VALORIZZAZIONE DELL'ALLATTAMENTO E SUA TUTELA

Terza Conferenza Nazionale sull'Allattamento

Roma, 12 ottobre 2021

Ministero della Salute

Auditorium "C. Piccinno"
Lungotevere Ripa, 1

OSPEDALIZZAZIONE DELLA COPPIA MAMMA-FIGLIO IN ALLATTAMENTO COME RISPONDERE ALLE ESIGENZE: IL DOCUMENTO TAS INTER-SOCIETARIO

Guglielmo Salvatori[1]
Marco Silano[2]

[1]Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma
[2]Istituto Superiore di Sanità, Roma

Ministero della Salute

La continuità del rapporto madre-bambino e il mantenimento dell'allattamento in caso di ricovero ospedaliero

Maggio 2021

Ministero della Salute

Gruppo di Lavoro multi-professionale

1. Tavolo Tecnico Operativo interdisciplinare per promozione allattamento al seno (**TAS**) del Ministero della Salute
2. Comitato Italiano per **UNICEF** - Fondazione Onlus
3. Federazione Nazionale degli ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri **(FNOMCeO)**
4. Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (**FIASO**)
5. Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (**ANMDO**)
6. Società Italiana di Pediatria (**SIP**)
7. Società Italiana di Neonatologia (**SIN**)
8. Associazione Culturale Pediatri (**ACP**)
9. Società di Medicina Perinatale (**SIMP**)
10. Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (**SIGO**)
11. Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (**SIMIT**)
12. Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (**FNOPO**)
13. Federazione Nazionale Ordini Professionali Infermieristiche (**FNOPI**)
14. Federazione Nazionale degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione (**FNO TSRM PSTRP**)
15. Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (**CNOP**)

❖ *Approvato dal Comitato di Bioetica dell'Istituto Superiore di Sanità*

Obiettivo del documento

- In caso di ospedalizzazione di madre o bambino successiva a quella del parto
  - Permettere alla madre che allatta di poter stare con il proprio bambino
  - Ridurre il rischio di interruzione dell’allattamento

A chi è diretto il documento

- Ai decisori politici
- Ai responsabili dell’assistenza ospedaliera
- Alle figure professionali dello staff ospedaliero

Perché il documento

- Per difendere i diritti del Bambino
  - La Convenzione ONU sui Diritti dell'infanzia e dell'Adolescenza stabilisce che il bambino, fin dalla nascita, ha il diritto di essere accudito, non separato dai propri genitori (art. 9) e di godere del miglior stato di salute possibile (art. 24)
- Per aderire alle raccomandazioni sull'alimentazione infantile
  - L'OMS, il Ministero della Salute e le Società scientifiche pediatriche raccomandano l'allattamento esclusivo fino a 6 mesi di età, la sua continuazione anche in corso di alimentazione complementare, fino a 2 anni di vita ed oltre
- Per tutelare la relazione genitori-bambino
  - I bambini piccoli, privati o separati dalla madre, possono manifestare conseguenze non solo emotive, ma anche di natura biologica
  - Tutelare la relazione genitore-figlio evita lo stress prodotto dalla separazione definito come "stress tossico"

Struttura del documento

Relazione madre-bambino e allattamento: ruolo dell'ospedale

- Ricovero del bambino
- Ricovero della madre

Raccomandazioni in caso di ospedalizzazione

- Per i decisori politici
- Per i responsabili dell'assistenza ospedaliera
- Per le figure professionali dello staff ospedaliero

> Box Spremitura manuale del latte materno
> Box Uso del tiralatte elettrico
> Box Conservazione e somministrazione del latte materno

> Tavola 1. Vere e false controindicazioni ad allattare

Ricovero del bambino

ALLA NASCITA

- Nel neonato sano l'avvio dell'allattamento è facilitato da
  - Contatto pelle a pelle
  - Rooming-in

- Nei neonati patologici o ad alto rischio
  - L'accesso (illimitato o più estensivo possibile) dei genitori nelle TIN facilita la relazione genitori-bambino, la kangaroo mother care e l'avvio dell'allattamento
    - ✓ L'Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini per le Unità Neonatali (Neo- BFHI) rappresenta un progetto strutturato di riferimento

  - Qualora nelle TIN non sia disponibile il latte della propria madre va privilegiato l'utilizzo del latte umano donato di banca

Ricovero del bambino

IN SEGUITO

- L’ospedalizzazione di madre o bambino dovrebbe implicare la presa in carico della famiglia
- Lo staff ospedaliero dovrebbe condividere protocolli assistenziali specifici per proteggere la relazione genitori-bambino e tutelare l’allattamento
- I protocolli vanno sostenuti da una policy della struttura sanitaria

Ricovero del bambino

- In caso di malattia o di accertamenti diagnostici il bambino può essere ricoverato in Pediatria, Patologia Neonatale, Pronto Soccorso, Chirurgia-Pediatrica, TIN, TIP, Rianimazione Pediatrica
  - L'impedimento dell'accesso della madre/genitore al reparto di cura del figlio è giustificato solo in rare situazioni logistico-organizzative
    - Il tipo di alimentazione del bambino (se allattato o meno) non deve peraltro condizionare l'accesso illimitato (24/24 h) di almeno uno e per quanto possibile di entrambi i genitori

Difficoltà con l'allattamento durante il ricovero di un bambino

Difficoltà	*Strategie/soluzioni/commenti*
Rifiuto del seno, difficoltà di attacco al seno e di suzione, ecc, legate alla sua sintomatologia (dispnea, vomito, diarrea, febbre, sintomatologia dolorosa, ecc…).	In assenza di attacco diretto al seno, la spremitura del latte materno e la sua somministrazione al b. con metodi adeguati alle sue condizioni cliniche (siringa, cucchiaino, tazzina, sondino naso-gastrico o eventualmente con biberon) consente di mantenere la lattazione, ridurre il rischio di ingorgo mammario e garantire una nutrizione di migliore qualità.
Una **madre** stressata e preoccupata può incontrare difficoltà per un'ostacolata emissione del latte dal seno con aumentato rischio di ingorgo mammario e ridotta produzione di latte.	Sostegno emotivo, motivazionale e pratico per mantenere l'allattamento e gestire le più comuni difficoltà.
Un bambino, pur in grado di succhiare al seno, può essere messo o sottoposto a schemi di alimentazione rigidi o messo a digiuno in occasione di **indagini strumentali, di un intervento chirurgico** o come parte della cura.	Vanno applicati i limiti minimi di digiuno riconosciuti internazionalmente per un bambino che assume latte materno: • 2 h prima di una procedura anestesiologica • 4 h prima di un intervento chirurgico Vanno osservati i segnali del bambino per un allattamento/nutrizione secondo le sue tempistiche, a meno di una precisa prescrizione medica. La collaborazione con i genitori in reparto facilita questo aspetto organizzativo.

Ricovero del bambino

- La gestione dell'allattamento è un problema da affrontare fin dal momento del ricovero, in quanto spesso già in difficoltà nei giorni precedenti per le condizioni di salute del bambino (poppate difficoltose, suzione debole, ecc…)

- Un'improvvisa (e immotivata) interruzione dell'allattamento può generare nel bambino agitazione, pianto, difficoltà ad alimentarsi e, nella madre, ansia, ingorgo e mastite

- Continuare ad allattare fino alla dimissione è importante per i benefici di tipo sanitario, economico e ambientale

Ricovero della madre

- L'autorizzazione all'accesso del bambino al reparto è subordinata alle condizioni di salute della madre

- Nella maggioranza dei casi è possibile e preferibile che la donna ospedalizzata continui ad allattare

- Va evitata, per quanto possibile, l'improvvisa interruzione dell'allattamento

- Molte condizioni ritenute incompatibili con l'allattamento sono false avvertenze o ostacoli e non controindicazioni ad allattare

Vere e false controindicazioni ad allattare

Anestesia	Né l'anestesia locale, né quella loco-regionale (epidurale, spinale), né l'anestesia generale giustificano la sospensione dell'allattamento o il gettare via il primo latte
Mezzi di contrasto (m.d.c.) (iodati ed a base di gadolinio)	Passano in quote trascurabili. Sono sostanzialmente gli stessi m.d.c. che verrebbero dati al bambino in caso di indagini strumentali. Non è necessario buttare il primo latte, né sospendere l'allattamento per 12 - 48 h. Tutti i m.d.c. sono compatibili con l'allattamento tranne i 3 agenti gadopentetato dimeglumina, gadodiamide, gadoversetamide, considerati ad alto rischio di fibrosi sistemica nefrogenica, patologia peraltro non propria dell'età pediatrica.

Malattie materne	L'allattamento è attualmente controindicato per le persone che vivono con l'HIV/AIDS; tutte le altre condizioni materne sono o false controindicazioni (per es.: sclerosimultipla, rettocolite ulcerosa) o piuttosto ostacoli (per es: febbre).
Assunzione materna di farmaci	Controindicati in particolare citostatici e antitumorali; per tutti glialtri fare aggiornata valutazione del rischio di assunzione di latte materno per il bambino, senza tenere nel frattempo in sospeso la prosecuzione dell'allattamento. Il problema si pone essenzialmente per i pretermine ed i bambini sotto i 2 mesi di vita e per alcuni farmaci psicotropi e cardioattivi

Radionuclidi	Consultare il medico di medicina nucleare per informazioni sull'emivita del radionuclide e gettare il latte spremuto per lo stretto tempo necessario suggerito dallo stesso medico di medicina nucleare. Sospendere l'allattamento diretto al seno, ma drenare frequentemente e a fondo il seno per mantenere la produzione ed evitare l'ingorgo/mastite

RICOVERO DELLA MADRE

- La donna andrebbe ricoverata in **stanza singola** per accogliere il bambino ed un caregiver/familiare che la supporti nella gestione del bambino e le consenta di riposare

- Dovrebbe essere fornita una **culletta**

- In caso di bisogno, va previsto un **aiuto** competente mostrando **attitudine all'accoglienza** da parte di tutto il personale
  - Del Reparto di ricovero e dei professionisti delle unità operative competenti: pediatra, neonatologo/a, ostetrico/a, infermiere pediatrico

RICOVERO DELLA MADRE

- **Il personale sanitario** del reparto di ricovero **dovrebbe**
  - Essere **informato** sulle **motivazioni** che suggeriscono di tenere insieme madre e bambino
  - Fornire alla madre **l'assistenza** per facilitare il mantenimento della lattazione se il bambino non può attaccarsi al seno
    - Spremitura del seno, conservazione del latte ed offerta al bambino del latte spremuto (Box 2, Box 3, Box 4)
    - Se non è stato possibile allattare al seno durante il ricovero, la donna va **informata** sulla possibilità di riprendere l'allattamento alla dimissione, con il supporto di servizi e risorse territoriali a sostegno dell'allattamento

Box 2. Spremitura manuale del latte materno

Video didattici

https://www.youtube.com/watch?v=0CJBHXiJ1OQ

https://www.lllitalia.org/risorse/video

https://med.stanford.edu/newborns/breastfeeding

La spremitura del latte materno risulta utile ogniqualvolta il bambino non chiare direttamente al seno. La spremitura del latte materno di fatto riesce la mancata stimolazione ed il mancato continuo drenaggio della mammel del bambino. Drenando le mammelle, la madre può ridurre il rischio di ingor e può mantenere la produzione di latte.
La spremitura del seno risulta utile in caso di ospedalizzazione sia della mad bambino.

- In caso di ricovero di un bambino alla nascita o in epoche successive g sanitari, in particolare quelli della UTIN e/o Patologia Neonatale, della Pronto Soccorso, della TIP, della Chirurgia pediatrica e della Rianimazione sono chiamati a sostenere la mamma ed a fornire alla madre che allatta efficaci informazioni per avviare o mantenere l'allattamento, possibilme mente al seno. Di fronte ad un bambino con ostruzione nasale, per esem gerisce alla madre di pulire il naso, di far estendere leggermente il capo de di sostenerlo in una posizione in cui tronco e capo siano allineati per co sfruttare al meglio la sua ridotta forza di suzione. Si potrà anche condurre in posizione semi-reclinata, che permette al bambino di essere contenuto di utilizzare le proprie competenze innate per raggiungere il seno ed attac maniera per lui più congeniale.
- Per mantenere la produzione di latte materno il professionista sanitario p ricorrere ad interventi come la spremitura del latte materno, accompag

Box 3. Uso del tiralatte elettrico (Azienda USL Toscana Nord Ovest 202

Un'adeguata tecnica di spremitura del seno consente di ottenere il massim di latte con la più alta concentrazione di grassi, dal momento che la concent grasso nel latte materno è maggiore nella parte finale della quantità spremut alla parte iniziale. Una chiara e semplice informazione sull'utilizzo del tiralatte madre anche per evitare l'insorgere di microtraumi e di lesioni al capezzolo derivanti da uso inappropriato del tiralatte o di coppe di misure non adatte al sioni dei capezzoli.

Si ricordano alcuni utili accorgimenti per condurre una spremitura mediante elettrico efficace ed appropriata:

a. Favorire un ambiente che garantisca alla madre comfort, privacy e rispetto
b. Usare il tiralatte preferibilmente accanto al bambino per facilitare l'attiva cologica del riflesso ossitocinico di emissione del latte.
c. Lavare accuratamente le mani.
d. Ammorbidire il seno e stimolare il riflesso dell'ossitocina prima dell'inizio d mitura attraverso un massaggio che comprenda tutte le parti del seno, co capezzolo, per 1-2 minuti.
e. Utilizzare un tiralatte elettrico ad uso ospedaliero usando simultaneam coppe che devono essere della misura adatta alla conformazione del sen
f. Regolare la forza di vuoto al livello massimo che non dia fastidio (dopo qu nuto probabilmente si potrà aumentarla un po') e contemporaneament mani attivamente sul seno per massaggiarlo e per comprimerlo, mentre lavora, continuare con massaggio e compressione su un seno e dopo sul zone migliori dove usare le mani sono le parti del seno dove si sente più t quelle che, comprimendole, generano un flusso maggiore di latte. Quand di latte è finito o quasi, spegnere il tiralatte.
g. Fare una pausa di pochi minuti per massaggiare nuovamente i seni, cu maniera particolare le zone periferiche.
h. Ricominciare ad estrarre il latte con il tiralatte da un seno alla volta sing te, sempre usando attivamente le mani per massaggiare e comprimere. fase, se preferito, si può anche drenare il seno con la spremitura manuale. tecnica venga utilizzata, si alternano i seni diverse volte, fino a che il latte che se si ottiene solo una piccola quantità di latte, la spremitura stimola c

Box 4. Conservazione e somministrazione del latte materno (42; 43)

- Il latte spremuto va messo in contenitori di vetro o plastica idonea e conservato in frigorifero ad una temperatura di 0-4 °C.
- Il latte rimasto fuori dal frigo a temperatura ambiente va somministrato entro 4 h.
- Sul contenitore va indicato il momento della spremitura del latte (data e ora) ed alcuni dati identificativi anagrafici per evitare la somministrazione di latte scambiato/sbagliato.
- In ambito ospedaliero i protocolli di conservazione a 0-4°C raccomandano di non superare i 4 giorni, anche se alcune fonti bibliografiche suggeriscono durate maggiori.
- Il latte così conservato, una volta riscaldato, può essere dato al lattante al seno, con il bicchierino, con la siringa, con il dispositivo di alimentazione supplementare al seno, con il biberon, col sondino naso-gastrico, a seconda del caso e delle condizioni del bambino.
- Prima d'essere proposti ed applicati si deve valutare se questi metodi di somministrazione del latte materno spremuto risultano appropriati nel contesto assistenziale specifico, tenuto conto di una serie di fattori quali la condizione clinica del bambino, inclusa la competenza a succhiare, a deglutire, a coordinare il ciclo suzione- deglutizione-respiro, il desiderio espresso dalla madre che ha avuto accesso a tutte le informazioni specifiche e individuali. In altre parole, si devono riconoscere e rispettare i segnali che giungono dal bambino e che indicano i tempi e le quantità per lui appropriati.
- La ripresa graduale dell'attacco fisiologico direttamente al seno dovrebbe essere un obiettivo condiviso fra madre e personale dell'UO ospedaliera, supportato da un'assistenza competente e concreta; peraltro rappresenta un segno che conferma la via della guarigione.

RICOVERO DELLA MADRE

- Per un bambino ospitato insieme alla madre in ambiente ospedaliero va attentamente valutato il rischio di acquisire un'infezione
  - Da **batteri** ospedalieri, potenzialmente multi-resistenti
  - Da **virus,** trasmessi per via respiratoria e per contatto

RICOVERO DELLA MADRE

Trasmissione di infezioni da batteri ospedalieri

- Il rischio è trascurabile per un lattante sano, che è un semplice ospite, non sottoposto a procedure e a manovre invasive

- Il lavaggio delle mani da parte della madre e di chi manipola il bambino e l'utilizzo per il bambino della biancheria personale, rappresentano un ulteriore elemento di rassicurazione

RICOVERO DELLA MADRE

Trasmissione di infezioni virali

- La possibile fonte di infezione sono i pazienti ricoverati, gli operatori sanitari o i visitatori

- Il rischio resta molto basso se le caratteristiche logistiche e strutturali del reparto sono favorevoli (disponibilità di stanze singole) e se si osservano le disposizioni di prevenzione quali l'accurata igiene delle mani, il distanziamento fisico ed il ricorso a mascherine

Raccomandazioni in caso di ospedalizzazione

Per i decisori politici

In considerazione della priorità sociale e sanitaria di tutelare la relazione madre-bambino e la salute materno-infantile durante l'ospedalizzazione di mamma e/o bambino, è opportuna la definizione di linee di indirizzo nazionali sull'applicazione delle buone pratiche secondo quanto riportato nel presente documento. La loro applicazione potrebbe essere inserita tra gli obiettivi di performance delle strutture.

Raccomandazioni in caso di ospedalizzazione

Per i responsabili dell'assistenza ospedaliera 1

- ✓ **I direttori generali, sanitari, di dipartimento, di struttura complessa ed i responsabili di unità operativa semplice, in considerazione dell'essenziale importanza di mante- nere unita la diade mamma/bambino e di promuovere e proteggere la prosecuzione dell'allattamento, durante l'ospedalizzazione successiva alla nascita, sono chiamati ad implementare specifiche soluzioni organizzative e ad applicare adeguati proto- colli assistenziali, redatti secondo le evidenze disponibili e condivisi con personale sanitario adeguatamente formato.**
- ✓ **In particolare, sarebbe necessario prevedere una politica ospedaliera (policy) con relative procedure, che garantisca la presenza del genitore in caso di ricovero ospedaliero e che faciliti la presenza del bambino e di un familiare/caregiver nel caso di ricovero ospedaliero della madre.**
- ✓ **La policy prevede l'uso di un modulo di consenso informato, nel caso la madre desideri tenere con sé un bambino d'età inferiore ai 6 mesi durante il proprio ricovero in un reparto diverso da quelli di ostetricia e ginecologia, neonatologia o pediatria. L'Appendice propone il nucleo essenziale del modulo di consenso informato, approvato dal Comitato di Bioetica dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). La veste definitiva del modulo stesso va declinata a livello dell'azienda ospedaliera, ricorrendo eventualmente al contributo del locale comitato etico.**
- ✓ **La politica suddetta implica l'identificazione e l'organizzazione delle risorse umane e materiali disponibili (ospedaliere e territoriali) in modo da poter trovare una soluzione al sostegno non solo dell'allattamento, ma più in generale della vicinanza di madre/genitore-bambino.**

Raccomandazioni in caso di ospedalizzazione

Per i responsabili dell'assistenza ospedaliera 2

- **Nel caso di ricovero del bambino, i protocolli specifici devono anche prevedere la fornitura ai reparti ospedalieri, più direttamente interessati, dei presidi necessari per la spremitura del latte materno finalizzata a facilitare e sostenere l'allattamento, nel caso in cui il bambino non possa attaccarsi direttamente al seno. In questo senso appare particolarmente importante l'informazione e/o formazione (essenziale e sufficiente) del personale che verrà a contatto con mamma e bambino.**
- **Dal momento che, in caso di ricovero del bambino, la vicinanza con la madre e l'alimentazione/nutrizione con il latte materno possono migliorare il decorso clinico, la terapia va integrata con la promozione ed il sostegno della relazione madre-bambino e dell'allattamento.**
- **Durante la permanenza in ospedale va mantenuta l'attenzione verso l'igiene di tutti gli oggetti che entrano in contatto con il neonato e si provvederà ad un'attenta pulizia dei kit di raccolta del latte materno e dei mezzi per somministrarlo (bicchierino o biberon).**
- **In caso di ricovero della mamma si raccomanda di implementare la gestione con- giunta di madre e figlio (rooming-in), in particolare nei primi 6 mesi di vita, ogni qualvolta le condizioni strutturali e organizzative lo permettano o, in alternativa, si raccomanda di consentire la possibilità che il bambino, in particolare se allattato, possa accedere al reparto dove la madre è ricoverata, provenendo da casa o dal reparto di pediatria- neonatologia, dove può essere ospitato.**

Raccomandazioni in caso di ospedalizzazione

Per le figure professionali dello staff ospedaliero

Ricovero del bambino

- ✓ garantire la continuità della relazione e della vicinanza genitori-bambino per tutta la durata della degenza, come parte integrante delle cure, prevedendo un accesso illimitato H24 al reparto di almeno uno e per quanto possibile di entrambi i genitori.
- ✓ se il bambino è allattato, tener presente che il latte materno in questo contesto è ancora più prezioso, viste le sue caratteristiche nutrizionali e biologiche;
- ✓ sostenere l'allattamento parallelamente alla terapia;
- ✓ incoraggiare le poppate al seno, a meno che queste non risultino realmente controindicate dalla situazione clinica del bambino;
- ✓ incoraggiare la madre a spremere il latte (manualmente o col tiralatte) per poterlo comunque somministrare, quando il bambino non risulti capace di attaccarsi direttamente al seno a causa della malattia;
- ✓ riconoscere che il digiuno imposto prima di una procedura anestesiologica o di un intervento chirurgico può essere ridotto in sicurezza da 4h a 2h nel bambino allattato rispetto a quello nutrito con formula lattea. Peraltro questi tempi, indicati dall'International Committee for the Advancement of Procedural Sedation, non vanno intesi come assoluti, vista la possibilità di accorciarli, quando i volumi introdotti per via orale risultino minimi;
- considerare, in casi particolari, qualora manchi transitoriamente il latte materno e in accordo con la famiglia, l'ipotesi dell'utilizzo del latte umano di banca.

Raccomandazioni in caso di ospedalizzazione

Per le figure professionali dello staff ospedaliero 1

- ✓ ***Ricovero della mamma***
- ✓ considerare le particolari esigenze di una donna ospedalizzata con un figlio che prende latte materno o formulato;
- ✓ esplorare le intenzioni della famiglia riguardanti l'eventuale gestione congiunta del bambino e la prosecuzione dell'allattamento; in tale caso sarà opportuno condivide- re un piano di assistenza individualizzato da un lato sull'accudimento e l'alimentazione del bambino e dall'altro sulle scelte farmacologiche per la madre compatibili, per quanto possibile, con l'allattamento sulla base di consulenze presso i centri anti-veleni e del ricorso a banche dati (per esempio Drugs and Lactation Database LactMed; E-Lactancia) o a documenti aggiornati;
- ✓ avere un approccio basato su evidenze per quanto riguarda la valutazione della compatibilità dei farmaci in allattamento. Qualora ci fossero dubbi sulla sicurezza per il lattante per la somministrazione alla donna che allatta di sostanze chimiche e farmaci, va fatto riferimento a fonti bibliografiche autorevoli, con attitudine positiva nei confronti dell'allattamento;

  > la somministrazione alla madre di anestetici, farmaci, mezzi di contrasto radio- logici o radionuclidi raramente giustifica la sospensione dell'allattamento con l'obiettivo di evitare effetti collaterali nel lattante (Tavola 1).

  > la multipla somministrazione parenterale di farmaci (per es.: antibiotici, oppioidi, insulina, eparine a basso peso molecolare, ecc.) non è di per sé motivo per controindicare in maniera automatica l'allattamento, visto il loro scarso o nullo passaggio nel latte materno ed il trascurabile assorbimento da parte dell'intestino del bambino di una minima quota di farmaco eventualmente passata nel latte materno;

Raccomandazioni in caso di ospedalizzazione

- ✓ **Per le figure professionali dello staff ospedaliero**
- ✓ ***Ricovero della mamma 2***
- ✓ implementare e rendere sostenibile sotto il profilo dell'organizzazione la gestione ospedaliera congiunta (rooming-in) del bambino (in particolare per bambini fino ai 6 mesi) e della donna quando questa lo desideri, se le sue condizioni cliniche lo consentano, risulti sicuro per il bambino da un punto di vista sanitario e sussistano favorevoli condizioni logistiche;
- ✓ valutare se ci sia familiare o persona di fiducia disponibile a supportare la madre nell'accudimento del bambino durante la sua permanenza in ospedale;
- ✓ considerare che il rischio infettivo corso da un bambino allattato o in visita nella U.O. dove è ricoverata la madre, sulla base della plausibilità biologica sembrerebbe ridur- si, qualora le caratteristiche logistiche e strutturali del reparto siano favorevoli, come nel caso di disponibilità di stanze singole, in osservanza delle procedure di prevenzione della trasmissione delle infezioni ospedaliere;
- ✓ offrire alla madre sostegno e aiuto adeguato e competente per mantenere l'allattamento durante il ricovero, attivando se necessario in modo tempestivo i professionisti specificamente dedicati all'assistenza di madre e bambino;
- ✓ prestare attenzione al supporto alla coppia madre-bambino in situazioni di disagio psichico;

Raccomandazioni in caso di ospedalizzazione

- ✓ **Per le figure professionali dello staff ospedaliero**
- ✓ ***Ricovero della mamma 3***
- ✓ in caso di ricovero programmato, consigliare alla madre di fare scorta di latte materno spremuto nel periodo antecedente al ricovero per ridurre l'eventuale bisogno di formule per l'infanzia;
- ✓ comprendere come la situazione clinica della madre raramente rappresenta una vera controindicazione all'allattamento, che, per essere tale, deve procurare nocumento a madre e/o bambino in maniera tale da annullare tutti i ben noti benefici del latte materno;
- ✓ informare le madri sulle varie posizioni che possono facilitare l'allattamento dopo un periodo obbligato a letto;
- ✓ considerare che in alcune situazioni come ad esempio dopo un'anestesia generale, la gestione del bambino richiede l'intervento di un caregiver diverso dalla madre per almeno 24 h;
- ✓ informare la donna ospedalizzata che un breve periodo di riduzione della produzione di latte materno è una risposta attesa e naturale allo stress materno dovuto alla malattia o all'intervento chirurgico e all'eventuale separazione dal bambino e la produzione di latte è destinata a tornare normale, qualora la madre accetti, nel rispetto del suo stato di salute, di condurre poppate più frequenti e prolungate;
- ✓ qualora non sia possibile allattare durante l'ospedalizzazione della madre o non sia possibile ospitare il bambino in ospedale sarà necessario applicare protocolli adeguati ed aggiornati per la spremitura, la conservazione e l'uso del latte spremuto ed il mantenimento della lattazione.

Ministero della Salute

OSPEDALE PEDIATRICO
Bambino Gesù

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

DIPARTIMENTO
SICUREZZA ALIMENTARE, NUTRIZIONE
E SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

OSPEDALIZZAZIONE DELLA COPPIA MAMMA-FIGLIO IN ALLATTAMENTO
COME RISPONDERE ALLE ESIGENZE: IL DOCUMENTO TAS INTER-SOCIETARIO

GUGLIELMO SALVATORI,
MARCO SILANO

guglielmo.salvatori@opbg.net

marco.silano@iss.it

Grazie per l'attenzione!