



SININFORMA

MAGAZINE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA - Settembre 2022

speciale per
Settimana Mondiale per
l'Allattamento 2022

Bettinelli, Perugi, Travan

Politica sull'allattamento per le strutture materno-infantili: dalla teoria alla pratica

pag. 4

Davanzo, Pisano, Causin

Un corso di Formazione a Distanza sull'allattamento

pag. 7

Giordano, Bettinelli, Colombo

Valutazione e trattamento della anchilogglossia neonatale

pag. 8

Moro, Salvatori, Soldi

Trattamento del latte umano e qualità biologica

pag. 11

Cazzato, Mondello, Davanzo

Allattamento e dimissione del neonato ai tempi del COVID-19

pag. 13

ALLATTAMENTO: tutte le novità SIN



Allattamento, un investimento per la vita
1-7 Ottobre 2022



COMMISSIONE ALLATTAMENTO (COMASIN): BILANCIO INIZIALE E PROGETTI

Riccardo Davanzo
Istituto materno infantile
IRCCS "Burlo Garofolo",
Trieste
Presidente COMASIN

Luigi Orfeo
Presidente SIN

La nomina di una Commissione Allattamento e Banche del Latte Umano Donato (COMASIN) è

stata una delle iniziative di Fabio Mosca, durante la sua presidenza. Efficacemente guidata da Massimo Agosti nel triennio 2018-2021, è stata rinnovata nel novembre 2021 per un altro triennio. Si tratta di una squadra di 12 colleghi (vedi elenco nella tavola 1), che stanno lavorando in piena continuità con la commissione del triennio precedente.

Gli obiettivi della COMASIN erano e restano sostanzialmente quattro: 1) facilitare la diffusione della cultura e potenziare la scienza dell'allattamento e dell'uso del latte materno all'interno della nostra Società; 2) proteggere l'allattamento da *fake news*, miti e *misunderstanding*; 3) interagire con i Gruppi di Studio societari quando vengono elaborati

protocolli assistenziali, che, in maniera diretta o indiretta, coinvolgono l'allattamento; 4) collaborare e costruire sinergie con il neo-costituito Tavolo Allattamento della SIP (TASIP), con la SIPINF e con la SIN INF. Fra le attività della COMASIN, sintetizzate nella Tavola 1, si richiama l'attenzione in particolare su 2, di seguito brevemente delineate.

Policy Aziendale sull'Allattamento (PAA)

Nonostante in Italia manchi un sistema di livello nazionale di monitoraggio dell'allattamento, in base alla Survey 2014 condotta dal Tavolo Tecnico Allattamento (TAS) del Ministero della Salute (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazio-

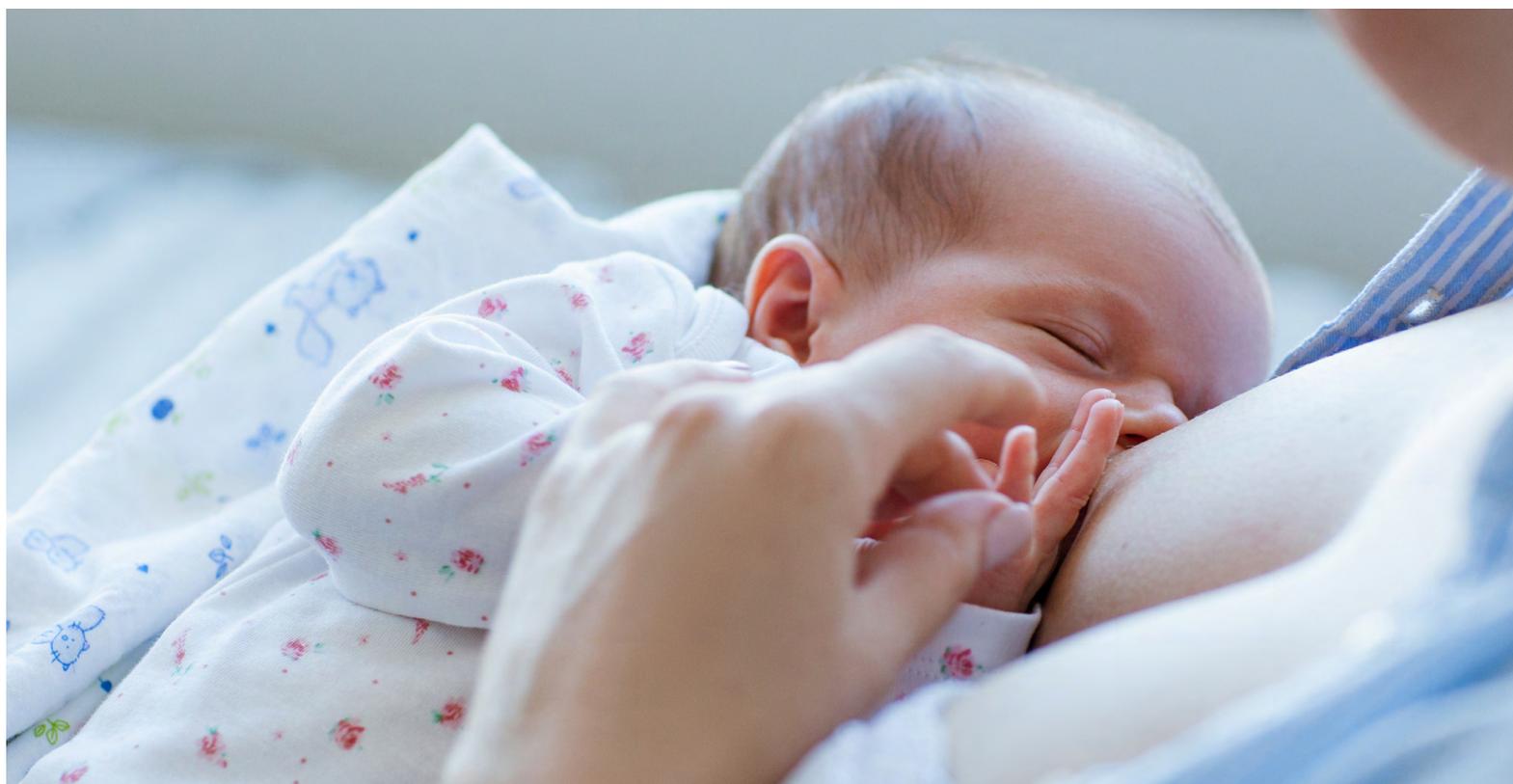
continua a pag. 3>>

Tavola 1. Attività 2021-2022 del COMASIN *

Area di intervento	Progetto/Documento
<ul style="list-style-type: none"> Avvio dell'allattamento 	<ul style="list-style-type: none"> Position statement delle società scientifiche e delle federazioni professionali sanitarie sulla Presenza del Partner/caregiver nelle Aree di Ricovero di Madri e Neonati in corso di pandemia da COVID-19 https://www.sin-neonatologia.it/wp-content/uploads/2021/10/Position-Statement-Presenza-del-padre-13-12-2021.pdf Policy aziendale sull'Allattamento Tele-supporto all'allattamento
<ul style="list-style-type: none"> Formazione in service per infermiere/i 	<ul style="list-style-type: none"> FAD allattamento per infermiere/i (disponibile da gennaio 2023)
<ul style="list-style-type: none"> Formazione pre-service del pediatra e del neonatologo 	<ul style="list-style-type: none"> Modulo didattico sull'allattamento e sulla nutrizione con latte materno per gli specializzandi in Pediatria
<ul style="list-style-type: none"> BLUD 	<ul style="list-style-type: none"> Sostegno alla rete nazionale delle BLUD congiuntamente all'AIBLUD ed al Tavolo Allattamento del Ministero della Salute (TAS)
<ul style="list-style-type: none"> Ipoglicemia 	<ul style="list-style-type: none"> Collaborazione (conclusa) col GdS Nutrizione sul Protocollo Ipoglicemia

* Membri del COMASIN: Maria Elisabetta Baldassarre (Bari), Maria Enrica Bettinelli (Milano), Lorenzo Colombo (Milano), Riccardo Davanzo (Trieste), Maria Lorella Gianni (Milano), Giuseppe Giordano (Palermo), Isabella Mondello (Reggio Calabria), Guido Moro (Milano), Silvia Perugi (Firenze), Guglielmo Salvatori (Roma), Antonella Soldi (Torino), Laura Travan (Trieste).

segue da pag. 2



ni 2256 allegato.pdf), risulta che l'avvio dell'allattamento nei Punti Nascita è disomogeneo, con tassi di allattamento esclusivo (secondo le definizioni sull'alimentazione infantile dell'OMS) variabili dal 20 al 97%. Secondo la stessa Survey 2014 del TAS, solo 114 Punti Nascita su 220 avevano una specifica PAA, con la quale le Direzioni Aziendali, d'intesa con i responsabili clinici dell'area materno-infantile (inclusi i Direttori dei DMI, delle Neonatologie/Pediatrie e delle UO di Ginecologia ed Ostetricia), assumono una chiara e definita posizione nei confronti della promozione dell'allattamento.

L'approvazione formale del documento sulla PAA fa sì che l'azione del team sanitario del singolo Punto Nascita sia so-

stenuta costantemente dai *policy maker*. La PAA serve ad orientare a livello individuale, di team ed a livello organizzativo, gli operatori sanitari nella protezione, promozione e sostegno dell'allattamento, evitando o riducendo al massimo contraddizioni e disomogeneità di linguaggio e di consigli, che disorientano l'utenza e possono ostacolare l'avvio dell'allattamento. La recente esperienza col COVID-19 rappresenta solo l'ultima di una serie di testimonianze a conferma della necessità di una PAA, che pur declinata localmente, garantisca degli standard minimi. Nella primavera 2022, il CD della SIN ha approvato un Progetto sulla PAA, distinto dall'Iniziativa Ospedale Amico del Bambino. La COMASIN ha attivato un gruppo di

lavoro multidisciplinare, che include rappresentanti di SIN, SIP, SINUPE, SIGO, SIPINF, SIN INF, FNOPO, FNOPI e ISS.

Tele-supporto all'allattamento

La tele-medicina, prima ed ancor più durante la pandemia da COVID-19, ha ricevuto un grande impulso. Il sostegno all'allattamento è un'area di intervento che può efficacemente utilizzare queste nuove modalità per integrare e/o sostituire l'assistenza *one-to-one* usualmente fornita in presenza. La COMASIN ha pertanto avviato un Progetto specifico sul tele-supporto all'allattamento, che in sintesi prevede: 1) la conduzione di una Survey presso le UTIN italiane, 2) l'elaborazione di quanto emerso da focus group con infermiere e neona-

tologi (condotti con la collaborazione dell'ISS); 3) ed infine, la preparazione di una specifica *position statement*, che tenga conto delle crescenti evidenze scientifiche di efficacia.

Riflessioni finali

Piace osservare come nell'ambito SIN negli ultimi anni sia progressivamente e decisamente aumentato l'interesse per l'allattamento e l'impegno per promuoverlo. Questo fatto documenta come l'allattamento stia giustamente guadagnando posizioni lungo un'ideale scala di valori professionali. Si comprende meglio che la promozione dell'allattamento nelle Maternità non può essere ridotto ad un semplice atto nutrizionale con implicazioni sulla relazione madre-figlio e con conseguenti

benefici di salute e socio-economici. Il tasso di allattamento va correttamente inteso come un importante indicatore di qualità delle cure perinatali-neonatologiche-pediatriche. Per fornire cure neonatologiche di standard elevato, che riescano a promuovere e tutelare l'allattamento, ai neonatologi ed ai pediatri si richiedono non solo conoscenze e competenze specifiche, ma anche una giusta attitudine. Sulla base di una visione storica data da un'esperienza professionale pluridecennale, posso e voglio con soddisfazione testimoniare che in ambito SIN, in questo campo, si è fatta tantissima strada, anche se - va riconosciuto - molto resta ancora da fare. Con il contributo, irrinunciabile, di tutti i colleghi.

POLITICA SULL'ALLATTAMENTO PER LE STRUTTURE MATERNO-INFANTILI: DALLA TEORIA ALLA PRATICA

Maria Enrica Bettinelli¹
Silvia Perugi²
Laura Travan³

¹Coordinamento Attività Consultoriali, ASST FBF Sacco, Milano

²SOD Neonatologia e TIN, AOU Careggi, Firenze

³UOC Neonatologia e TIN, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Uno sguardo globale

L'allattamento al seno è la norma biologica dell'alimentazione umana: la cessazione precoce dell'allattamento riduce il potenziale di salute a breve, a medio e a lungo termine per madri e bambini¹; inoltre, i bassi tassi di allattamento comportano elevati costi sociali². L'assistenza che viene offerta nel percorso nascita impatta sull'avvio dell'allattamento e quindi sulla salute e sulla vita futura di madri e bambini.

Per migliorare i tassi di allattamento a livello mondiale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF) hanno lanciato nel 1991 l'iniziativa *Baby-Friendly Hospital* (BFHI)^{3,4}, la cui implementazione ha dimostrato di aumentare i tassi di avvio, di esclusività e la durata dell'allattamento in paesi e contesti diversi.

La letteratura ci mostra come l'iniziativa BFHI,



pur non essendo l'unica strategia attuabile, sia considerata il *gold standard* per le politiche proposte nelle strutture materno-infantili sulla base di specifiche prove di efficacia: tale iniziativa è stata, infatti, approvata e considerata "*best practice*" da diverse organizzazioni internazionali, tra cui quelle europee e nazionali.^{5,6}

Politica, Procedure e Sistema Qualità

Lo scopo principale di una politica sull'allattamento e sull'alimentazione infantile è secondo l'*Academy of*

*Breastfeeding Medicine*⁷ quella di assicurare che tutte le donne in gravidanza, mamme e bambini ricevano cure di qualità, culturalmente appropriate, centrate sulla famiglia e basate sulle prove d'efficacia in gravidanza, durante il parto e alla dimissione dall'ospedale, nel puerperio a livello di comunità e contemporaneamente vengano fornite alle famiglie informazioni prive di interessi commerciali, perché possano fare una scelta informata sull'alimentazione del proprio bambino.

Una politica sull'allattamento si rivolge principalmente alle madri che allattano, ai loro partner ed ai bambini, ma comprende anche quelle coppie madri-bambini che non sono (ancora o completamente) allattati/e, o non (ancora) in grado di farlo. L'applicazione di una politica ha il potenziale di ridurre le disuguaglianze legate a determinanti socioeconomici e ambientali⁸, che, frequentemente, comportano bassi tassi di allattamento.

Le pratiche assistenziali perinatali influenzano la

modalità di parto, l'avvio e il consolidamento dell'allattamento e impattano sulla soddisfazione e sulle competenze materne⁹. La politica che riguarda l'allattamento non può che inserirsi in un percorso di continuità assistenziale che sostiene la genitorialità responsiva¹⁰, il benessere mentale genitoriale⁹ e riguarda tutte le cure nel punto nascita e poi a livello di comunità: deve essere, quindi, un percorso assistenziale integrato, centrato sui bisogni delle famiglie¹¹ e

continua a pag. 5 >>>

segue da pag. 4

mappato nei sistemi di qualità aziendali.

L'inserimento di una politica sull'allattamento e sull'alimentazione nel Sistema Qualità permette di dare al documento un profilo aziendale e di stabilizzare nel tempo l'approccio del miglioramento della qualità (ciclo Plan-Do-Check-Act), che impegna tutti gli operatori alla conoscenza ed al rispetto di quanto dichiarato nel documento e alla sua verifica periodica (autovalutazione, audit clinici) mediante indicatori strutturali, di processo e di esito (per esempio, tassi di allattamento esclusivo alla dimissione, percentuale di pelle a pelle, percentuale di bambini che hanno effettuato il *rooming in*). Va ricordato, inoltre, che i sistemi di monitoraggio della qualità sono verificati con regolarità dalla valutazione esterna di enti terzi.

È raccomandato che la redazione della politica aziendale sia ad opera di un Comitato Multisetoriale e Multiprofessionale, che comprenda anche i genitori e i gruppi di mamme alla pari o associazioni di volontariato. Questo Comitato, formalizzato a livello aziendale, verifica periodicamente l'attuazione della politica (ogni 6 mesi)⁷.

L'attuazione e la conoscenza della politica deve essere propria di

tutto il personale e le attività che sono diverse da quelle descritte nella politica e nelle specifiche procedure (per esempio le supplementazioni con formula) devono essere giustificate nella cartella clinica della madre e/o del neonato. Tutto il personale riceve l'orientamento a questa politica fin dalle prime settimane dopo l'assunzione³. L'impegno al rispetto e all'applicazione della politica e delle procedure organizzative è fondamentale, non solo da parte degli operatori direttamente coinvolti nell'assistenza di gravide, mamme e bambini, ma anche da parte della Direzione Strategica e di tutta la struttura organizzativa aziendale⁶. È bene che la struttura materno infantile curi l'informazione ai genitori divulgando una politica sintetica, possibilmente multilingua, facilmente comprensibile da tutti i genitori, e che faciliti l'allattamento al seno per i dipendenti oltre che per gli utenti, con pause per allattamento e allestimento di aree idonee in cui il personale possa allattare, spremere e conservare il latte. Uno strumento efficace di divulgazione consiste nella pubblicazione della politica sull'*homepage* dell'Ospedale/Punto Nascita, in modo che i futuri genitori possano

scegliere la struttura ove far nascere il proprio figlio in maniera consapevole, informandosi già prima del parto. Nella politica l'Azienda si impegna a formare tutti i professionisti che si prendono cura di gravide, madri e bambini per promuovere l'avvio, il mantenimento dell'allattamento e l'adeguata gestione delle principali patologie che possono insorgere in allattamento. Oltre alle conoscenze e alle competenze, particolare attenzione viene posta al miglioramento del *counseling* e della comunicazione interpersonale¹².

Un aspetto rilevante di alto profilo etico nella politica delle Strutture Materno Infantili, che decidono di intraprendere il percorso BFHI, è il rispetto del Codice Internazionale di Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno (il "Codice") e le pertinenti risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità. Viene richiesta assenza di conflitti di interessi come base di un'informazione imparziale. In altri termini, l'istituzione non deve ricevere gratuitamente formule latte, biberon o ciucci, né distribuire regali o altri materiali in cui è evidente lo sponsor, le madri che usano la formula sono informate individualmente sulla sua preparazione e somministrazione, il

personale deve ricevere una formazione sul Codice e deve seguire le normative di legge, che regolano la partecipazione ai congressi, comprendendo le differenze con le normative di legge.

Difficoltà e soluzioni nell'implementazione in Italia di una politica sull'allattamento e sull'alimentazione infantile

Affinché quanto scritto nella politica venga concretamente applicato e non resti solo un modello teorico a cui ambire, è necessario un presupposto basilare. Questo essenziale presupposto è "la motivazione". Il miglioramento delle pratiche cliniche ed il raggiungimento di un'equità di cure non può prescindere dalla presenza di una *comunione di intenti* tra la Direzione Aziendale, i Direttori del Dipartimento e i Responsabili di Struttura Semplice e Complessa. Ci deve essere una solida convinzione che la scrittura di una "policy" porti al miglioramento degli *outcome* perinatali ed a lungo termine per la diade mamma-bambino. Devono, inoltre, essere collegialmente apprezzati i vantaggi che la stessa struttura ospedaliera conseguirà nell'applicazione e nel rispetto della politica sull'allattamento e l'alimentazione infantile.

A testimonianza della motivazione aziendale e del personale sanitario si presta un'attenzione al linguaggio usato, che di fatto riconosca il significato ed il valore dell'allattamento. Per esempio, andranno preferiti termini come "Politica sull'alimentazione infantile" piuttosto che "Politica sull'allattamento" proprio per rimarcare il riconoscimento dell'allattamento come norma e non come possibile opzione⁷.

In presenza di una sicura motivazione, quanto scritto nella politica aziendale dovrà essere condiviso con tutto il personale. Le pratiche e le procedure indicate nella politica aziendale vanno tradotte in protocolli che siano attuabili nelle condizioni strutturali e culturali di quel singolo punto nascita. È necessario che vengano redatti protocolli scritti almeno su alcuni punti chiave come il "pelle a pelle", il *rooming in*, il calo ponderale, l'ipoglicemia e il mantenimento dell'allattamento in caso di necessaria separazione della diade, la prescrizione della formula che, data per scontata la scelta informata della madre, deve risultare chiara e motivata da un punto di vista medico.

Funzionale deve risulta-

continua a pag.6 >>

segue da pag. 5

re il contatto con il territorio: la degenza della diade madre-neonato nelle strutture materno-infantili si colloca in uno dei momenti del "percorso nascita", in un continuum di obiettivi condivisi e comuni con i professionisti e i servizi che operano sul territorio come i consultori familiari o i distretti sanitari. Tale obiettivo richiede la realizzazione di una formazione con messaggi univoci, di momenti di confronto tra professionisti che approcciano le famiglie nei diversi momenti del percorso nascita. È in particolare importante condividere anche l'approccio di come e quando venga proposta l'introduzione dell'alimentazione complementare, tema che spesso mette in crisi il mantenimento dell'allattamento oltre al quarto mese di vita del bambino¹³.

Abbiamo recentemente sperimentato come la pandemia da SARS-CoV-2 abbia determinato notevoli differenze in molte procedure ritenute acquisite, e come sia stata una sfida, con risultati per niente scontati, l'implementazione di protocolli nazionali proposti dalla SIN¹⁴. Negli Ospedali Amici delle Bambine e dei Bambini la tutela dell'allattamento è risultata più efficace proprio per l'esistenza di una politica aziendale calata nella realtà locale, come previsto dal Passo 1⁵.

Conclusioni

Un'esperienza postnatale positiva è definita come un'esperienza in cui donne, neonati, partner, genitori e famiglie ricevono informazioni,

rassicurazioni e sostegno in modo coerente da operatori sanitari motivati ed in cui il sistema sanitario riconosce le esigenze delle donne e dei bambini e rispetta il loro contesto culturale⁹.

Una politica sull'allattamento e sull'alimentazione infantile pone le basi non solo per garantire un'esperienza postnatale maggiormente positiva, ma anche, tutelando l'allattamento, per migliorare indirettamente la salute di madri e bambini.

La definizione di una policy aziendale sull'alimentazione infantile, che sia in linea o meno con quella degli Ospedali Amici delle Bambine e dei Bambini, ha l'obiettivo di impedire improvvisi ed impulsivi cambiamenti delle pratiche postnatali, potenzialmente penalizzanti l'allattamento.

È proprio nella direzione di ampliare il numero di Punti Nascita in cui l'allattamento è garantito dalla presenza di una politica aziendale, che SIN, SIP, SINUPE, SIGO, FNOPO, FNOPI, SIN INF, SIPINF e ISS stanno avviando il Progetto Policy Aziendale Allattamento, in maniera indipendente e parallela alla BFHI, alla quale pur si ispira.

Bibliografia

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016; 387:475-490.
2. Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr* 2017; 13:3-6; Erratum in *Matern Child Nutr* 2017.
3. World Health Organization-UNICEF. Implementa-

tion Guidance: Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services: The Revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization, 2018.

4. World Health Organization. National Implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative 2017. Geneva: World Health Organization, 2017.

5. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: Blueprint for action (revised 2008). Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, 2008.

6. Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione Onlus (2022). Insieme per l'Allattamento: Guida all'applicazione dei Passi per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento nelle strutture del percorso nascita. Edizione 2022. (Roma: Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione Onlus). Disponibile su: <https://www.unicef.it/guidaBFI>.

7. Hernández-Aguilar MT, Bartick M, Schreck P, et al. The Academy of Breastfeeding Medicine, ABM Clinical Protocol #7: Model Maternity Policy Supportive of Breastfeeding. *Breastfeeding Medicine* 2018 13:9, 559-574.

8. Sacker A, Kelly Y, Iacovou M, et al. Breast feeding and intergenerational social mobility: What are the mechanisms? *Arch Dis Child* 2013; 98:666-71.

9. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022.

10. World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group (2018). Nurturing care per lo sviluppo infantile precoce: un quadro di riferimento per salvaguardare la salute di bambini e bambi-

ne, per promuovere la loro crescita e sviluppo e trasformare il futuro accrescendo il loro potenziale umano. Disponibile a: <https://www.natiperleggere.it/wp/wp-content/uploads/2018/10/Nurturing-care-ita-x-sito.pdf> [Consultato: 5 giugno 2022].

11. World Health Organization (2016). Framework on integrated people-centred health services. Provisional agenda item 16.1 - A69/39, In: Sixty-ninth World Health Assembly, Resolutions and decisions, annexes (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1 [Consultato: 5 giugno 2022].

12. Gavine A, MacGillivray S, Renfrew MJ, et al. Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: A systematic review. *Int Breastfeed J* 2016; 12:6.

13. Smith HA, Becker GE.

Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Aug 30 2016(8):CD006462. doi: 10.1002/14651858.CD006462.pub4. PMID: 27574798; PMCID: PMC8588276.

14. Davanzo R, Moro G, Sandri F, et al. Breastfeeding and coronavirus disease-2019: Ad interim indications of the Italian Society of Neonatology endorsed by the Union of European Neonatal & Perinatal Societies. *Matern Child Nutr*. 2020 Jul;16(3):e13010. doi: 10.1111/mcn.13010.

15. Giusti A, Chapin EM, Spila Alegiani S, et al. Prevalence of breastfeeding and birth practices during the first wave of the COVID-19 pandemic within the Italian Baby-Friendly Hospital network. What have we learned? *Ann Ist Super Sanita*. 2022 Apr-Jun;58(2):100-108. doi: 10.4415/ANN_22_02_05.



"Sulla luna" di Silvia Oliverio@

UN CORSO DI FORMAZIONE A DISTANZA SULL'ALLATTAMENTO

La nuova proposta da SIN, SIP, SIN INF e SIPINF per il personale infermieristico

Riccardo Davanzo¹
Denis Pisano²
Enrica Causin¹

¹Neonatologia & TIN, Istituto materno infantile IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

²TIN - Policlinico "Duisilio Casula" AOU, Cagliari
Presidente SIN INF

I professionisti della salute hanno un ruolo rilevante nell'orientare e nel sostenere, in maniera concreta ed efficace, le madri sull'alimentazione infantile e sull'allattamento, nel rispetto della scelta materna. La letteratura sottolinea, tuttavia, come la formazione curriculare e quella *in-service* in tema di allattamento non risulti

adeguata, non solo per quanto riguarda gli studenti in Medicina e gli specializzandi, ma anche per il personale infermieristico^{1,2}.

Recentemente il Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento (TAS), le Società scientifiche (incluse SIN e SIP), gli Ordini e le Associazioni professionali hanno diffuso le *Raccomandazioni sulla Formazione in Allattamento del Personale Sanitario*³. In questo documento vengono individuati i bisogni formativi specifici di ogni figura professionale, sulla base del livello di coinvolgimento con l'allattamento. In questo modo, si identificano gli

standard di conoscenza teorica, di abilità e di competenze sull'allattamento e l'adozione di riferimenti bibliografici conformi e aggiornati.

Coerentemente con questa presa di posizione di SIN e SIP, la COMASIN nel 2021 ha predisposto una FAD di 12 h per neonatologi/pediatrati, che ha avuto un grande successo in termini sia di iscrizioni, che di completamento del percorso formativo con acquisizione di ECM. Per tale motivo, il presente Consiglio Direttivo della SIN ha voluto riattivare la disponibilità ad accedere alla FAD sull'allattamento per tutto il 2022.

Questa prima positiva esperienza di un corso

strutturato per medici ha dato avvio, dai primi mesi del 2022, all'elaborazione di una FAD rivolta agli infermieri e più in generale a tutti i professionisti, che operano nelle Neonatologie e nelle Pediatrie o più in generale per chi, indipendentemente dall'U.O. di appartenenza, opera a contatto con le diadi in allattamento. L'iniziativa è sostenuta da SIN, SIN INF, SIP e SIPINF, che hanno identificato un Gruppo di Lavoro *ad hoc*, misto, infermieristico e medico. La FAD, organizzata in 7 Moduli didattici, sarà ultimata a fine anno (vedi il programma alla Tavola 1) e resa accessibile a partire da gennaio 2023.

Il tema dell'allattamento rappresenta uno degli aspetti di maggiore rilevanza nei processi di cura rivolti al neonato e alla sua famiglia. Come tale è irrinunciabile nell'ambito della formazione del personale infermieristico e medico delle Neonatologie e delle Pediatrie. La presente FAD, nata per dare risposta a questa esigenza, potrà in un prossimo futuro rappresentare il modello di base per un progetto formativo anche residenziale.

Bibliografia

1. Boyd AE et al. Breastfeeding and human milk lactation: education and curriculum issues for pediatric nurse practitioners. *J Pediatr Health Care* 2013; 27: 83-90.

2. Davanzo R. Allattamento al seno e personale sanitario: la formazione è efficace? *Medico e Bambino* 2002; 21, 443.

3. TAS, SIP, SIN, ACP, FIMP, Collegi Universitari dei Direttori Scuole di Specialità di Pediatria e degli Ordinari di Pediatria, SIMP, SIGO, FNOMCeO, FNOPO, FNOPI, FNO-TSRM-PSTRP. *La Formazione del Personale Sanitario sull'Allattamento. Raccomandazioni del Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento (TAS), delle Società scientifiche, degli Ordini e delle Associazioni professionali. Maggio 2020.* https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2976_allegato.pdf.

Strutturazione del corso	Tema
Modulo introduttivo	<ul style="list-style-type: none"> Il valore del latte umano e dell'allattamento. Epidemiologia e raccomandazioni
Modulo 1.	<ul style="list-style-type: none"> Comunicazione e allattamento: la relazione genitore/partner/famiglia-neonato; gli operatori sanitari e l'allattamento; continuità ed integrazione dell'assistenza perinatale
Modulo 2	<ul style="list-style-type: none"> Fisiologia e gestione dell'allattamento
Modulo 3	<ul style="list-style-type: none"> Controindicazioni e possibili interferenze cliniche
Modulo 4.	<ul style="list-style-type: none"> Spremitura e conservazione del latte
Modulo 5	<ul style="list-style-type: none"> Allattamento del neonato nelle UTIN
Modulo 6	<ul style="list-style-type: none"> Dimissione ospedaliera e sostegno a livello di comunità
Modulo 7	<ul style="list-style-type: none"> Promozione e protezione dell'allattamento
Autori: <ul style="list-style-type: none"> Responsabili scientifici: Riccardo Davanzo, Presidente COMASIN; Denis Pisano, Presidente SIN INF, Marisa Bonino, Presidente SIPINF Infermiere/: Patrizia Amadio (Roma), Enrica Causin (Trieste), Elena Chpakovskaia (Firenze), Immacolata Dall'Oglio (Roma), Anna Maria Meldolesi (Reggio Calabria), Annalisa Lamberti (Napoli), Veronica Righetti (Venezia) Neonatologi/pediatrati: Mariella Baldassarre (Bari), Riccardo Davanzo (Trieste), Isabella Mondello (Reggio Calabria), Silvia Perugi (Firenze), Guglielmo Salvatori (Roma), Antonella Soldi (Torino) 	

Tavola 1. Programma della FAD sull'allattamento per infermiere/i. A cura di SIN, SIN INF, SIP, SIPINF

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DELLA ANCHIOGLOSSIA NEONATALE

Giuseppe Giordano¹
Maria Enrica Bettinelli²
Lorenzo Colombo³

¹UOC di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, Ospedali Riuniti Villa Sofia - V. Cervello, Palermo

²UOC Coordinamento Attività Consultoriali, ASST FBF Sacco, Milano

³UOC di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

Perché è un tema di interesse

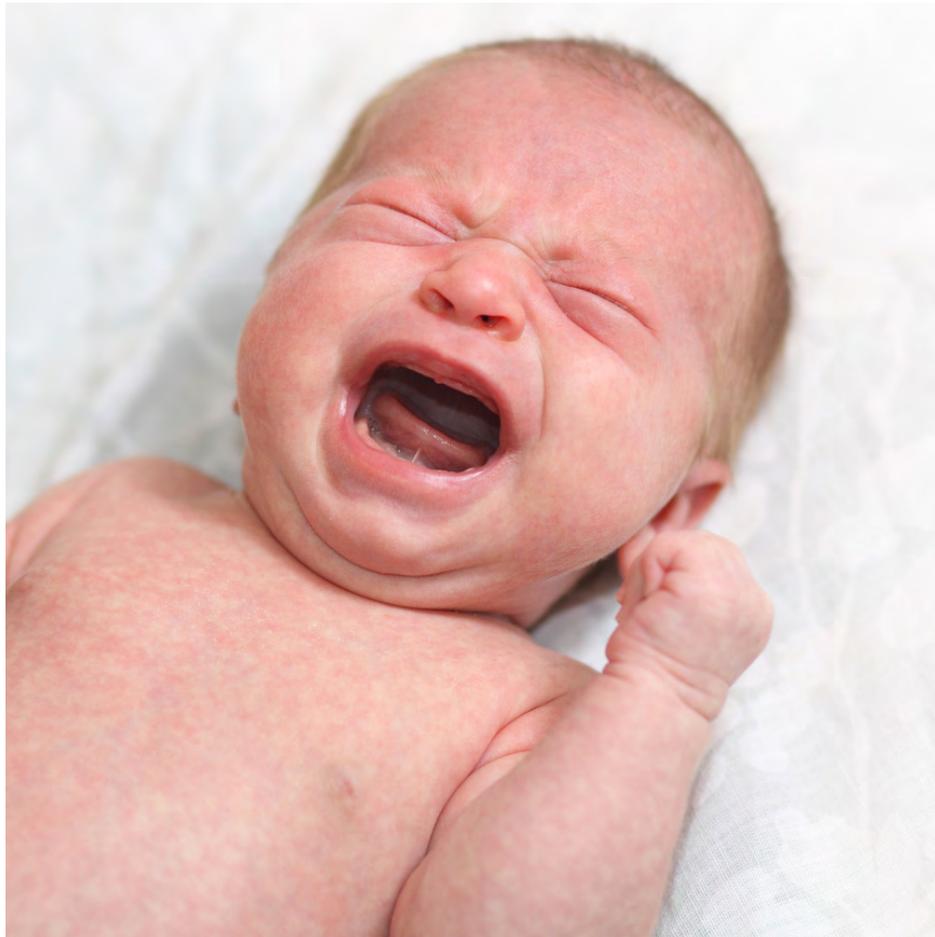
L'anchiloglossia (frenulo corto o *tongue-tie*) negli ultimi anni è stata riconosciuta quale importante fattore di rischio per l'interruzione prematura dell'allattamento, ma rimane argomento estremamente controverso. In un neonato allattato, l'eccessiva aderenza della lingua al pavimento della bocca può impedire i movimenti, che portano il capezzolo della madre in prossimità della giunzione palato duro/molle. Le escursioni della mandibola non possono determinare il giusto grado di pressione negativa intra-orale e il capezzolo materno è esposto a traumatismi reiterati (*maternal nipple discomfort*). Problemi ortodontici, disturbi del linguaggio e dell'alimentazione, anomalie del sonno sono tradizionalmente citati quali sequele a lungo termine della anchiloglossia non trattata.

Definizione ed epidemiologia

Il frenulo linguale, spesso indicato come "cordone" o "banda sottomucosa" di tessuto connettivo, è in realtà una struttura dinamica prodotta dalla elevazione della plica mediana della fascia sub-mucosale del pavimento della bocca. Questa plica contiene fibre che originano dalla faccia interna della mandibola e vanno a fondersi con il connettivo della superficie ventrale della lingua e coinvolge una porzione variabile del legamento genio-glossa (*thick frenulum*)⁵. La reale incidenza dell'anchiloglossia è difficilmente definibile, comunque attorno al 5-10%^{1,2}. In un recente studio, la ricerca attiva delle forme posteriori, quelle più spesso misconosciute, ha dato esito positivo nel 46.3% di tutti i nati, il 70.2% dei quali sintomatici³, anche se questa elevata incidenza dipende dai criteri di definizione e dalla valorizzazione di sintomi comuni riferiti dalle neomamme come fastidio o dolore al capezzolo. Secondo l'*Academy of Breastfeeding Medicine*, la diagnosi è spesso sovrastimata e risente dell'attitudine operatore-dipendente ad attribuire le comuni difficoltà in corso di allattamento alla brevità di un frenulo, in realtà anatomicamente normale⁴.

Aspetti clinici

La gran parte dei casi di anchiloglossia è sintomatica, benché la risoluzione spontanea e/o alcuni meccanismi di compenso funzionale siano possibili. La presen-



tazione clinica, di per sé aspecifica, è quella in cui un neonato ha grande difficoltà ad attaccarsi ed a trasferire efficacemente un'adeguata quantità di latte e sembra non raggiungere mai la sazietà. La madre lamenta capezzoli doloranti, infiammanti, a volte schiacciati. Le poppate durano un'infinità, ma non riescono a drenare i seni, che evidenziano un certo grado di stasi di latte. La corretta diagnosi si avvale, dunque, dell'esame obiettivo della bocca del bambino, ma non può prescindere dalla anamnesi materna, dall'esame obiettivo delle mammelle, dalla valutazione della poppata, del comfort materno e dell'efficacia del trasferimento di latte (deglutizione udibile e/o

visibile). L'esame della mobilità della lingua include la valutazione dei movimenti di elevazione, protrusione, lateralizzazione e suzione al dito. Se la mobilità della lingua è normale, quando la bocca è spalancata il riflesso di protrusione neonatale porta la punta oltre il labbro inferiore o quanto meno oltre la rima gengivale inferiore. Il corpo della lingua riesce a sollevarsi verso il palato ed a raggiungerlo. Se si introduce il dito lateralmente lungo la superficie esterna della gengiva inferiore, la punta della lingua segue il dito e arriva agli angoli della bocca senza distorsioni. Se si stimola l'apertura della bocca, sfiorando il filtro nasale, e si

inserisce in bocca il dito con il polpastrello verso il palato, il neonato inizia a succhiare il dito, avvolgendolo adeguatamente (*grooving*) e lasciando la parte anteriore della lingua ben adesa, anche quando la mandibola si abbassa. In caso di frenulo corto, durante il pianto o quando la bocca è ben aperta dopo stimolo sulla gengiva superiore, la lingua non raggiunge la metà superiore della cavità orale, ma resta bassa e parallela al pavimento della bocca con i margini che tentano di sollevarsi e formano una fossetta nella parte mediana. I tentativi di protrusione producono la retrazione del corpo linguale. Evo-

segue da pag. 8

cando i movimenti di lateralizzazione, la punta non riesce a seguire il dito fino all'angolo della bocca.

Nel bambino più grande, l'articolazione del linguaggio può risultare compromessa in grado variabile, con impossibilità a pronunciare alcuni

fonemi.

Valutazione della pop-pata

L'inadeguata mobilità della lingua interferisce significativamente con l'attacco, che risulta doloroso, superficiale, rumoroso (schiocchi), difficile da avviare, precario con frequente perdita dell'attacco da parte

del neonato. Il capezzolo può essere più o meno schiacciato (tipico l'aspetto "a punta di rosetto nuovo") e/o pallido per vasospasmo o danneggiato. Sono frequenti le ragadi o i lividi sull'areola. La madre è esausta. Il ridotto trasferimento di latte è motivo di spiccata frustrazione nel neonato/lattante, che alterna

scoppi di pianto, sovente scambiati per coliche, e strattone furiosamente il capezzolo. La stasi di latte interferisce con la produzione del latte e può complicarsi con una mastite. La curva ponderale tende ad appiattirsi ed in qualche caso si rileva difficoltà anche col biberon.

Classificare l'anchiloglossia

Sono attualmente in uso diverse classificazioni descrittive o utilizzanti punteggi (score), che comunque non etichettano il grado di gravità, né orientano necessariamente il trattamento.

1. *La classificazione di Coryllos* valuta il punto ed il tipo di inserzione del frenulo sulla lingua e sul pavimento della bocca⁶ (Tavola1). Le forme "anteriori", tipo 1 e tipo 2, sono quelle più frequentemente diagnosticate (sino al 75% di tutte le anchiloglossie, secondo Coryllos). Le forme "posteriori", tipo 3 e tipo 4, sono quelle di più difficile diagnosi. Il tipo 4 viene spesso associato a diffi-

coltà di deglutizione del bolo alimentare.

2. *La classificazione di Hazelbaker*⁷ valuta le caratteristiche anatomiche del frenulo linguale (5 parametri descrittivi con punteggio massimo di 10) e la mobilità della lingua (7 parametri funzionali con punteggio massimo di 14). In particolare l'*Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF)* di Hazelbaker è molto apprezzato dagli specialisti dell'allattamento che la utilizzano per selezionare i neonati, destinati alla chirurgia (Tavola 2).

3. Recentemente è stata proposta la classificazione *Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT)*⁸ che valuta solo quattro elementi anatomico-funzionali: 1) l'aspetto della punta della lingua, 2) l'inserzione del frenulo, 3) il grado di elevazione della lingua a bocca aperta (durante il pianto) e 4) quello di protrusione. Da questo strumento è stato recentemente sviluppato TABBY (*Tongue-*

continua a pag. 10>>

Tipo 1 (anteriore): frenulo sottile ed elastico, inserito sulla punta della lingua dietro gli incisivi centrali inferiori.
Tipo 2 (anteriore): frenulo sottile ed elastico. Lingua ancorata a 2-4 millimetri dalla punta al pavimento della bocca vicino alla cresta dietro gli incisivi centrali inferiori.
Tipo 3 (posteriore): frenulo un pò più ispessito, più fibrotico, meno elastico. La lingua è fissata al pavimento della bocca dal centro della sua superficie inferiore.
Tipo 4 (sottomucosa): Frenulo posteriore o non visibile. L'inserzione è sottomucosa sul pavimento della bocca/base della lingua. L'esaminatore con la punta delle dita può sentire il frenulo ispessito, fibroso, anelastico che ancora la lingua.

Tavola 1. Classificazione di Coryllos (modificata)

PUNTEGGIO FUNZIONALE	ADEGUATEZZA FUNZIONALE	INTERVENTO	COMMENTI
≥14	Normale	Nessuno	
13 > 11	Sufficiente	Nessuno	Se punteggio anatomico-descrittivo ≥ 8
<11	Dubbia	Gestione clinico-riabilitativa	Frenulotomia se non miglioramento
9-10	Border-line (se punteggio descrittivo 9-10)	Gestione clinico-riabilitativa	Se non miglioramento: frenulotomia
<8	Insufficiente	Frenulotomia	Ancor più se punteggio anatomico-descrittivo < 8

Tavola 2. ATLFF ed indicazioni operative

segue da pag. 9

tie and Breastfed Babies), versione ad immagini del BTAT⁹, che migliora la valutazione coerente dei bambini con frenulo corto e che può essere utilizzato per la formazione. È ampiamente usato in molti paesi.

Va riconosciuto, tuttavia, che, allo stato attuale, manca un consenso sulla classificazione da preferire o sul test funzionale da utilizzare per prendere decisioni cliniche.

Frenulotomia e frenuloplastica

La frenulotomia può essere effettuata ambulatorialmente, indipendentemente dall'età, mediante forbici o laser. I risultati clinici sono fortemente condizionati dal tipo di anchiloglossia, anteriore oppure posteriore, da eventuali anomalie orali associate e dall'abbinamento di specifici esercizi per ridurre la suzione. La scelta del trattamento più appropriato rimane dibattuto, a causa della relativa scarsità di dati longitudinali e/o di studi clinici randomizzati di buona qualità. La letteratura disponibile è su casistiche difficilmente confrontabili per l'eterogeneità di età di presentazione, tipo di trattamento, gravità dei sintomi^{10,11,12,13,14}. Due revisioni sistematiche hanno rilevato un'associazione fra frenulotomia e miglioramento dell'allattamento e riduzione del dolore ai capezzoli, benché la forza e la qualità dell'evidenza sia piuttosto bassa^{15,16}. Secondo alcuni autori, l'attacco migliorerebbe nel 100% dei bambini affetti da anchiloglossia classica di tipo 1 e di tipo 2, ma solamente nel 49% se l'an-

chiloglossia è posteriore e di tipo 4. Il dolore al capezzolo migliorerebbe nel 79% dei tipi 1 e 2 e nel 63% del tipo 4¹⁷.

Nei casi in cui la difficoltà di attacco e di trasferimento del latte sono multifattoriali, il beneficio dell'approccio chirurgico può essere minimo o nullo. Il rischio di riadesione della lingua sul pavimento sostiene l'indicazione alle pratiche riabilitative di sollevamento manuale della lingua e di massaggio dell'area di incisione. Queste pratiche, tuttavia, devono essere svolte con una modalità meno intrusiva possibile, per evitare l'insorgenza di avversione orale.

Il poter continuare ad allattare fa sì che alla frenulotomia faccia seguito non solo un rapido incremento di peso, ma anche un migliore sviluppo del palato e della branca ascendente della mandibola, un corretto impianto ortodontico dei denti decidui e successivamente dei denti permanenti, si manifestino movimenti più performanti di spostamento e deglutizione del bolo alimentare, con riduzione del rischio di carie dentarie e migliore articolazione della parola.

Allattamento e gestione non chirurgica della anchiloglossia

L'impatto della ridotta mobilità della lingua sull'avvio e la successiva stabilizzazione dell'allattamento possono essere contenuti operando sul versante materno della diade e cioè implementando la motivazione, le informazioni, le competenze e la qualità del sostegno.

Il *Biological Nurturing* (posizione semi-reclinata) è, in caso di anchiloglossia, una preziosa risorsa. Il

bambino si adagia con torace, pancia e gambe sulla madre e si adatta alle forme materne. Questa posizione "rilassata" può avvenire o quando c'è un contatto pelle-a-pelle o anche indossando entrambi un abbigliamento leggero. La gravità migliora il grado di protrusione della lingua, l'attacco è maggiormente drenante e il dolore ai capezzoli si riduce al minimo. La madre può testare la migliore posizione possibile diminuendo o aumentando l'angolo di inclinazione¹⁸. Il rigoroso rispetto del principio dell'attacco asimmetrico (mento del bambino ben più in basso del capezzolo) porta la lingua del bambino sulla porzione a maggior contenuto ghiandolare dell'areola. È possibile stimolare la protrusione della lingua inducendo il bambino a leccarsi le labbra bagnate con qualche goccia di latte prima o dopo le poppate¹⁹.

Conclusioni

L'anchiloglossia può essere causa di fallimento del percorso d'allattamento. Una gestione competente della madre, sostenuta da operatori sanitari esperti in allattamento, può fare la differenza dal momento che la sola brevità del frenulo non è predittivo della gravità della condizione. La valutazione della mobilità del frenulo e l'assistenza appropriata della condizione richiede un'équipe multidisciplinare di professionisti di adeguata expertise.

Bibliografia

1. Klockars T. *Familial ankyloglossia (tongue-tie)*. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007 Aug;71(8):1321-4.
2. Hogan M, Westcott C, Griffiths M., *Randomized, controlled trial of division of*

tongue-tie in infants with feeding problems., in *J Paediatr Child Health.*, vol. 41, maggio-giugno 2005, pp. 246-50.

3. La. Maya-Enero, S., Pérez-Pérez, M., Ruiz-Guzmán, L. et al. *Prevalence of neonatal ankyloglossia in a tertiary care hospital in Spain: a transversal cross-sectional study*. *Eur J Pediatr* 180, 751-757 (2021).

4. LeFort Y, Evans A, Livingstone V. et al and the Academy of Breastfeeding Medicine. *Academy of Breastfeeding Medicine Position Statement on Ankyloglossia in Breastfeeding Dyads* BREASTFEEDING MEDICINE Volume 16, Number 4, 2021.

5. Nikki Mills, Seth M. Pransky, Donna T. et al. *What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum* First published: 30 January 2019.

6. Coryllos E, Genna W, Salloum AC. *Congenital tongue-tie and its impact on breastfeeding* 2004 *Breastfeeding: Best for mother and baby Newsletter* Pages 1-6.AK.

7. Hazelbaker. *Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF)*. *United States Lactation Consultant Association Clinical Lactation*, 2017, 8(3).

8. J. Ingram, D. Johnson, M. Copeland, C. et al. *The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification* *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal*, 100 (2015), pp. F344-F348.

9. Ingram J, Copeland M, Johnson D, Emond A. *The development and evaluation of a picture tongue assessment tool for tongue-tie in breastfed babies (TABBY)*. *Int Breastfeed J*. 2019 Jul 16;14:31. doi: 10.1186/s13006-019-0224-y. PMID: 31346346; PMCID: PMC6636052.

10. Dollberg S, Botzer E, Grunin E, et al. *Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: a randomized, prospective study*. *J Pediatr*

Surg 2006;41(9):1598-600.
11. Berry J, Griffiths M, Westcott C. *A double-blind, randomized, controlled trial of tongue-tie division and its immediate effect on breastfeeding*. *Breastfeed Med* 2012;7(3):189-93.

12. Hogan M, Westcott C, Griffiths M. *Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems*. *J Paediatr Child Health* 2005; 41(5-6):246-50.

13. Buryk M, Bloom D, Shope T. *Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial*. *Pediatrics* 2011;128(2):280-8.

14. Talmor G, Caloway CL. *Ankyloglossia and Tethered Oral Tissue: An Evidence-Based Review*. *Pediatr Clin North Am*. 2022 Apr;69(2):235-245. doi: 10.1016/j.pcl.2021.12.007. PMID: 35337536.

15. Francis DO, Krishnaswami S, McPheeters M. *Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review*. *Pediatrics* 2015;135(6):e1458-66.

16. Chinnadurai S, Francis DO, Epstein RA, et al. *Treatment of ankyloglossia for reasons other than breastfeeding: a systematic review*. *Pediatrics* 2015;135(6): e1467-74.

17. O'Callahan C, Macary S, Clemente S. *The effects of office-based frenotomy for anterior and posterior ankyloglossia on breastfeeding*. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2013;77(5):827-32.

18. Milinco, M., Travan, L., Cattaneo, A. et al. *Effectiveness of biological nurturing on early breastfeeding problems: a randomized controlled trial*. *Int Breastfeed J* 15, 21 (2020).

19. <https://www.111italia.org/10061-domande-e-risposte/problemi-medici-del-bambino/altri-problemi-medici-del-bambino/864-il-mio-bambino-ha-il-frenulo-corto>.

TRATTAMENTO DEL LATTE UMANO E QUALITÀ BIOLOGICA



Guido E. Moro¹
Guglielmo Salvatori²
Antonella Soldi³

¹Presidente AIBLUD

²Terapia Intensiva Neonatale e BLUD, IRCCS Bambino Gesù, Roma

³SC Neonatologia Universitaria, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

Il latte materno rappresenta l'alimento naturale ed ottimale per nutrire tutti i neonati, compresi quelli pretermine o con patologie. I dati presenti in letteratura dimostrano che l'offerta del latte materno ai neonati altamente pretermine si associa a molti benefici riguardanti soprattutto una minore incidenza di enterocolite necrotizzante e una migliore tolleranza alimentare, ma anche a riduzione del rischio di sepsi tardiva (LOS), retinopatia del pretermine (ROP) e broncodisplasia (BPD). Nel caso in cui, per qualsiasi motivo, la mamma non possa fornire il proprio latte, la prima alternativa è rappresentata dal latte della Banca

del Latte Umano Donato (BLUD).

Il latte della BLUD deve offrire garanzie di assoluta sicurezza, soprattutto in senso infettivologico e, per tale motivo, viene sottoposto ad un trattamento termico attraverso la pastorizzazione. La tecnica attualmente utilizzata per questo scopo, raccomandata in tutte le

linee guida internazionali, è la pastorizzazione Holder, che prevede l'esposizione del latte umano ad una temperatura di 62,5°C per 30 minuti: si tratta, al momento, del miglior compromesso tra sicurezza microbiologica e conservazione dei componenti bioattivi.

Il latte materno è, infatti, un sistema biologico complesso e dinamico: fornisce non solo nutrienti, ma anche componenti bioattivi tra i quali vi sono fattori immunitari, enzimi, cellule e batteri, che promuovono una sana crescita del bambino. Il processo di pastorizzazione si associa, però, ad una modifica qualitativa e quantitativa di alcuni importanti costituenti nutrizionali, immunologici e funzionali, mentre altri rimangono presenti ed attivi, come ad esempio alcune citochine, alcuni fattori di

crescita e gli oligosaccaridi¹ (Tab.1).

Va ricordato, inoltre, che la pastorizzazione Holder non è in grado di eliminare il *Bacillus cereus*.

Di conseguenza, alcuni dei benefici derivanti dall'alimentazione con latte materno fresco sono meno evidenti con l'utilizzo del latte di Banca, soprattutto per quello che riguarda la protezione da LOS, ROP e BPD e la caratterizzazione del microbioma. Per tale motivo, come suggerito anche dall'ESPGHAN¹, la ricerca in questo campo si sta concentrando sullo studio di nuovi metodi di trattamento del latte umano, volti a mantenere la sicurezza microbiologica, preservandone al meglio le caratteristiche biologiche. Tali tecniche includono il trattamento ad alta temperatura (*High-Temperature-Short-Time*, HTST), l'utilizzo

delle alte pressioni (*High Pressure Processing*, HPP), l'irraggiamento con ultravioletti (UV-C) e la tecnologia che utilizza gli ultrasuoni.

L'**HTST** è un metodo di pastorizzazione termica ben consolidato nell'industria lattiero-casearia (il latte vaccino "fresco" è generalmente pastorizzato mediante HTST). Il metodo prevede che un flusso di latte a strati sottili venga riscaldato rapidamente a 72°-73°C, mantenuto a questa temperatura per alcuni secondi (normalmente 15) e poi subito raffreddato. Questa tecnica permette di conservare la maggior parte delle caratteristiche nutrizionali ed extra nutrizionali del latte, garantendo una minore degradazione di proteine, vitamine B e C, proprietà antiossidanti, lattoferrina e di alcune citochine. Su questa me-

CONSERVATI	RIDOTTI
- Oligosaccaridi	- Cellule B e T
- Lattosio	- IgA, IgG, IgAs (20-30%)
- Glucosio	- Lattoferrina (50-75%) e capacità legante il ferro
- LC-PUFA	- Lisozima (24-74%)
- Gangliosidi	- IgM e complemento (distrutto)
- Vitamine A, D, E, B12	- Alcune citochine (IL-10, TNF-a)
- Acido folico	- EPO ed alcuni fattori di crescita
- Alcune citochine (IL-2, -4, -5, -8, -13)	- Capacità antiossidante
- Alcuni fattori di crescita (EGF e TGF-β1)	- Lipasi

Tabella 1. Effetti della pastorizzazione Holder sulle componenti nutrizionali e biologiche del latte umano¹

VANTAGGI	SVANTAGGI
- Utilizzata nell'industria lattiero-casearia fin dagli anni '30	- Solamente due modelli disponibili sul mercato
- Minore stress termico	- Inefficace nei confronti del <i>Bacillus cereus</i>
- Migliore ritenzione di IgA, IgG e IgM, leptina, fosfatasi alcalina, lattoferrina e lipasi stimolata dai sali biliari	
- Migliore ritenzione di fattori di crescita	
- Minore perdita di attività antiossidante	

Tabella 2. Vantaggi e svantaggi della pastorizzazione HTST rispetto alla pastorizzazione Holder²⁻⁵

segue da pag. 11

todica si è concentrata l'attenzione di alcuni ricercatori che hanno eseguito studi di confronto tra HTST e pastorizzazione Holder. Sono oggi disponibili dati che confermano la capacità dell'HTST di garantire la sicurezza microbiologica, con un minore effetto negativo sui fattori nutrizionali e bioattivi rispetto alla pastorizzazione Holder²⁻⁵ (Tab.2). Esistono al momento due pastorizzatori che permettono di trattare il latte ad una temperatura di 72°C per 15 secondi: uno commercializzato in Spagna (*SIVE Fluid Systems S.L.*, Alcalá de Henares, Madrid, Spagna) e l'altro in Italia (*Labor Baby*, Tribiano, Milano). L'HPP è considerata una promettente alternativa al trattamento termico, in quanto permette di fornire un prodotto microbiologicamente sicuro e nutrizionalmente integro. Questa tecnolo-

gia inattiva i germi patogeni, applicando un'alta pressione idrostatica (solitamente 400 MPa) di breve durata (<5-10 minuti). Le pressioni applicate sono trasmesse al latte in maniera veloce, a temperatura ambiente, con successivo lieve aumento della temperatura. Il latte così trattato si raffredda durante la fase di decompressione. L'applicazione della pressione induce nelle cellule batteriche l'alterazione di enzimi, proteine, membrane cellulari ed interruzione di trascrizione e traduzione del DNA. L'attività antivirale della metodica necessita, però, ancora di una valutazione più approfondita, i costi sono notevolmente superiori a quelli di un pastorizzatore convenzionale e le dimensioni dell'apparecchiatura rappresentano un problema (Tab.3). Un apparecchio in grado di trattare il latte umano con tecnologia HPP è attualmente sul mercato e

viene commercializzato in Francia (*HPBio TECH*, Gradignan, Francia).

L'irradiazione con raggi ultravioletti-C (UV-C, alla lunghezza d'onda di 200-280 nm) ha un elevato potere germicida ed è in grado di distruggere batteri, virus, protozoi, lieviti e muffe, sebbene la bassa capacità di penetrazione ne limiti l'uso nel trattamento di alimenti liquidi come il latte (Tab.4).

L'utilizzo degli ultrasuoni (20-100 kHz), o **ultrasonificazione**, permette di conservare gli alimenti attraverso l'induzione di una "cavitazione inerziale", cioè con la formazione di microscopiche bolle che collassano rapidamente, producendo variazioni di pressione ed onde d'urto che generano un aumento della temperatura della durata di pochi microsecondi. Le onde d'urto danneggiano le membrane cellulari dei batteri, con conseguente lisi cellulare. Quando tale tecnica vie-

ne associata ad un ulteriore lieve riscaldamento si definisce **termo-ultrasonificazione**. Garantendo così la sicurezza microbiologica, il trattamento ad ultrasuoni permette di non ridurre l'attività di importanti componenti immunologici del latte (immunoglobuline, lisozima, alcune citochine), di alcune vitamine e degli acidi grassi.

In conclusione: mancano ancora dati definitivi, e sono quindi necessarie ulteriori ricerche, su alcuni nuovi trattamenti del latte umano e i loro effetti sulla sicurezza e sulla composizione del latte; al momento sembra che le metodiche più promettenti, che offrirebbero risultati migliori rispetto alla pastorizzazione Holder, siano il trattamento termico HTST ed il trattamento HPP. Non esistono ancora studi che abbiano messo a confronto le due metodiche con le apparecchiature attualmente in commercio.

Bibliografia

1. Arslanoglu S. et al. ESPGHAN Committee on Nutrition. Donor human milk for preterm infants: current evidence and research directions. *J Pediatr Gastroenterol Nutrition* 2013;57(4):535-42.
2. Baro C. et al. Effect of two pasteurization methods on the protein content of human milk. *Front Biosci* 2011;3(3):818-29.
3. Giribaldi M. et al. Pasteurization of human milk by a benchtop high-temperature short-time device. *Innov Food Sci Emerg Tech*, 2016;36:228-33.
4. Escuder-Vieco D. et al. Effect of HTST and Holder pasteurization on the concentration of immunoglobulins, growth factors, and hormones in donor human milk. *Front Immunol*, 2018;9:2222.
5. Klotz D. et al. High-temperature Short-Time Treatment of human milk for bacterial count reduction. *Front Pediatr* 2018;6:359.
6. Demazeau G. et al. A new High Hydrostatic Pressure Process to assure the microbial safety of human milk while preserving the biological activity of its main components. *Front Public Health* 2018;6:306.
7. Billeaud C. High Hydrostatic Pressure Treatment ensures the microbiological safety of human milk including *Bacillus cereus* and preservation of bioactive proteins including lipase and immunoproteins: a narrative review. *Foods* 2021;10:1327.
8. Christen L. et al. Effect of UV-C pasteurization on bacteriostatic properties and immunological proteins of donor human milk. *PLoS ONE*, 2013;8(12):e85867.
9. Lloyd ML. et al. Inactivation of Cytomegalovirus in breast milk using Ultraviolet-C irradiation: opportunities for a new treatment option in Breast milk banking. *PLoS ONE* 2016;11(8):e0161116.

VANTAGGI	SVANTAGGI
<ul style="list-style-type: none"> - Prodotto finale di miglior qualità nutrizionale - Tecnica più veloce e più conveniente - Miglior conservazione dell'attività biologica (lipasi, lisozima e lattoferrina) - Inattivazione delle spore di <i>Bacillus cereus</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Costo molto elevato (7-10 volte più elevato di un pastorizzatore Holder) - Dimensioni notevoli delle apparecchiature, difficoltà di collocamento nelle Banche del Latte

Tabella 3. Vantaggi e svantaggi della metodica HPP rispetto alla pastorizzazione Holder^{6,7}

VANTAGGI	SVANTAGGI
<ul style="list-style-type: none"> - Tecnologia emergente di conservazione degli alimenti che ritiene maggiori quantitativi di componenti bioattivi - No stress termico - Miglior ritenzione di alcune importanti componenti biologiche (lipasi, lisozima, lattoferrina, IgA, alcune citochine) - Inattivazione del <i>Bacillus cereus</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Applicazione della tecnologia UV-C difficile nel latte umano - Disponibili solo studi preliminari - L'attività antivirale necessita di ulteriore valutazione - Mancanza di apparecchiature appropriate utilizzabili nelle Banche del Latte

Tabella 4. Vantaggi e svantaggi della metodica UV-C rispetto alla pastorizzazione Holder^{8,9}

ALLATTAMENTO E DIMISSIONE DEL NEONATO AI TEMPI DEL COVID-19

Teresa Cazzato¹
Isabella Mondello²
Riccardo Davanzo³

¹ *Pediatria di famiglia, Taranto*

² *GOM, UTIN, Reggio Calabria*

³ *Istituto materno-infantile IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'Unicef e le Società Scientifiche¹ raccomandano di allattare esclusivamente al seno i propri figli per i primi sei mesi e di continuare ad allattare, dopo l'introduzione di cibi solidi e semisolidi, anche fino ai due anni ed oltre. Sebbene il latte materno sia il *gold standard* nutrizionale, i tassi di allattamento sono inferiori rispetto a quelli raccomandati. Le madri infatti vivono le difficoltà di avvio dell'allattamento, che non sono sempre superate al momento della dimissione dall'ospedale e possono associarsi all'interruzione precoce dell'allattamento al seno.

La recente pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto negativo sulle pratiche postnatali e sull'allattamento, soprattutto nella fase iniziale. Spesso sono venute meno le pratiche note per promuovere e proteggere l'allattamento al seno, come il contatto pelle a pelle, il rooming-in, il supporto post-dimissione dall'ospedale. La percezione delle madri di non avere una quantità di latte sufficiente, il rallentato recupero del calo fisiologico, una crescita del

bambino non corrispondente alle aspettative ideali, problemi fisici del seno quali le ragadi del capezzolo o la mastite, il rientro al lavoro sono motivi per il passaggio ad un allattamento misto o all'interruzione dell'allattamento al seno già nel corso del primo mese di vita².

L'introduzione di pratiche postnatali ostacolanti l'allattamento è stata la conseguenza di informazioni contraddittorie sui rischi della trasmissione materno-infantile del SARS-CoV-2, anche se ben presto si era potuta dimostrare nel latte materno l'assenza di coronavirus replicanti e la presenza di immunoglobuline (IgG ed IgA specifiche), sia dopo infezione naturale, sia dopo vaccinazione. La Società Italiana di Neonatologia, in armonia con le raccomandazioni dell'OMS in relazione alla possibilità che la donna COVID-19 allatti, aveva emesso precise e tempestive indicazioni, che sono state fatte proprie dall'Unione delle Società Europee di Neonatologia e Perinatologia (UENPS)³.

Nonostante queste rassicuranti evidenze e prese di posizione ufficiali, le donne hanno partorito in molti casi senza la presenza del partner o di una persona di supporto, le madri positive o sospette COVID-19 hanno visto i loro neonati sani separati, le coppie madre-bambino sono state dimesse in maniera non appropriata e con follow-up incerto, dal punto di vista del sostegno alla genitorialità⁴. Per quanto poi riguarda i neonati con



bisogni speciali, va rimarcato che molte UTIN non solo in fase iniziale, ma tuttora limitano l'accesso ai genitori.

Questo nuovo approccio è risultato dannoso per l'allattamento al seno tanto che, nella popolazione generale delle neomamme, i tassi di allattamento esclusivo alla dimissione ospedaliera sono documentatamente scesi durante

il *lockdown* rispetto al periodo pre-pandemia, sia in dimissione dall'ospedale, che a 30 ed a 90 giorni di vita del bambino⁵.

Considerato il contesto epidemiologico della pandemia COVID-19 e il cambiamento delle pratiche assistenziali dei Punti Nascita, la dimissione dall'ospedale va intesa come momento di tutela della mamma e

del neonato, mantenendo una qualche forma di supporto, una volta rientrati a casa. Al momento della dimissione dall'ospedale, gli operatori sanitari devono fornire informazioni complete sulle risorse (anche se limitate) disponibili sul territorio, siano essi servizi sanitari, professionisti dedicati al sostegno,

continua a pag. 14 >>

segue da pag. 13

attività di volontariato. È preferibile che gli operatori di questi servizi territoriali vadano informati/attivati. Bisogna, inoltre, trovare localmente delle soluzioni per garantire un accesso al pediatra di famiglia nei giorni immediatamente successivi alla dimissione ospedaliera.

Già prima della pandemia da COVID-19, la telemedicina nelle sue varie forme si era rivelata una strategia di crescente importanza per colmare il divario fra una limitata disponibilità di sostegno in presenza dopo la dimissione osped-

aliera ed il rilevante bisogno di aiuto, non solo sull'allattamento, da parte della coppia madre-bambino.

Un servizio competente e di qualità 24 ore su 24, 7 giorni su 7 dedicato alle neomamme, risulta essere efficace, ma non sostenibile nell'ambito di un singolo ambulatorio pediatrico. Va riconosciuto poi che nonostante i risultati possano essere incoraggianti, molte madri hanno sentimenti contrastanti in relazione ai servizi di telemedicina e preferiscono l'assistenza anche emotiva implicita nell'incontro di persona con gli operatori sanitari.

In questo contesto pandemico e sperabilmente post-pandemico rimane fondamentale monitorare (o forse cominciare a monitorare) i tassi di allattamento, per poter disporre di dati precisi, che ci spronino a investire nel recupero o nella nuova implementazione delle ben note pratiche facilitanti la relazione madre-bambino e l'allattamento.

Bibliografia

1. Davanzo R, Maffei C, Silano M, Bertino E, Agostoni C, Cazzato T, Tonetto P, Staiano A, Vitiello R, Natale F Gruppo di Lavoro ad hoc di SIP, SIN, SICuPP, SIGENP e SIMP. Allattamento al seno

e uso del latte materno/umano Position Statement 2015 di Società Italiana di Pediatria (SIP), Società Italiana di Neonatologia (SIN), Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche (SICuPP), Società Italiana di Gastroenterologia Epatologia e Nutrizione Pediatrica (SIGENP) e Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP).

2. Gianni ML, Bettinelli ME, Manfra P, Sorrentino G, Bezze E, Plevani L, Cavallaro G, Raffaelli G, Crippa BL, Colombo L, Morniroli D, Liotto N, Roggero P, Villamor E, Marchisio P, Mosca F. Breastfeeding difficulties and risk for early breastfeeding cessation. *Nutrients*. 2019 Sep 20;11(10):2266.

3. Davanzo R, Moro G, Sandri

F, Agosti M, Moretti C, Mosca F. Breastfeeding and coronavirus disease-2019: Ad interim indications of the Italian Society of Neonatology endorsed by the Union of European Neonatal & Perinatal Societies. *Matern Child Nutr*. 2020 Jul;16(3):e13010.

4. Spatz DL, Davanzo R, Müller JA, Powell R, Rigourd V, Yates A, Geddes DT, van Goudoever JB, Bode L. Promoting and Protecting Human Milk and Breastfeeding in a COVID-19 World. *Front Pediatr*. 2021 Feb 3;8:633700.

5. Latorre G, Martinelli D, Guida P, Masi E, De Benedictis R, Maggio L. Impact of COVID-19 pandemic lockdown on exclusive breastfeeding in noninfected mothers. *Int Breastfeed J*. 2021;16:36.

METODOLOGIA DELLA RICERCA SULL'ALLATTAMENTO

Valentina Tiraferri¹
Maria Lorella Gianni¹
Maria Elisabetta Baldassarre²

¹U.O. Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Università degli Studi di Milano
²Dipartimento di Scienze Biomediche ed Oncologia Umana - Sezione di Neonatologia e TIN, Università degli Studi "Aldo Moro", Bari

In qualunque campo di ricerca è di estrema importanza definire in modo accurato l'oggetto di studio affinché le variabili analizzate, dopo essere state ugualmente concordate dai vari ricercatori, possano essere confrontate tra loro nei diversi studi. Anche nell'ambito della ricerca sull'allattamento è, quindi, indispensabile identificare definizioni precise e

universalmente condivise delle differenti tipologie di allattamento¹.

La tipologia di allattamento viene ad oggi definita soprattutto in base a due criteri: a) la durata dell'allattamento stesso; b) l'esclusività, ovvero la quantità di latte materno somministrata senza altri sostituti. In base a questi criteri l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito:

- Allattamento materno esclusivo: il latte materno è l'unica fonte di nutrizione per il lattante;
- Allattamento materno predominante: il latte materno è la principale fonte di nutrizione, ma il bambino può assumere anche altri liquidi, quali acqua o bevande a base di acqua, come per esempio i succhi di frutta o tisane;
- Allattamento complementare: prevede l'u-

tilizzo di latte materno e di qualsiasi altro tipo di latte diverso dal latte umano.

È di fondamentale importanza raccogliere informazioni sul tipo di latte e sulla sua modalità di somministrazione. Quando ci si riferisce all'allattamento materno esclusivo, bisogna fare distinzione tra i bambini allattati direttamente al seno e i bambini che assumono latte materno tramite biberon. Non sempre questa distinzione viene messa in risalto negli studi, mentre sappiamo che anche la modalità di somministrazione influenza determinati outcome². L'allattamento al seno, infatti, favorisce il contatto pelle a pelle, che riduce sensibilmente i valori di cortisolo nel neonato, diminuendo il rischio di sviluppare patologie in età adulta,

quali il diabete. La suzione di latte materno direttamente dal seno diminuisce anche il rischio di incorrere in patologie otorinolaringoiatriche (mal occlusione e otiti medie), grazie alla pressione negativa nell'orofaringe e nella tuba di Eustachio³.

La modalità di somministrazione influenza, inoltre, le proprietà immunologiche del latte¹. Il procedimento di conservazione del latte estratto altera le sostanze immunomodulanti in esso contenute e la somministrazione tramite biberon condiziona la formazione di anticorpi nella madre. Infatti, se il bambino incontra un agente patogeno prima della madre, il solo atto di suzione al seno stimolerà la produzione di anticorpi specifici nella madre⁴. Le proprietà immunologiche diminu-

iscono anche quando si utilizza latte umano donato, perché la mamma che ha prodotto il latte e il neonato non sono esposti agli stessi agenti infettivi.

Un'altra questione su cui non si pone sufficiente attenzione è il fatto che i ricercatori spesso indagano il tipo di allattamento a intervalli di tempo precisi, per esempio a 3 e 6 mesi di vita. Questo approccio può risultare inadeguato e fuorviante, soprattutto per definire un allattamento esclusivo, perché non tiene in considerazione il periodo trascorso tra i due intervalli, in cui il tipo di allattamento potrebbe cambiare più volte. Per ovviare a questo problema, rilevante da un punto di vista nutrizionale più che

continua a pag. 15 >>

segue da pag. 14

epidemiologico, sarebbe utile aggiungere un indicatore che permetta di specificare se lo stesso tipo di allattamento si è mantenuto tale sin dalla nascita. Ottenere informazioni su un arco di tempo così esteso, tuttavia, risulta troppo dispendioso^{5,6}. Per avere un'immagine più precisa dei liquidi che il bambino assume, alcuni autori suggeriscono di contattare la famiglia tutti i giorni per una settimana, invece che una volta sola a ogni intervallo temporale⁷. Per omologare la ricerca sull'allattamento sa-

rebbe utile la creazione di un questionario standardizzato, per capire quali siano le modalità di allattamento. La creazione di uno strumento universale richiede diversi passaggi. Innanzitutto, bisogna individuare le domande più adeguate, per capire la durata e l'esclusività dell'allattamento e la modalità di somministrazione. Successivamente tali domande devono essere formulate con un lessico preciso e validate da un gruppo di esperti, clinici e ricercatori. Una volta creato e validato il questionario, bisogna testarne la validità, ovvero capire in che misura due ricer-

catori differenti, interrogando la stessa madre, ottengono le stesse risposte⁸. Trovare una definizione accurata e completa della tipologia di allattamento può risultare complicato, determinando incertezza nell'attendibilità dei risultati degli studi scientifici. Per questo motivo, bisogna investire maggiormente nella raccolta dei dati, curando tutti gli aspetti precedentemente descritti (durata ed esclusività dell'allattamento, modalità di somministrazione del latte), eventualmente utilizzando dei questionari redatti appositamente.

Bibliografia

1. Thulier D. A Call for Clarity in Infant Breast and Bottle-Feeding Definitions for Research. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2010;39(6):627-34.
2. Noel-Weiss J, Boersma S, Kujawa-Myles S. Questioning current definitions for breastfeeding research. *Int Breastfeed J.* 2012;7(1):9.
3. Abrahams SW, Labbok MH. Breastfeeding and otitis media: a review of recent evidence. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2011;11(6):508-12.
4. Laouar A. Maternal Leukocytes and Infant Immune Programming during Breastfeeding. *Trends Immunol.* 2020;41(3):225-39.
5. Aarts C, Kylberg E, Hörnell A, Hofvander Y, Gebre-Medhin M, Greiner T. How

exclusive is exclusive breastfeeding? A comparison of data since birth with current status data. *Int J Epidemiol.* 2000;29(6):1041-6.

6. Greiner T. Exclusive breastfeeding: measurement and indicators. *Int Breastfeed J.* 2014;9:18.
7. Andarge SD, Fenta EH, Gebreyesus SH, Belachew RY. One-week recall period gives a more accurate estimate of exclusive breastfeeding practice than 24-h recall among infants younger than six months of age. *Int Breastfeed J.* 2021;16(1):65.
8. Noel-Weiss J, Taljaard M, Kujawa-Myles S. Breastfeeding and lactation research: exploring a tool to measure infant feeding patterns. *Int Breastfeed J.* 2014;9:5.



LA GESTIONE DEL "BAMBINO INSIEME ALLA MAMMA" IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO MATERNO. L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE SANTA CHIARA DI TRENTO

Chiara Margoni¹
Roberta Bacci²
Anna Pedrotti³
Rosanna Clementi¹
Massimo Soffiati¹

¹U.O. Neonatologia, Ospedale Santa Chiara Trento

²Mamma ricoverata al Santa Chiara

³Iniziativa Baby Friendly, Dipartimento salute e politiche sociali, Provincia autonoma di Trento

La Provincia Autonoma di Trento e l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) si impegnano nel continuo miglioramento degli standard assistenziali, attuando interventi precoci e intersettoriali per la salute e lo sviluppo infantile e il sostegno alla genitorialità. In questo contesto l'Ospedale Santa Chiara di Trento, che conta circa 2500 nati all'anno ed è certificato *Baby Friendly Hospital* dal 2014³, ha una *Politica Aziendale*¹ per la quale "i bambini e i genitori sono benvenuti e bene accolti presso tutte le strutture e i servizi dell'APSS. La mamma che necessita di un ricovero è incoraggiata a tenere con sé il proprio bambino e a continuare ad allattare/alimentare, qualora le condizioni cliniche e organizzative lo consentano, secondo un percorso personalizzato di supporto e assistenza", integrato tra ospedale e territorio come previsto nel programma "Ospedali e Comunità Amici dei Bambini e delle Bambini

ne"².

In alcune situazioni (come la pandemia da COVID-19) e contesti (come quelli ad alta intensità di cura), qualora manchino le garanzie di sicurezza per la diade mamma/bambino e/o per gli altri degenti, viene attivata la rete territoriale, viene consentita la visita del bambino alla mamma e viene considerato il trasferimento della madre in contesti a minor rischio.

Una procedura operativa per la gestione della diade in occasione di ricovero materno è stata redatta nel 2020 da un team multi-professionale in collaborazione con professionisti e volontari del territorio; sperimentata in diverse UU.OO. e perfezionata, è stata infine ufficializzata nel 2021³.

La procedura implica un'analisi dettagliata e standardizzata degli elementi necessari per valutare la possibilità che il bambino resti accanto alla madre, quali ad esempio il desiderio della famiglia, la patologia materna, la sostenibilità materna al rooming-in, le risorse familiari, le caratteristiche dell'UO in cui viene ricoverata la madre in termini di tipologia, caratteristiche organizzative, expertise e naturalmente l'età del bambino e il suo grado di sviluppo psico-fisico. Sulla base di questi elementi, la procedura pre-

vede che il ricovero formale del bambino venga effettuato in Pediatria (se d'età > a 30 giorni) o in Neonatologia (se d'età < a 30 giorni) come appoggio all'U.O. dove la madre è ricoverata. Trattandosi di un bambino sano, senza problemi clinici in atto, viene codificato il ricovero con codice V650.

Dall'approvazione della procedura, numerose sono state le coppie mamma-bambino che ne hanno beneficiato. Riportiamo alcuni esempi: 1) Gloria, ricoverata in Terapia Intensiva Cardiologica nell'immediato post parto, che ha avviato e mantenuto l'allattamento della piccola Amalia con momenti di rooming-in protetto; 2) Fatima con bimbi ricoverati assieme a lei in Chirurgia per assenza di una rete amicale/familiare che potesse occuparsi di loro; 3) Roberta che, durante il ricovero, ha potuto avere vicino il figlio di tre mesi non appena la situazione clinica postoperatoria le ha consentito di accudirlo.

L'applicazione della procedura ha richiesto il superamento di diverse e prevedibili difficoltà, quali l'intercettazione precoce del bisogno, la necessità di costante e intenzionale collaborazione e integrazione con il servizio territoriale ed il rischio di considerare la Neonatologia una *nursery*. Ulteriori difficoltà sono state la compilazione corretta della documentazione medica da parte dell'U.O., la necessaria presenza di un *caregiver* al fianco del bambino, quando la madre si assenta per effettuare esami, interventi chirurgici, ecc. e la necessaria valutazione dei rischi, anche infettivi, relativi all'accesso del bambino in ospedale e delle conseguenze dell'ospedalizzazione su un piano psicologico e di sviluppo neuro-comportamentale. Per tutti questi motivi l'applicazione della procedura richiede di essere costantemente monitorata. Grande è stato, nella nostra esperienza, il gradimento da parte delle famiglie

e la soddisfazione di noi operatori sanitari derivante dalla consapevolezza di aver dato risposte non scontate ai bisogni di bambini e genitori, anche in linea con recenti indicazioni ministeriali⁴.

Bibliografia

1. APSS (17 marzo 2018) *Politica aziendale per la salute materno-infantile, l'alimentazione dei bambini e l'allattamento* disponibile al sito <https://www.apss.tn.it/Documenti-e-dati/Documenti-tecnici/Politica-Apss-per-la-salute-materno-infantile#>.
2. UNICEF <https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/comunita-amica-bambini/>.
3. APSS (02 settembre 2021) *Procedura di gestione del "BAMBINO INSIEME ALLA MAMMA" quando la mamma necessita di un ricovero ospedaliero presso l'Ospedale S. Chiara di Trento*.
4. TAS, UNICEF, FNOMCeO, FIASO, ANMDO, SIP, SIN, ACP, SIMP, SIGO, SIMIT, FNOPO, FNOPI, FNO TSRM PSTRP, CNOP. *La continuità del rapporto madre-bambino e il mantenimento dell'allattamento in caso di ricovero ospedaliero*. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3091_allegato.pdf.

