesia epidurale.
- Epoca gestazionale e peso alla nascita del neonato.

Oltre ai dati raccolti dai documenti di dimissione, sono state acquisite ulteriori informazioni sulle dichiarazioni delle partecipanti. Un esempio: il timing del primo attacco al seno del neonato e l'esecuzione del contatto pelle a pelle con la madre subito dopo il parto.

Si è deciso di prendere in esame anche l'assistenza ricevuta dalle partecipanti durante la gravidanza: è stato chiesto loro se fossero state seguite esclusivamente da un'ostetrica, da un medico, o se avessero ricevuto un'assistenza integrata da entrambe le figure professionali. Inoltre, è stato indagato se tale assistenza fosse stata erogata all'interno di una struttura sanitaria pubblica o privata.

L'assistenza ricevuta durante la gravidanza può variare significativamente a seconda della figura professionale coinvolta: l'approccio ostetrico, caratterizzato da un'attenzione particolare al sostegno del processo fisiologico del parto e all'assistenza alla maternità, promuove una visione olistica della gravidanza e differisce dall'approccio medico, che tende a focalizzarsi maggiormente sugli aspetti clinici e patologici della stessa. Questo ha giustificato l'inclusione di tali domande, al fine di valutare se e in che misura queste variabili influenzino la preparazione delle madri e i successivi esiti legati all'allattamento.

Inoltre, sono state raccolte informazioni sulla partecipazione delle donne a percorsi di accompagnamento alla nascita (PAN). Questi percorsi forniscono una combinazione di conoscenze teoriche e competenze pratiche relative ai processi fisiologici del parto, alla gestione del dolore, alle tecniche di respirazione e rilassamento, nonché alle strategie per avviare l'allattamento. Rivestono pertanto un ruolo fondamentale nell'educazione delle future madri, contribuendo a una maggiore fiducia nelle proprie capacità e a competenze più solide per affrontare le sfide iniziali legate all'allattamento. Questo, a sua volta, aumenta le probabilità di un avvio efficace e duraturo dell'allattamento al seno. Di conseguenza, l'inclusione di queste

domande nel nostro studio è stata motivata dalla necessità di comprendere l'impatto che la preparazione prenatale può avere sugli esiti di allattamento e sulle esperienze materne durante il periodo post partum.

Sebbene le informazioni raccolte attraverso i racconti delle donne siano meno attendibili rispetto ai dati clinici forniti dai documenti di dimissione, poiché si basano sul ricordo e sulle percezioni personali delle madri, e non sono verificabili, hanno comunque fornito un'importante prospettiva qualitativa. Queste testimonianze hanno permesso di avere una visione più completa delle variabili che possono influenzare l'allattamento, rivelando aspetti che i dati clinici da soli non sarebbero stati in grado di catturare. La combinazione di dati quantitativi e qualitativi arricchisce l'analisi, consentendo di esplorare in modo più approfondito le esperienze e le sfide affrontate dalle madri durante il periodo post partum.

CAPITOLO TERZO

ANALISI DEI DATI E CONFRONTO CON I DATI REGIONALI

3.1. Discussione e analisi dei dati ottenuti dallo studio

L'obiettivo di questo capitolo è analizzare i dati raccolti durante lo studio osservazionale volto a valutare l'efficacia del supporto precoce e qualificato offerto dalle ostetriche IBCLC nel promuovere l'allattamento al seno.

Si prevedeva che il tasso di allattamento esclusivo al seno tra le partecipanti fosse superiore rispetto ai dati regionali, grazie all'intervento tempestivo e personalizzato fornito dalle consulenze. Allo stesso modo, si ipotizzava un aumento della durata complessiva dell'allattamento e una riduzione significativa dell'uso di formula rispetto alle medie regionali. Questi presupposti si basano sull'idea che un supporto specializzato e tempestivo possa fornire alle madri le competenze necessarie per affrontare le difficoltà iniziali legate all'allattamento, migliorando così gli esiti complessivi e riducendo la necessità di introdurre latte artificiale.

Attraverso questa analisi, si procederà a verificare se i risultati ottenuti siano in linea con tali aspettative e a individuare i fattori che hanno influenzato il successo dell'allattamento tra le madri che hanno partecipato allo studio.

3.1.1. Stato dell'Allattamento al primo mese: dati e tendenze

Alla fase di presa in carico, il 59,18% della popolazione studiata ha adottato un allattamento esclusivo al seno, mentre il 40,81% ha optato per un'alimentazione complementare.

All' intervista telefonica per la rilevazione dei dati al primo mese di vita del neonato, hanno risposto 86 donne su un totale di 98 inizialmente reclutate, corrispondente a una percentuale

dell'87,76% della popolazione. Si è deciso di escludere le 12 donne che non hanno risposto alla telefonata interpretando tale dato come un ritiro dallo studio. In ottemperanza alla loro libera scelta, le donne non sono state ricontattate.

Tra le 86 partecipanti, 52 hanno riferito aver adottato un allattamento esclusivo al seno, 33 hanno adottato un'alimentazione complementare (LF + LM), e solo una partecipante ha interrotto l'allattamento entro il primo mese. Rispetto alla fase di presa in carico, si è osservato un lieve incremento del tasso di allattamento esclusivo (+1,29%).

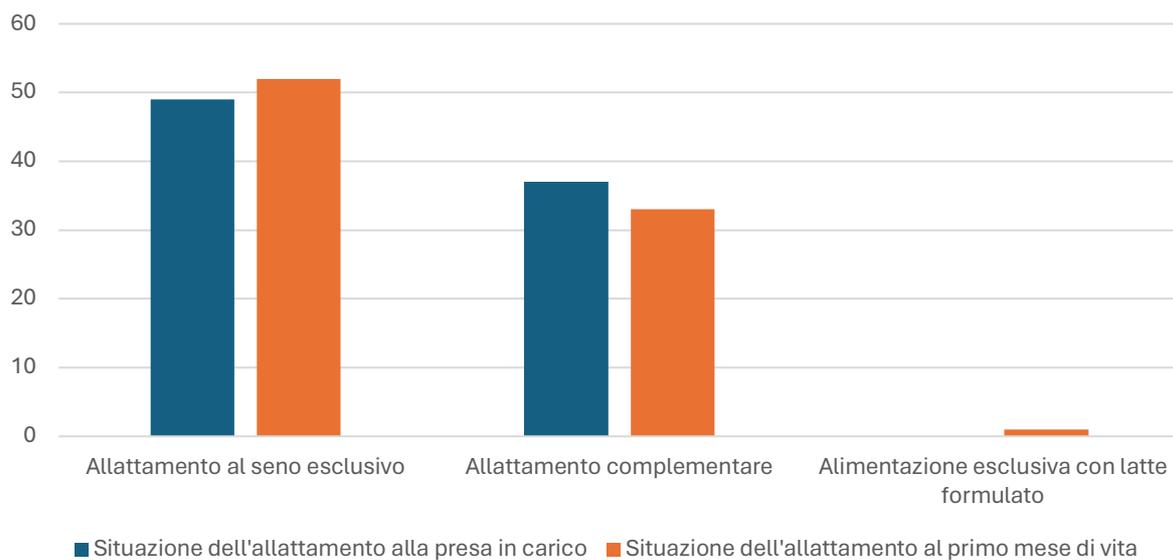


Figura 1. Confronto tra i tassi di allattamento esclusivo, allattamento complementare e alimentazione esclusivamente con latte formulato nelle fasi di presa in carico e primo mese.

Questa lieve variazione può essere attribuita al supporto fornito dalle ostetriche IBCLC, le cui consulenze sembrano aver avuto un effetto positivo, favorendo una maggiore adesione all'allattamento esclusivo.

Delle 40 donne che avevano inizialmente scelto un'alimentazione complementare, 13 hanno riferito di essere passate all'allattamento esclusivo entro il primo mese di vita del neonato, sottolineando l'impatto positivo delle consulenze fornite. Tuttavia, tra le donne che avevano iniziato con un allattamento esclusivo, 10 hanno successivamente integrato l'alimentazione con formula.

Di queste, 9 hanno introdotto la formula a seguito di una perdita di peso nel neonato, mentre una sola ha optato per l'alimentazione complementare a causa di difficoltà legate al seno. Si

precisa che l'introduzione della formula è stata sempre effettuata su raccomandazione di professionisti sanitari, al fine di rispondere alle esigenze nutrizionali del neonato.

Questa osservazione contribuisce a spiegare il lieve incremento del tasso di allattamento esclusivo rispetto alla fase di presa in carico, sebbene ci si aspettasse un aumento più consistente.

Alle madri che sono passate dall'allattamento esclusivo a uno complementare durante il primo mese è stato chiesto se intendessero tornare a un allattamento esclusivo. Di queste, 3 hanno espresso il desiderio di mantenere l'allattamento complementare, ritenendo di aver trovato un equilibrio soddisfacente. Le restanti 7 madri, invece, hanno manifestato l'intenzione di ritornare a un allattamento esclusivo al seno riconoscendone la superiorità rispetto al latte in formula.

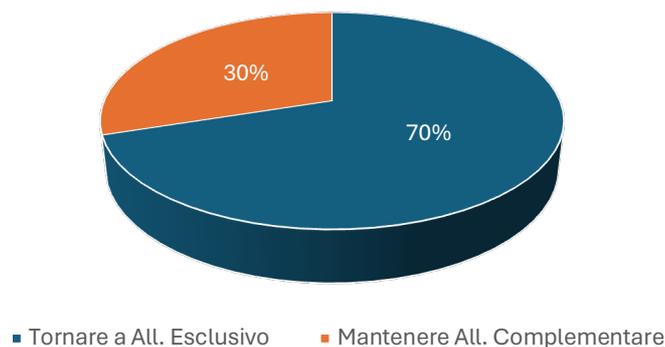
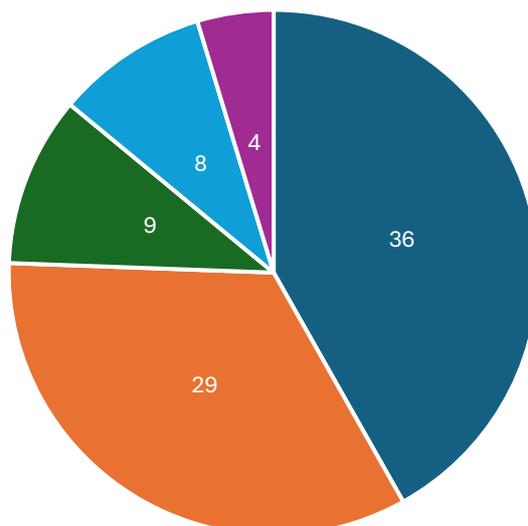


Figura 2. Se hai introdotto LF o sospeso l'allattamento al seno, desideri ritornare ad allattare esclusivamente?

L'unica donna che ha interrotto l'allattamento esclusivo per adottare una nutrizione basata unicamente su latte in formula ha dichiarato di non voler riprendere l'allattamento al seno, a causa di problematiche fisiche persistenti nonostante il supporto ricevuto. Questo caso mette in luce le difficoltà che alcune madri possono incontrare durante il percorso di allattamento e la complessità delle esperienze individuali. Oltre la metà della popolazione partecipante allo studio aveva completato il percorso presso l'ambulatorio allattamento prima del compimento del primo mese di vita del neonato; la restante parte ha concluso i controlli entro il terzo mese. Tra le donne che avevano terminato il percorso al primo mese, il 73% ha indicato che lo ha fatto a seguito della risoluzione del problema iniziale, mentre il 19% ha effettuato il passaggio a un consultorio per motivi legati alla distanza dall'ambulatorio. Solo l'8% delle partecipanti ha interrotto i controlli per libera scelta.



- Hanno sospeso i controlli poiché c'è stata una risoluzione del problema iniziale.
- Frequentano ancora l'ambulatorio.
- Hanno sospeso i controlli per passaggio ad un consultorio.
- Sono in contatto telefonico con l'ambulatorio.
- Hanno sospeso i controlli per volontà materna.

Figura 3. Distribuzione della popolazione dello studio al primo mese: motivi di conclusione del percorso in ambulatorio.

3.1.2. Stato dell'Allattamento al terzo mese: dati e tendenze

Alla telefonata di follow-up del terzo mese, hanno risposto 85 donne e, come accaduto al primo mese, sono state escluse coloro che hanno scelto di non partecipare.

I risultati del questionario somministrato in questa fase hanno rivelato un incremento significativo nel tasso di allattamento esclusivo, che è passato dal 60,47% al primo mese al 68,24% al terzo mese. Parallelamente, si è registrata una riduzione del tasso di allattamento complementare, che è sceso dal 38,37% al 22,35%. Nonostante i dati confermino una tendenza positiva per l'allattamento esclusivo è emersa una preoccupante crescita nel numero di donne che hanno deciso di interrompere l'allattamento al seno, con un incremento dall'1,16% al 9,4%.

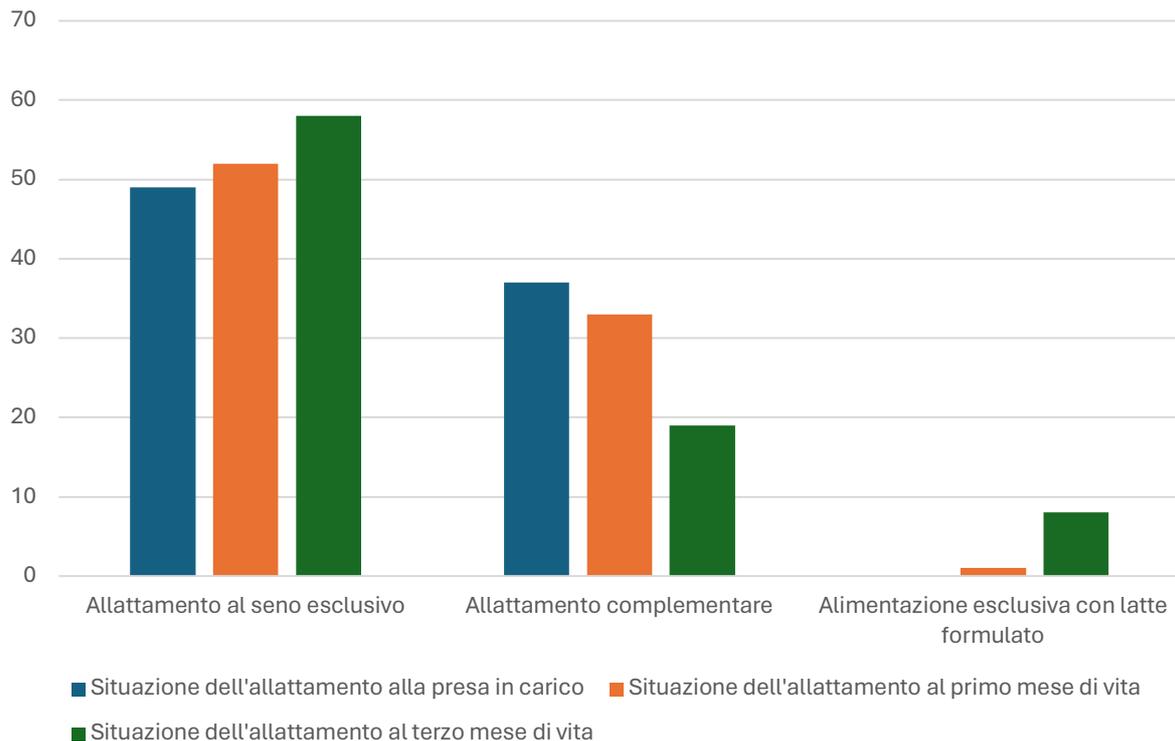


Figura 4. Confronto tra i tassi di allattamento esclusivo, allattamento complementare e alimentazione esclusivamente con latte formulato nelle fasi di presa in carico, primo mese e terzo mese.

Un aspetto interessante riguarda il comportamento delle sette donne che hanno dichiarato di aver sospeso l'allattamento al seno per passare a un'alimentazione esclusivamente a base di formula. Tra queste, solo una proveniva da un regime di allattamento esclusivo, mentre le altre avevano praticato, fino a quel momento, un allattamento complementare.

Questa osservazione sembra spiegare in parte la diminuzione del tasso di allattamento complementare al terzo mese, suggerendo che le madri che optano per il regime misto tendano a interrompere prima rispetto a quelle che praticano un allattamento esclusivo al seno.

Studi precedenti hanno evidenziato che l'introduzione precoce di latte artificiale, anche in modalità complementare, è spesso associata a una riduzione della durata complessiva dell'allattamento al seno²⁸. Questo fenomeno potrebbe essere legato a una riduzione della fiducia delle madri nella loro capacità di produrre latte a sufficienza, con conseguente dipendenza da alimentazione artificiale.

²⁸ Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. (2016) *Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*. The Lancet.

Per quanto riguarda le motivazioni alla base della sospensione dell'allattamento, due delle sette donne che hanno interrotto hanno riferito che il neonato non sembrava soddisfatto dalle poppate, indicazione che potrebbe riflettere difficoltà nella gestione delle stesse o una percezione di inadeguata produzione di latte, come suggerito da diversi studi sul tema²⁹. Le restanti cinque donne hanno giustificato la scelta con motivi personali legati alla gestione del neonato, come la fatica o il bisogno di maggiore flessibilità nel ritmo delle poppate.

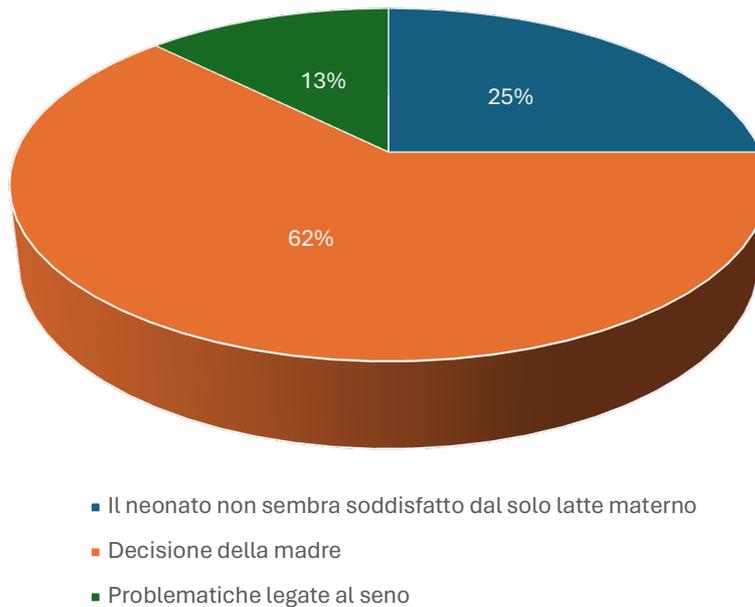


Figura 5. Causa della sospensione dell'allattamento al seno riportata dalle madri.

Infine, una sola partecipante ha deciso di introdurre il latte artificiale in aggiunta all'allattamento al seno, passando dall'allattamento esclusivo a quello complementare. La ragione fornita per questa scelta è stata la necessità di estendere gli intervalli tra una poppata e l'altra, suggerendo che il benessere e la necessità di recupero fisico e psicologico della madre possono influenzare le decisioni riguardanti l'allattamento. Questo è un dato coerente con quanto riportato dalla letteratura, secondo cui il benessere materno, inclusi gli aspetti psicologici e la gestione dello stress post partum, può avere un impatto significativo sulle scelte riguardanti l'allattamento³⁰.

²⁹ Brown, A., Raynor, P. and Lee, M. (2011) *Healthcare professionals' and mothers' perceptions of factors that influence decisions to breastfeed or formula feed infants: a comparative study*. Journal of Advanced Nursing

³⁰ Dennis CL, McQueen K. (2009) *The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review*. Pediatrics.

Nel corso della telefonata di follow-up al terzo mese, 82 donne avevano completato il percorso di assistenza presso l'ambulatorio di allattamento mentre le rimanenti tre erano ancora in contatto telefonico con le ostetriche per monitorare il peso del neonato. Tra le 82 donne che hanno terminato il percorso, 63 hanno dichiarato di aver risolto i problemi per cui si erano recate in ambulatorio, 8 hanno scelto di trasferirsi a un consultorio più vicino alla propria abitazione, mentre 11 hanno interrotto il percorso per volontà personale.

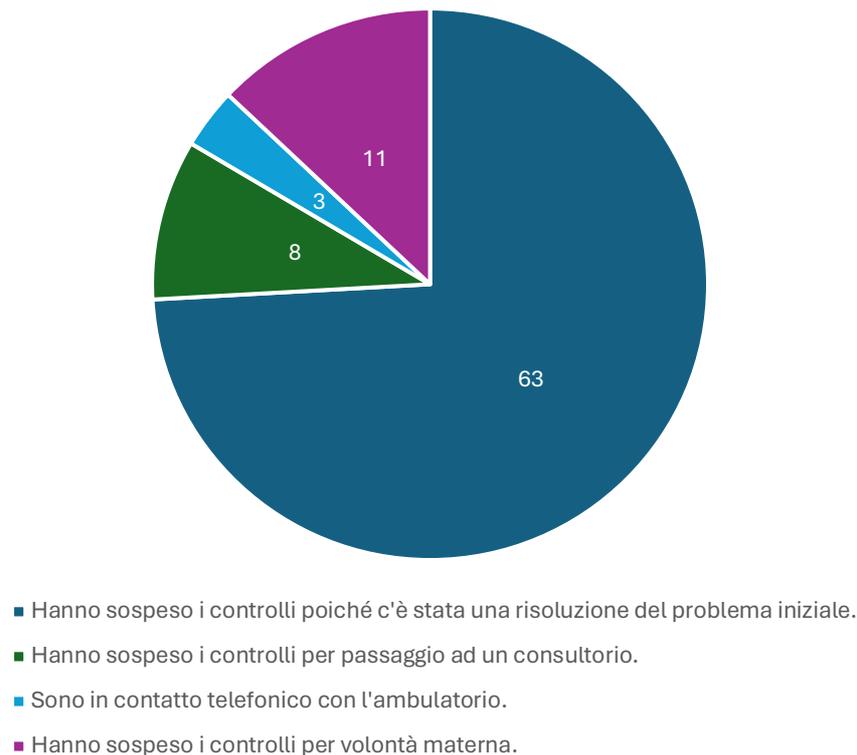


Figura 6. Distribuzione della popolazione dello studio al terzo mese: motivi di conclusione del percorso in ambulatorio.

Al termine del percorso, è stato richiesto alle donne di valutare l'assistenza ricevuta in ambulatorio su una scala da 1 a 5. La valutazione media è stata di 4,8 su 5, indicativa di un elevato grado di soddisfazione. Le parole chiave più frequentemente utilizzate per descrivere l'esperienza di assistenza sono state: disponibilità, gentilezza, sostegno, supporto, professionalità, empatia e ascolto. Questi risultati suggeriscono che gli aspetti relazionali e comunicativi del servizio hanno avuto un impatto significativo sulla percezione delle madri riguardo l'assistenza ricevuta.

Infine, è stato chiesto alle madri di fornire eventuali suggerimenti per migliorare l'assistenza ricevuta presso l'Ambulatorio. Molte delle partecipanti hanno condiviso osservazioni utili, contribuendo a riflessioni significative per l'ottimizzazione della pratica clinica. Questi

suggerimenti sono stati particolarmente rilevanti poiché ci hanno offerto una visione diretta delle esperienze vissute dalle madri e delle loro aspettative rispetto al servizio.

Tra le 82 donne che hanno completato il percorso, 47 non hanno espresso particolari suggerimenti, indicando probabilmente una soddisfazione complessiva per l'assistenza ricevuta. Tuttavia, le restanti partecipanti hanno evidenziato diverse aree di intervento su cui poter lavorare per migliorare ulteriormente la qualità del servizio. Di seguito sono riportati i suggerimenti più frequentemente evidenziati dalle madri:

- **Garanzia di continuità assistenziale:** Le partecipanti hanno sottolineato l'importanza di poter essere seguite dalla stessa ostetrica durante tutti i controlli in ambulatorio, sottolineando l'importanza di un rapporto di fiducia e continuità con il personale sanitario. Tuttavia, per motivi organizzativi, ciò non è sempre stato possibile. La letteratura scientifica sostiene che una continuità assistenziale garantita dalla stessa figura professionale può favorire un maggiore senso di sicurezza nelle madri e una relazione di fiducia, fattori che contribuiscono a migliorare i tassi di allattamento esclusivo e la durata complessiva dell'allattamento.
- **Consulenza durante la degenza ospedaliera:** Diverse donne hanno suggerito la necessità di ricevere consulenze qualificate già durante la permanenza in ospedale, subito dopo il parto. È stato dimostrato che l'intervento precoce di consulenti specializzati in allattamento, fin dai primi giorni di vita del neonato, è cruciale per affrontare problemi come il corretto posizionamento del bambino al seno o la gestione di eventuali difficoltà come il dolore ai capezzoli. Uno studio condotto su oltre 3.000 madri ha evidenziato che il supporto professionale durante la degenza ha un impatto significativo sull'aumento dei tassi di allattamento esclusivo al momento della dimissione³¹. Attualmente, presso il reparto di ostetricia dell'ospedale maggiore, le ostetriche IBCLC forniscono consulenze giornaliere, ma queste sono limitate alle donne segnalate per casi di allattamento particolarmente complessi. Questo approccio selettivo, pur utile per affrontare situazioni critiche, esclude molte madri che potrebbero trarre beneficio da una consulenza professionale più approfondita durante la degenza. Idealmente, tutte le donne dovrebbero avere accesso a supporto mirato fin dai primi giorni, anche per problemi minori, che se non risolti

³¹ Cohen R.J., Brown K.H., Dewey K.G., Canahuati J., & Rivera L.L. (1994) *Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomized intervention study in Honduras*. The Lancet, 344(8918), 288-293.

tempestivamente, potrebbero compromettere la durata e l'efficacia dell'allattamento. Per migliorare questa situazione, si potrebbe intervenire su due fronti. Da un lato, è fondamentale che le ostetriche del reparto ricevano una formazione adeguata, in modo da acquisire le competenze necessarie per assistere le madri nel percorso di allattamento. Questo potrebbe includere corsi di aggiornamento e perfezionamento per affrontare efficacemente le varie problematiche legate all'allattamento. Dall'altro lato, sarebbe opportuno potenziare l'organico, inserendo ulteriore personale qualificato, così da garantire che ci sia sempre una figura disponibile per sostenere le madri durante la degenza. Queste misure consentirebbero di estendere il supporto a tutte le donne, riducendo il rischio di abbandono precoce dell'allattamento e migliorando gli esiti a lungo termine per madri e neonati.

- **Visite a domicilio:** Alcune madri hanno richiesto la possibilità di ricevere consulenze e supporto a casa, soprattutto in situazioni in cui recarsi in un ambulatorio è difficile. L'evidenza scientifica dimostra che le visite domiciliari condotte da professionisti certificati in allattamento portano a un aumento dei tassi di allattamento prolungato, soprattutto nelle famiglie con basso supporto sociale. Una ricerca ha dimostrato che le madri che ricevono consulenze a domicilio hanno una probabilità significativamente maggiore di mantenere l'allattamento esclusivo rispetto a quelle che non ricevono questo tipo di supporto³².
- **Riduzione dei tempi di attesa per le consulenze:** La gestione ottimale degli appuntamenti e la riduzione dei tempi di attesa sono stati indicati come aspetti cruciali per migliorare l'esperienza complessiva delle madri. Tempi di attesa prolungati possono scoraggiare le madri dal cercare ulteriore assistenza, soprattutto se stanno già affrontando difficoltà legate all'allattamento.
- **Presenza di ostetriche IBCLC nei reparti di neonatologia e terapia intensiva neonatale:** La disponibilità di ostetriche con certificazione IBCLC in reparti neonatali è stata suggerita come una priorità, soprattutto per le madri di neonati prematuri o con patologie. Le ricerche indicano che i bambini nati pretermine, che ricevono latte materno, presentano un rischio ridotto di sviluppare enterocolite necrotizzante e infezioni nosocomiali. Un supporto qualificato per l'avvio dell'allattamento nei reparti di terapia intensiva neonatale è

³² McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M.J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J.L., Veitch, E., Rennie, A.M., Crowther, S.A., Neiman, S., MacGillivray, S. (2017) *Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies*. Cochrane Database of Systematic Reviews, (2), CD001141.

essenziale per garantire che anche le madri in situazioni critiche possano beneficiare di un avvio positivo dell'allattamento.

- **Coerenza delle informazioni tra operatori sanitari:** Un altro tema ricorrente riguarda la necessità di garantire coerenza tra le informazioni fornite dagli operatori sanitari, come ostetriche, pediatri e consulenti per l'allattamento. La mancanza di coerenza tra i consigli e le raccomandazioni di questi professionisti può generare confusione tra le madri, portandole a dubitare delle loro capacità di allattare e minando la fiducia nell'intero processo. Studi hanno dimostrato che le madri che ricevono indicazioni contrastanti tendono a interrompere l'allattamento prima rispetto a quelle che ottengono un supporto univoco e basato su evidenze scientifiche³³. Una soluzione efficace per affrontare questo problema sarebbe quella di garantire che tutti i professionisti con cui le madri entrano in contatto durante il percorso di allattamento basino le loro raccomandazioni, consigli e prescrizioni sulle evidenze scientifiche più recenti. Questo approccio assicurerebbe un'informazione omogenea e priva di contraddizioni, riducendo il rischio di confusione per le neomamme e migliorando la loro capacità di prendere decisioni consapevoli. Per realizzare questo obiettivo, è cruciale promuovere corsi di aggiornamento continui per tutti gli operatori sanitari che si occupano di madri e neonati. Attraverso questi corsi, i professionisti possono rimanere aggiornati sulle ultime linee guida internazionali e sulle migliori pratiche per sostenere l'allattamento. In particolare, la formazione continua deve includere non solo le ostetriche e i pediatri, ma anche i medici di base, le infermiere e gli altri professionisti coinvolti nelle cure postnatali. Così facendo, le madri non saranno messe nella difficile situazione di dover scegliere a quale professionista dare ascolto, evitando conflitti di informazioni e promuovendo un percorso di allattamento sereno e informato. Questa strategia di uniformità nelle informazioni non solo garantisce una maggiore fiducia nelle madri, ma contribuisce anche a migliorare i tassi di allattamento prolungato ed esclusivo. Infatti, un ambiente di supporto coerente e basato su evidenze scientifiche è associato a migliori risultati per la salute materna e neonatale.
- **Integrazione delle informazioni tra ambulatorio e reparto di degenza:** L'allineamento delle informazioni tra i vari contesti assistenziali, come il reparto di degenza ospedaliero e l'ambulatorio, è stato suggerito come una misura necessaria per garantire una transizione fluida nel percorso di assistenza. L'utilizzo di protocolli standardizzati e la condivisione

³³ Renfrew, M. J., McCormick, F., Wade, A., & McGuire, W. (2012) *Support for breastfeeding mothers*. Cochrane Database of Systematic Reviews.

delle informazioni tramite cartelle cliniche elettroniche possono facilitare questo processo, migliorando la continuità delle cure.

- Utilizzo di una cartella informatizzata: Le madri hanno suggerito l'adozione di sistemi informatici per la gestione delle informazioni relative all'assistenza. L'implementazione di cartelle cliniche informatizzate facilita il monitoraggio dei progressi delle madri e dei neonati, rendendo più efficiente la comunicazione tra i vari professionisti sanitari.

Questi suggerimenti evidenziano aree cruciali per l'ottimizzazione dei servizi di supporto all'allattamento e sottolineano l'importanza di un'assistenza personalizzata, basata su evidenze scientifiche, per migliorare le esperienze delle madri e dei loro neonati.

3.1.3. Stato dell'Allattamento al sesto mese: dati e tendenze

Alla telefonata di follow-up effettuata al sesto mese hanno partecipato complessivamente 85 donne. Durante l'intervista telefonica del sesto mese, è stato approfondito non solo il tipo di alimentazione del neonato, ma anche le ragioni che hanno portato alcune madri a introdurre la formula. Questi dati sono essenziali per comprendere le difficoltà comuni e le decisioni delle madri, fornendo indicazioni su come potrebbe essere strutturato un supporto continuo e mirato per aiutare coloro che desiderano proseguire con l'allattamento esclusivo.

I dati raccolti attraverso il questionario somministrato in questa fase forniscono un quadro aggiornato sulle modalità di alimentazione adottato dalla popolazione in esame, evidenziando un lieve calo (-7%) del tasso di allattamento completo³⁴, rispetto al terzo mese.

Tale riduzione, seppur contenuta, riflette la tendenza di molte madri a introdurre cibi solidi prima del sesto mese di vita del bambino. Questa scelta è spesso motivata dall'inizio della frequenza al nido e dalle indicazioni ricevute dal pediatra, che suggeriscono un'introduzione anticipata dell'alimentazione complementare in vista della progressiva autonomia alimentare del lattante. Parallelamente, è stato osservato un leggero incremento del tasso di allattamento complementare, con un aumento di +1,2% rispetto al terzo mese.

³⁴ Allattamento esclusivo + Allattamento predominante.

Inoltre, si è registrato un incremento (+5,9%) nel numero di donne che hanno cessato l'allattamento al seno rispetto ai dati rilevati al terzo mese. Tutte le donne che hanno interrotto l'allattamento esclusivo in questa fase provenivano da un regime di allattamento complementare e hanno dichiarato di aver smesso di allattare al seno principalmente per due ragioni: il rientro al lavoro e la percezione di una ridotta produzione di latte.

Nello specifico, il rientro a lavoro è stato indicato come un fattore critico, che ha portato alcune madri a percepire difficoltà nella gestione dei tempi di allattamento, oltre a ostacoli pratici dovuti alla mancanza di ambienti adeguati o del tempo necessario per estrarre e conservare il latte. Parallelamente, la percezione di una ridotta produzione di latte è stata segnalata come motivo di preoccupazione, con alcune madri che hanno riportato di non riuscire a soddisfare appieno le richieste del bambino.

Questa percezione, in molti casi non confermata da una valutazione clinica, ha generato insicurezza e ha contribuito alla decisione di interrompere definitivamente l'allattamento.

Infine, quattro donne hanno introdotto latte formulato in questa fase. In tre casi, tale decisione è stata presa su indicazione del pediatra, a causa di un rallentamento dell'incremento ponderale del lattante, mentre una sola donna ha scelto di integrare con latte artificiale autonomamente, ritenendola una soluzione adeguata al fine di prepararsi al rientro al lavoro.

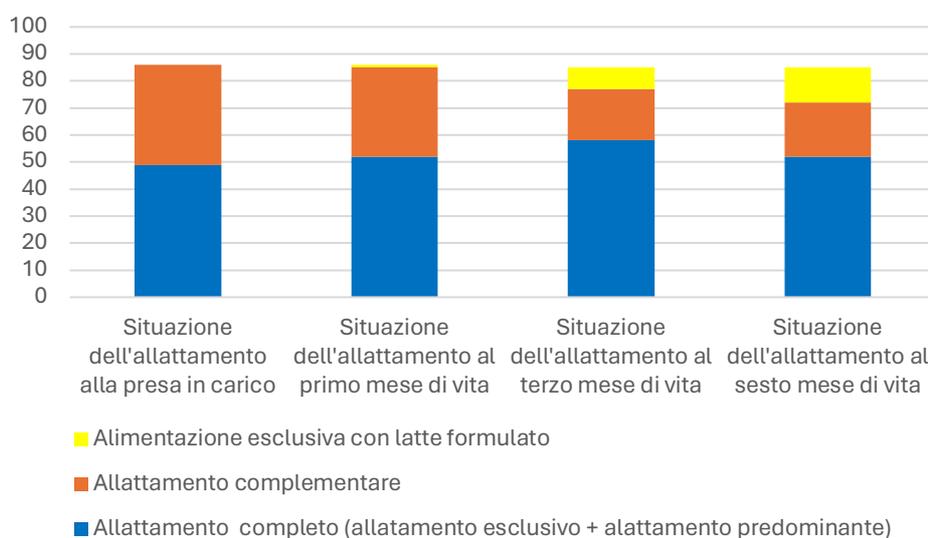


Figura 7. Confronto tra i tassi di allattamento esclusivo, allattamento complementare e alimentazione esclusivamente con latte formulato nelle fasi di presa in carico, primo, terzo e sesto mese.

È stato poi chiesto alle partecipanti se avessero intenzione di continuare ad allattare. Tra le madri che hanno mantenuto l'allattamento esclusivo fino al sesto mese, il 73% ha espresso l'intenzione di proseguire fino al primo anno di vita del bambino, o oltre, riconoscendone il valore sia dal punto di vista nutrizionale che per il rafforzamento del legame madre-figlio. Al contrario, il restante 27% ha indicato la volontà di interrompere gradualmente l'allattamento nei mesi successivi, citando principalmente stanchezza fisica e la necessità di tornare al lavoro come motivazioni principali.

Il 90% delle madri che hanno adottato un regime di allattamento complementare ha espresso il desiderio di continuare ad allattare il proprio neonato. Tuttavia, alla domanda "*Pensa che continuerà a farlo?*", il 28% ha risposto negativamente. Le ragioni indicate per questa previsione includono, principalmente, la percezione di una riduzione graduale della produzione lattea, che ha generato incertezza riguardo alla possibilità di proseguire efficacemente l'allattamento. È noto che nelle donne che adottano un regime di allattamento misto può verificarsi una riduzione della produzione di latte nel tempo, spesso attribuibile alla minore stimolazione della ghiandola mammaria, che può derivare dall'introduzione di latte artificiale o altri alimenti. Questa situazione tende a instaurare un circolo vizioso in cui l'aggiunta di latte in formula porta a una minore frequenza delle poppate al seno, con conseguente calo della produzione, rendendo per alcune madri difficile mantenere l'allattamento a lungo termine. Questo fenomeno evidenzia l'importanza di un sostegno continuo e di strategie di gestione dell'allattamento per le madri che desiderano proseguire l'allattamento misto il più a lungo possibile, limitando le difficoltà legate alla produzione di latte.

Questi risultati suggeriscono una forte motivazione e attitudine positiva verso l'allattamento a lungo termine tra le madri che hanno beneficiato del supporto tempestivo fornito nel primo periodo post parto e che un buon avvio dell'allattamento, supportato da una risoluzione precoce delle problematiche iniziali, possa contribuire in modo significativo alla durata complessiva dell'allattamento e alla qualità percepita dalle madri. Offrire alle madri un accesso continuativo a consulenze qualificate potrebbe favorire non solo l'aumento del tasso di allattamento esclusivo, ma anche supportarle nel raggiungimento dei loro obiettivi personali di allattamento, indipendentemente dal tipo di alimentazione scelto. Durante il follow-up telefonico al sesto mese, è stato esplorato anche il timing dell'introduzione dei primi cibi solidi, al fine di comprendere le tendenze presenti nella popolazione in esame e valutarne la conformità con le raccomandazioni internazionali. I risultati ottenuti sono stati complessivamente positivi: il 67%

delle madri ha iniziato a introdurre alimenti complementari solamente dopo il compimento del sesto mese del neonato, in linea con le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dell'UNICEF.

Il 20% delle partecipanti, invece, ha scelto di anticipare l'introduzione dei cibi solidi al quinto mese, sotto consiglio del pediatra. In questi casi, i neonati avevano mostrato segni di prontezza, quali interesse per il cibo degli adulti, la capacità di stare seduti senza supporto e la perdita del riflesso di estrusione, che potrebbe ostacolare la deglutizione di cibi solidi. Questa scelta, seppure anticipata, risulta quindi motivata dalla valutazione dello stato di sviluppo del bambino e supervisionata dal pediatra, che ha giudicato la tempistica appropriata in base alle condizioni individuali del neonato.

Infine, una minoranza pari al 13%, ha posticipato l'inizio dell'alimentazione complementare fino al settimo mese di vita del bambino. Le motivazioni riferite per questa scelta includono una scarsa propensione del lattante verso gli alimenti solidi e l'assenza di urgenza percepita da parte delle madri, che hanno valutato positivamente la crescita del bambino con il solo latte materno. Queste madri hanno quindi adottato un approccio basato sul rispetto delle tempistiche individuali del bambino, preferendo attendere manifestazioni di interesse spontaneo verso l'alimentazione complementare.

Un dato significativo emerso dall'indagine riguarda le indicazioni fornite dai pediatri, che in molti casi (25%) continuano a consigliare l'introduzione della frutta già a quattro mesi, nonostante le raccomandazioni basate sulle attuali evidenze scientifiche suggeriscano di attendere il sesto mese. Questa discrepanza tra le linee guida scientifiche e le pratiche consigliate mette in luce la necessità di un aggiornamento continuo per il personale medico affinché possa fornire indicazioni coerenti e basate sulle migliori evidenze disponibili. La mancanza di uniformità nelle informazioni ricevute dai diversi professionisti rischia, infatti, di creare confusione nelle madri e compromettere la fiducia nelle raccomandazioni.

Nonostante questa discrepanza, è rassicurante notare che nessuna delle madri incluse nello studio ha introdotto cibi solidi prima dei cinque mesi, dimostrando una certa consapevolezza dei rischi associati a un'introduzione precoce. Infatti, il 93% delle partecipanti ha dichiarato di conoscere le raccomandazioni dell'OMS e ha deciso di seguirle, indipendentemente dalle indicazioni dei pediatri, a conferma dell'importanza e dell'efficacia delle campagne di sensibilizzazione e informazione sulle pratiche di svezzamento.

Parallelamente all'introduzione degli alimenti solidi, è stata analizzata anche l'introduzione dei primi liquidi non nutritivi. I dati mostrano che la quasi totalità della popolazione ha iniziato a somministrare acqua al neonato contestualmente all'inizio dello svezzamento, conformandosi alle linee guida per l'idratazione. Solo una madre ha introdotto sia acqua che camomilla, una scelta che potrebbe riflettere tradizioni culturali o consigli specifici ricevuti.

Abbiamo inoltre esplorato le preferenze in termini di modalità di svezzamento, scoprendo che il 46% delle madri ha adottato un approccio tradizionale, caratterizzato da una graduale introduzione di cibi solidi sotto forma di pappe e puree. Il 29% delle partecipanti ha invece optato per l'autosvezzamento, una pratica che incoraggia il bambino a esplorare autonomamente i cibi solidi, favorendo lo sviluppo delle capacità motorie e l'autoregolazione nell'assunzione di cibo.

Infine, il 12% delle madri ha scelto un approccio misto, combinando elementi di svezzamento tradizionale e di autosvezzamento, probabilmente al fine di adattare la transizione alimentare alle esigenze individuali del bambino.

Questi risultati evidenziano una buona adesione della popolazione alle raccomandazioni internazionali e una crescente consapevolezza delle pratiche di svezzamento basate sulle evidenze scientifiche. Tuttavia, la variabilità nelle indicazioni fornite dai pediatri sottolinea la necessità di un'informazione continua e aggiornata tra i professionisti, così da garantire che le madri ricevano indicazioni uniformi e basate sulle più recenti linee guida, facilitando così una transizione alimentare sicura e consapevole.

3.2. L'allattamento in Italia: l'Emilia-Romagna

Recentemente è stato pubblicato il report sull'allattamento in Emilia-Romagna relativo all'anno 2023 che fornisce un quadro dettagliato delle percentuali di prevalenza dell'allattamento al seno a diverse età, evidenziando variazioni a livello regionale e analizzando l'influenza di fattori sociali, nazionalità materna e vulnerabilità socioeconomica.

In particolare, la prevalenza media regionale di allattamento completo (che include sia l'allattamento esclusivo sia quello predominante³⁵) è risultata essere del 56,1% a tre mesi, con un leggero calo dell'1,4% rispetto all'anno precedente. A cinque mesi, invece, si osserva un incremento della prevalenza, che raggiunge il 49,4%, in aumento del 3,1% rispetto al 2022. Questa crescita, seppur moderata, riflette un miglioramento nella durata dell'allattamento al seno, pur evidenziando margini di intervento per incrementare ulteriormente il sostegno alle madri.

A livello di singole AUSL (Aziende Sanitarie Locali), esistono differenze significative nella prevalenza di allattamento completo. A tre mesi, la prevalenza varia tra il 42,5% e il 67,4%, mentre a cinque mesi si attesta tra il 37,1% e il 63,0%. Tali differenze suggeriscono che i livelli di supporto e promozione dell'allattamento potrebbero variare tra le diverse aree, influenzando così il tasso di continuità dell'allattamento nelle varie AUSL.

Dal punto di vista sociodemografico, le differenze nei tassi di allattamento tra madri italiane e straniere sono evidenti. Le madri italiane mostrano una prevalenza di allattamento completo del 55,8% a tre mesi e del 48,9% a cinque mesi, rispetto alle madri straniere, che riportano rispettivamente il 59,9% e il 51,3%. Questa discrepanza può essere attribuibile a differenze culturali, livelli di supporto familiare, e accesso ai servizi di consulenza per l'allattamento.

Un'ulteriore dimensione chiave riguarda la vulnerabilità socioeconomica, misurata attraverso lo score CedAP-G³⁶. Le madri con maggior vulnerabilità sociale, classificate in classe 4, mostrano una prevalenza di allattamento completo notevolmente inferiore rispetto a quelle in classe 1, con il 40,8% di prevalenza a tre mesi e il 33,5% a cinque mesi, rispetto al 74,6% e al 66,6% rispettivamente per le madri con minore vulnerabilità. Questi dati indicano che le condizioni socioeconomiche e l'accesso a risorse adeguate influenzano in modo significativo

³⁵ Latte materno con aggiunte di liquidi non nutritivi come acqua, tisane, tè.

³⁶ Lo score CedAP-G rappresenta un indice utilizzato per la valutazione del rischio ostetrico e neonatale nelle donne in gravidanza. Introdotto nel sistema CedAP (Certificato di Assistenza al Parto) in Emilia-Romagna, tale punteggio consente di classificare le gravidanze in base a diversi fattori di rischio, includendo aspetti clinici e sociali.

L'obiettivo dello score CedAP-G è supportare gli operatori sanitari nella personalizzazione dell'assistenza, identificando tempestivamente le gravidanze che richiedono interventi specifici per la tutela della salute materna e neonatale.

la capacità delle madri di proseguire l'allattamento, suggerendo la necessità di interventi mirati per supportare le madri in situazioni di maggior svantaggio e ridurre le disuguaglianze.

In sintesi, il report evidenzia come le differenze nelle percentuali di allattamento tra diverse aree geografiche e gruppi sociodemografici rappresentino una sfida per il sistema sanitario, e come una maggiore equità di accesso al supporto per l'allattamento possa giocare un ruolo cruciale nel migliorare i tassi di allattamento al seno nella regione.

La situazione dell'allattamento nella provincia di Bologna evidenzia una prevalenza di allattamento completo a tre mesi variabile tra il 42,5% e il 67,4%, e a cinque mesi tra il 37,1% e il 63%. Questo dato rispecchia la media regionale, ma segnala anche una discreta variabilità tra i diversi distretti.

3.3. Sostenere l'Allattamento Esclusivo: Il Modello dell'Ospedale Maggiore di Bologna

Il confronto tra i dati ottenuti nello studio condotto presso l'ambulatorio dell'Ospedale Maggiore di Bologna e quelli riportati a livello regionale mostra differenze significative nei tassi di allattamento esclusivo.

Mentre nel contesto regionale si rileva una riduzione progressiva del numero di madri che praticano l'allattamento esclusivo nei primi mesi post partum, con una conseguente crescita delle madri che introducono un'alimentazione complementare o che interrompono completamente l'allattamento, l'analisi dei dati bolognesi evidenzia una tendenza opposta.

Grazie al supporto precoce e qualificato fornito presso l'ambulatorio dell'Ospedale Maggiore, si è osservato un incremento nel tasso di allattamento completo, che è passato dal 60,47% al primo mese al 68,24% al terzo mese, per poi stabilizzarsi al 61,2% al sesto mese. Parallelamente, il tasso di allattamento complementare ha mostrato una riduzione dal 38,37% al primo mese al 22,35% al terzo mese, con un lieve aumento al 23,5% al sesto mese.

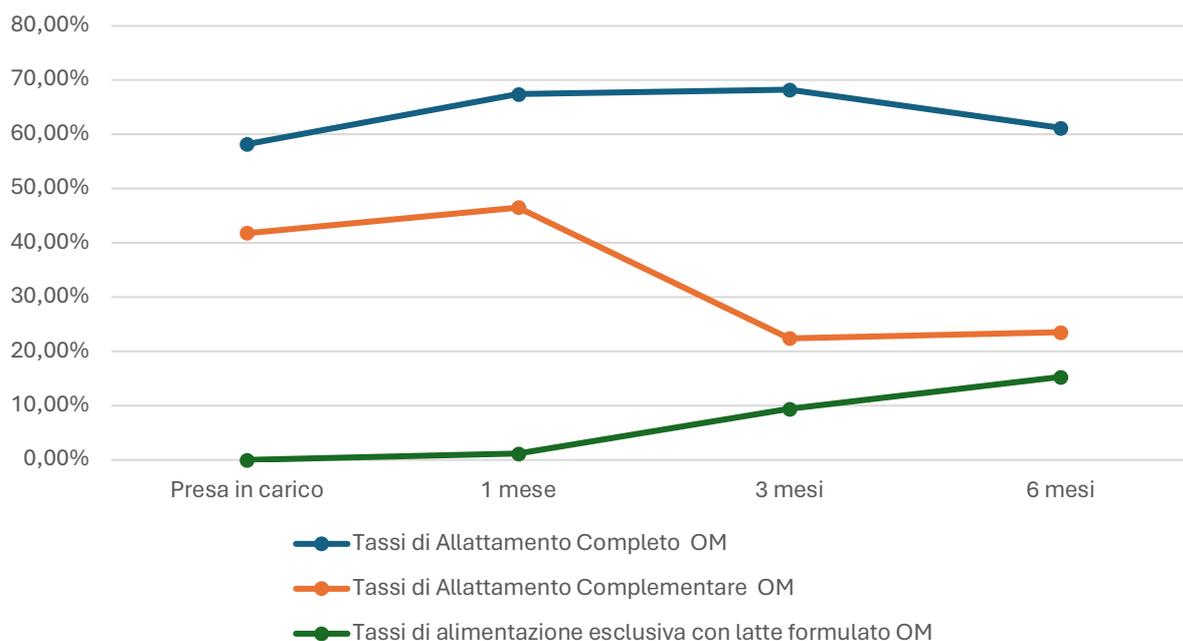


Figura 8. Distribuzione dei tassi di allattamento completo, complementare e di alimentazione esclusivamente a base di formula nei primi sei mesi post-parto riferiti al campione di studio.

Questi dati, pur essendo circoscritti alla popolazione seguita presso l’Ospedale Maggiore e non riflettendo dunque l’intero panorama delle nascite nell’area bolognese, rappresentano comunque un esempio significativo di come un intervento mirato possa influenzare positivamente l’andamento dell’allattamento esclusivo.

L’assistenza fornita in modo tempestivo e specializzato dalle ostetriche, in particolare nelle prime settimane dopo il parto, si è dimostrata efficace nel superare le principali difficoltà iniziali che spesso ostacolano il proseguimento dell’allattamento esclusivo, quali dolori al seno, ingorghi, preoccupazioni per la crescita del neonato e insicurezza materna. Una volta superate queste difficoltà iniziali, con il supporto dei professionisti, molte madri hanno rafforzato la loro fiducia nelle capacità di allattamento, potendo così proseguire l’allattamento esclusivo.

A livello regionale, i dati indicano una diversa tendenza, in cui la mancanza di un supporto altrettanto capillare e tempestivo sembra contribuire a un calo significativo del tasso di allattamento esclusivo nel tempo. Questo confronto evidenzia come il supporto continuativo e qualificato possa influire positivamente sugli esiti dell’allattamento, fornendo un sostegno cruciale nei momenti critici, in cui le madri potrebbero altrimenti scegliere di introdurre formule aggiuntive o di interrompere l’allattamento.

L'efficacia del modello adottato presso l'Ospedale Maggiore suggerisce che un'estensione di questo approccio, con l'offerta di assistenza regolare e mirata nelle prime settimane post partum, potrebbe essere utile su scala più ampia per incrementare i tassi di allattamento esclusivo.

In quest'ottica, emerge la necessità di politiche sanitarie regionali che incentivino l'adozione di pratiche di supporto simili, basate sull'assistenza precoce e qualificata. Tale strategia potrebbe permettere di raggiungere un numero più ampio di madri e neonati, migliorando le percentuali di allattamento esclusivo e riducendo l'abbandono prematuro dell'allattamento.

In sintesi, pur considerando che i risultati del presente studio riflettono una realtà circoscritta al contesto dell'Ospedale Maggiore, essi forniscono comunque un contributo importante per comprendere l'impatto del supporto precoce e qualificato. Il confronto con i dati regionali, che evidenziano un calo dell'allattamento esclusivo nei mesi successivi al parto, mette in luce il ruolo cruciale che un'assistenza adeguata può svolgere nel garantire la continuità e la qualità dell'allattamento, promuovendo il benessere della diade madre-bambino e contribuendo a raggiungere gli obiettivi di salute pubblica in ambito neonatale.

Per valutare con maggior precisione l'impatto del supporto precoce e qualificato sull'allattamento esclusivo, sarebbe auspicabile condurre uno studio caso-controllo. Tuttavia, una tale metodologia comporterebbe la difficoltà etica di negare intenzionalmente il supporto ad un gruppo di madri nel periodo post-parto, un intervento che risulterebbe contrario alle buone pratiche assistenziali.

Di conseguenza, è stato scelto di effettuare un confronto tra i dati della popolazione regionale, in cui il sostegno ricevuto dalle madri è eterogeneo e variabile, e la popolazione studiata presso l'ambulatorio dell'Ospedale Maggiore, dove tutte le partecipanti hanno beneficiato di un'assistenza strutturata e specializzata per l'allattamento.

Questo approccio consente di osservare, seppur indirettamente, l'effetto potenziale di un supporto qualificato su una popolazione omogenea e di confrontarlo con l'andamento dei tassi di allattamento esclusivo nella popolazione regionale, offrendo un valido punto di riferimento per valutare l'efficacia dell'intervento.

3.4. Limiti dello studio

Il presente studio, pur fornendo risultati significativi sull'efficacia del supporto all'allattamento, presenta alcuni limiti che meritano attenzione e riflessione. Tali limitazioni potrebbero influenzare l'interpretazione dei risultati e la loro estensibilità.

Metodo di Raccolta Dati: La raccolta dei dati è avvenuta attraverso un questionario telefonico, un metodo che, sebbene pratico e utile per raccogliere informazioni in modo tempestivo, presenta alcune criticità. In particolare, non è stato possibile verificare la veridicità delle informazioni fornite dalle madri intervistate. Questo aspetto può introdurre bias nelle risposte, poiché i partecipanti potrebbero aver fornito informazioni che non riflettono accuratamente la loro esperienza di allattamento. La mancanza di verifica diretta dei dati raccolti potrebbe limitare l'affidabilità dei risultati e la possibilità di trarre conclusioni definitive.

Riduzione del Campione: Inizialmente, il campione previsto per il nostro studio era composto da 98 madri, corrispondenti al 10% degli accessi annuali all'ambulatorio. Tuttavia, nel corso dello studio, il campione si è ridotto a 85 partecipanti, il che ha comportato una diminuzione significativa della rappresentatività. Questa riduzione ha compromesso la capacità di generalizzare i risultati alle madri che accedono all'ambulatorio e potrebbe influenzare la validità esterna dello studio. Il campione finale, pertanto, non rispecchia più il panorama complessivo delle madri assistite, limitando l'applicabilità dei risultati.

È importante evidenziare il tasso di abbandono dello studio, che ha coinvolto 13 delle 98 donne inizialmente reclutate (13,27%). Questo rappresenta un potenziale bias, in quanto la perdita di partecipanti può compromettere l'accuratezza e la generalizzabilità dei risultati. La riduzione del campione effettivo potrebbe portare a una rappresentatività limitata, specialmente se le ragioni degli abbandoni non sono casuali ma legate a fattori specifici, come difficoltà nell'allattamento o impegni personali, con un impatto diretto sulle conclusioni dello studio.

Dimensione del Campione: Un ulteriore limite rilevante riguarda la dimensione complessiva del campione, che risulta essere relativamente ridotta sia in relazione agli accessi annuali all'ambulatorio che rispetto alle nascite complessive nella regione. I dati raccolti si riferiscono esclusivamente a un gruppo di bambini nati presso l'Ospedale Maggiore, il che significa che non è stata considerata la variabilità e la diversità delle esperienze di allattamento delle madri

che partoriscono in altre strutture sanitarie. Questa circostanza riduce la capacità di comprendere l'impatto del supporto all'allattamento su un campione più ampio e diversificato, limitando ulteriormente le conclusioni che possono essere tratte da questo studio.

Un ulteriore limite dello studio è rappresentato dall'utilizzo di questionari non validati, il che potrebbe ridurre la robustezza e la comparabilità dei dati raccolti.

Inoltre, l'analisi dei risultati è stata condotta in modo narrativo e non statistico, limitando la possibilità di trarre conclusioni generalizzabili o supportate da test quantitativi.

In conclusione, sebbene il nostro studio fornisca importanti indicazioni sull'efficacia del supporto all'allattamento, è fondamentale considerare queste limitazioni nella valutazione dei risultati e nella pianificazione di studi futuri. La presenza di bias nella raccolta dei dati, la riduzione del campione e la dimensione relativamente piccola del campione complessivo suggeriscono la necessità di approcci metodologici più rigorosi e rappresentativi, capaci di offrire una visione più completa e affidabile delle esperienze delle madri durante il periodo dell'allattamento.

CAPITOLO QUARTO

IL RUOLO DELL'INFORMAZIONE IN GRAVIDANZA: PERCEZIONE DEGLI OPERATORI E DEGLI UTENTI

Nel corso del follow-up a tre mesi, parallelamente al questionario telefonico, e considerando che quasi tutte le partecipanti allo studio avevano concluso i controlli in ambulatorio allattamento, è stato chiesto loro di riflettere sulla qualità delle informazioni ricevute durante la gravidanza da parte di ostetriche e ginecologi. In particolare, si è indagato se tali informazioni fossero state percepite come adeguate e sufficienti a garantire un buon avvio dell'allattamento. È noto, infatti, che una preparazione inadeguata può compromettere l'esperienza di allattamento, come suggerito da diversi studi³⁷.

Dai dati raccolti è emerso che il 63,5% delle donne intervistate (54 su 85) ha giudicato insufficienti le informazioni ricevute in gravidanza. Di queste, 72 (84,7%) avevano frequentato un percorso di accompagnamento alla nascita (PAN), di cui 55 presso strutture pubbliche in associazione al percorso nascita, 11 privatamente e 6 presso un PAN sia pubblico sia privato.

Le 13 donne che non hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita (PAN) potrebbero non averlo fatto perché li avevano già frequentati durante una gravidanza precedente. Sebbene questo dato non sia stato specificamente rilevato nell'indagine condotta, può essere ipotizzato sulla base dell'esperienza delle ostetriche e dei dati del CEDAP, che indicano come la maggior parte delle donne che non partecipa a un corso di accompagnamento alla nascita abbia già seguito tale corso in una precedente gravidanza o sia stata ostacolata da

³⁷ Brown, A., & Lee, M. (2011) *"An Exploration of the Attitudes and Experiences of Mothers in the United Kingdom Who Chose to Breastfeed Exclusively for 6 Months Postpartum."* Breastfeeding Medicine, 6(4), 197-204.

Rollins, N. C., et al. (2016) *"Why Invest, and What it Will Take to Improve Breastfeeding Practices?"* The Lancet, 387(10017), 491-504.

impegni lavorativi. Queste osservazioni portano a riflettere sulla necessità di offrire opzioni di partecipazione online e di considerare la programmazione dei corsi in orari più flessibili, ad esempio serali, per favorire una maggiore adesione.

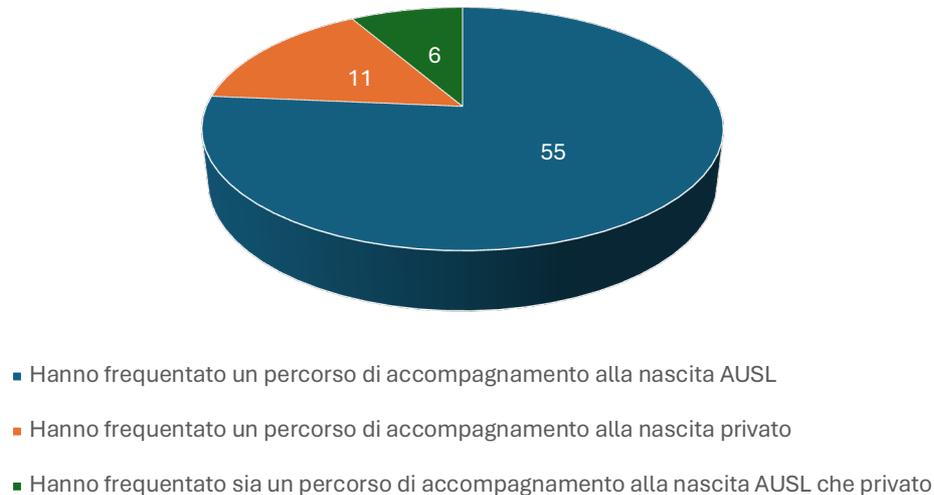


Figura 9. Distribuzione delle donne che hanno frequentato un Percorso di Accompagnamento alla Nascita (PAN) suddiviso per tipologia: privato, AUSL e combinazione di entrambi.

Tuttavia, ben 43 delle partecipanti al PAN hanno dichiarato di essere insoddisfatte dalle informazioni ricevute sull'allattamento e che avrebbero desiderato un approfondimento dell'argomento da parte dei professionisti che le hanno seguite in gravidanza. Tra le donne insoddisfatte, la maggior parte aveva frequentato un PAN pubblico (38 su 43), mentre una piccola parte ha partecipato a un PAN privato o a entrambi.

Questo risultato ha sollevato una riflessione sul ruolo dei professionisti nel promuovere l'allattamento durante la gravidanza, considerando che la letteratura suggerisce l'importanza di un'educazione precoce e completa per migliorare l'esito dell'allattamento³⁸.

Abbiamo quindi deciso di esplorare la percezione delle ostetriche dei consultori della provincia di Bologna per comprendere se la loro visione coincidesse con quella delle donne. A partire da luglio 2024, è stato somministrato un questionario alle ostetriche dei consultori con l'obiettivo di comprendere se e quanto affrontassero il tema dell'allattamento durante la gravidanza, sia nei

³⁸ McFadden, A., et al. (2017) "Support for Healthy Breastfeeding Mothers with Healthy Term Babies." Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2, Art. No.: CD001141.

bilanci di salute sia nei PAN, e, nel caso in cui l'argomento non fosse trattato, quali fossero le motivazioni.

Il questionario è stato somministrato in forma anonima, garantendo l'impossibilità di risalire all'identità delle rispondenti e non ha subito un processo di validazione formale.

Tale scelta metodologica è stata adottata per incoraggiare le partecipanti a rispondere con la massima libertà, con l'obiettivo di ottenere dati il più possibile attendibili e privi di distorsioni dovute a reticenze personali.

Dal questionario somministrato, a cui hanno risposto 36 ostetriche, è emerso un quadro parziale ma indicativo. Alle ostetriche è stato chiesto se conducevano regolarmente percorsi di accompagnamento alla nascita, quanti incontri prevedessero e se dedicassero un incontro specifico all'allattamento o se trattassero l'argomento insieme ad altri temi. Sono stati esplorati diversi aspetti chiave per un buon avvio dell'allattamento, inclusi:

- Fisiologia della lattazione e cambiamenti del seno, informazioni cruciali per comprendere il funzionamento dell'allattamento.
- Benefici dell'allattamento per madre, bambino, famiglia e società, un argomento ben documentato in letteratura, con evidenze che dimostrano benefici psicologici e immunitari per il neonato.
- Contatto pelle a pelle e attacco precoce al seno, noti per facilitare il bonding e stimolare la produzione di latte materno.
- I segnali di fame, sazietà e accrescimento del neonato.
- Tecniche di attacco e posizionamento del neonato al seno, conoscenze essenziali per prevenire dolore e complicazioni come le ragadi, che costituiscono una delle principali cause di interruzione dell'allattamento.
- I segnali di un efficace trasferimento di latte (diario dell'allattamento, numero di pannolini sporcati o bagnati al giorno, deglutizione, ecc...)
- L'individuazione precoce di piccole problematiche e intervento tempestivo: ragadi, edema da montata, mastite infiammatoria.
- I servizi di supporto all'allattamento presenti sul territorio come ambulatori, spazi mamma, professionisti privati e consultori.
- La gestione della separazione mamma-neonato (per esempio in caso di ricovero del bambino o rientro a lavoro).

- La conservazione del latte materno.
- La spremitura manuale del seno: quando e come eseguirla.

È stato inoltre chiesto se utilizzassero strumenti di supporto come video, foto, bambolotti e modellini di mammella durante gli incontri, e, in caso negativo, le ragioni di tale scelta. Alle ostetriche che non conducevano PAN è stato chiesto se trattassero comunque l'argomento dell'allattamento durante i bilanci di salute, quanto tempo dedicassero al tema e se sentissero il bisogno di avere più tempo per approfondirlo.

Infine, alle ostetriche è stato domandato se ritenessero di fornire informazioni sufficienti per un buon avvio dell'allattamento; a coloro che hanno risposto negativamente è stato chiesto di indicare i cambiamenti che avrebbero ritenuto necessari per migliorare il supporto fornito.

I risultati ottenuti suggeriscono la necessità di un intervento mirato per migliorare la preparazione delle ostetriche e aumentare la disponibilità di informazioni sull'allattamento durante la gravidanza. In questo modo, sarebbe possibile affrontare e superare le barriere che le donne incontrano, contribuendo a un avvio ottimale dell'allattamento.

4.1. Analisi dei dati ottenuti

Dal questionario emerge che delle 36 ostetriche intervistate, 30 conducono percorsi di accompagnamento alla nascita (PAN), la maggior parte dei quali prevede più di sei incontri. Tutte le 30 ostetriche che hanno dichiarato di condurre un PAN dedicano un intero incontro esclusivamente all'allattamento. Le ostetriche che trattano l'allattamento tendono a coprire in maniera completa temi chiave, tra cui i benefici per la salute della madre e del neonato, l'importanza del contatto pelle a pelle precoce e del corretto attacco al seno del neonato.

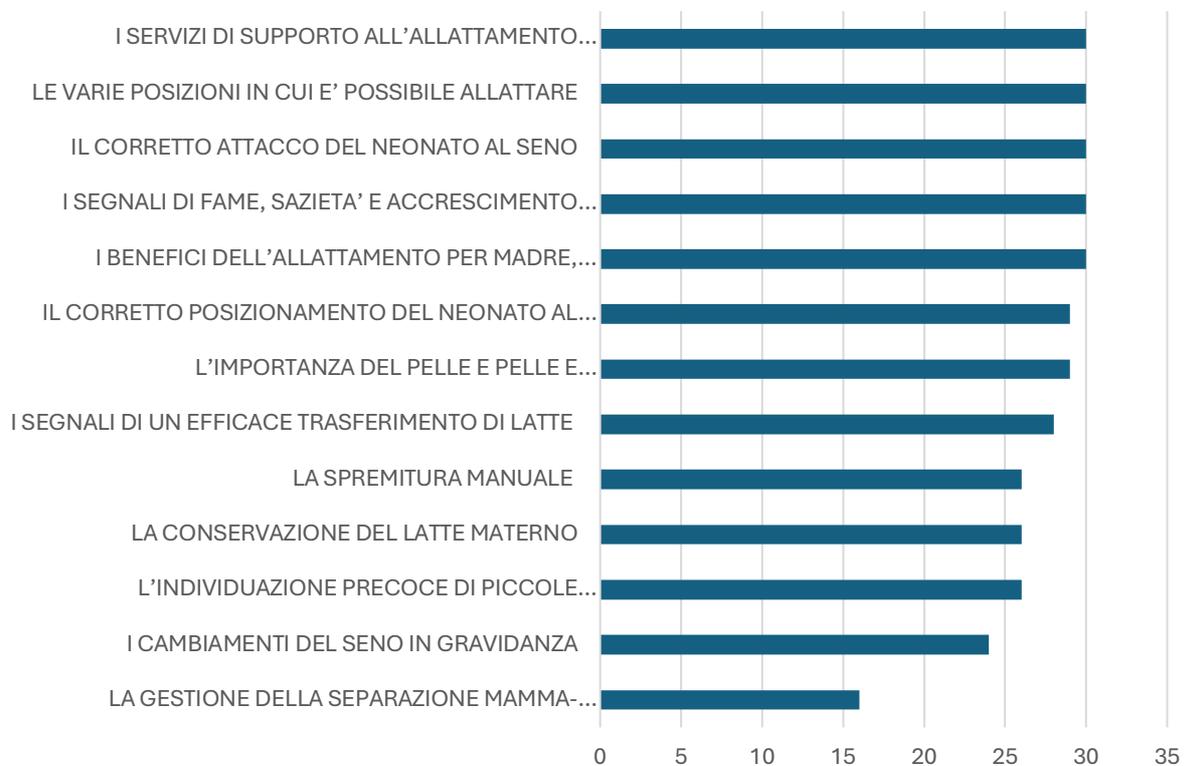


Figura 10. Se tratti di allattamento nei tuoi corsi, fornisci informazioni circa:

Un dato significativo riguarda la gestione della separazione madre-neonato, aspetto meno frequentemente trattato. Questo tema è cruciale, poiché molte situazioni comuni, come il ricovero del neonato in Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) subito dopo la nascita, l'avvio dell'asilo nido, o il rientro al lavoro della madre, possono richiedere strategie di mantenimento della lattazione. Nei primi giorni dopo il parto, la calibrazione e la stimolazione del seno sono fondamentali per stabilire una produzione adeguata di latte; in questo periodo, un

supporto insufficiente può predisporre a problemi come ingorghi, mastiti, o persino la sospensione precoce dell'allattamento.

Studi recenti evidenziano che la separazione prolungata o ripetuta può aumentare il rischio di complicanze fisiche e la difficoltà di mantenere un allattamento efficace, rendendo indispensabile la formazione delle madri su come estrarre e conservare il latte, così da preservare la produzione e minimizzare gli effetti negativi della separazione.

La preparazione delle madri ad affrontare queste situazioni di separazione può avere un impatto positivo sul proseguimento dell'allattamento. Gli interventi formativi che comprendono l'educazione sulle tecniche di estrazione del latte e sulla conservazione possono ridurre la probabilità di interruzione precoce dell'allattamento e migliorare l'autoefficacia delle madri nell'affrontare difficoltà legate alla gestione della lattazione in situazioni di separazione.

Dall'analisi dei dati emerge che la maggior parte delle ostetriche utilizza strumenti didattici e di supporto visivo durante le sessioni del percorso di accompagnamento alla nascita (PAN) dedicate all'allattamento. Questi strumenti includono video informativi, bambolotti per dimostrazioni pratiche, modellini del seno materno e altre attività interattive, pensate per migliorare la comprensione e la fiducia delle madri nella gestione dell'allattamento al seno. L'impiego di tali strumenti permette alle ostetriche di offrire un approccio più pratico e tangibile, facilitando l'apprendimento di tecniche essenziali come il corretto attacco al seno, le varie posizioni di allattamento e la gestione di eventuali problematiche.

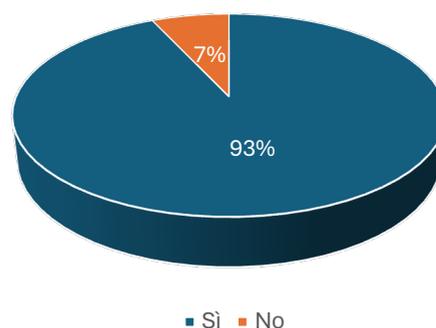


Figura 11. Durante l'incontro dedicato all'allattamento utilizzi strumenti di supporto come video, foto, bambolotti, modellini di mammella e attività interattive?

È importante notare che alcune ostetriche, pur riconoscendo l'utilità di questi strumenti, non possono utilizzarli a causa di limitazioni strutturali o logistiche che includono la mancanza di attrezzature adeguate o di spazi appositi nei locali dedicati ai percorsi di accompagnamento.

La disponibilità di strumenti visivi e interattivi risulta infatti fondamentale per un'educazione efficace sull'allattamento, come confermato da numerosi studi che evidenziano come la didattica esperienziale favorisca una maggiore preparazione delle madri e contribuisca al successo dell'allattamento.

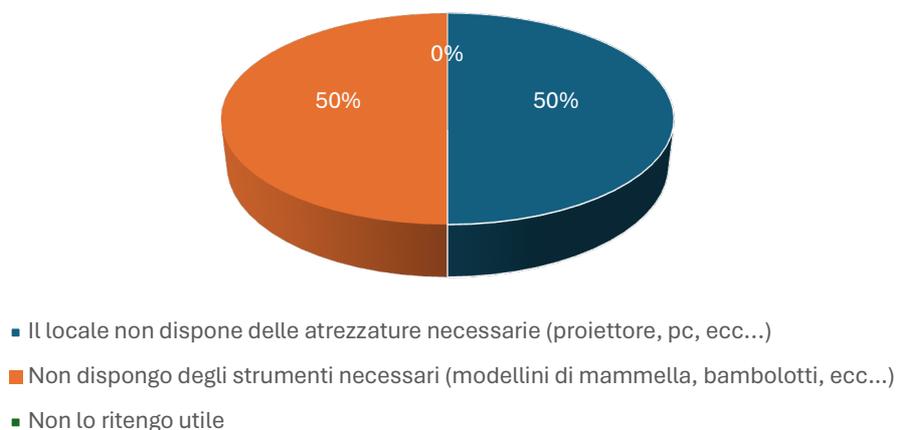


Figura 12. Se no, perché?

Nel questionario somministrato alle ostetriche, è stato indagato se durante i bilanci di salute fosse previsto un momento dedicato a fornire informazioni sull'allattamento al seno.

I risultati hanno mostrato una variabilità nelle risposte:

- Il 41,7% delle ostetriche ha dichiarato di non affrontare il tema dell'allattamento durante i bilanci di salute.
- Il 38,9% ha affermato di dedicare parte del tempo a fornire tali informazioni.
- Il 5,6% ha risposto di trattare l'argomento solo marginalmente, giustificando questa limitazione con la carenza di tempo disponibile durante le visite.
- Il 5,6% ha riferito di discutere dell'allattamento solo con le donne che non frequentano i percorsi di accompagnamento alla nascita (PAN).
- Il 2,8% ha dichiarato di non trattare l'argomento dell'allattamento durante i bilanci di salute, ma di programmare una valutazione del seno in prossimità del parto.
- Il 2,8% ha dichiarato di non seguire gravidanze.

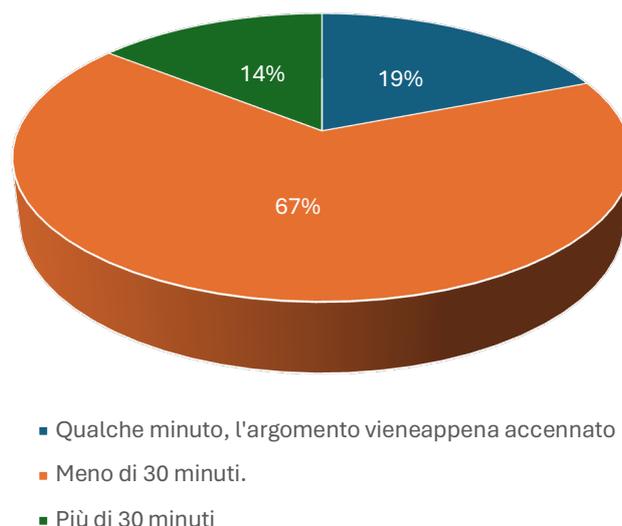


Figura 13. Quanto tempo dedichi all'argomento?

Questa disparità di approcci evidenzia una difficoltà condivisa dalle ostetriche nel trovare il tempo sufficiente per trattare l'allattamento in modo approfondito durante incontri di breve durata. La complessità e l'ampiezza delle informazioni richieste per un avvio efficace dell'allattamento, come le tecniche di attacco al seno, i segnali di fame del neonato e la gestione delle problematiche comuni, rendono difficile per le ostetriche esaurire l'argomento in una singola visita. Alcune ostetriche hanno quindi adottato soluzioni alternative, come l'invio di materiale informativo per e-mail, per cercare di colmare questa lacuna.

Un dato rilevante emerso riguarda le donne con gravidanze ad alto rischio, seguite esclusivamente da ginecologi. Sebbene informate della possibilità di richiedere un incontro con un'ostetrica, non tutte ne fanno richiesta. Va sottolineato che, secondo le linee guida, l'assistenza alle gravidanze ad alto rischio dovrebbe essere multidisciplinare, coinvolgendo sia la figura medica sia quella ostetrica, e non limitarsi esclusivamente al controllo medico. Il fatto che queste donne siano seguite solo da ginecologi riflette una carenza di personale, che si traduce in un disservizio nell'assistenza offerta.

Questo solleva interrogativi sull'organizzazione dell'assistenza prenatale: mentre è innegabile che una gravidanza a rischio necessiti della supervisione costante di un medico, l'esclusione dell'ostetrica potrebbe privare queste donne di un supporto importante, specialmente in ambito educativo e di preparazione all'allattamento. Il coinvolgimento delle ostetriche nel percorso di assistenza potrebbe contribuire a migliorare l'avvio e la durata dell'allattamento, come

dimostrato da vari studi che sottolineano l'efficacia di un supporto continuativo per il successo dell'allattamento materno.

A fronte di queste considerazioni, sarebbe auspicabile una revisione dei protocolli che preveda almeno un incontro con un'ostetrica per tutte le gestanti, comprese quelle ad alto rischio, al fine di garantire una consulenza completa anche su aspetti non strettamente medici ma fondamentali per il benessere materno-infantile.

32 ostetriche su 36 hanno dichiarato che vorrebbero avere un appuntamento in più in epoca prenatale per parlare di allattamento.

È stato domandato loro se ritenessero di fornire alle future mamme informazioni sufficienti a favorire un buon avvio dell'allattamento: 24 hanno risposto di sì mentre 12 di no.

Le ostetriche sono state interpellate in merito a suggerimenti utili per migliorare la diffusione delle informazioni relative all'allattamento tra le donne in gravidanza e nel periodo postparto, con l'obiettivo di garantire un avvio ottimale dell'allattamento. Dai loro riscontri emerge una serie di problematiche, a partire dalla carenza di tempo durante i bilanci di salute e dalla mancanza di spazio nelle agende, che limita la possibilità di organizzare incontri dedicati sia immediatamente prima del parto sia nel periodo postnatale.

Alcune ostetriche hanno manifestato il desiderio di istituire ambulatori dedicati all'allattamento in ogni consultorio, proponendo, inoltre, appuntamenti extra per le donne che scelgono di non frequentare percorsi di accompagnamento alla nascita (PAN).

Una delle ostetriche ha osservato che, pur ricevendo informazioni adeguate, molte donne incontrano difficoltà a mettere in pratica le indicazioni una volta rientrate a casa, anche a causa delle informazioni contrastanti provenienti da pediatri e familiari. Questa osservazione evidenzia il fenomeno della dissonanza informativa³⁹, che può indurre le madri a dubitare della validità delle indicazioni ricevute dalle ostetriche.

³⁹ La dissonanza informativa può essere definita come una situazione in cui un individuo riceve informazioni contrastanti o incoerenti su uno stesso argomento da fonti diverse. Questa discordanza può generare confusione e indecisione, ostacolando il processo decisionale e riducendo la fiducia nelle proprie competenze o nelle indicazioni ricevute. In ambito sanitario, la dissonanza informativa può compromettere l'aderenza alle

In questo contesto, è cruciale rafforzare la collaborazione interprofessionale tra ostetriche e pediatri, riducendo le discrepanze comunicative per offrire alle madri un supporto coerente e basato sulle migliori evidenze scientifiche.

A tale riguardo, una delle ostetriche ha sollevato la questione dell'introduzione frequente di latte formulato da parte dei pediatri in caso di arresto o rallentamento della crescita neonatale, anche in situazioni dove potrebbe essere utile un ulteriore sostegno da parte di consulenti IBCLC. Questo comportamento può portare a una riduzione della fiducia delle madri nella propria capacità di allattare e rischia di compromettere la durata e l'esclusività dell'allattamento materno.

Infine, un'ostetrica ha evidenziato che molte donne tendono a focalizzare l'attenzione esclusivamente sul parto durante la gravidanza, trascurando informazioni cruciali per il periodo postnatale, come le pratiche di allattamento. Questa osservazione suggerisce l'importanza di implementare strategie educative che preparino le donne non solo al parto, ma anche al delicato periodo successivo, con un focus sull'importanza dell'allattamento e sulle competenze necessarie per affrontare le sfide iniziali. Sviluppare una cultura di supporto informativo continuativo e coerente potrebbe contribuire significativamente al successo dell'allattamento, promuovendo la fiducia delle madri e la loro consapevolezza sui benefici a lungo termine per la salute del neonato e della madre, come sostenuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'UNICEF.

Ciò suggerisce che, nonostante le sfide organizzative e di tempo, esiste un riconoscimento dell'importanza di fornire un'educazione adeguata e tempestiva alle donne in gravidanza. È pertanto essenziale rivedere i protocolli di assistenza prenatale, garantendo che tutte le gestanti, incluse quelle ad alto rischio, abbiano accesso a un sostegno completo, sia medico che educativo.

Questi risultati evidenziano l'urgenza di implementare interventi formativi e di sensibilizzazione per le ostetriche, affinché possano offrire un supporto informativo e pratico adeguato, contribuendo così a migliorare gli esiti dell'allattamento e a promuovere la salute materno-infantile nel lungo periodo

raccomandazioni terapeutiche e la qualità delle scelte di salute, in quanto il paziente potrebbe trovarsi disorientato tra opinioni divergenti di figure professionali o suggerimenti di fonti non professionali.

Conclusioni

In conclusione, i risultati di questo studio dimostrano l'importanza del supporto precoce e qualificato per migliorare i tassi di allattamento esclusivo nei primi mesi di vita del neonato.

I dati raccolti presso l'ambulatorio dell'Ospedale Maggiore di Bologna evidenziano un incremento significativo nel tasso di allattamento esclusivo, che è aumentato dal 60,47% al primo mese di vita al 68,24% al terzo mese stabilizzandosi a 61,2% al follow up del sesto mese. Questi risultati sono particolarmente rilevanti se confrontati con i tassi regionali, che mostrano un trend decrescente: il tasso di allattamento esclusivo al terzo mese nella regione era del 56,1%, mentre al quinto mese è ulteriormente sceso al 49,4%.

Questi risultati suggeriscono che un'assistenza mirata, fornita da professionisti specializzati nelle prime settimane dopo il parto, può contribuire a ridurre l'abbandono dell'allattamento esclusivo, aiutando le madri a superare le difficoltà iniziali e a rafforzare la loro fiducia nella propria capacità di allattare.

Inoltre, lo studio ha rivelato come l'Ambulatorio Allattamento non sia stato percepito dalle donne solo come un luogo di sostegno tecnico, ma anche come un importante spazio di condivisione emotiva e confronto. Le madri si sono sentite accolte e supportate non solo per migliorare la loro esperienza di allattamento, ma anche per affrontare le sfide emotive e pratiche legate alla gestione del neonato.

La presenza costante e il supporto specializzato hanno permesso alle donne di affrontare meglio le sfide dell'allattamento, come evidenziato dal confronto con i dati regionali, dove il supporto non è stato garantito a tutte le donne e dove si registra un aumento della supplementazione e dell'abbandono dell'allattamento. Questo studio evidenzia dunque l'impatto positivo di un'assistenza strutturata e continuativa sull'esclusività e la durata dell'allattamento, dimostrando come l'offerta di un sostegno personalizzato possa rappresentare un valido strumento per migliorare i tassi di allattamento materno a livello locale e potenzialmente anche regionale. Tuttavia, va riconosciuto che i risultati sono limitati alla popolazione seguita presso l'Ospedale Maggiore e potrebbero non essere generalizzabili a tutta la popolazione bolognese o regionale.

Inoltre, l'assenza di un gruppo di controllo randomizzato limita le possibilità di stabilire una relazione causale definitiva tra il supporto ricevuto e i miglioramenti osservati. Per motivi etici, non è stato possibile escludere un gruppo di madri dal supporto postnatale; pertanto, il confronto è stato effettuato con dati regionali, che rappresentano una popolazione mista in cui solo alcune donne hanno ricevuto assistenza per l'allattamento.

Alla luce di questi limiti, sarebbe auspicabile che future ricerche considerassero studi caso-controllo o, in alternativa, studi longitudinali su campioni più ampi e diversificati per valutare l'efficacia di interventi simili in contesti diversi. Si potrebbero inoltre esplorare percorsi di formazione continua per il personale ospedaliero al fine di garantire che ogni donna possa ricevere un'assistenza di qualità e continuativa, indipendentemente dal contesto ospedaliero o dal luogo di residenza.

I risultati di questo studio hanno messo in luce l'importanza di un supporto precoce e qualificato per migliorare i tassi di allattamento esclusivo, evidenziando al contempo la necessità di fornire alle madri informazioni coerenti e complete sull'argomento durante la gravidanza.

Dalle interviste telefoniche condotte con le partecipanti e dai questionari compilati dalle ostetriche, è emerso un bisogno cruciale: le donne richiedono indicazioni chiare e univoche da parte dei professionisti sanitari con cui entrano in contatto durante la gravidanza. Questo suggerisce che una comunicazione più coordinata e uniforme potrebbe migliorare significativamente la preparazione delle madri e promuovere una maggiore fiducia nell'avvio dell'allattamento.

Un altro aspetto evidenziato dallo studio è l'importanza di garantire un sostegno adeguato anche nei contesti ospedalieri più delicati, come i reparti di neonatologia e terapia intensiva neonatale, per tutte le donne i cui bambini necessitano di ricovero nei primi giorni o mesi di vita. La presenza di personale qualificato in questi reparti, capace di supportare correttamente l'avvio e la prosecuzione dell'allattamento, potrebbe fare la differenza per molte madri.

Per raggiungere questo obiettivo, sarebbe utile istituire ambulatori dedicati all'allattamento in tutti i consultori e assicurare spazi specifici nelle agende delle ostetriche, riservati esclusivamente a questo tipo di assistenza.

Una soluzione potrebbe essere anche quella di prevedere una visita domiciliare, subito dopo la dimissione ospedaliera, da parte dell'ostetrica che ha seguito la donna durante la gravidanza, per garantire continuità assistenziale e un supporto tempestivo.

È altresì emersa la necessità che tutte le donne, anche coloro che affrontano una gravidanza ad alto rischio, possano avere un'ostetrica di riferimento, poiché ci sono aspetti dell'allattamento e della cura postnatale che vanno oltre l'assistenza medica standard e che richiedono un approccio più olistico, empatico e continuo.

Una riflessione interessante scaturita dallo studio riguarda la discrepanza tra la percezione delle ostetriche e quella delle madri rispetto alla qualità delle informazioni ricevute sull'allattamento. Infatti, mentre il 66,7% delle ostetriche ritiene di fornire informazioni sufficienti a garantire un buon avvio dell'allattamento, il 63,5% delle madri intervistate ha riferito di aver ricevuto indicazioni insufficienti durante la gravidanza.

Questa discrepanza solleva interrogativi importanti: quanto tempo viene effettivamente dedicato all'allattamento nei corsi di preparazione alla nascita? Gli argomenti vengono trattati con il livello di approfondimento necessario?

Considerando l'impatto positivo e i benefici dell'allattamento materno sulla salute della madre e del neonato, nonché il suo valore per la società nel suo complesso, sarebbe utile proporre corsi focalizzati esclusivamente su questo tema, conferendogli l'importanza che merita e garantendo un'educazione più approfondita e mirata. Questo studio ha messo in evidenza l'efficacia di un supporto mirato e precoce per promuovere l'allattamento esclusivo, ma ha anche fatto emergere aree critiche che necessitano di miglioramenti. L'implementazione di un sistema di assistenza integrato e di percorsi formativi specifici potrebbe non solo incrementare i tassi di allattamento materno, ma anche rafforzare la fiducia delle madri nelle proprie capacità, con benefici duraturi per la salute pubblica. Tali interventi, se adottati in modo diffuso e sistematico, potrebbero rappresentare un passo significativo verso un sistema di cura più completo e inclusivo per madri e i neonati. In sintesi, questo studio sottolinea il potenziale del supporto precoce e qualificato nell'ambito dell'allattamento esclusivo e auspica l'adozione di simili approcci in altre strutture ospedaliere. Tale intervento, se esteso e replicato, potrebbe contribuire a incrementare la durata dell'allattamento esclusivo, promuovendo il benessere sia materno sia infantile e migliorando la qualità della pratica clinica.

Bibliografia

1. Agboado, G., Michel, E., Jackson, E. *et al.* (2010) *Factors associated with breastfeeding cessation in nursing mothers in a peer support programme in Eastern Lancashire.* BMC Pediatr.
2. AIRC. (n.d.). *Uno scudo fatto di latte. Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro.* Retrieved October 19, 2024.
3. Andresen, E. C., Hjelkrem, A. G. R., Bakken, A. K., & Andersen, L. F. (2022) *Environmental impact of feeding with infant formula in comparison with breastfeeding.* International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(11), 6397.
4. Bengough T., Dawson S., Cheng H.-L., McFadden A., Gavine A., Rees R., Sacks E., Hannes K. (2022) *Factors that influence women's engagement with breastfeeding support: A qualitative evidence synthesis.* Maternal & Child Nutrition, 18, e13405.
5. Brimdyr K, Cadwell K, Stevens J, Takahashi Y. (2018) *An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth.* Matern Child Nutr.
6. Brockway, M., et al. (2021) *Impact of birth interventions on breastfeeding initiation and duration: A systematic review.* Birth, 48(2), 129-140.
7. Brown, A., & Lee, M. (2011) *"An Exploration of the Attitudes and Experiences of Mothers in the United Kingdom Who Chose to Breastfeed Exclusively for 6 Months Postpartum."* Breastfeeding Medicine, 6(4), 197-204.
8. Buisman-Pijlman, F. T. A., & Cummings, J. R. (2014) *The role of oxytocin in human behavior.* Nature Reviews Neuroscience, 15(6), 387-402.
9. Cattaneo, A., Bianchi, F., Piredda, M., & Magnani, M. (2023) *Early breastfeeding support to improve breastfeeding duration: A systematic review and meta-analysis.*

10. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, Bahl R, Martines J. (2015) *Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis*. Acta Paediatr.
11. Christopher S Kovacs (2008) *Vitamin D in pregnancy and lactation: maternal, fetal, and neonatal outcomes from human and animal studies*. The American Journal of Clinical Nutrition. Volume 88, Issue 2.
12. Christopher Tomlinson, MB ChB, PhD, Laura N Haiek, MD, MSc (2023). *Breastfeeding and human milk in the NICU: From birth to discharge*. Paediatrics & Child Health, Volume 28, Issue 8, Pages 510–517.
13. Chrzan-Dętkoś M, Walczak-Kozłowska T, Pietkiewicz A, Żołnowska J. (2020) *Improvement of the breastfeeding self-efficacy and postpartum mental health after lactation consultations - Observational study*. Midwifery. 2021 Mar; 94:102905. doi: 10.1016/j.midw.2020.102905. Epub 2020 Dec 16. PMID: 33360178.
14. Cohen R.J., Brown K.H., Dewey K.G., Canahuati J., & Rivera L.L. (1994). *Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomized intervention study in Honduras*. The Lancet, 344(8918), 288-293.
15. Dennis CL, McQueen K. (2009) *The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review*. Pediatrics. doi: 10.1542/peds.2008-1629. PMID: 19336362.
16. Dias CC, Figueiredo B. (2015) *Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature*. J Affect Disord; 171:142–54. PMID:25305429
17. Fisher, L., et al. (2021) *Effects of nipple shields on breastfeeding: A systematic review*. International Breastfeeding Journal, 16(1), 39.

18. Gavine A., Shinwell S.C., Buchanan P., Farre A., Wade A., Lynn F., Marshall J., Cumming S.E., Dare S., McFadden A. (2022). *Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
19. Gianni ML, Bettinelli ME, Manfra P, Sorrentino G, Bezze E, Plevani L. (2019) *Breastfeeding difficulties and risk for early breastfeeding cessation*. *Nutrients*; 11(10): 2266. pmid:31547061
20. Henshaw, C., & Kearney, N. (2018) *Maternal mental health and breastfeeding: A systematic review*. *Archives of Women's Mental Health*, 21(5), 511-519.
21. International Agency for Research on Cancer. (n.d.). *European Code against Cancer 4th Edition: Breastfeeding and cancer*. World Health Organization.
22. Joan Younger Meek, Lawrence Noble, Section on Breastfeeding (2022) *Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk*. *Pediatrics*.
23. Lactation Consultant Association. (2020). *Clinical guidelines for the use of nipple shields*.
24. Li, R., et al. (2021) *Socioeconomic factors and breastfeeding practices in the United States*. *Pediatrics*, 147(3).
25. Massare BA, Hackman NM, Sznajder KK, Kjerulff KH (2023) *Helping first-time mothers establish and maintain breastfeeding: Access to someone who can provide breastfeeding advice is an important factor*. *PLoS ONE* 18(6): e0287023.
26. McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M.J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J.L., Veitch, E., Rennie, A.M., Crowther, S.A., Neiman, S., MacGillivray, S. (2017) *Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD001141.
27. Megan Yuen, Olivia Hall et al. (2022) *The Effects of Breastfeeding on Maternal Mental Health: A Systematic Review*. *Journal of Women's Health*.

28. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. (2012) *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
29. Murray, S. F., et al. (2020) *The effects of maternal employment on breastfeeding outcomes: A systematic review*. International Breastfeeding Journal, 15, 53.
30. Neuroscience News. (2023) *Breastfeeding has positive effects on mental health*. Neuroscience News.
31. Patel S. (2016) *The Effectiveness of lactation consultants and lactation counselors on breastfeeding outcomes*. J Hum Lact;32(3):530–41. pmid:26644419
32. Regione Emilia-Romagna, Servizio Sanitario Regionale. (2024) *Report regionale sull'allattamento al seno: Dati e analisi aggiornati a tre mesi postpartum*. Bologna: Regione Emilia-Romagna.
33. Renfrew, M. J., McCormick, F., Wade, A., & McGuire, W. (2012) *Support for breastfeeding mothers*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
34. Rollins, N. C., et al. (2016) *"Why Invest, and What it Will Take to Improve Breastfeeding Practices?"*. The Lancet, 387(10017), 491-504.
35. Smith, R. J., et al. (2019) *Nipple pain and the use of nipple shields among breastfeeding mothers: A qualitative study*. BMC Pregnancy and Childbirth, 19(1), 237.
36. Thompson, R. J., et al. (2021) *The role of direct breastfeeding in optimizing milk production*. Breastfeeding Medicine, 16(2), 98-104.
37. Tuckey, J., & Naylor, D. (2020) *Maternal stress and breast milk composition: The role of psychological well-being in breastfeeding*. Breastfeeding Medicine, 15(8), 521-530.
38. Turner S, Mayumi Maruyama J, Matijasevich A, Pastor-Valero M. (2019) *Breastfeeding and the development of socio-emotional competencies: a systematic review*. Breastfeed Med; pmid:31657632.
39. UNICEF Italia. (n.d.). *Insieme per l'allattamento*.

40. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. (2016) *Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*. The Lancet.
41. Wang Y, Zhao T, Zhang Y, Li S, Cong X. (2021) *Positive Effects of Kangaroo Mother Care on Long-Term Breastfeeding Rates, Growth, and Neurodevelopment in Preterm Infants*. Breastfeed Med.
42. World Health Organization. (2023). *Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*.
43. Zhou Y, Chen J, Li Q, Huang W, Lan H, Jiang H. (2015) *Association between breastfeeding and breast cancer risk: evidence from a meta-analysis*. Breastfeed Med.

Allegati

Allegato 1. Questionario primo mese

1. Attualmente, in che modo si alimenta suo/a figlio/a?

- Allattamento al seno esclusivo
- Allattamento complementare (LM + LF + solidi)
- Allattamento al seno predominante (LM + liquidi non nutritivi)
- Non allattamento al seno

2. Rispetto alla presa in carico, ha introdotto LF?

- Sì
- No

3. Se sì, perché?

- Incremento ponderale arrestato/rallentato
- Il neonato non sembra soddisfatto dal solo latte materno/ la madre pensa di non avere abbastanza latte
- La madre desidera allungare le pause tra una poppata e l'altra
- Rientro a lavoro della madre
- Problematiche al seno
- Problematiche di salute materna
- Non ha introdotto LF
- Ha proseguito con All. complementare
- Sospensione LM

4. Chi glielo ha consigliato?

- Pediatra
- Ostetrica
- Non ha introdotto LF

5. Se ha introdotto LF, desidera ritornare ad un allattamento esclusivo al seno?

- Sì
- No
- Non ha introdotto LF

6. Frequenta ancora l'ambulatorio allattamento?

- Sì
- No
- Controlli telefonici

7. Se no, perché?

- Risoluzione del problema iniziale
- Volontà materna
- Passaggio al consultorio

- Controlli telefonici

8. *Se ha concluso il percorso, le chiediamo di valutare su una scala da 1 a 5 l'assistenza ricevuta in ambulatorio.*

9. *Se dovesse utilizzare tre parole chiave per descrivere l'assistenza ricevuta, che parole utilizzerebbe?*

10. *Ha un consiglio da darci per migliorare in futuro la qualità dell'assistenza fornita?*

Allegato 2. Questionario terzo mese

1. Attualmente, in che modo si alimenta suo/a figlio/a?

- Allattamento al seno esclusivo
- Allattamento complementare (LM + LF + solidi)
- Allattamento al seno predominante (LM + liquidi non nutritivi)
- Non allattamento al seno

2. Rispetto alla presa in carico, ha introdotto LF?

- Sì
- No

3. Se sì, perché?

- Incremento ponderale arrestato/rallentato
- Il neonato non sembra soddisfatto dal solo latte materno/ la madre pensa di non avere abbastanza latte
- La madre desidera allungare le pause tra una poppata e l'altra
- Rientro a lavoro della madre
- Problematiche al seno
- Problematiche di salute materna
- Non ha introdotto LF
- Ha proseguito con All. complementare
- Sospensione LM

4. Chi glielo ha consigliato?

- Pediatra
- Ostetrica
- Non ha introdotto LF

5. Se ha introdotto LF, desidera ritornare ad un allattamento esclusivo al seno?

- Sì
- No
- Non ha introdotto LF

6. Frequenta ancora l'ambulatorio allattamento?

- Sì
- No
- Controlli telefonici

7. Se no, perché?

- Risoluzione del problema iniziale
- Volontà materna
- Passaggio al consultorio
- Controlli telefonici

8. Se ha concluso il percorso, le chiediamo di valutare su una scala da 1 a 5 l'assistenza ricevuta in ambulatorio.

9. *Se dovesse utilizzare tre parole chiave per descrivere l'assistenza ricevuta, che parole utilizzerebbe?*
10. *Ha un consiglio da darci per migliorare in futuro la qualità dell'assistenza fornita?*

Allegato 3. Questionario sesto mese

1. Attualmente, in che modo si alimenta suo/a figlio/a?

- Allattamento al seno esclusivo
- Allattamento complementare (LM + LF + solidi)
- Allattamento al seno predominante (LM + liquidi non nutritivi)
- Non allattamento al seno

2. Rispetto all'ultima telefonata, ha introdotto LF?

- Sì
- No

3. Se sì, perché?

- Incremento ponderale arrestato/rallentato
- Il neonato non sembra soddisfatto dal solo latte materno/ la madre pensa di non avere abbastanza latte
- La madre desidera allungare le pause tra una poppata e l'altra
- Rientro a lavoro della madre
- Problematiche al seno
- Problematiche di salute materna
- Non ha introdotto LF
- Ha proseguito con All. complementare
- Sospensione LM

4. Chi glielo ha consigliato?

- Pediatra
- Ostetrica
- Decisione della signora
- Non ha introdotto LF

5. Se ha introdotto LF, desidera ritornare ad un allattamento esclusivo al seno?

- Sì
- No
- Non ha introdotto LF

6. Ha introdotto cibi solidi?

- Sì
- No

7. Se sì, che tipo di svezzamento ha adottato?

- Svezzamento tradizionale con scema
- Autosvezzamento
- Svezzamento misto

8. Ha introdotto liquidi non nutritivi?

- Sì
- No

9. Se sì, di che tipo?

- Acqua
- Tisane
- Succhi di frutta
- Brodo
- Altro
- No

10. A quanti mesi ha introdotto i primi solidi nell'alimentazione di suo figlio?

- La tua risposta

11. Chi glielo ha indicato?

- Decisione della signora e indicazione del pediatra
- Decisione della signora, il pediatra indicava di iniziare a 5 mesi
- Decisione della signora, il pediatra indicava di iniziare a 4 mesi

12. Desidera continuare ad allattare?

- Sì
- No

13. Pensa che continuerà a farlo?

- Sì
- No

14. Se no, perché?

- Il neonato rifiuta il seno
- Desidera sospendere gradualmente
- Problematiche legate alla salute materna
- Altro

15. È a conoscenza delle raccomandazioni OMS/Unicef circa l'allattamento al seno?

- Sì
- No

16. Frequenta ancora l'ambulatorio allattamento?

- Sì
- No
- Controlli telefonici

17. Se no, perché?

- Risoluzione del problema iniziale
- Volontà materna
- Passaggio al consultorio
- Controlli telefonici

18. Se ha concluso il percorso, le chiediamo di valutare su una scala da 1 a 5 l'assistenza ricevuta in ambulatorio.

- 19. Se dovesse utilizzare tre parole chiave per descrivere l'assistenza ricevuta, che parole utilizzerebbe?**
- 20. Ha un consiglio da darci per migliorare in futuro la qualità dell'assistenza fornita?**

Allegato 4. Questionario Ostetriche

L'efficacia del supporto precoce e qualificato sulla durata dell'allattamento esclusivo e sul benessere psicologico nel post-parto

Gentile futura collega,

sono Alexandra Trifan, una laureanda iscritta al CdI di Ostetricia dell'Università di Bologna.

Al fine della stesura del mio elaborato di tesi sto conducendo uno studio di ricerca

all'interno dell'Ambulatorio Allattamento dell'Ospedale Maggiore di Bologna.

In tale contesto sono state reclutate 98 donne che hanno partorito presso la Maternità dell'Ospedale Maggiore da febbraio ad aprile 2024 e che sono state prese in carico dall'Ambulatorio Allattamento entro i 10 giorni di vita del neonato.

Lo studio in questione si propone di indagare in che modo un supporto precoce e qualificato possa influire sulla durata dell'allattamento esclusivo e sul benessere psicologico nel post-parto della diade mamma-neonato attraverso la somministrazione di tre questionari telefonici a un mese, tre mesi e sei mesi del neonato stesso.

Contestualmente allo scopo del progetto e in virtù dei feedback ricevuti dalle partecipanti allo studio, mi sono domandata quali e quante informazioni sull'allattamento ricevessero le donne in gravidanza e in che modo è possibile, per noi Ostetriche, agire in un'ottica di prevenzione.

A tal proposito ti chiedo di rispondere spontaneamente e con la massima sincerità alle domande del questionario che troverai di seguito, non tralasciandone alcuna.

I risultati della ricerca saranno pubblicati in forma riassuntiva e in nessun caso eventuali brevi citazioni saranno riconducibili a singole persone.

Ti garantisco, inoltre, la riservatezza dei dati, i quali verranno utilizzati esclusivamente ai fini del progetto sopraindicato.

Ti ringrazio anticipatamente per la collaborazione,

Alexandra Trifan

I dati forniti saranno completamente confidenziali, raccolti in modo anonimo ai sensi del D.Lgs 101/2018 che adegua le disposizioni del Regolamento (UE) 679/2016.

1. Solitamente conduci percorsi di accompagnamento alla nascita?

- Sì, regolarmente
- No, mai
- Sporadicamente (1-2 volte all'anno)
- Altro

2. Se sì, quanti incontri prevede il PAN che conduci? (ti chiedo di indicarlo con un numero)

- La tua risposta

3. ***Nel programma del percorso che conduci prevedi un incontro dedicato esclusivamente all'allattamento?***
- Sì
 - No
4. ***Se no, tratti comunque l'argomento insieme ad altri?***
- Sì
 - No
5. ***Se tratti di allattamento nei tuoi corsi, fornisci informazioni circa:
(è possibile selezionare più caselle)***
- I cambiamenti del seno in gravidanza – fisiologia della lattazione
 - I benefici dell'allattamento per madre, bambino, famiglia e società
 - L'importanza del contatto pelle a pelle e dell'attacco al seno precoce e prolungato ai fini dell'avvio dell'allattamento
 - I segnali di fame, sazietà e accrescimento regolare
 - Il corretto attacco del neonato al seno
 - Il corretto posizionamento del neonato al seno
 - Le varie posizioni in cui è possibile allattare
 - I segnali di un efficace trasferimento di latte (diario allattamento, numero di pannolini sporcati/bagnati/die, deglutizione, ecc...)
 - L'individuazione precoce di piccole problematiche e intervento tempestivo: ragadi, edema da montata, mastite infiammatoria
 - I servizi di supporto all'allattamento presenti sul territorio come ambulatori, spazi mamma, professionisti privati, consultori
 - La gestione della separazione mamma-neonato (per esempio in caso di ricovero del bambino o rientro a lavoro)
 - La conservazione del latte materno
 - La spremitura manuale del seno – quando e come eseguirla
6. ***Durante l'incontro dedicato all'allattamento utilizzi strumenti di supporto come video, foto, bambolotti, modellini di mammella e attività interattive?***
- Sì
 - No
7. ***Se no, perché?***
- Il locale non dispone dell'attrezzatura necessaria (proiettore, pc, ecc...)
 - Non dispongo degli strumenti necessari (modellini di mammella, bambolotti, ecc...)
 - Non lo ritengo utile

8. *Durante i bilanci di salute in gravidanza, prevedi un momento dedicato a fornire informazioni sull'allattamento?*
- Sì
 - No
 - Altro
9. *Se no, perché?*
- Gli appuntamenti sono troppo brevi
 - Ritengo che sia troppo presto parlarne in gravidanza
 - Non lo ritengo necessario
 - Altro
10. *Se sì, quanto tempo dedichi all'argomento?*
- Qualche minuto, l'argomento viene appena accennato
 - Meno di 30 minuti
 - Più di 30 minuti
11. *Vorresti avere un appuntamento in più in cui poter parlare di allattamento alle donne che segui?*
- Sì
 - No
12. *Il consultorio in cui lavori prevede spazi mamma o ambulatori allattamento? Se sì, di che tipo?*
- Spazio mamma
 - Ambulatorio allattamento
 - Entrambi
 - Nessuno dei due
 - Altro
13. *Ritieni di fornire alle future mamme informazioni sufficienti a favorire un buon avvio dell'allattamento?*
- Sì
 - No
14. *Se no, cosa cambieresti?*
- La tua risposta

