



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Allattamento nel setting domiciliare: indagine
sulle criticità e valutazione dell'efficacia
dell'intervento di supporto sulle puerpere**

Relatore:
Dott.ssa Giulia Zorzi

Tesi di Laurea di:
Sara Gennari

A.A. 2020/2021

INDICE

1. INTRODUZIONE	Pag. 1
1.1 L'importanza dell'allattamento al seno	Pag. 1
1.2 Epidemiologia dell'allattamento al seno in Italia	Pag. 4
1.3 Fattori che influenzano una precoce interruzione dell'allattamento al seno	Pag. 7
1.4 L'importanza dell'assistenza domiciliare al puerperio	Pag. 8
1.5 Buone pratiche a sostegno dell'allattamento al seno	Pag. 9
2. OBIETTIVI	Pag. 13
3. MATERIALI E METODI	Pag. 14
3.1 Disegno dello studio	Pag. 14
3.2 Descrizione del campione	Pag. 16
3.3 Strumenti di raccolta dati	Pag. 16
3.4 Raccolta dati	Pag. 17
4. RISULTATI	Pag. 18
4.1 Analisi statistica del questionario di prima visita	Pag. 18
4.2 Analisi statistica del questionario telefonico	Pag. 25
4.3 Analisi Statistica della Scala Latch	Pag. 31
5. DISCUSSIONE	Pag. 32
6. CONCLUSIONI	Pag. 39
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	Pag. 40
ALLEGATI	Pag. 43
DEDICHE E RINGRAZIAMENTI	Pag. 48

APPENDICE

Elenco degli acronimi utilizzati

ACTH: Ormone Adrenocorticotropo

BFHI: Baby Friendly Hospital Initiative

FSH: Ormone Follicolo Stimolante

ISTAT: Istituto Nazionale di Statistica

KMC: Kangaroo Mother Care

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza

LH: Ormone Luteinizzante

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

PHAC: Public Health Agency of Canada

SIDS: Sudden Infant Death Syndrome

SSN: Sistema Sanitario Nazionale

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund



Figura 1. Modalità di attacco al seno Autore: Sara Gennari

“ Un neonato ha solo tre esigenze: calore tra le braccia di sua madre, cibo dal suo seno e sicurezza nella consapevolezza della sua presenza. L’allattamento al seno soddisfa tutti e tre.”

(Grantly Dick-Read)

1. INTRODUZIONE

1.1 L'importanza dell'allattamento al seno

Secondo quanto riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dal Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF), l'allattamento è uno degli obiettivi prioritari di salute pubblica a livello mondiale. Proprio per questo l'OMS raccomanda l'allattamento esclusivo al seno per i primi sei mesi di vita del bambino e consiglia comunque l'utilizzo del latte materno fino ai due anni di età e oltre, a seconda del desiderio di madre e bambino ⁽⁴⁾. L'allattamento al seno è quindi consigliato anche nel momento in cui si procede con il divezzamento, ossia l'introduzione nell'alimentazione del bambino di alimenti complementari. Questo perché il latte materno, oltre ad essere economico e a zero impatto ambientale, è l'alimento specie-specifico che risponde in modo ottimale alle esigenze nutrizionali, biologiche e psicologiche del bambino a breve e lungo termine. Esso contiene tutti quelli che sono i principali nutrienti necessari al fisiologico sviluppo del bambino: acqua (88%), carboidrati, grassi, ormoni, vitamine, e proteine; di queste ultime si riconosce l'importanza in particolare per quelle che sono le funzioni protettive di immunoglobuline, lattoferrina, lisozima e k-caseinaproteine. Oltretutto, a seconda della settimana di lattazione, della durata della gestazione, delle malattie materne, del genotipo e la dieta, il contenuto proteico medio diminuisce gradualmente dal secondo al sesto-settimo mese di lattazione e si stabilizza successivamente ⁽¹⁰⁾. Questo come ulteriore conferma di quanto il latte materno sia specifico e risponda alle esigenze nutrizionali del neonato modificandosi durante la sua crescita. Il latte materno produce numerosi vantaggi sia nel bambino che nella madre. In particolare, i benefici riscontrati sulla salute fisica ed emotiva della madre riguardano ⁽⁵⁾:

- Involuzione uterina e ridotto sanguinamento: la suzione stimola la produzione di ossitocina, ormone responsabile della contrazione uterina e quindi acceleratore del ritorno alla condizione fisiologica pre-parto.
- Amenorrea da allattamento: quando la madre esegue un allattamento al seno esclusivo va incontro ad un periodo di amenorrea dovuto alla soppressione della produzione di estrogeni e progesterone. Tale condizione protegge la donna da nuove gravidanze in una percentuale che raggiunge il 96% nei primi 6 mesi di

allattamento se questo è eseguito su richiesta con almeno otto poppate effettuate nell'arco di una giornata.

- Immagine corporea e peso: allattare è dispendioso dal punto di vista energetico per cui aiuta a bruciare il grasso accumulato nel corso della gravidanza. Grazie anche all'azione dell'ossitocina che ha effetti lipolitici, la donna avrà un rapido dimagrimento con una media mensile di perdita peso che si aggira intorno ai 450 g e che le consente di tornare alle condizioni pregestazionali in un lasso di tempo di circa 6 mesi.
- Depressione post-partum: allattare rafforza il legame tra madre e bambino, legame che innesca una serie di effetti positivi. Le madri risultano più calme, meno stressate e più propense alla socializzazione fin dai primi giorni dopo il parto. Al contrario, le donne che non iniziano o non proseguono l'allattamento al seno hanno un rischio maggiore di depressione nel periodo successivo al parto.
- Stress materno: allattare riduce i livelli di cortisolo e di ACTH (ormone adrenocorticotropo), riducendo, di conseguenza, i livelli di stress e di ansia.
- Cancro al seno: il cancro al seno è un tumore ormono-sensibile, per cui, tutte le condizioni che durante la vita della donna vanno a sopprimere i livelli di estrogeno, come la gravidanza stessa e l'allattamento, risultano protettivi contro il rischio di un suo sviluppo. Si stima che il cancro al seno possa essere ridotto del 4% per ogni anno di allattamento al seno.
- Cancro ovarico: per tutto il periodo dell'allattamento si ha la soppressione degli estrogeni e delle gonadotropine, ormone follicolo stimolante (FSH) ed ormone luteinizzante (LH), responsabili della proliferazione cellulare ovarica. Le conseguenti condizioni di anovulazione ed amenorrea, che meglio si manifesta quando l'allattamento perdura oltre i 10 mesi, sono considerate fattori protettivi.
- Endometriosi: è una malattia ginecologica che comporta la crescita di tessuto uterino, l'endometrio, al di fuori della cavità uterina. Questa crescita è regolata da estrogeni e progesterone, ormoni che, come già accennato, vengono soppressi durante tutto il periodo di allattamento esclusivo al seno.
- Malattie cardiovascolari e diabete: durante la gravidanza la donna accumula tessuto adiposo soprattutto in zona viscerale e addominale. Questo tessuto è strettamente correlato alla comparsa di malattie cardiocircolatorie e diabete mellito

di tipo 2. Grazie all'allattamento, questi depositi possono essere mobilizzati ottenendo così, non solo una riduzione del peso materno, ma anche la diminuzione del rischio di sviluppo di patologie cardiovascolari: le donne che allattano al seno per 7-12 mesi dopo il parto, hanno un rischio inferiore del 28% di sviluppare malattie cardiovascolari rispetto alle donne che non hanno mai allattato. Inoltre, la produzione di ossitocina svolge un'importante azione sulla riduzione della resistenza all'insulina che comporta una protezione dal rischio di sviluppare diabete mellito di tipo 2.

- Osteoporosi: è stato dimostrato che le donne che allattano hanno una massa ossea con maggiore densità minerale perché, sebbene durante il periodo dell'allattamento si abbia una perdita di calcio, si sviluppano meccanismi di compensazione che aumentano l'assorbimento intestinale e renale dello stesso ristabilendo la densità minerale ossea che va poi a consolidarsi nel periodo del svezzamento e con il ritorno del regolare ritmo mestruale.
- Sclerosi multipla e Morbo di Alzheimer: per entrambe le condizioni l'allattamento risulta protettivo nei confronti del manifestarsi o riacutizzarsi della patologia.

Parallelamente, i benefici riscontrati sulla salute infantile a breve e lungo termine, sono riconducibili alla riduzione delle ⁽¹²⁾:

- Infezioni delle vie respiratorie e infezioni acute dell'orecchio (otite media): il rischio di ricovero ospedaliero è ridotto del 77% nei bambini che hanno beneficiato di un allattamento esclusivo al seno per più di 4 mesi.
- Infezioni gastrointestinali (diarrea e vomito): l'allattamento è associato ad una riduzione del 64% del rischio di sviluppare infezioni aspecifiche del tratto gastrointestinale.
- Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) e mortalità infantile: l'allattamento al seno è associato ad una riduzione del rischio di SIDS del 36%. Inoltre, allattare esclusivamente al seno per i primi 6 mesi, porterebbe a prevenire il 13% della mortalità infantile nel mondo.
- Allergie: un allattamento esclusivo di durata superiore ai 3-4 mesi riduce del 42% il rischio di sviluppare asma, dermatite atopica ed eczema nel bambino con

anamnesi familiare positiva. Lo stesso effetto, ma con percentuale del 27%, si ottiene nei bambini con anamnesi familiare negativa.

- Obesità: i tassi di obesità sono significativamente più bassi nei bambini allattati al seno, con una riduzione del rischio che va dal 15% al 30%.
- Diabete mellito: nei bambini allattati esclusivamente al seno per almeno 3 mesi è segnalata una riduzione dell'incidenza di diabete mellito di tipo 1 fino al 30%, valore che arriva al 40% nella riduzione dell'incidenza di diabete mellito di tipo 2.
- Leucemia e linfoma: una durata dell'allattamento pari o superiore ai 6 mesi comporta una riduzione del rischio di sviluppo di leucemia linfatica acuta e leucemia mieloide acuta con valori rispettivi del 20% e del 15%.

1.2 Epidemiologia dell'allattamento al seno in Italia

Attualmente, in Italia, manca un sistema di monitoraggio periodico sull'alimentazione infantile che possa, secondo quelli che sono i 17 indicatori individuati dall'OMS per valutare le pratiche di alimentazione dei neonati e dei bambini piccoli, fornire un riscontro sulla diffusione dell'avvio e sulla durata dell'allattamento al seno ⁽¹⁵⁾. Gli unici dati italiani a cui possiamo fare riferimento sono quelli rilevati dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) in un'indagine del 2013. Nel suddetto studio venivano prese in considerazione un campione di 100 donne con lo scopo di indagare la consuetudine alla pratica dell'allattamento, la durata dell'allattamento e la durata dell'allattamento esclusivo al seno. Dallo studio, svolto su base regionale, è emerso che nel 2013 la percentuale di donne che allattano al seno erano aumentate del 4,4% rispetto al 2005, passando dall'81,1% al 85,5%. Dallo stesso studio emerge che, di pari passo, continua a crescere anche la durata media del periodo di allattamento per cui si è passati da un valore di 7,3 mesi nel 2005 ad uno di 8,3 nel 2013. Inoltre, per quanto riguarda il numero di mesi di allattamento esclusivo al seno lo studio ha evidenziato come questo non superi, a livello nazionale i 4,1 mesi, a fronte di quelle che sono le indicazioni dell'OMS-UNICEF secondo cui l'allattamento esclusivo dovrebbe protrarsi almeno per i primi 6 mesi di vita del bambino. Tra tutte le regioni prese in esame, il valore più alto relativo ai mesi di allattamento esclusivo, si registra nella Provincia autonoma di Trento (5), mentre il più

basso in Sicilia (3,5) con le Marche che assumono un valore intermedio di 4,3. In questo studio le Marche si sono posizionate poco sotto la media nazionale per la percentuale di donne che allattano al seno con valori dell'86% a fronte dell'87% nazionale, mentre si sono posizionate poco sopra la media nazionale per il numero di mesi di allattamento di 9,3 a fronte di un 9,05 a livello nazionale e un numero di mesi di allattamento esclusivo pari a 4,3, a fronte di un 4,1 nazionale. Come si può evidenziare da quanto riportato nel Grafico 1 che prende in considerazione la percentuale di donne che hanno allattato, nel Grafico 2 in cui si evidenzia il numero di mesi di allattamento e nel Grafico 3 in cui si prendono in considerazione i soli mesi di allattamento esclusivo, vi è una differenziazione a livello territoriale e nazionale di quelli che sono i tassi di allattamento e della durata media dell'allattamento esclusivo che assumono valori più elevati nelle regioni del Centro-Nord, rispetto a quanto non lo siano al Sud. Sebbene i dati presi in esame non siano recenti, si evidenzia comunque e ancora di più l'importanza di eseguire un monitoraggio nazionale, su base regionale, dell'allattamento al seno che possa, non solo fornire un'analisi statistica dell'utilizzo di questa buona pratica in termini di tempo ed esclusività, ma finalizzarsi all'attuazione di strategie mirate alla sua promozione.

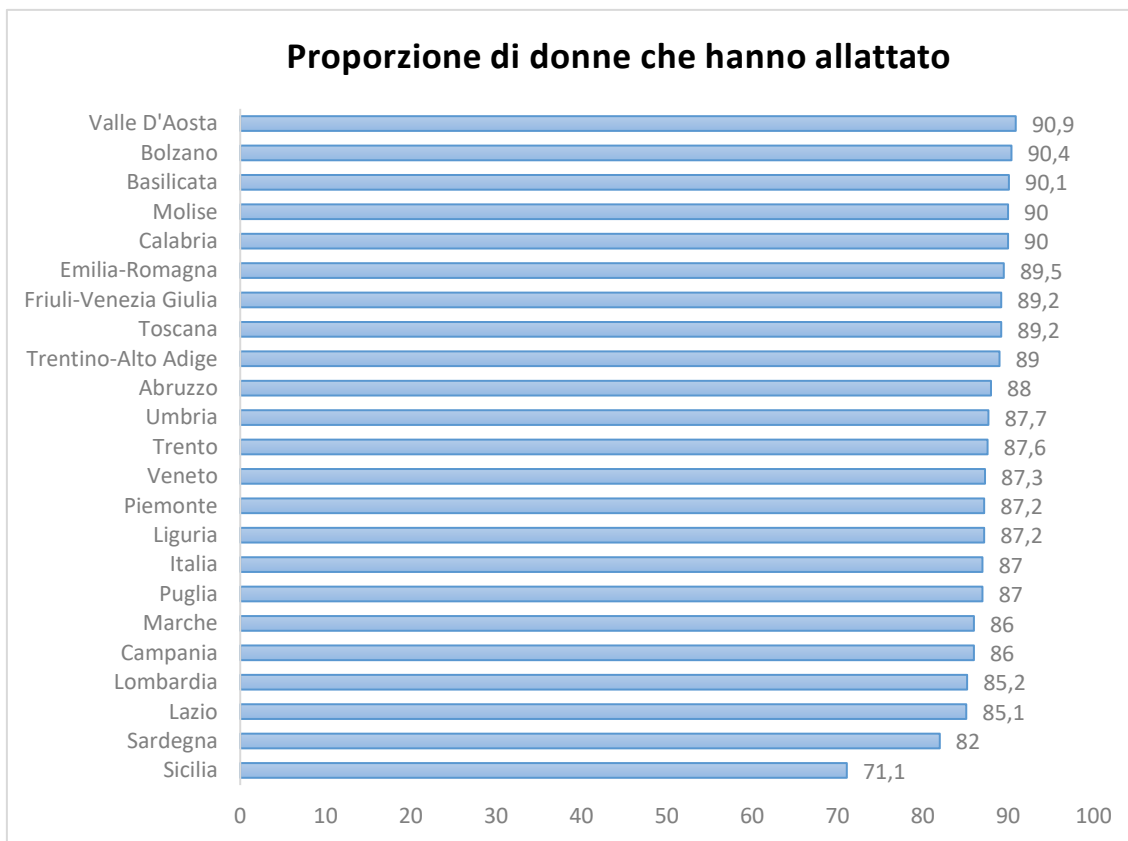


Grafico 1

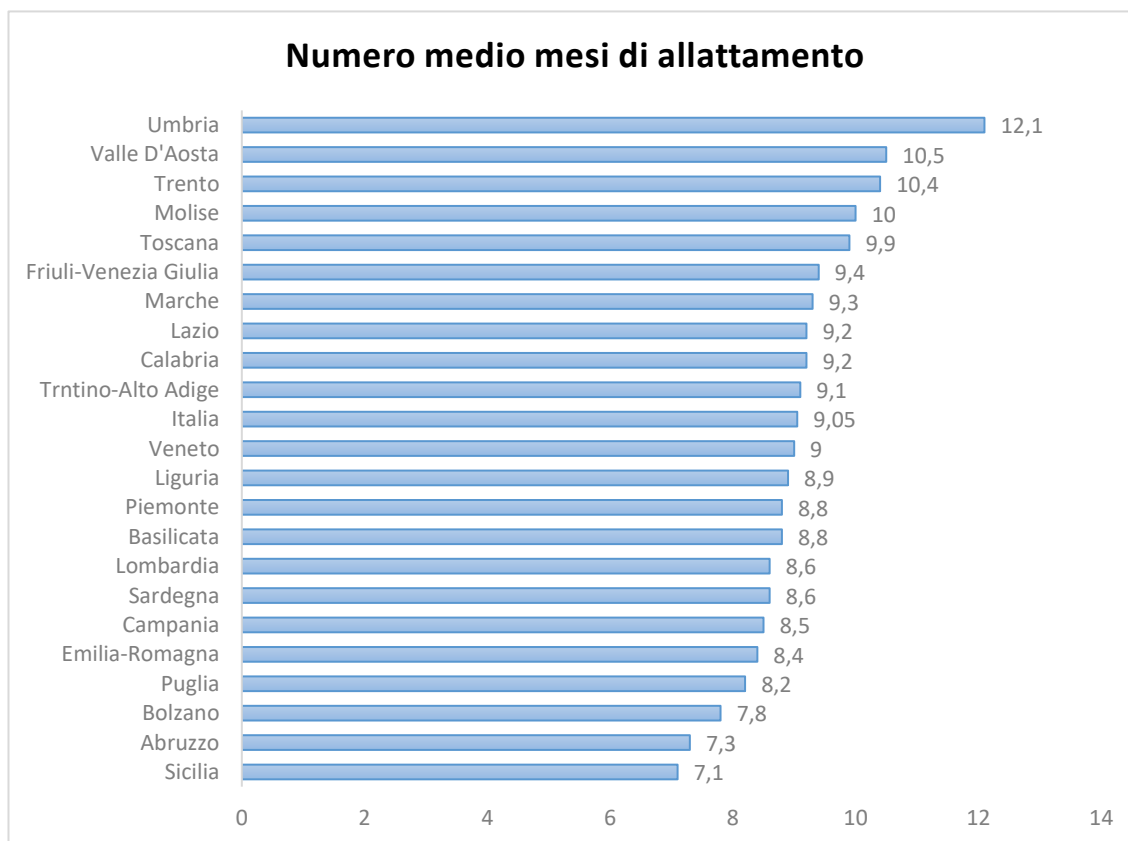


Grafico 2

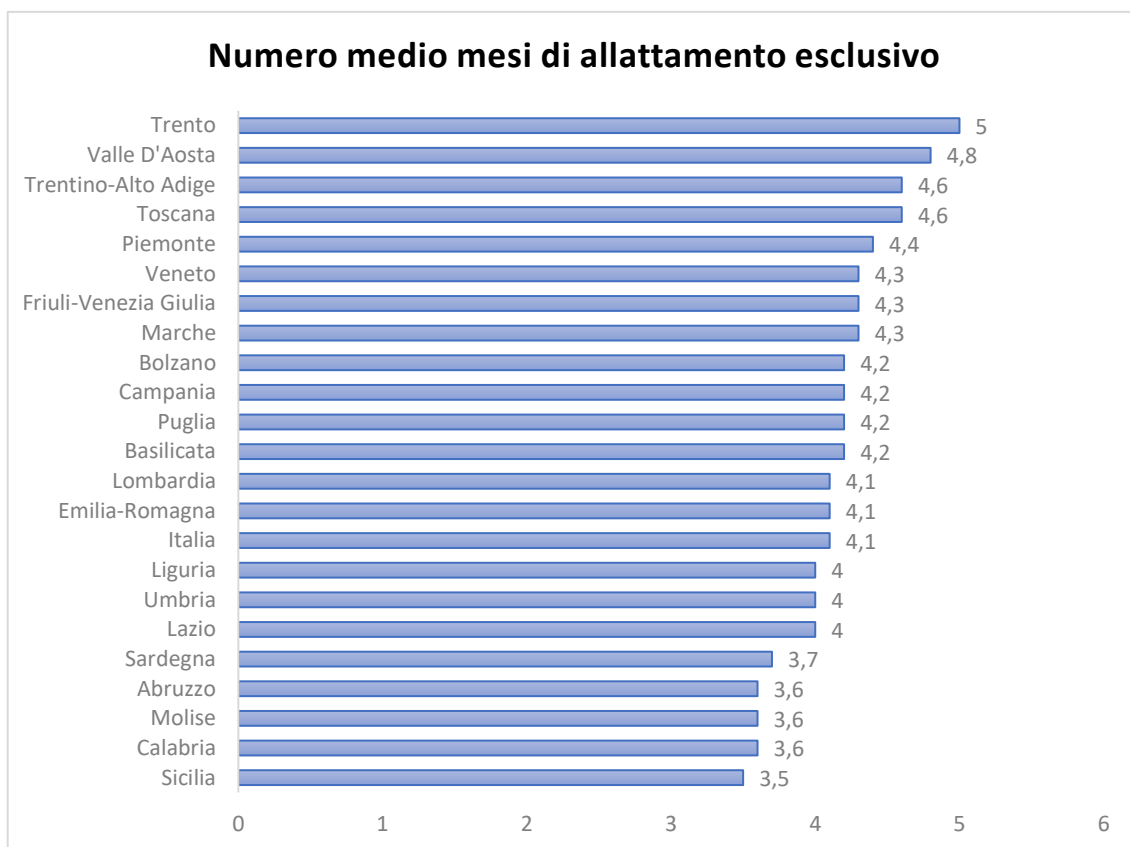


Grafico 3

1.3 Fattori che influenzano l'allattamento esclusivo al seno

In Italia, in linea con quelli che sono i dati internazionali, l'allattamento esclusivo al seno si riduce drasticamente già a partire dalla prima settimana dopo il parto per raggiungere valori minimi intorno ai 6 mesi di vita del bambino. Infatti, se la percentuale di donne che inizia ad allattare è del 90%, alla dimissione dall'ospedale questa scende al 77% per arrivare ad un misero 10% a 6 mesi dal parto. Le possibili cause di sospensione dell'allattamento al seno possono essere riconducibili a fattori materni e a fattori legati al bambino ⁽⁶⁾ tenendo conto delle differenze dovute all'età materna, al livello socio-economico, al grado di istruzione ed all'etnia ⁽⁹⁾. Nei primi 7 giorni di vita la sospensione dell'allattamento sembra essere principalmente secondaria a fattori materni, quali l'insorgenza di patologie della mammella (ragadi, ingorgo mammario, mastite e infezioni da *Candida Albicans*) o l'assenza/ritardo della montata latte, mentre tra le cause più significative di interruzione dell'allattamento tra il secondo e il sesto mese dal parto, troviamo la mancanza di latte materno sufficiente al fabbisogno del neonato e la difficoltà nell'attacco al seno. Ciò che emerge da diversi studi è che, in realtà, l'incidenza di una

scarsa produzione di latte è bassa rispetto alla percezione che hanno le madri di questa problematica. Inoltre, un'ulteriore percentuale di mamme smette di allattare a 6 mesi per necessità lavorative, per eccessivo affaticamento legato all'allattamento stesso e per l'eventuale comparsa di ulteriori problemi al seno (ascesso mammario). Altro fattore da non sottovalutare è la dimissione precoce. Solitamente questa avviene tra le 48-72 ore di vita del bambino, quando ancora è difficile distinguere la semplice intenzione di allattare dal reale avvio dell'allattamento. Per questo motivo è particolarmente rilevante sapere che un insufficiente o inappropriato sostegno nel periodo perinatale e le mancate conoscenze sui vantaggi e le modalità di allattamento da parte della neo-mamma, influiscono sull'avvio e sul proseguimento dell'allattamento al seno. Un fattore controverso su cui si è discusso molto in letteratura è l'uso del ciuccio. Il suo utilizzo è opportuno limitarlo ai neonati a termine dopo le 3-4 settimane di vita, una volta che l'allattamento al seno sia ben avviato, per aiutare il rilassamento del bambino ed aumentarne il comfort nel momento del riposo. Esso, infatti, sembra contribuire allo sviluppo neurocomportamentale e alla riduzione del rischio di SIDS ⁽⁷⁾. Per tutte le motivazioni sopracitate è bene che le mamme comprendano che durante i primi giorni dopo il parto è possibile riscontrare problemi relativi all'allattamento, ma che gli stessi possono essere fronteggiati con successo mettendo in atto semplici accortezze con l'obiettivo di garantire un fisiologico proseguimento dell'alimentazione esclusiva al seno.

1.4 L'importanza dell'assistenza domiciliare al puerperio

L'assistenza socio-sanitaria comprende le prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute del cittadino definendo specifici percorsi assistenziali che prevedono prestazioni di natura sanitaria e socio-assistenziale. Per questo a tutela di tutte le madri che hanno diritto di essere incoraggiate e supportate nella pratica dell'allattamento al seno, è stato introdotto nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), l'articolo n° 24 "Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie", in cui si parla espressamente di assistenza al puerperio, promozione e sostegno dell'allattamento al seno e supporto nell'accudimento del neonato. Sebbene l'allattamento al seno sia la pratica più naturale mai esistita, è vero che soprattutto nelle primipare e nei primi giorni dopo il parto, al momento del rientro a domicilio, potrebbe risultare difficoltoso a causa di molteplici fattori. Se la pratica dell'allattamento è innata in tutti i bambini, nelle madri è acquisita

culturalmente guardando altre madri che allattano ed il passaggio da donna a madre è un evento che richiede adeguamenti a livello fisico, biologico, psicologico, culturale e sociale. Il periodo postnatale, che va dalla nascita alle 6 settimane dopo il parto, è quello in cui avvengono i maggiori cambiamenti ed in cui le madri possono incontrare più difficoltà. Per questo è utile concentrare nel suddetto arco di tempo, gli interventi attuabili nel setting domiciliare al fine di individuare i problemi di salute della madre, fornire istruzioni a supporto dell'allattamento ed educare la madre a riconoscere segni e sintomi di eventuali necessità o problemi di salute del bambino ⁽¹⁴⁾. Se prendiamo in considerazione l'intervento messo in campo dalla Public Health Agency of Canada (PHAC) nel 2014, in risposta alle complesse esigenze delle neomamme e delle famiglie, notiamo quanto la visita domiciliare post-partum, ad opera di personale infermieristico, abbia avuto un impatto positivo sulla salute della diade madre-bambino e sul proseguimento di un'alimentazione esclusiva al seno ⁽²⁾. In riferimento alle varie professionalità coinvolte nell'assistenza domiciliare al puerperio, si evidenzia che a livello internazionale la questione è molto discussa ed eterogenea. Nello specifico, in Italia, il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) si avvale del pediatra che opera sul territorio integrando il suo intervento con quello di ostetriche, assistenti sanitarie, infermiere professionali e della figura dell'operatore socio-sanitario, e impiega come setting l'interno dei distretti sanitari e dei consultori familiari. In ogni caso, la figura che in maggior misura si occupa del supporto psico-sociale ai genitori e dell'intervento domiciliare, è l'ostetrica, come emerso anche dal tirocinio clinico condotto ai fini della realizzazione di questa tesi nella realtà territoriale che comprende il Distretto di Pesaro, Montecchio-Gabicce.

1.5 Buone pratiche a sostegno dell'allattamento al seno

Da più di vent'anni OMS e UNICEF hanno diffuso buone pratiche assistenziali, utili a proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento al seno, sostenute da prove di efficacia: i 10 passi della Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI). All'iniziativa internazionale "Ospedale amico dei bambini" è stata affiancata l'iniziativa "Comunità amica dei bambini" con la finalità di rendere la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno, un intervento globale non limitato al solo periodo di ricovero ospedaliero. Tra le pratiche che promuovono l'allattamento al seno troviamo:

- Informazione alle donne in gravidanza: ogni donna in gravidanza dev'essere informata dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento (informazioni sul contatto pelle a pelle, il rooming-in, l'alimentazione a richiesta, il posizionamento e l'attacco del bambino al seno) in modo che possa avvenire un processo decisionale informato e più consapevole.
- Educazione prenatale e postnatale: l'importanza del supporto prenatale e postnatale risulta fondamentale per ottenere un precoce inizio e un incremento della durata dell'allattamento al seno. Le madri vanno sostenute tutte, soprattutto le primipare che inizialmente percepiscono l'allattamento al seno come un fenomeno naturale che avverrà senza problemi, mentre quando questi insorgono, tendono a scegliere la soluzione più semplice, ossia quella di passare al latte artificiale ⁽⁷⁾. L'intervento principale è quello di aumentare la fiducia materna e sostenere le neo-mamme nell'acquisizione delle competenze riguardanti la genitorialità.
- Kangaroo Mother Care (KMC): definita come la cura del neonato pretermine posto a contatto pelle a pelle con la madre, la KCM è fondamentale nel migliorare le funzioni fisiologiche del neonato prematuro, ricoprendo un ruolo fondamentale nella promozione dell'attaccamento mamma-neonato e dell'allattamento al seno.
- Contatto skin to skin: il contatto pelle a pelle aiuta i neonati ad adattarsi alla vita extra-uterina ed allo stesso tempo contribuisce a creare un contatto prolungato fra mamma e neonato finalizzato ad un allattamento duraturo. Questo deve avvenire, in assenza di controindicazioni riguardanti la salute di madre e bambino, immediatamente dopo il parto così che la madre, supportata da personale adeguatamente formato, sia educata a riconoscere i segnali di fame che il neonato inizia ad esprimere.
- Allattamento a richiesta: per supportare l'allattamento esclusivo al seno è importante incoraggiare la poppata ogni qualvolta il neonato cerchi nutrimento. A tutte le madri deve quindi essere offerta ulteriore assistenza alle poppate successive al primo attacco in modo che venga sottolineata l'importanza di una posizione e attacco corretti.
- Rooming in: consiste nella possibilità per la neo mamma di avere il bambino nella propria stanza 24 ore su 24 e quindi occuparsene fin da subito, con la garanzia del

supporto del personale sanitario. Questa pratica è molto efficace nel supportare l'allattamento esclusivo al seno a richiesta in quanto rafforza il legame tra madre e bambino riducendo lo stress materno e aumentando il comfort del neonato. I controlli glicemici e altre procedure vanno eseguiti, nei limiti del possibile, lasciando il neonato in rooming in.

- Prediligere il latte spremuto al formulato: la spremitura del latte è una tecnica semplice, che tutte le madri devono avere la possibilità di imparare. Può avvenire manualmente o attraverso l'ausilio di un tiralatte, ma la cosa importante è che la donna venga informata sulle modalità di conservazione e successiva somministrazione del latte spremuto al bambino. Questa pratica consente alla donna di capire come funziona l'allattamento, acquisire fiducia nella sua capacità di produrre latte, sbloccare uno o più dotti ostruiti (previene ingorgo e successiva mastite) mantenendo il comfort del seno, prolungare l'allattamento naturale anche nel momento in cui madre e bambino siano separati o il bambino non sia in grado di attaccarsi direttamente al seno e aumentare la produzione di latte. Ad esempio, per le madri che rientrano al lavoro entro il primo anno di vita del bambino, è utile la pianificazione della spremitura del latte e la sua conservazione in congelatore con successiva somministrazione mediante biberon e tettarella.
- Osservazione della poppata: osservare e valutare una poppata aiuta a capire come sta andando l'allattamento, consente di stabilire se una madre ha bisogno o meno di aiuto, se il bambino è ben attaccato, se succhia efficacemente, le condizioni del seno e le sensazioni sull'allattamento. Per fare ciò occorre uno strumento validato che stimi oggettivamente l'efficienza dell'allattamento al seno e allo stesso tempo consenta di predire i tassi di allattamento esclusivo a 6 settimane dal parto. Durante il ricovero ospedaliero viene a questo scopo utilizzata da parte del personale infermieristico e ostetrico la scala LATCH. Con il sistema LATCH l'infermiere può valutare le variabili materne e infantili definendo le aree di intervento prioritarie per determinare un miglioramento nella poppata ⁽⁸⁾.
- Supporto di figure professionali anche sul territorio o a domicilio: prima della dimissione dal punto nascita vanno fornite, a tutte le madri, le informazioni circa il sostegno a loro disposizione sul territorio (numeri telefonici dei servizi territoriali e del punto nascita stesso). Laddove attivo un servizio di disponibilità

domiciliare dell'ostetrica del consultorio ("puerperio a domicilio") questo sarà ulteriormente segnalato al momento della dimissione. Grazie a tale servizio viene svolta una valutazione dell'andamento dell'allattamento da parte di un operatore sanitario, molto spesso l'ostetrica, che si assicura che le madri sappiano posizionare e attaccare il bambino per un efficace trasferimento di latte. Grazie ai servizi territoriali quindi, il supporto alla coppia madre-bambino prosegue, anche dopo la dimissione ospedaliera. Inoltre, è bene informare le madri della presenza di gruppi di sostegno che possano fornire aiuto pratico gratuitamente, volti a contrastare la solitudine e condividere le esperienze del puerperio.

- Minimizzare le integrazioni con il latte artificiale: le integrazioni con latte artificiale dovrebbero essere limitate ai casi strettamente necessari e su indicazione medica.
- Evitare l'uso di tettarelle e ciucci: è bene che le madri siano informate sulla potenziale interferenza che tettarelle e ciucci possono avere sulla fase iniziale di avvio dell'allattamento. Infatti, nei bambini che devono ancora acquisire le competenze necessarie per poppare al seno, l'uso di tettarelle e ciucci può causare ulteriori difficoltà di attacco. In più, prediligere il ciuccio per calmare un bambino a discapito dell'attaccarlo al seno può essere dannoso per la produzione di latte materno nella misura in cui, tale effetto, può addirittura diventare permanente soprattutto nel primo periodo post-natale.

2 OBIETTIVI

Gli obiettivi di questo studio sono due:

- effettuare un'indagine conoscitiva su un campione di puerpere per comprendere le difficoltà correlate all'allattamento al seno
- valutare l'efficacia ai fini della prosecuzione dell'allattamento materno esclusivo di un intervento di supporto sulla puerpera nel setting domiciliare nei primi giorni dopo la dimissione dall'ospedale. Viene pertanto posta particolare attenzione alla diade madre-bambino e alle modalità di esecuzione dell'allattamento al seno.

Nello specifico si indagheranno:

- Le criticità segnalate dalle puerpere e il livello di preoccupazione che manifestano nei confronti dell'allattamento;
- L'efficacia dell'intervento ostetrico-infermieristico domiciliare a supporto dell'allattamento al seno;
- L'applicazione dei principi delle buone pratiche a sostegno dell'allattamento al seno nel setting domiciliare;

3. MATERIALI E METODI

3.1 Disegno dello studio

Lo studio si è articolato in due fasi:

- la fase iniziale, volta a soddisfare il primo obiettivo, mi ha visto impegnata nello svolgimento di un tirocinio in cui venivano raggiunte, presso il proprio domicilio, le puerpere dimesse dall'ospedale. L'intervento è quindi consistito in una visita domiciliare, in collaborazione con un'ostetrica del Servizio Territoriale, durante la quale è stato somministrato un questionario alle puerpere incontrate, in modo da registrare le difficoltà che queste manifestavano in relazione all'allattamento al seno. Durante l'intervento a domicilio, articolato su 4 momenti e della durata variabile tra i 45 e i 90 minuti, sono state inoltre eseguite le seguenti attività:

- Compilazione della documentazione sanitaria: su un'apposita scheda di raccolta dati, rivolgendosi alla puerpera e prendendo visione della lettera di dimissione ospedaliera della stessa e del libretto del neonato, venivano riportate informazioni relative ai dati anagrafici della mamma e del bambino, l'evento parto, lo stato di salute e i parametri vitali della partoriente durante la degenza, le condizioni di salute del bambino.
- Visita della puerpera per verifica del decorso post-partum comprendente: esame addominale ed esplorazione vaginale per valutazione delle condizioni del collo dell'utero, misurazione della pressione arteriosa, eventuale medicazione della ferita chirurgica da taglio cesareo.
- Controllo del neonato relativamente a: valutazione del moncone ombelicale e sua eventuale medicazione, controllo del peso se presente in casa una bilancia per neonati, esecuzione del primo bagnetto laddove il moncone ombelicale fosse caduto da almeno 2-3 giorni e indicazioni alla neo-mamma per l'esecuzione in autonomia del bagnetto. In caso contrario, qualora il moncone non fosse ancora caduto, veniva praticata comunque una dimostrazione su come eseguire correttamente le cure igieniche al bambino e veniva spiegato come procedere alla medicazione della cicatrice ombelicale.

- Supporto all'allattamento: momento dedicato alla valutazione della poppata con particolare attenzione alla posizione assunta da madre e bambino durante l'allattamento. A tal fine, dove necessario, venivano mostrate alle mamme le varie posizioni da poter assumere durante l'allattamento (posizione a culla, a rugby, incrociata e sdraiata) per favorire non solo un miglior comfort del neonato e della mamma, ma anche per garantire il benessere del seno. L'intervento si concentrava sull'osservazione della modalità di attacco al seno del bambino apportando interventi correttivi relativi al suo riposizionamento in maniera adeguata, ove necessario, e fornendo indicazioni alle puerpere su come poter migliorare l'attacco (far fuoriuscire qualche goccia di latte prima di attaccare il bambino, sostenere bene il neonato e controllare che il suo mento tocchi il seno, ecc.). Veniva anche spiegato e, se utile, mostrato loro, come stimolare il seno ad una maggiore produzione di latte tramite spremitura manuale o attraverso un tiralatte elettrico o manuale e come conservare lo stesso latte tirato per un successivo utilizzo (misure igieniche da seguire per un'adeguata raccolta, temperatura e durata di conservazione, tipologia di contenitori da impiegare, ecc). Questo momento coincideva con il dare risposta a tutti i dubbi e le domande che avevano le mamme. Alle stesse, al termine dell'incontro, venivano lasciati i numeri utili per poter contattare le ostetriche del Servizio Territoriale in caso di ulteriori necessità.

Ho collaborato, pertanto, con l'ostetrica all'espletamento di tutte le attività svolte e al termine della visita, sempre con la collaborazione dell'ostetrica presente, ho proposto alle puerpere la compilazione di un questionario. Tale compilazione era da considerarsi quale esplicita volontà a partecipare all'indagine conoscitiva.

- la seconda fase, al fine di soddisfare il secondo obiettivo, prevedeva la compilazione di un questionario telefonico. Per questo motivo, in sede di prima visita domiciliare, veniva chiesto alle puerpere di esprimere, tramite firma di apposito consenso informato, la disponibilità ad essere ricontattate telefonicamente a distanza di 2 settimane dalla prima visita. Le mamme venivano quindi ricontattate da me personalmente per verificare

l'efficacia dell'intervento svolto a domicilio a supporto dell'allattamento al seno e raccogliere la loro valutazione rispetto al servizio offerto .

3.2 Descrizione del campione

La popolazione sottoposta all'intervento durante l'indagine è costituita dalle puerpere che, al momento della dimissione ospedaliera, tramite firma di un apposito modulo, hanno acconsentito ad essere ricontattate dalle ostetriche del Distretto di competenza per concordare una visita domiciliare di controllo a distanza di 5-10 giorni dalla dimissione ospedaliera stessa.

3.3 Strumenti di raccolta dati

Sulla base delle informazioni e delle nozioni acquisite dalla letteratura, sono stati creati due questionari, realizzati ad hoc per lo studio su supporto cartaceo (allegati 1 e 2). È stata, inoltre, utilizzata una scala di valutazione della poppata, la Scala LATCH, a cui sono state apportate alcune modifiche per adattarla meglio al setting domiciliare (allegato 3). Nello specifico, lo strumento di raccolta dei dati (questionario) al momento del primo accesso al domicilio, si compone di 21 domande più uno spazio aperto relativo alla rilevazione di eventuali criticità correlate alla pratica dell'allattamento al seno e presenti al momento dell'intervento domiciliare. Le 21 domande si propongono di indagare le modalità di allattamento, le difficoltà, le paure e le preoccupazioni che le puerpere possono avere relativamente all'allattamento stesso.

La Scala LATCH, grazie alla valutazione di 5 items (attacco al seno, deglutizione udibile, tipo di capezzolo, comfort della mammella e del capezzolo, presa e posizione) a cui viene attribuito un punteggio numerico di 0, 1 o 2 a seconda dell'avvenuta osservazione, consente di ottenere un punteggio totale che varia da 0 a 10. Si possono ottenere così tre fasce di punteggio diverse corrispondenti ad outcome diversi. La fascia più alta è quella con punteggio 8-10 e indica una buona probabilità che l'allattamento esclusivo al seno perduri oltre le 6 settimane dopo il parto. Punteggi tra 4 e 7 indicano la possibilità che l'allattamento esclusivo al seno possa essere interrotto entro le 6 settimane dal parto, mentre la fascia di punteggio più bassa, che va da 0 a 3, indica un'elevata probabilità di abbandono e pertanto la necessità di un intervento attivo a supporto dell'allattamento e

follow up post-dimissione. La scala LATCH è quindi utile per identificare le madri a rischio di abbandono precoce della pratica dell'allattamento e, di conseguenza, può essere usata per mettere in campo interventi per supportarle in un più duraturo ed esclusivo allattamento al seno ⁽¹³⁾. Nel nostro caso questa scala è stata utilizzata per valutare la poppata al momento dell'intervento a domicilio per cui sono state apportate piccole modifiche nella descrizione degli items che sottolineano come la valutazione venga eseguita in un setting differente da quello ospedaliero abituale.

Lo strumento di raccolta dati telefonico (questionario) si compone, invece, di 14 domande volte a rilevare la percezione delle puerpere rispetto l'utilità dell'intervento ostetrico a domicilio, la possibilità di un ulteriore contatto telefonico o seconda visita domiciliare, le motivazioni di un'eventuale interruzione dell'allattamento ed il grado di ansia e preoccupazione post-intervento. Per l'intervista telefonica e la raccolta dati è stato fatto firmare, ad ogni mamma, un consenso informato al momento della visita domiciliare.

È stata infine eseguita un'analisi statistica descrittiva sui dati ottenuti dai questionari, corredata di relativi grafici.

3.4 Raccolta dati

L'intervento di visita domiciliare e la raccolta dati si sono svolte in un periodo compreso tra il 21 luglio e il 14 ottobre 2021. La raccolta dei dati relativi al questionario di prima visita è iniziata il giorno 21 luglio 2021 ed è terminata il 30 settembre 2021, mentre la raccolta dati relativa al questionario telefonico è iniziata a distanza di 2 settimane dal primo, quindi dal giorno 4 agosto 2021 al 14 ottobre 2021.

L'accesso al setting domiciliare si è potuto realizzare dopo aver ottenuto l'autorizzazione della Direzione aziendale.

Lo studio è stato reso possibile grazie alla collaborazione della Coordinatrice delle ostetriche del Consultorio del Distretto di Pesaro-Montecchio-Gabicce e di tutte le ostetriche ad esso appartenenti.

4. RISULTATI

4.1 Analisi statistica del questionario di prima visita

Nel periodo compreso tra il 21 luglio 2021 e il 30 settembre 2021 sono state raggiunte a domicilio 38 donne. Tutte hanno accettato la compilazione del primo questionario. Dall'analisi dei risultati emerge che il campione delle 38 puerpere comprende mamme di neonati tutti nati a termine di gestazione (28 da parto naturale e 10 da taglio cesareo), di età compresa tra i 21 e i 39 anni, 33 delle quali di nazionalità italiana e 5 di nazionalità straniera (1 marocchina, 1 brasiliana, 1 filippina, 1 albanese, e 1 cinese); sul totale del campione, 34 sono primigravide e 4 secondigravide. Inoltre, 28 donne risultano essere lavoratrici dipendenti, 3 libere professioniste e 7 disoccupate.

Al momento del rientro a domicilio le madri hanno affermato di avere paure relative all'allattamento nel 73,68% dei casi. Laddove la risposta fosse risultata positiva, con un'ulteriore domanda veniva chiesto di specificare a cos'era legata la paura.

Come si nota dal grafico, le paure riguardano in percentuale uguale, errori nella gestione del bambino (50%) e una produzione quantitativamente insufficiente di latte (50%). Contrariamente, nessuna delle puerpere ha manifestato paure relative alla qualità del latte.

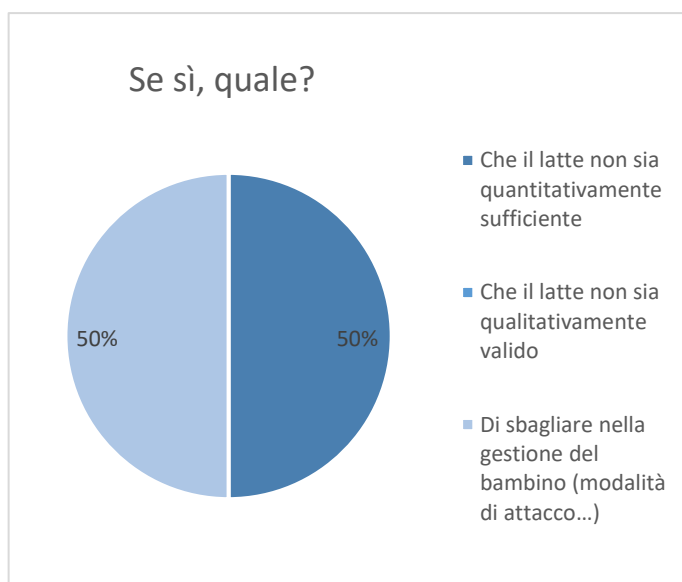


Grafico 4. Paure riguardo l'allattamento

Il 71,05% delle puerpere ha affermato di sentirsi qualche volta ansiosa o preoccupata nei giorni successivi alla dimissione ospedaliera, il 13,16% spesso e solo il 15,79% ha dichiarato di sentirsi raramente o mai preoccupata o ansiosa.

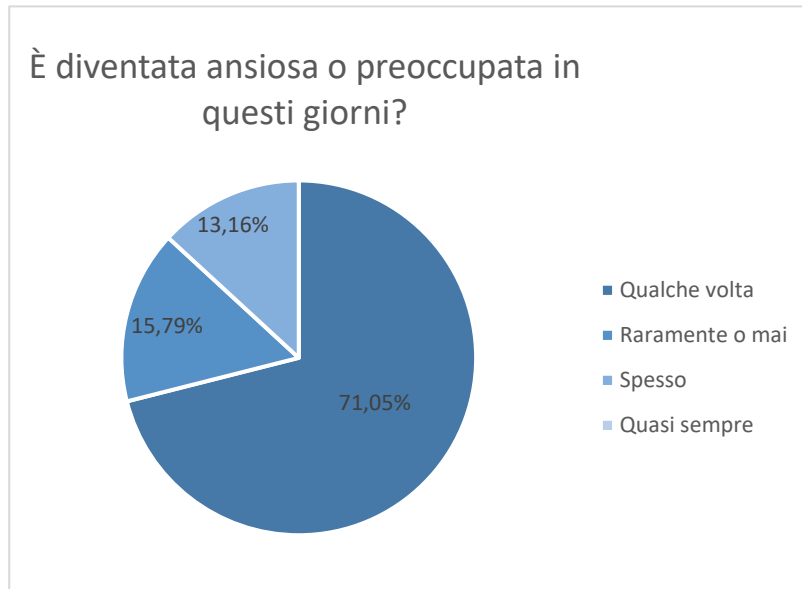


Grafico 5. Presenza di ansia o preoccupazione al rientro a domicilio

A questo proposito, una successiva domanda del questionario si pone l'obiettivo di capire quali sono le principali preoccupazioni che affliggono le mamme una volta rientrate a domicilio. Il 36,84% delle donne ha risposto che la preoccupazione preponderante è quella riguardante la crescita ponderale del bambino. Altre preoccupazioni riguardano la difficoltà nell'attaccare al seno il bambino (13,16%), il non saperne interpretare i segni e le esigenze (10,53%), il non avere vicino figure di supporto da cui poter ricevere aiuto (5,26%), l'eventuale passaggio ad un allattamento artificiale esclusivo (5,26%). In ultimo, troviamo la preoccupazione relativa al rientro al lavoro legata al non poter continuare l'allattamento esclusivo al seno (2,63%) e l'aver notato un cambio di colorito nel bambino (2,63%). Il 23,68% delle mamme ha invece dichiarato di non avere particolari preoccupazioni.

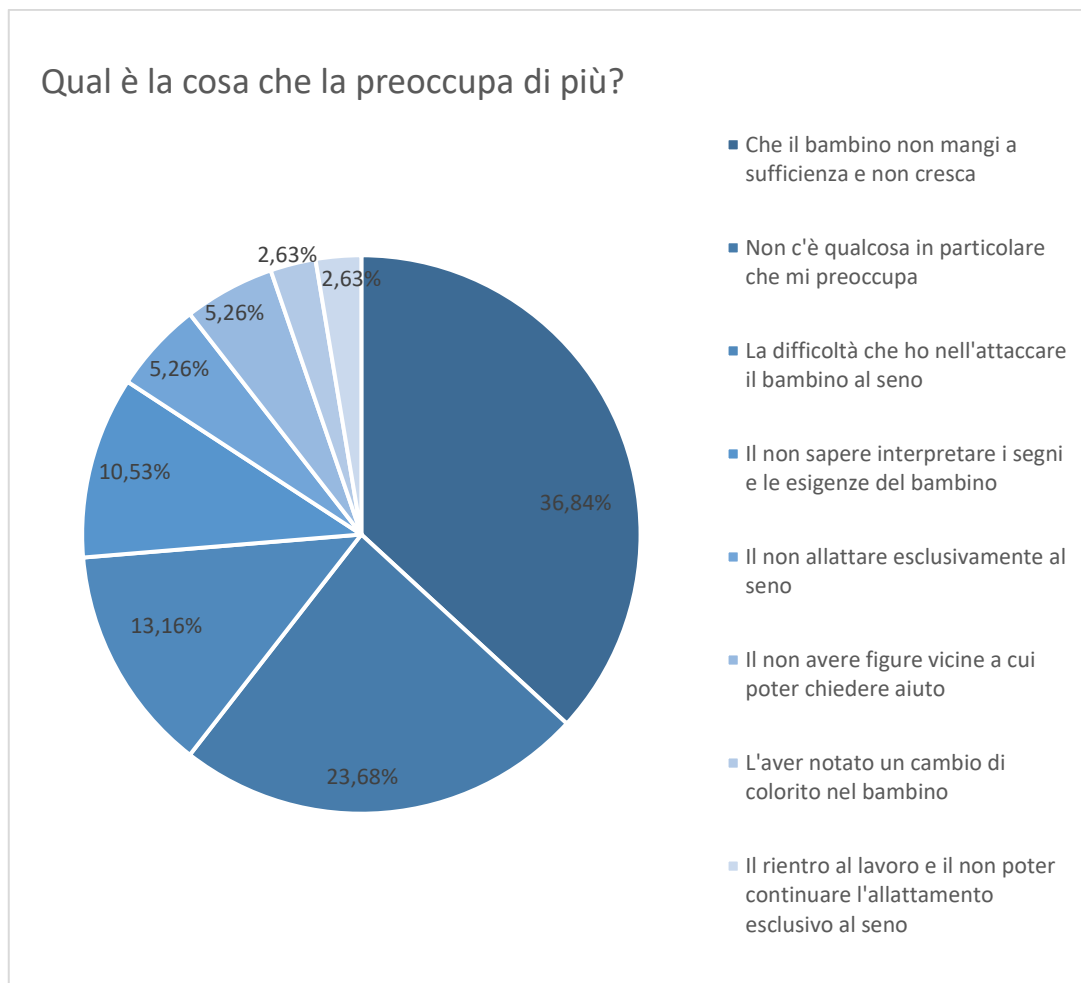


Grafico 6. Preoccupazione principale della puerpera

La maggior parte delle madri afferma di non aver mai avuto intenzione di interrompere l'allattamento una volta rientrata a domicilio (60,53%); nel 28,95% dei casi hanno ipotizzato qualche volta di interromperlo e in 4 casi si è concretizzato un serio pensiero di interrompere l'allattamento al rientro a domicilio (10,53%).

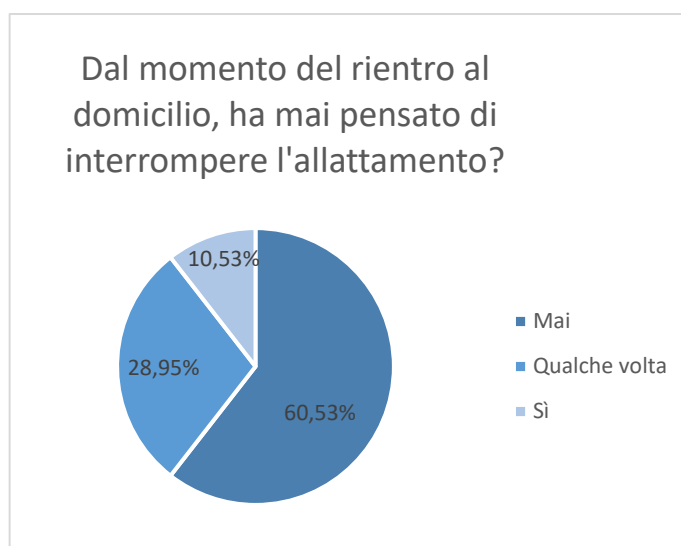


Grafico 7. Intenzione di interruzione dell'allattamento al seno al rientro a domicilio

Le motivazioni principali addotte dalle puerpere intenzionate alla sospensione erano la scarsa produzione di latte (40%), seguita da difficoltà di attacco (33,33%), seno gonfio e dolente (13,33%), necessità di riprendere l'attività lavorativa (6,67%) ed in ultimo il sentirsi debole e stancarsi con facilità (6,67%).

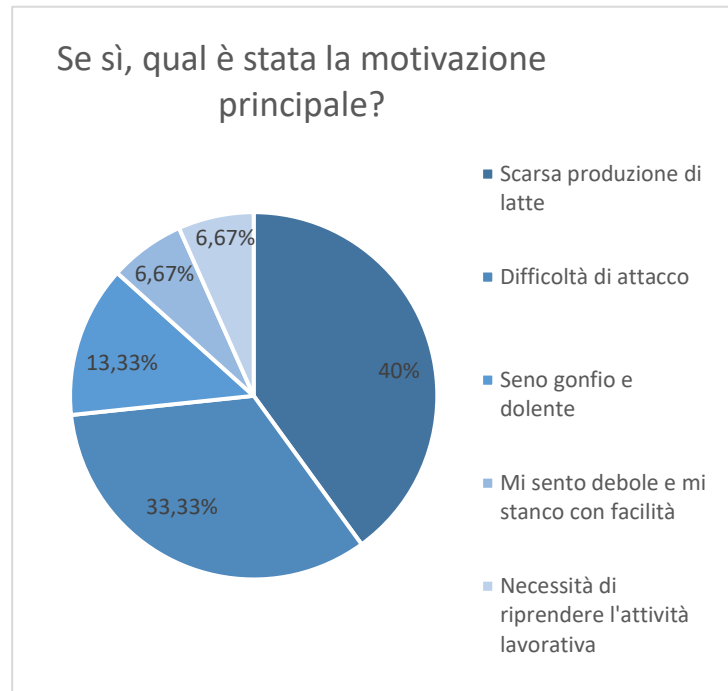


Grafico 8. Motivazione principale che induce a pensare di interrompere l'allattamento

L'allattamento è risultato essere soddisfacente ad ogni attacco per il 63,16% delle mamme, mentre 14 puerpere su 38 si sono dichiarate insoddisfatte (36,84%).

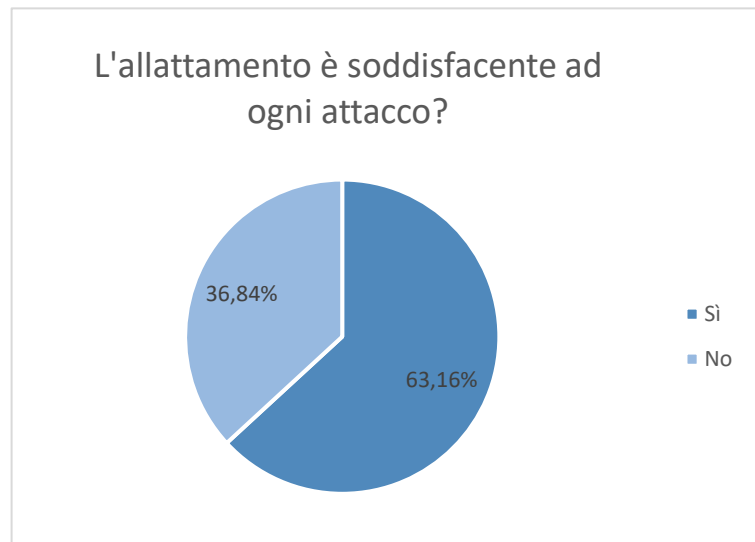


Grafico 9. Percezione del soddisfacimento ad ogni poppata

Il 60,53% delle puerpere tuttavia si sente sempre libera di chiedere aiuto, mentre il 39,47% manifesta qualche difficoltà in tal senso. Nessuna ha risposto che non si sente libera di chiedere aiuto.

Il 92,11% delle mamme intervistate ha affermato di avere figure a cui chiedere aiuto e fare riferimento durante la giornata; solo in 3 casi (7,98%) tali figure non sono risultate presenti. Questa figura è risultata essere rappresentata dalla madre nel 25,71% dei casi e comunque, nel restante 74,29% è risultata essere una figura appartenente al nucleo familiare (marito o suocera).

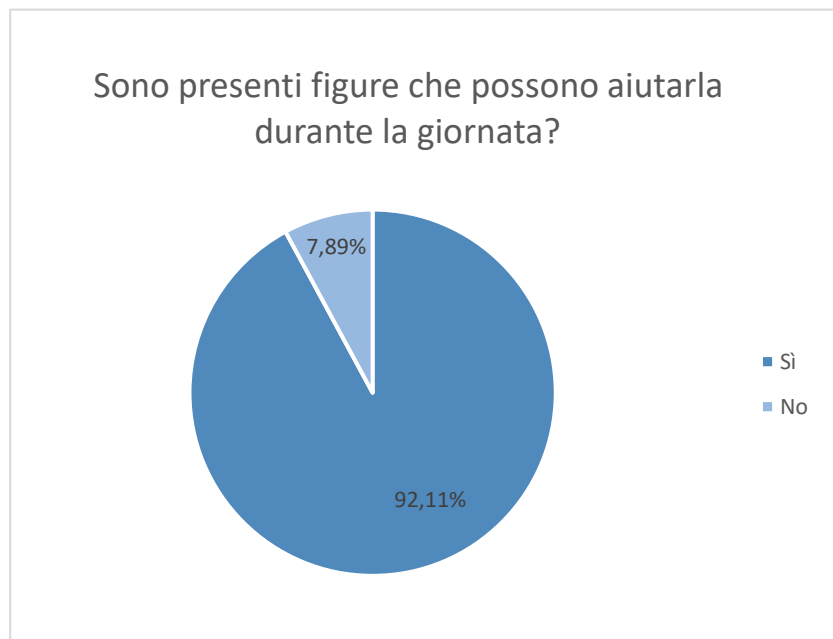


Grafico 10. Presenza figure familiari di supporto

Il 94,74% delle puerpere ha affermato di eseguire un allattamento a richiesta. Solo in 2 casi, sul totale del campione di donne preso in considerazione, l'allattamento prevedeva poppate ad orario prestabilito (5,26%).

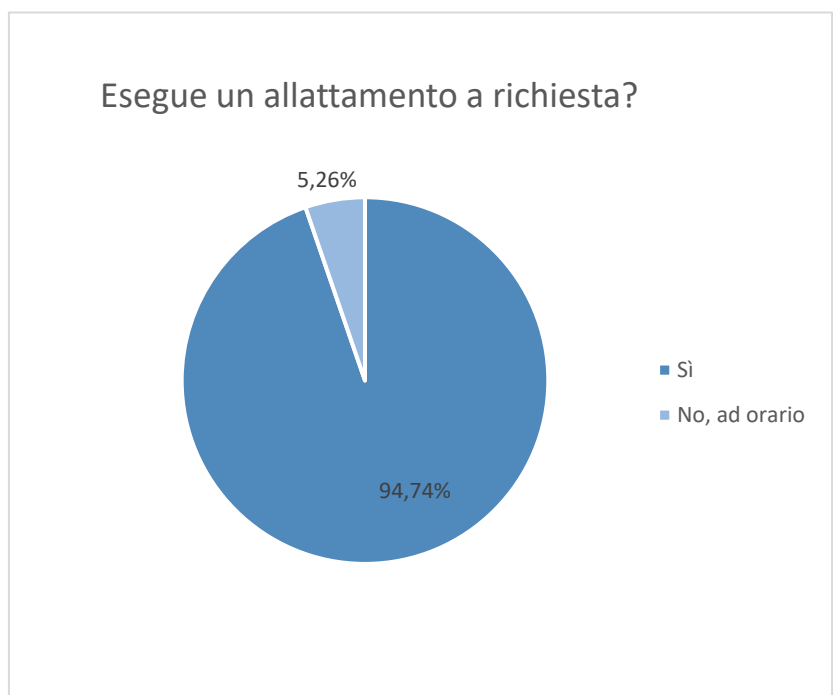


Grafico 11. Modalità di allattamento

Già al momento del rientro a domicilio, nel 31,58% dei casi era stato consigliato alle puerpere l'uso di latte artificiale come alimento complementare per favorire l'ottimale crescita del bambino. Il consiglio di integrare il latte materno con quello di formula è stato fornito alle puerpere dal pediatra nel 91,67% dei casi; solamente in un caso è arrivato dagli infermieri (8,33%).

La motivazione principale che ha indotto all'uso di latte artificiale è risultata essere l'eccessivo calo di peso del bambino (75%) seguita dal non sentirsi sicura della quantità di latte che il bambino ha assunto al seno (16,67%). In un solo caso è stato consigliato l'uso di latte artificiale quando il bambino piange (8,33%).

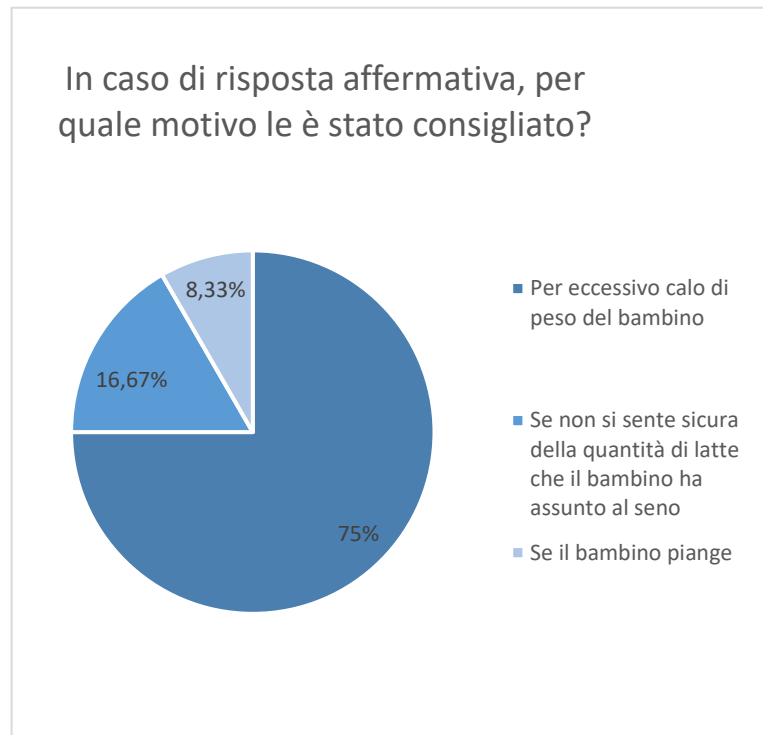


Grafico 12. Motivo per cui è stato consigliato l'uso di latte artificiale

Le tettarelle vengono utilizzate nel 44,74% dei casi, mentre non trovano utilizzo nel restante 55,26%.

Si è ricorso al ricovero ospedaliero del bambino successivamente alla nascita nel 7,89% dei casi, ossia in 3 casi (2 per ittero trattato con fototerapia, 1 per un'infezione con distress respiratorio).

Dopo il parto il contatto pelle a pelle è avvenuto nel 97,37% dei casi; solo in un caso (2,63%), il contatto pelle a pelle non è avvenuto a causa di problemi respiratori del bambino.

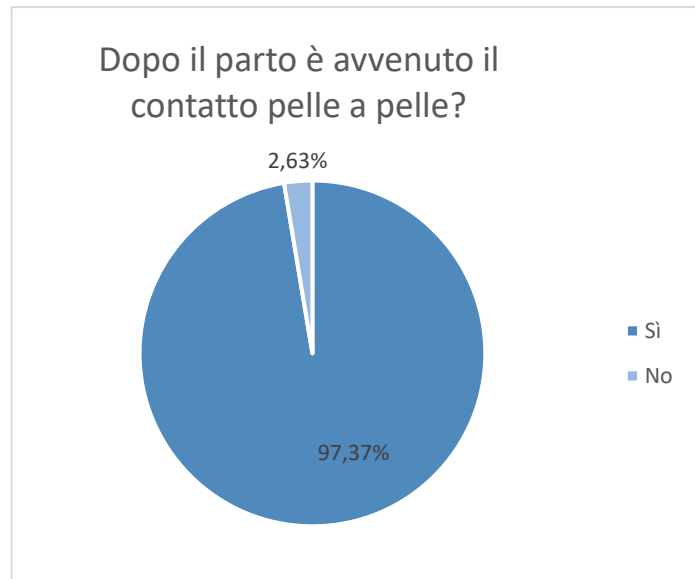


Grafico 13. Contatto pelle a pelle dopo il parto

Il 92,11% delle madri ha affermato di aver avuto la possibilità di avere il bimbo nella propria stanza 24 ore su 24; in 3 casi (7,89%) il rooming in non è stato possibile. Da un'analisi post-hoc è risultato che le madri dei bambini ricoverati e quindi non in rooming in hanno manifestato un livello di ansia e preoccupazione maggiore rispetto alle altre mamme, così come, in tutti e 3 i casi, hanno dichiarato di avere difficoltà di attacco e di percepire l'allattamento come non soddisfacente. Anche la valutazione della poppata tramite la scala LATCH ha evidenziato in questi 3 casi punteggi compresi tra 4 e 7 indicativi di una probabile interruzione dell'allattamento al seno entro le 6 settimane dal parto.

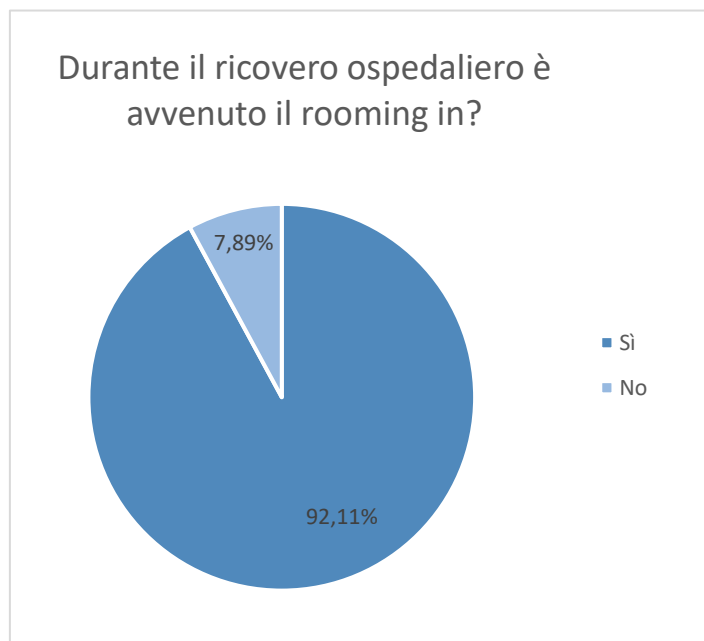


Grafico 14. Rooming in durante il ricovero ospedaliero

Il 65,79% delle mamme ha ricevuto informazioni sui vantaggi dell'allattamento al seno durante la gravidanza, il 34,21% invece, sostiene di non averne ricevute. Indagando su quale fosse stato il canale attraverso cui avevano ricevuto le suddette informazioni, 23 su 25 hanno affermato che l'informazione era stata fornita durante i corsi di preparazione al parto (92%). In 1 caso l'informazione era stata fornita dall'ostetrica che seguiva la gravidanza (4%) e in un ulteriore caso da amici (4%). Le figure del pediatra, del ginecologo e dell'infermiera non sono state citate.

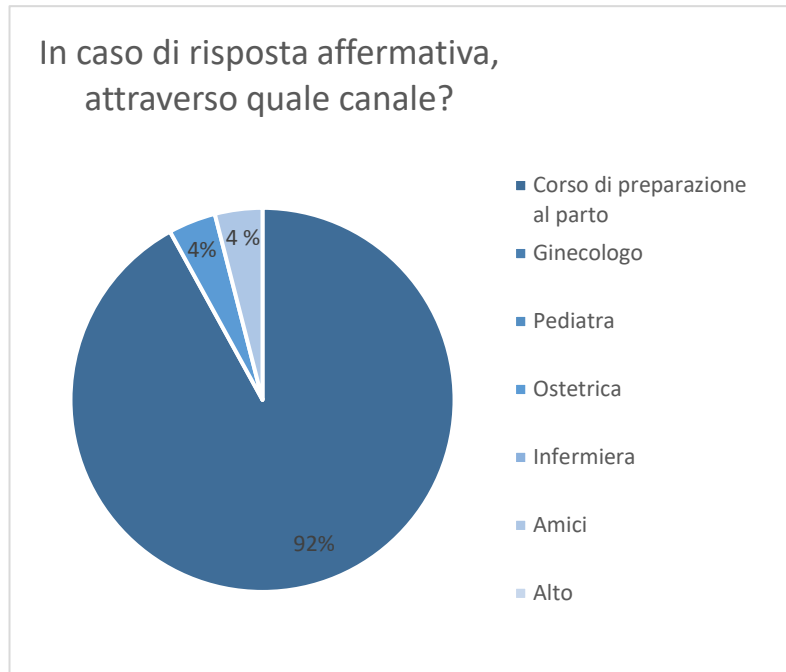


Grafico 15. Canale attraverso cui le mamme hanno ricevuto informazioni sull'allattamento

4.2 Analisi statistica del questionario telefonico

Per quanto riguarda il questionario telefonico sono state 36 le puerpere, sul totale di un campione di 38, che in sede di prima visita domiciliare hanno accettato il successivo contatto telefonico per la compilazione del questionario volto a valutare l'efficacia dell'intervento a domicilio a supporto dell'allattamento al seno.

Dall'analisi dei dati emerge che la totalità del campione ha trovato utile l'intervento giustificandolo con le seguenti motivazioni:

- I. A pochi giorni dal parto, quando ancora si possono avere alcune difficoltà ad uscire per una visita ambulatoriale, la visita domiciliare mi ha tranquillizzata (41,67%);

- II. Mi ha chiarito i dubbi riguardo la gestione del bambino nel momento della poppata mostrandomi le diverse posizioni in cui poter allattare (27,78%);
- III. La visita domiciliare da parte di personale specializzato mi ha fatta sentire supportata psicologicamente e mi ha rassicurata (22,22%);
- IV. Mi ha aiutato a mettere in pratica le informazioni relative all'allattamento ricevute durante il corso preparto online e la degenza in ospedale (8,33%);

A 2 settimane dall'intervento a domicilio è risultato che 26 mamme continuavano ad allattare esclusivamente al seno (72,22%), 2 proseguivano con un allattamento misto come rilevato in occasione di prima visita domiciliare (5,56%), mentre 8 avevano interrotto l'allattamento al seno sostituendolo con il latte in formula (22,22%).

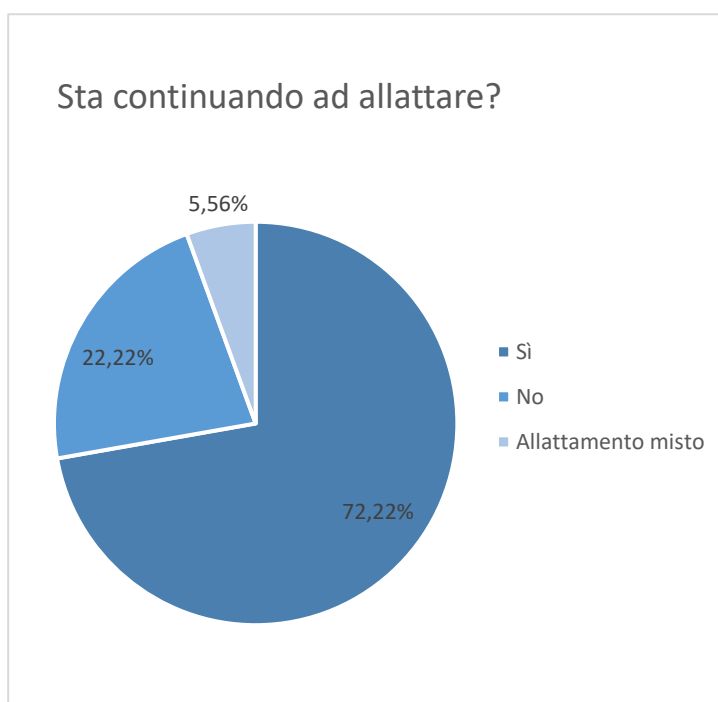


Grafico. 16 Mamme che continuano ad allattare dopo l'intervento domiciliare

Tra le motivazioni che hanno portato ad una precoce interruzione dell'allattamento al seno risultano esserci la difficoltà di attacco (25%) e la scarsa produzione di latte (25%). In 2 casi, queste motivazioni coesistevano (25%) e in ulteriori 2 casi l'indicazione proveniva dal pediatra per una ipogalattia (25%).

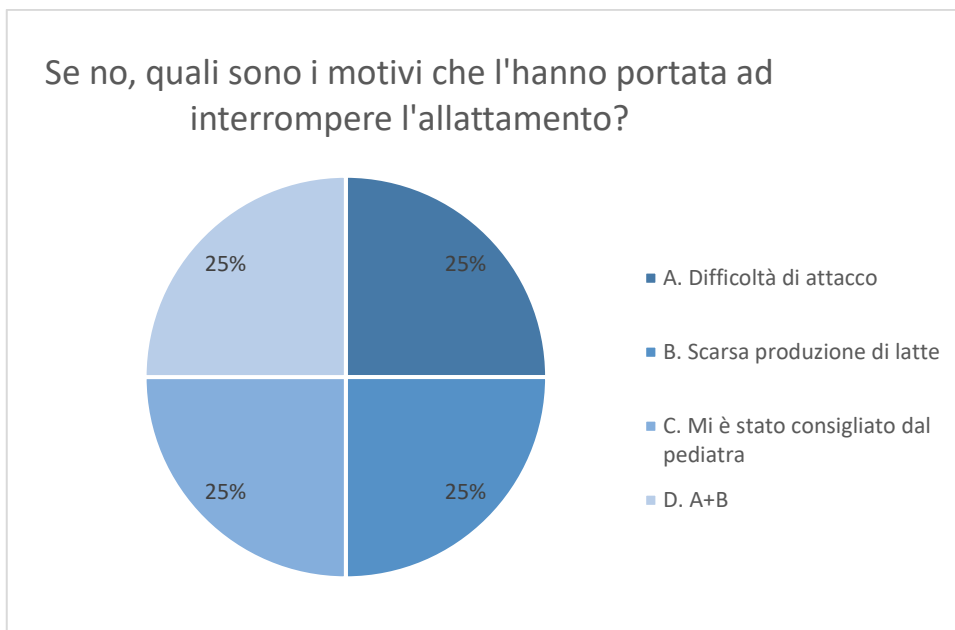


Grafico 17. Motivazioni che hanno portato all'interruzione dell'allattamento al seno

Il 72,22% delle puerpere ha affermato che a seguito dell'intervento a domicilio, non sono sorti nuovi timori riguardo l'allattamento, mentre nel 27,78% dei casi persistevano ancora dubbi o incertezze riguardanti da una parte la paura di un attacco al seno non corretto e l'eccessiva durata della poppata (50%), dall'altra la preoccupazione che il bambino non assumesse calorie a sufficienza. Inoltre, è stato chiesto alle mamme se, successivamente all'intervento domiciliare, l'attacco al seno fosse migliorato. Il 75% ha risposto in maniera affermativa mentre il 25% ha risposto negativamente.

Successivamente, per capire quanto l'intervento svolto a domicilio avesse inciso sull'attenuazione delle preoccupazioni delle mamme e fare un raffronto tra il livello di preoccupazione ed ansia prima e dopo l'intervento a supporto dell'allattamento al seno, è stata posta nuovamente la domanda sul grado di ansia e preoccupazione. Il 72,22% ha risposto di sentirsi raramente o mai ansiosa o preoccupata, il 22,22% di esserlo qualche volta e solo in 2 casi (5,56%) le mamme hanno affermato di sentirsi spesso ansiose e preoccupate.

Questi dati ci hanno consentito di eseguire un confronto intragruppo che ha evidenziato una diminuzione del livello di ansia e preoccupazione a seguito dell'intervento a domicilio. Infatti, se al momento della prima visita le puerpere nel 71,05% dei casi avevano affermato di sentirsi qualche volta ansiose o preoccupate, al momento del contatto telefonico questa percentuale era scesa al 22,22% e si era ridotta di circa un terzo la percentuale di mamme che presentavano ansia con maggior frequenza.

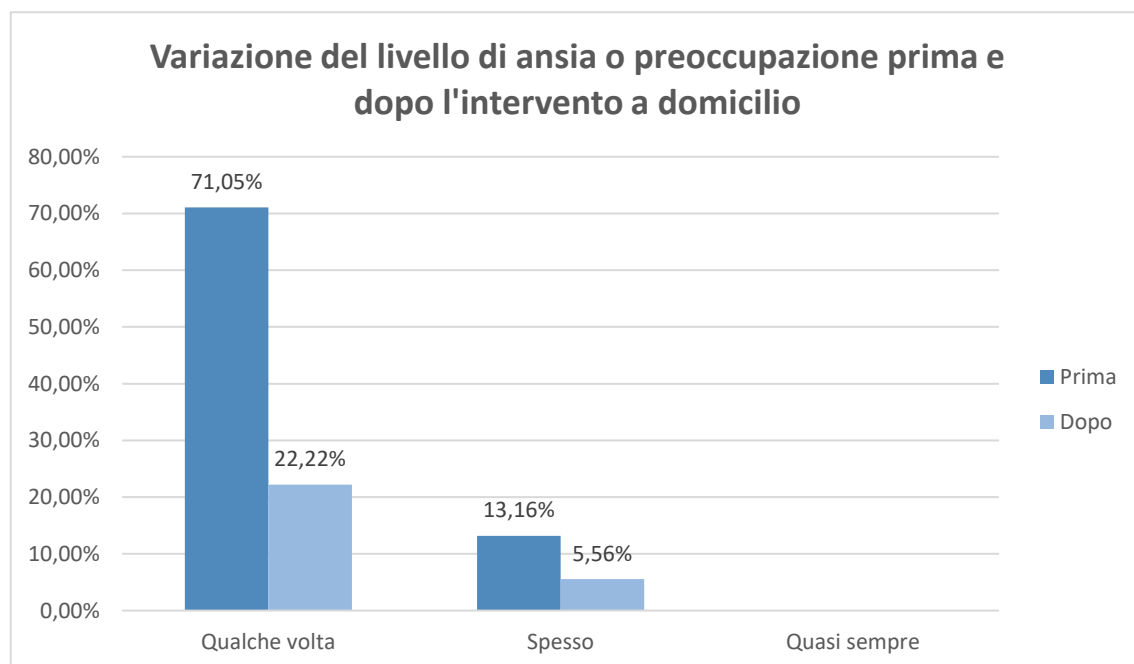


Grafico 18. Variazione del livello di ansia e preoccupazione

Ulteriore confronto pre-post intervento è stato fatto osservando i risultati relativi alla libertà di ricorrere ad un aiuto. L'88,89% ha risposto di sentirsi libera di chiedere aiuto sempre, quando sente di averne bisogno, mentre l'11,11% solo qualche volta. Anche in questa circostanza i dati evidenziano come, rispetto alla compilazione del primo questionario, la percentuale di donne che si sente libera di chiedere aiuto ogni qualvolta ne senta il bisogno è aumentata passando dal 60,53% all'88,89%.

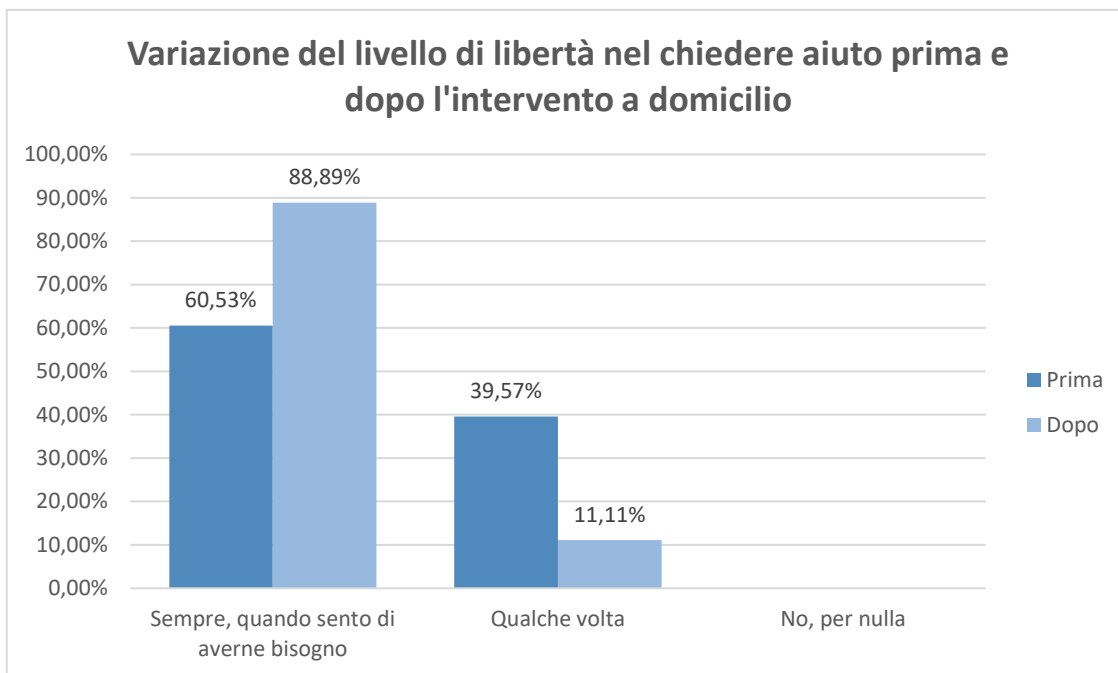


Grafico 19. Variazione del livello di libertà nel chiedere aiuto

Nell'insieme, il servizio offerto è stato valutato ottimo nel 94,44% dei casi e nel restante 5,56%, soddisfacente.

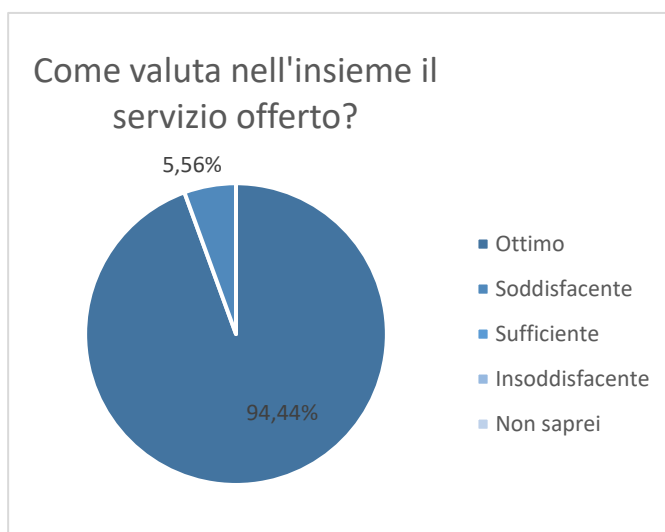


Grafico 20. Valutazione del servizio offerto

Inoltre, intervistando le puerpere è risultato che il 75% troverebbe utile un ulteriore intervento a domicilio o contatto telefonico da concordarsi al primo accesso, a fronte di un 25% che non ha espresso tale necessità. In particolare, delle 27 mamme che ritengono necessario un secondo contatto da parte di personale sanitario specializzato, 16 (59,26%) considerano sufficiente un contatto telefonico, mentre 11 (40,74%) gradirebbero una seconda visita domiciliare.

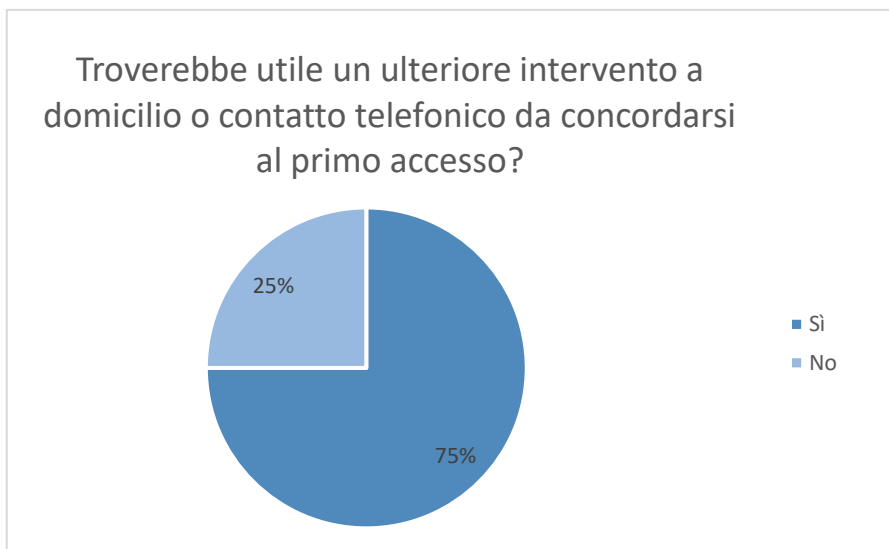


Grafico 21. Utilità di un ulteriore intervento a domicilio o contatto telefonico

Nello specificare le motivazioni che avevano indotto alla risposta precedente, il 33,33% delle puerpere ha indicato come motivazione principale che avere il supporto di personale specializzato le rassicura, il 25,93% perché le aiuterebbe a capire se tutto procede correttamente, il 14,81% perché gli consentirebbe di chiarire nuovi dubbi e nel 3,70% per verificare se i

consigli ricevuti nel corso del primo accesso al domicilio, sono stati messi in pratica. Alcune mamme hanno fornito più di una risposta, come evidenziato nel grafico.

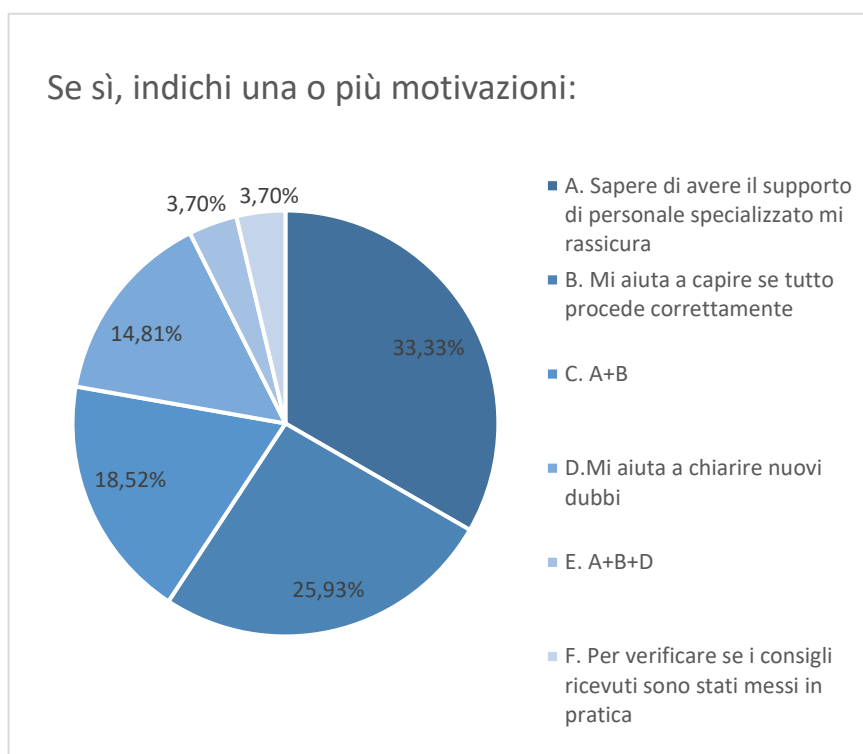


Grafico. 22 Motivazioni per cui si ritiene utile un ulteriore contatto da parte di personale specializzato

Contrariamente, per le 9 puerpere che avevano risposto di non necessitare di ulteriore supporto, la motivazione principale è risultata essere nel 77,78% la presenza di altre figure a cui fare riferimento e nel restante 22,22% l'assenza di difficoltà specifiche. L'intero campione, comunque, concorda sul fatto che questo servizio vada proposto a tutte le partorienti al momento del ricovero ospedaliero.

4.3 Analisi statistica della Scala LATCH

Durante la visita in 37 su 38 puerpere è stato possibile eseguire una valutazione della poppata. In 1 caso l'osservazione della poppata e delle modalità di attacco al seno da parte del neonato non è stata possibile per mancata disponibilità della mamma. Sul totale del campione valutato, 20 puerpere hanno ottenuto un punteggio compreso nella fascia 8-10 (54,05%), mentre 17 (45,95%) nella fascia di punteggio tra 4-7, nessuna ha ottenuto un punteggio tra 0 e 3.

I singoli punteggi sono stati messi in relazione con la scelta di proseguire l'allattamento al seno registrata a distanza di 2 settimane mediante il questionario telefonico. Da ciò è risultato che delle 20 puerpere che ad una prima valutazione della poppata avevano ottenuto un punteggio tra 8-10, a 2 settimane dall'intervento a domicilio 18 (90%) hanno continuato ad allattare, 1 ha smesso per scarsa produzione di latte, problema già manifestato in sede di prima visita, mentre 1 mamma è stata persa al follow-up telefonico per cui non è stato possibile appurare la modalità di proseguimento dell'allattamento. Delle 17 mamme che avevano ottenuto un punteggio tra 4-7, 8 (47%) hanno smesso di allattare, 2 (11,76%) conducono un allattamento misto, mentre 7 (41,17%) stanno ancora allattando esclusivamente al seno.

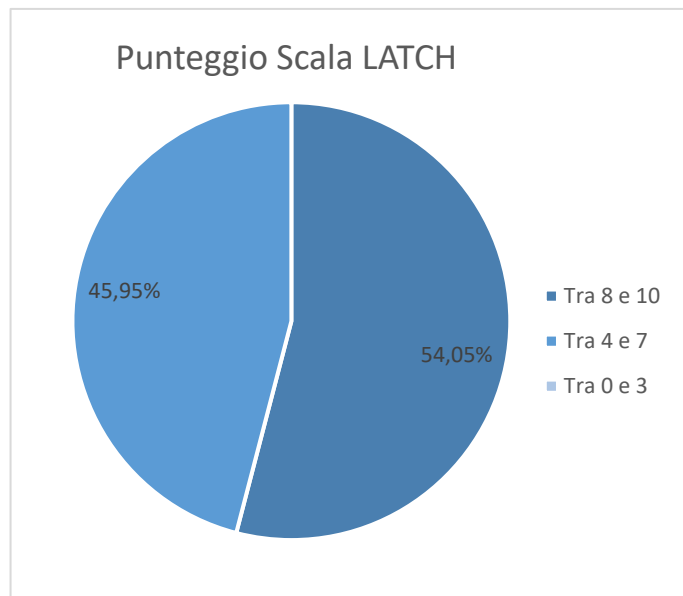


Grafico 23. Punteggio Scala LATCH pre-intervento

5. DISCUSSIONE

L'OMS e l'UNICEF riconoscono l'allattamento come uno degli obiettivi prioritari di salute pubblica a livello mondiale e raccomandano l'allattamento esclusivo al seno almeno per i primi sei mesi di vita del bambino ⁽⁴⁾. A questo scopo è importante che le neo-mamme vengano supportate nella pratica dell'allattamento al seno già a partire dal periodo prenatale e, successivamente, durante la degenza ospedaliera e nel delicato momento del rientro a domicilio. Per le suddette ragioni e sulla base della mia esperienza personale, ho pensato di affiancare le ostetriche del Servizio Territoriale, impegnate nell'assistenza del puerperio a domicilio, con un tirocinio formativo che mi concedesse l'opportunità di raggiungere le puerpere presso la loro abitazione entro 5-10 giorni dalla dimissione. Ciò allo scopo di osservare, in questo setting diverso da quello intraospedaliero, quelle che potevano essere le criticità alla base dell'interruzione precoce dell'allattamento al seno, ossia entro le 3-4 settimane dal parto. Al momento della visita domiciliare è stato inoltre eseguito un intervento a sostegno dell'allattamento e a supporto della gestione del neonato di cui mi sono proposta di valutare l'efficacia, a distanza di 2 settimane, ricontattando le puerpere telefonicamente. La mia intenzione era quella di capire se l'intervento effettuato aveva contribuito positivamente alla prosecuzione dell'allattamento al seno o se andava eventualmente corretto per ottenere un outcome migliore.

Dai dati raccolti è emerso che al momento del rientro a domicilio, il 10,53% delle puerpere aveva "seriamente" pensato di interrompere l'allattamento ed il 28,95% aveva manifestato lo stesso pensiero "qualche volta". In modo analogo allo studio condotto da Garbarino ⁽⁶⁾ nel 2013, volto ad individuare le possibili cause responsabili della precoce interruzione dell'allattamento al seno su un campione di 100 donne, madri di neonati nati a termine e sani, anche nel nostro studio si evidenzia come le motivazioni principali addotte dalle puerpere siano la scarsa produzione di latte (40%), la difficoltà di attacco (33,33%) e l'insorgenza di problematiche al seno (13,33%). Sempre lo studio di Garbarino ⁽⁶⁾ mostra come l'aver frequentato un corso di preparazione al parto e l'aver avuto una precedente esperienza positiva di allattamento siano ulteriori variabili associate ad una maggiore durata dell'allattamento al seno nei primi sei mesi di vita. In riferimento a ciò, dal nostro studio emerge come, le secondigravide che alla prima esperienza avevano riscontrato problemi con l'avvio dell'allattamento al seno, anche nella seconda occasione

manifestavano timori a riguardo e già al rientro a domicilio eseguivano un allattamento misto. Le stesse, al momento del contatto telefonico, a 2 settimane dalla visita domiciliare, affermavano poi di essere passate totalmente ad un'alimentazione con latte formulato. Al contrario, coloro che avevano avuto un vissuto positivo relativamente alla prima esperienza di allattamento, sono state, anche nella nostra ricerca, le più motivate ad impegnarsi nella prosecuzione della suddetta pratica. Il nostro studio conferma, inoltre, che la frequentazione di un corso pre-parto risulta essere un fattore molto importante. Infatti, la quasi totalità delle mamme che avevano ricevuto informazioni sui vantaggi dell'allattamento al seno durante la gravidanza dichiarava che gli erano state fornite durante la partecipazione a corsi di preparazione al parto (92%). In relazione a ciò, è emerso come la sopraggiunta pandemia di COVID-19 che ha costretto le ostetriche a riorganizzare in modalità online i corsi pre-parto, precedentemente svolti in presenza all'interno degli spazi del consultorio, avesse condizionato anche la partecipazione delle gestanti ai corsi stessi, aumentando probabilmente, il numero di puerpere che al momento del parto non aveva ancora ricevuto le adeguate informazioni sui vantaggi di un allattamento esclusivo al seno (34,21%). Un dato allarmante, viste le circostanze sopra descritte secondarie alla pandemia, è quello relativo al fatto che né il pediatra, né il ginecologo, né l'infermiere siano state menzionate tra le figure che hanno fornito informazioni relative all'allattamento. Questi dovrebbero essere, invece, tra i professionisti della salute, coloro che per primi dovrebbero promuovere l'allattamento al seno, a maggior ragione in un periodo come quello attuale in cui in molte realtà italiane i corsi di preparazione al parto sono stati sospesi e comunque, anche dove presenti in modalità online, non risultano essere efficaci quanto lo fossero in presenza. È inoltre plausibile che la mancanza di informazioni prima del parto abbia contribuito ad aumentare anche le paure e il livello di ansia e preoccupazione iniziale delle neo-mamme riguardo l'allattamento. Nel nostro studio, del 73,68% di puerpere che avevano manifestato paure riguardo l'allattamento, una metà di esse erano rivolte alla gestione del bambino e l'altra al fatto che la produzione di latte potesse essere quantitativamente insufficiente. Come si è osservato nello studio di ricerca condotto da Aston ⁽²⁾ nel 2015 su un gruppo di neomamme che avevano avuto la possibilità di ricevere visite domiciliari post-partum da parte degli infermieri della sanità pubblica canadese, il ruolo educativo che ricoprono gli infermieri durante le suddette visite, insieme alla relazione che si

instaura con le puerpere e la loro famiglia, consente a quest'ultime di elaborare efficacemente le loro preoccupazioni. Il nostro studio conferma lo stesso risultato. Se infatti, al momento della visita domiciliare l'84,21% delle puerpere affermava di sentirsi ansiosa o preoccupata nei giorni successivi al rientro a domicilio, a due settimane di distanza dall'intervento del personale sanitario, la percentuale di puerpere che dichiarava di sentirsi ancora preoccupata era diminuito al 27,78%.

Un ruolo fondamentale nella gestione dell'ansia e delle preoccupazioni delle neo-mamme è probabilmente correlato anche alla presenza o meno in famiglia di figure di supporto. Nel nostro caso, il 92,11% delle neomamme aveva nell'arco della giornata, figure di riferimento a cui poter chiedere aiuto (madre, suocera, marito). Laddove queste figure non erano presenti (7,98%), le puerpere manifestavano maggiore difficoltà nella gestione delle loro ansie e preoccupazioni.

La rete sociale in cui è inserita la donna può incidere in modo significativo sull'approccio e sul mantenimento dell'allattamento al seno per un periodo di tempo prolungato. Per questo è importante che non solo le gestanti nel periodo prenatale, e le puerpere in quello postnatale ricevano informazioni riguardanti la pratica dell'allattamento, ma sarebbe utile che gli interventi educativi coinvolgessero anche gli altri membri della famiglia e della comunità. Infatti, come evidenziato nella meta-analisi realizzata da Oliveira ⁽¹¹⁾ nel 2016, laddove il supporto offerto alle neo-mamme proviene da membri appartenenti al loro contesto sociale precedentemente formati, per una settimana, sull'argomento, si ottiene un aumento della durata dell'allattamento materno esclusivo di circa due volte rispetto al gruppo di controllo.

Altri fattori possono interferire, invece, in modo negativo. Come descritto nello studio di Allen ⁽¹⁾ del 2019 condotto su un campione di 1200 madri di neonati nati a termine, qualsiasi interruzione del contatto tra madre e bambino nei primi minuti e nelle prime ore successive alla nascita, influisce negativamente sul legame madre-bambino, sull'instaurarsi dell'allattamento al seno e sulla sua prosecuzione a lungo termine. Anche nel nostro campione il mancato contatto pelle a pelle nel 2,63% e il mancato rooming in nel 7,89% dei casi ha determinato un avvio ritardato e inciso negativamente sulla prosecuzione dell'allattamento al seno, tanto che, al momento del rientro al domicilio, le 3 mamme in questione, alla valutazione della poppata con la Scala LATCH ottenevano

un punteggio di 6 e già integravano l'alimentazione naturale con l'uso di latte artificiale. Le stesse mamme, al controllo a 2 settimane di distanza, avevano optato per un allattamento artificiale.

Altro aspetto significativo riguarda la corretta prescrizione di latte artificiale da parte del personale sanitario. A questo proposito l'uso di latte artificiale è stato consigliato al 31,58% delle neo-mamme, dal pediatra (91,67% dei casi) ed in una sola occasione dagli infermieri (8,33%). Tra le motivazioni alla base di tale indicazione solo l'eccessivo calo di peso del bambino, oggettivamente dimostrato, risulta essere una motivazione valida. Il non sentirsi sicura della quantità di latte che il bambino ha assunto al seno (16,67% dei casi) e il semplice pianto del bambino (8,33%) non costituiscono validi motivi per proporre l'integrazione con il latte in formula. Probabilmente sarebbe stato utile spiegare alle mamme che il pianto, per il neonato, è uno strumento di comunicazione e che molto spesso, se le condizioni cliniche del neonato sono buone, non occorre preoccuparsi eccessivamente, basta solo darsi tempo per imparare a leggere i suoi segnali. A questo scopo, durante l'intervento a domicilio le mamme venivano invitate a recarsi presso il Consultorio per eseguire il massaggio neonatale, un utile alleato nell'imparare a leggere i segnali del bambino e a creare con lui un dialogo profondo.

Sebbene ci siano tesi controverse su come l'uso di ciucci o tettarelle possa incidere sull'avvio e proseguimento dell'allattamento al seno, nello studio cross-sectional del 2017 condotto da Batista ⁽³⁾ su un campione di 427 mamme/bambini si rileva che l'uso di succhiotti, biberon e tettarelle può essere associato a comportamenti sfavorevoli dei bambini durante la poppata e che questi comportamenti possono incidere negativamente sulla durata dell'allattamento esclusivo al seno. Anche nel nostro studio, l'87,5% delle puerpere che a 2 settimane dall'intervento a domicilio aveva interrotto l'allattamento, era ricorso all'uso di ciucci o tettarelle già a 5-10 giorni dalla nascita. La stessa tesi è supportata anche dalla revisione critica della letteratura eseguita da Gomez-Pomar ⁽⁷⁾ secondo cui, nei neonati nati a termine, si raccomanda l'impiego di ciucci solo quando si sia stabilito un allattamento efficace.

Uno degli strumenti di cui il personale sanitario in ambito ospedaliero dispone per valutare la poppata e così individuare i soggetti su cui attuare interventi tempestivi in favore di un allattamento efficace e duraturo, è la Scala LATCH. Nello studio di coorte

di Sowjanya ⁽¹³⁾ del 2016, condotto su un campione di 100 diadi madre-bambino, le puerpere che allattavano al seno a 6 settimane dal parto avevano ottenuto un punteggio LATCH più alto rispetto a coloro che lo avevano interrotto. Nel nostro caso si è ottenuto lo stesso risultato. Infatti, osservando i risultati del nostro studio è emerso che le puerpere che avevano ottenuto un punteggio rientrante nella fascia più alta, tra 8 e 10, hanno proseguito l'allattamento esclusivo al seno nel 90% dei casi, questo anche a ulteriore conferma che la Scala stessa è predittiva della prosecuzione dell'allattamento al seno; contrariamente, sebbene nessuna mamma avesse ottenuto un punteggio tra 0 e 3 (fascia che indica un elevato grado di difficoltà e la necessità di un immediato intervento di supporto all'allattamento), il 47% di coloro che avevano ottenuto un punteggio compreso nella fascia tra 4 e 7 (possibilità che l'allattamento esclusivo si interrompa entro le 6 settimane dal parto) avevano smesso di allattare. Questo risultato ci mostra che l'intervento a supporto dell'allattamento al seno è quindi da rivolgersi non solo alle mamme che mostrano un punteggio basso ma vanno attenzionate anche le mamme che alla valutazione tramite LATCH ottengono un punteggio intermedio. Visti i risultati, si potrebbe consigliare l'uso di questa Scala come strumento di valutazione della poppata anche agli operatori sanitari che si occupano di sostegno al puerperio nel setting domiciliare, così da poterli indirizzare verso interventi appropriati e tempestivi per il mantenersi di un allattamento di successo. A questo proposito, uno dei limiti del nostro studio è dato dalla mancata possibilità di eseguire una seconda visita domiciliare in cui poter rivalutare l'attacco con la LATCH e calcolare l'eventuale differenza di punteggio prima e dopo l'intervento di supporto. Ciò che salta all'occhio è che comunque, del 22,22% di mamme che a 2 settimane dall'intervento a domicilio aveva smesso di allattare, il 25% riconosceva come principale motivazione dell'interruzione stessa, la difficoltà di attacco, prima delle 5 variabili che si osservano valutando la poppata tramite Scala LATCH. In riferimento a quanto detto potrebbe essere utile dedicare, in sede di visita domiciliare, più tempo alla dimostrazione delle varie modalità di attacco del bambino e all'osservazione dell'attacco stesso educando la neo-mamma a riconoscere quando un attacco può essere definito buono (bocca bene aperta a coprire parte dell'areola mammaria, labbro inferiore rovesciato esternamente, mento che sfiora il seno e naso che tocca il seno). Sebbene la percentuale di coloro che hanno smesso di allattare al seno sia considerevole (22,22%), la totalità delle mamme ha ritenuto utile l'intervento a domicilio.

Contrariamente a quanto descritto nella meta-analisi di Oliveira⁽¹¹⁾ in cui si evidenzia come in ambito sanitario i professionisti non considerino la donna in modo olistico, ma si concentrino sull'aspetto pratico dell'allattamento, le impressioni relative al nostro intervento sembrano invece mostrare che il personale sanitario responsabile delle visite domiciliari, non si è limitato a considerare la pratica dell'allattamento di natura esclusivamente biomedica concentrandosi soltanto sulla cura del seno e sui benefici per la salute del bambino, ma ha preso in considerazione la donna in modo olistico, prestando attenzione anche ai bisogni di natura emotiva, permettendole di esprimere i propri dubbi, le proprie difficoltà e preoccupazioni. Infatti, tra le motivazioni per cui le mamme hanno trovato utile l'intervento a domicilio, il 41,67% indica il sentirsi tranquillizzata e l'aver trovato chiarimento ai propri dubbi, in tempi brevi e a pochi giorni dal parto quando ancora possono essere presenti difficoltà ad uscire per recarsi ad una visita ambulatoriale, mentre il 22,22% l'essersi sentita supportata psicologicamente da parte di personale specializzato. Uno dei punti di forza del servizio offerto è che si tratta di un intervento domiciliare volto a ridurre il disagio della donna di uscire quando ancora si può sentire stanca, affaticata e può presentare fastidi legati ai punti di sutura, con le difficoltà di gestione di un neonato al di fuori della propria abitazione. Proprio per questi motivi il 94,44% delle puerpere ha valutato il servizio offerto come ottimo e il 75% ha ulteriormente dichiarato che avrebbe gradito un successivo contatto telefonico da parte del personale specializzato o una seconda visita domiciliare. La totalità delle mamme ha infine affermato che ritiene utile che al momento del ricovero venga fornito, a tutte le partorienti, un contatto con questo servizio.

Viste le raccomandazioni dell'OMS e delle principali società scientifiche relativamente alla durata dell'allattamento al seno, uno dei limiti del nostro studio è quello di aver potuto programmare un follow up solo a breve raggio temporale e ciò non ci ha permesso di valutare la prosecuzione dell'allattamento stesso a distanza di 6 e più mesi dal parto.

Inoltre, a causa del limitato intervallo di tempo in cui è stato possibile partecipare alle visite domiciliari (luglio-settembre 2021), la numerosità campionaria raggiunta risulta essere contenuta. Questo aspetto potrebbe essere anche correlabile alla diminuzione delle nascite conseguenti alla precaria situazione economica e lavorativa in cui si trova il nostro Paese, ulteriormente aggravata dalla sopraggiunta pandemia di COVID-19 o al più

semplice fatto che, nel lasso di tempo studiato, non vi sia stato un elevato numero di partorienti che abbiano accettato la visita a domicilio da parte del Servizio Territoriale. Ulteriore limite è rappresentato dall'assenza di una coorte di controllo, fattore legato all'impossibilità di accedere direttamente alle puerpere ricoverate nel reparto di Ostetricia per ottenere un consenso all'intervista telefonica.

Si deve infine specificare che, le neo-mamme facenti parte del campione preso in considerazione nello studio, hanno accettato spontaneamente il servizio di home visiting post-partum proposto loro al momento del ricovero ospedaliero, per cui verosimilmente, erano già di base motivate a condurre un allattamento esclusivo. Questo elemento può costituire un bias di selezione del campione.

6. CONCLUSIONI

Nella realtà che abbiamo avuto modo di conoscere grazie a questo progetto, i Servizi territoriali del Distretto di Pesaro, Montecchio-Gabicce propongono un servizio di assistenza domiciliare post-partum che è da ritenersi non solo efficace, ma anche espressione di un sistema vistuoso. Infatti, sebbene tra i servizi del Distretto della nostra zona sia da tempo presente un servizio ambulatoriale rivolto alle mamme che allattano, la possibilità di ricevere lo stesso intervento a domicilio a pochi giorni dalla dimissione ospedaliera, è stata ritenuta dalle puerpere una risorsa preziosa, tanto da spingerle a richiedere una seconda visita domiciliare o comunque un contatto telefonico da parte del personale sanitario dedicato. È quindi auspicabile che lo stesso servizio, nel tempo, possa essere attivato e offerto a tutte le partonienti sul territorio regionale o addirittura nazionale così da sostenere in misura ancora maggiore la pratica dell'allattamento al seno. Inoltre, da quanto emerso dal confronto con le puerpere in sede di visita domiciliare e successivo contatto telefonico, la figura dell'infermiere, adeguatamente formato e competente nel supporto dell'allattamento al seno potrebbe rivestire un ruolo importante in ambito territoriale come già accade in quello ospedaliero.

BIBLIOGRAFIA

- ⁽¹⁾ Allen J, Parratt JA, Rolfe MI, Hastie CR, Saxton A, Fahy KM. Immediate, uninterrupted skin-to-skin contact and breastfeeding after birth: A cross-sectional electronic survey. *Midwifery*. 2019 Dec;79:102535. doi: 10.1016/j.midw.2019.102535. Epub 2019 Sep 5. PMID: 31525606
- ⁽²⁾ Aston M, Price S, Etowa J, Vukic A, Young L, Hart C, MacLeod E, Randel P. The power of relationships: exploring how Public Health Nurses support mothers and families during postpartum home visits. *J Fam Nurs*. 2015 Feb;21(1):11-34.
- ⁽³⁾ Batista CLC, Ribeiro VS, Nascimento MDDSB, Rodrigues VP. Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)*. 2018 Nov-Dec;94(6):596-601.
- ⁽⁴⁾ Bellù R, Condò M. Breastfeeding promotion: evidence and problems. *Pediatr Med Chir*. 2017; 28;39⁽²⁾:156.
- ⁽⁵⁾ Del Ciampo LA, Del Ciampo IRL. Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018 Jun;40(6):354-359. English. doi: 10.1055/s-0038-1657766. Epub 2018 Jul 6. PMID: 29980160.
- ⁽⁶⁾ Garbarino F, Morniroli D, Ghirardi B, Garavaglia E, Bracco B, Gianni ML, Roggero P, Mosca F. Prevalenza e durata dell'allattamento al seno nei primi sei mesi di vita e fattori che influenzano [Prevalence and duration of breastfeeding during the first six months of life: factors affecting an early cessation]. *Pediatr Med Chir*. 2013 Sep-Oct;35⁽⁵⁾:217-22. Italian.
- ⁽⁷⁾ Gomez-Pomar E, Blubaugh R. The Baby Friendly Hospital Initiative and the ten steps for successful breastfeeding. a critical review of the literature. *J Perinatol*. 2018 Jun;38(6):623-632.

- (8) Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1994 Jan;23(1):27-32.
- (9) Mazo-Tomé PLD, Suárez-Rodríguez M. Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién nacidos sanos [Prevalence of exclusive breastfeeding in the healthy newborn]. *Bol Med Hosp Infant Mex*.
- (10) Mosca F, Gianni ML. Human milk: composition and health benefits. *Pediatr Med Chir*. 2017 Jun 28;39(2):155.
- (11) Oliveira IB, Leal LP, Coriolano-Marinus MW, Santos AH, Horta BL, Pontes CM. Meta-analysis of the effectiveness of educational interventions for breastfeeding promotion directed to the woman and her social network. *J Adv Nurs*. 2017 Feb;73(2):323-335.
- (12) Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012 Mar;129(3):e827-41. Epub 2012 Feb 27.
- (13) Sowjanya SVNS, Venugopalan L. LATCH Score as a Predictor of Exclusive Breastfeeding at 6 Weeks Postpartum: A Prospective Cohort Study. *Breastfeed Med*. 2018 Jul/Aug;13(6):444-449.
- (14) Walker SB, Rossi DM, Sander TM. Women's successful transition to motherhood during the early postnatal period: A qualitative systematic review of postnatal and midwifery home care literature. *Midwifery*. 2019 Dec;79:102552
- (15) World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2021. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definition and measurement methods

SITOGRAFIA

- 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)
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2415_allegato.pdf
- Istituto Superiore di Sanità – L’epidemiologia per la sanità pubblica
<https://www.epicentro.iss.it/allattamento/>
- Ministero della Salute
<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4704&area=Lea&menu=socioSanitaria>
- Ospedali Amici dei Bambini, 10 passi per l’allattamento al seno
<http://www.unicef.it/doc/150/dieci-passi-per-allattamento-al-seno.htm>
- Servizio Sanitario Nazionale: i LEA
<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58669&articolo=24>
- Guida all’applicazione dei passi
<https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/ospedale-amico-bambini/>

ALLEGATI

Allegato 1: questionario prima visita

QUESTIONARIO PRIMA VISITA

Gentile Signora,

Il mio nome è Sara Gennari, studentessa e laureanda di infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, del Polo di Pesaro. Con il presente questionario chiedo la Sua collaborazione per partecipare ad un'indagine volta a studiare l'allattamento nel setting domiciliare ed il supporto alle puerpere.

I dati raccolti dall'compilazione del questionario secondo quanto previsto dalla normativa di buona Pratica ed Etica della Ricerca (Decreto Ministero della Salute 14/07/1997) e dalla normativa sulla protezione dei dati personali (ai sensi del Regolamento UE 216/679 – GDPR), saranno successivamente elaborati in forma statistica e trasformati in forma anonima. In tale forma, verranno utilizzati a fini didattici, per la discussione della Tesi di Laurea ed eventualmente inseriti in pubblicazione e/o presentati in congressi, convegni e seminari a carattere scientifico.

La compilazione del questionario sarà considerata quale esplicita volontà a partecipare all'indagine conoscitiva.

Grazie per la partecipazione, Sara

1) Dal momento del rientro a domicilio, ha mai pensato di interrompere l'allattamento?

- a. Sì
- b. Qualche volta
- c. Mai

2) Se sì, qual è stata la motivazione principale?

- a. Mi sento debole e mi stanco con facilità
- b. Difficoltà di attacco
- c. Seno gonfio e dolente
- d. Scarsa produzione di latte
- e. Necessità di riprendere l'attività lavorativa

3) Da quando è rientrata a domicilio, ha qualche tipo di paura riguardo l'allattamento?

- a. Sì
- b. No

4) Se sì, quale?

- a. Che il latte non sia qualitativamente valido
- b. Che il latte non sia quantitativamente sufficiente
- c. Di sbagliare nella gestione del bambino (modalità di attacco...)

5) Esegue un allattamento a richiesta?

- a) Sì
- b) No, ad orario

6) L'allattamento è soddisfacente ad ogni attacco?

- a. Sì
- b. No

7) È diventata ansiosa o preoccupata in questi giorni?

- a. Raramente o mai
- b. Qualche volta
- c. Spesso
- d. Quasi sempre

8) Qual è la cosa che la preoccupa di più?

9) Si sente libera di chiedere aiuto?

- a. Sempre, quando sento di averne bisogno
- b. Qualche volta
- c. No, per nulla

10) Nel corso della gravidanza è stata informata riguardo i vantaggi dell'allattamento?

- a. Sì
- b. No

- 11) In caso di risposta affermativa, attraverso quale canale?
- a. Corso di preparazione al parto
 - b. Ginecologo
 - c. Pediatra
 - d. Ostetrica
 - e. Infermiera
 - f. Amici
 - g. Altro:
- 12) Le è stato consigliato l'uso di latte artificiale?
- a. Sì
 - b. No
- 13) Se sì, da chi le è stato consigliato?
- a. Ostetrica
 - b. Pediatria
 - c. Infermieri
 - d. Altro
- 14) In caso di risposta affermativa, per quale motivo le è stato consigliato?
- a. Se il bambino piange
 - b. Per eccessivo calo di peso del bambino
 - c. Se non si sente sicura della quantità di latte che il bambino ha assunto al seno
 - d. Altro:
- 15) Utilizza tettarelle o succhiotti?
- a. Sì
 - b. No
- 16) Sono presenti figure che possono aiutarla durante la giornata?
- a. Sì
 - b. No
- 17) Se sì, quali sono?
- a. Madre
 - b. Altri familiari
 - c. Amici/conoscenti
 - d. Gruppi di sostegno
- 18) Il bambino è nato a termine o pretermine? _____
- 19) Il bambino è stato ricoverato? Se, sì, per quale motivo? _____
- 20) Dopo il parto è avvenuto il contatto pelle a pelle?
- a. Sì
 - b. No
- 21) Durante il ricovero ospedaliero è avvenuto il rooming in?
- a. Sì
 - b. No
- Eventuali criticità rilevate durante la visita
- _____
- _____
- _____

Allegato 2: questionario telefonico

QUESTIONARIO PER INTERVISTA TELEFONICA

1) Ha trovato utile l'intervento svolto a domicilio?

- a. Sì
- b. No

2) Se ha trovato utile l'intervento a domicilio, le chiederei di specificare in particolare per cosa è stato utile:

3) Sta continuando ad allattare?

- a. Sì
- b. No

4) Se no, quali sono i motivi che l'hanno portata ad interrompere l'allattamento?

- a. Difficoltà di attacco
- b. Scarsa produzione di latte
- c. Mi stanco con facilità
- d. Presenza di problemi al seno
- e. Mi è stato consigliato dal pediatra

5) A seguito della visita ostetrica ha ancora o le è sorto qualche timore nuovo riguardo l'allattamento?

- a. Sì
- b. No

6) Se sì, quale?

7) Dopo l'intervento dell'ostetrica, l'attacco al seno è migliorato?

- a. Sì
- b. No

8) Si sente ancora ansiosa o preoccupata?

- a. Raramente o mai
- b. Qualche volta
- c. Spesso
- d. Quasi sempre

9) Si sente libera di chiedere aiuto?

- a. Sempre, quando sento di averne bisogno
- b. Qualche volta
- c. No, per nulla

10) Come valuta nell'insieme il servizio offerto?

- a. Ottimo
- b. Soddisfacente
- c. Sufficiente
- d. Insoddisfacente
- e. Non saprei

11) Troverebbe utile un ulteriore intervento a domicilio o contatto telefonico da concordarsi al primo accesso?

- a. Sì
- b. No

12) Se sì, indichi una o più motivazioni:

- a. Mi aiuta a chiarire nuovi dubbi
- b. Mi aiuta a capire se tutto procedere correttamente
- c. Sapere di avere il supporto di personale specializzato mi rassicura
- d. Non saprei
- e. Altro

13) Se no, indichi una o più motivazioni:

- a. Toglie tempo alle attività quotidiane
- b. Ho già altre figure a cui fare riferimento
- c. Non saprei
- d. Altro

14) Pensa che possa essere utile fornire un contatto con questo servizio a tutte le partorienti già durante il ricovero in ospedale?

- a. Sì
- b. No

Allegato 3: scheda LATCH modificata

	0	1	2
L (LATCH) Attacco	Troppo stanco o riluttante. Non si è raggiunto un attacco ed una suzione stabili.	Ripetuti tentativi per un attacco ed una suzione stabili. Trattiene il capezzolo in bocca, ma va stimolata la suzione.	Afferra la mammella. La lingua è sottoposta. Le labbra sono rovesciate in fuori. Suzione ritmata.
A (AUDIBLE SWALLOWING) Deglutizione udibile	Nessuna	Alcune dopo stimolo (tattile del neonato o a seguito di spremitura di latte materno in bocca al bambino)	Spontanea e frequente (durante l'intervento a domicilio).
T (TIPE OF NIPPLE) Tipo di capezzolo	Rientrante	Piatto	Prominente (anche se dopo stimolazione)
C (COMFORT) Comfort della mammella e del capezzolo	Ingorgo, ragadi del capezzolo, grosse vesciche o stese ecchimosi. Dolore importante.	Seno pieno. Solo irritazione o arrossamento. Piccole vesciche o limitate ecchimosi. Dolore lieve o moderato.	Morbido. Non c'è tensione. Nessuna lesione. Nessun dolore.
H (HOLD) Preso e posizione (anche in rapporto al bisogno di aiuto)	Bisogno di completa assistenza (l'osservatore deve tenere il bambino al seno materno). Cuscino per supporto. Madre che sta apprendendo le competenze.	Massima assistenza (per esempio: sistemare il cuscino, alzare la testata del letto, ecc.). Istruzioni per attaccare il bambino. Madre che sta guadagnando fiducia.	Nessun aiuto da parte del personale. Madre capace di posizionare e sostenere il bambino. Mamma e bambino rilassati. Madre competente.

DEDICHE E RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare la Dott.ssa Valeria Rossi Berluti e tutte le ostetriche del Distretto di Pesaro, Montecchio-Gabicce (Fariba, Ilaria, Loredana, Simona) per avermi permesso di accompagnarle nel loro lavoro, avermi dato l'opportunità di crescere umanamente e professionalmente e per avermi trasmesso tanto entusiasmo e passione.

Un grazie speciale è rivolto alla mia relatrice, la Dott.ssa Giulia Zorzi, per le preziose indicazioni e il sostegno che mi ha dimostrato in questi mesi. Il suo essere sempre cordiale e disponibile al confronto mi ha permesso di dare voce e giusta forma alle mie idee.

Ringrazio la mia famiglia, tutta, in particolare chi, credendo incondizionatamente in me, mi ha spinto nuovamente a mettermi in gioco e a darmi una seconda possibilità. Grazie a mio zio, Terenzio, per avermi mostrato sempre il suo supporto; grazie a mia zia, Iride, per avermi incoraggiata a credere in me stessa, anche quando nemmeno io ci credevo; grazie a Stefano, il mio compagno, che è sempre stato al mio fianco, rispettando i miei silenzi, accogliendo le mie paure e festeggiando le mie gioie, a lui devo la mia felicità; grazie ai miei suoceri sempre presenti ad ogni richiesta di aiuto. Grazie ai miei genitori, a mio padre che a modo suo continua a coprirmi le spalle e a mia madre che, sono sicura, sarebbe stata tanto orgogliosa di vedermi raggiungere questo traguardo: il mio lavoro e le mie piccole vittorie sono dedicate a te.

Un ringraziamento di cuore va anche alle amiche di una vita, Elisa e Martina: i vostri incoraggiamenti e le interrogazioni serali prima degli esami sono stati fondamentali. In ultimo grazie alle ragazze che hanno condiviso con me questo lungo percorso, non privo di difficoltà, ma ricco anche di tante sane risate: a Benedetta per avermi accolto nella sua splendida famiglia e a Diletta, la prima persona che ho conosciuta tra tante il giorno dell'iscrizione all'università e con cui ho stretto da subito un forte legame. Senza di voi niente sarebbe stato lo stesso.