

3. Promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento materno

L'allattamento materno è l'espressione di una meravigliosa potenzialità della donna che va oltre l'aspetto nutrizionale. È il modo naturale per alimentare il lattante ed il bambino, non ha bisogno perciò di evidenze scientifiche sui suoi benefici per essere promosso¹.

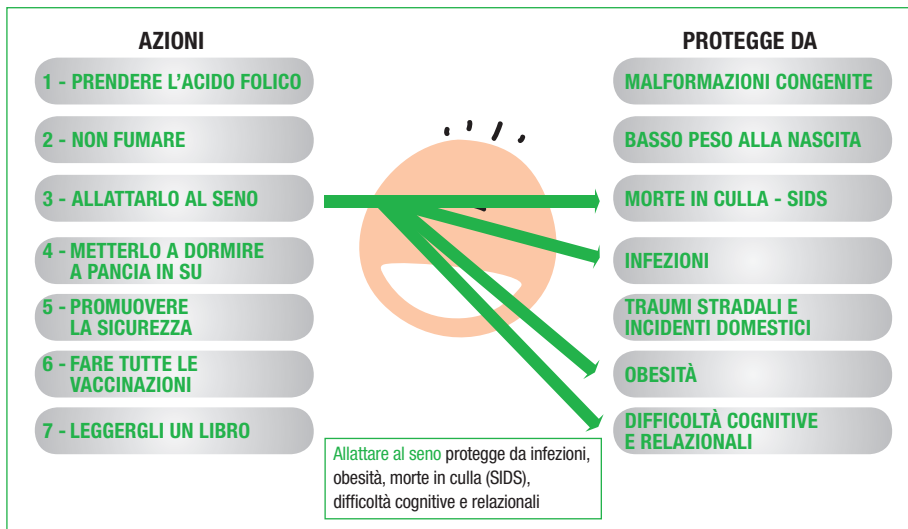
Perché è importante l'allattamento materno?

- L'allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi assicura una crescita, uno sviluppo psicofisico ed una salute ottimali;
- Dopo i sei mesi, l'allattamento al seno, con l'aggiunta di alimenti complementari appropriati, continua a contribuire alla crescita, allo sviluppo ed alla salute del lattante e del bambino;
- Il mancato avvio e la cessazione precoce dell'allattamento materno hanno importanti ed avverse conseguenze sanitarie, sociali ed economiche per le donne, i bambini, la comunità e l'ambiente;
- Bassi indici di allattamento materno comportano maggiori spese per i sistemi sanitari e possono contribuire ad aumentare le disuguaglianze in salute;

Raccomandazioni

Gli operatori sanitari svolgono un ruolo cruciale nel proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento materno e dovrebbero:

- promuovere con il maggior impegno possibile l'allattamento al seno esclusivo;
- assicurare alla donna la migliore informazione possibile, già in epoca prenatale, in modo che possa decidere in maniera libera e consapevole riguardo all'alimentazione del proprio bambino;
- dare appoggio e consigli pratici alle donne che allattano e attivarsi per acquisire le necessarie conoscenze, competenze e abilità di counselling;
- fare in modo che i servizi in cui lavorano, ospedale compreso, siano organizzati per favorire l'allattamento al seno e vi vengano evitate pratiche che lo scoraggiano;
- promuovere l'allattamento al seno come una parte normale della vita di tutti i giorni, incoraggiandone anche un supporto sociale e familiare;
- favorire la creazione di gruppi di supporto ai quali indirizzare le famiglie.



L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda che i bambini siano allattati al seno in maniera esclusiva fino al compimento del 6° mese di vita e che il latte materno rimanga il latte di prima scelta anche dopo l'introduzione di alimenti complementari fino a due anni di vita ed oltre, e comunque finché madre e bambino lo desiderino.²

1. Quale strategia per la promozione dell'allattamento materno?

Fino alla pubblicazione del documento "Alimentazione dei Lattanti e dei Bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea"¹, da cui è desunta la maggior parte di questo capitolo^a, la promozione dell'allattamento materno aveva messo tra i suoi punti cardine l'informazione sui vantaggi dell'allattamento al seno (AS) per la salute del bambino, della donna e della società. In effetti i benefici conosciuti, studiati e supportati da evidenze molto robuste, sono numerosi, e molti altri probabilmente rimangono inesplorati. Potremmo dire oggi che l'allattamento materno è "fuori concorso" e non potrebbe essere diversamente se consideriamo che l'allattamento al seno esclusivo non è tanto il "metodo ideale"³ bensì "la norma e il modello di riferimento rispetto al quale tutti i metodi alternativi di alimentazione devono essere misurati in termini di crescita, salute, sviluppo, e qualsiasi altro esito a breve o lungo termine", come di recente affermato dalla Accademia Americana di Pediatria⁴.

L'informazione sui vantaggi dell'allattamento materno rimane tuttavia ancora presente tra le raccomandazioni di molti programmi come la Baby Friendly Hospital Initiative

^a Alcuni passaggi sono riportati integralmente altri riassunti. I contenuti sono sostenuti da una ricca bibliografia alla quale si rimanda. Si ringrazia A. Cattaneo per la collaborazione prestata.

dell'OMS/UNICEF^b che richiede che le madri vengano informate sul fatto che l'allattamento materno:

1. rafforza e consolida il legame del neonato con la madre (bonding);
2. fornisce al neonato un'alimentazione completa (benefici nutrizionali);
3. protegge il neonato dalle infezioni, anche grazie al ruolo svolto dal colostro; (immunizzazione)
4. porta comprovati benefici alla salute della madre.

Dal punto di vista della salute pubblica, tra i tanti aspetti di rilievo, troviamo per i bambini una importante diminuzione delle infezioni gastrointestinali e delle prime vie respiratorie, della SIDS, dell'obesità, con ricadute nel lungo periodo su diabete e problemi cardiovascolari e alcuni tipi di tumore una volta adulti e infine, delle difficoltà cognitive e relazionali; per le madri un migliore e più rapido recupero dopo il parto con una riduzione del rischio di emorragie, una ridotta incidenza di depressione post-partum, e nel lungo periodo, una riduzione del rischio di tumore al seno e all'utero e di osteoporosi.

Promuovere l'allattamento materno ha inoltre vantaggi economici per le famiglie (i costi del latte formulato), per il sistema sanitario (riduzioni significativa di ricoveri e ricorsi a cure specialistiche) e anche per l'ambiente (consumi energetici ed incidenza antiecológica del ciclo produttivo e di consumo del latte in polvere)⁵.

Promuovere l'allattamento al seno infine ha influenze ancora più ampie: incide sulla vita quotidiana, l'organizzazione sociale, la qualità delle relazioni, la gestione del tempo e dei ruoli sessuali per tutto il percorso nascita ed oltre. In questo senso è ritenuto un indicatore formidabile della qualità della vita e della attenzione della comunità al proprio futuro, secondo la World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) *“un indicatore del progresso reale della salute di tutte le comunità, localmente e globalmente”*⁶

L'importanza dell'allattamento materno è tale da essere espressamente indicato dall'UNICEF come un diritto nell'art 24 della *Convenzione per i Diritti per l'Infanzia* del 1989⁷, la cui applicazione in Italia viene costantemente monitorata⁸. Tuttavia è riduttivo pensarlo come un semplice evento nutrizionale e pensare al latte materno come un “diritto” del bambino, trasformando questo atto naturale in un “dovere” per la madre.

L'allattamento materno è un atto complesso, risultante di una serie di determinanti ed è un diritto della “coppia” madre – bambino, una interdipendenza sottolineata continuamente anche dall'UNICEF.

Promuovere l'allattamento materno esclusivo significa innanzitutto cercare di garantire alla donna, anche attraverso il partner, l'intero nucleo familiare e le persone intorno a loro, la possibilità di esprimere la totalità delle sue potenzialità generative e di accudimento, capacità intese in senso biologico, psicologico e sociale in modo indivisibile, come peraltro richiede una visione “olistica” dell'essere umano e della sua salute.

Allo stesso modo sostenere l'allattamento materno esclusivo significa riconoscere al neonato competenze fondamentali e consentirgli di costruire con la propria madre un

^b Programma “Ospedali Amici dei Bambini” per l'allattamento materno, § cap. 3.

modello di nutrizione unico, originale, non standardizzabile, specifico della loro relazione, e in assenza di eventi patologici, il più appropriato.

L'allattamento al seno può essere ritenuto il proseguimento naturale della gravidanza durante la quale la madre ha protetto e nutrito il suo bambino; per un buon avvio dell'allattamento è fondamentale il rispetto del delicatissimo equilibrio tra domanda ed offerta che si crea da subito grazie al contatto pelle-a-pelle, alle suzioni da parte del neonato ed alla risposta dell'intero organismo materno.

In condizioni fisiologiche non è necessario nient'altro, anzi, ogni supplementazione altera questa autoregolazione ed è per questo che va perseguito l'obiettivo di un avvio ed un mantenimento fino al sesto mese compiuto di un allattamento al seno esclusivo (per la tipizzazione § tabella 1) che massimizza ogni vantaggio.

Tabella 1. Tipizzazione dell'Allattamento secondo le indicazioni OMS⁹

Categoria	Il bambino DEVE prendere:	Il bambino PUÒ prendere:	Il bambino NON può prendere:
Allattamento al seno esclusivo	Latte materno (LM), compreso LM spremuto (LMS) o LM donato (LMD)	Gocce, sciroppi (vitamine, minerali, farmaci), soluzioni reidratanti orali	Nient'altro
Allattamento al seno predominante	LM, LMS o LMD come fonte predominante di nutrienti	Come sopra, più liquidi non nutritivi (acqua, soluzione glucosata, camomilla, tisane e succhi non zuccherati)	Nient'altro (in particolare latte non umano e liquidi nutritivi)
Alimentazione complementare	LM, LMS o LMD	Qualsiasi altro alimento o bevanda, compreso il latte non umano	
Non allattamento	Il bambino prende solo qualsiasi altro alimento o bevanda, compreso il latte non umano		

Tra i principali ostacoli si segnalano infatti routine mediche avverse o inappropriate, scarsa competenza nel sostegno da parte degli operatori e delle famiglie, marketing scorretto dei sostituti del latte materno. Si aggiungono poi condizioni sociali sfavorevoli, in particolare lavorative. (§ *Dichiarazione degli Innocenti*)¹⁰

L'attenzione degli operatori, per cominciare, va rivolta pertanto alla rimozione degli ostacoli che in primis l'organizzazione sanitaria frappone ad un buon avvio e ad un efficace proseguimento dell'allattamento materno esclusivo.

La pratica dell'allattamento materno oggi deve essere fortemente protetta, incoraggiata e supportata. In questo senso il ruolo degli operatori sanitari è cruciale, ma richiede una specifica e approfondita formazione teorica e pratica sull'argomento. Alcune indicazioni di base^c peraltro contribuiscono a creare nel sistema sanitario un terreno culturale favo-

^c I requisiti minimi di una formazione di base per tutti gli operatori a contatto con gestanti puerpere e neonati sono contenuti nel Corso Internazionale UNICEF/OMS: World Health Organization & UNICEF

revoles e a fornire informazioni omogenee e corrette alle mamme e alle loro famiglie, dal concepimento alla nascita e per i primi anni di vita ed essere già di grande aiuto. Oggi in Italia disponiamo di importanti strumenti di intervento per il monitoraggio, la formazione e la promozione di buone pratiche, grazie all'istituzione del Comitato Nazionale per l'allattamento materno e la promulgazione di Linee di indirizzo specifiche^e.

2. Cosa si può fare

Le azioni da attuare a favore dell'allattamento materno sono molte¹¹ e si distribuiscono lungo tutto il percorso nascita^f.

Secondo la collocazione del proprio servizio o della propria attività nel percorso nascita, ogni operatore dovrebbe conoscere le informazioni più pertinenti da trasmettere e approfondire le azioni più appropriate da mettere in atto, assumendo al momento dell'intervento l'atteggiamento più consono rispetto alle caratteristiche personali delle mamme e alla fase del percorso.

In qualsiasi momento è tuttavia importante ricordare che:

- il compito degli operatori è quello di “garantire che le informazioni fornite e le azioni intraprese siano sorrette dalle migliori evidenze disponibili e siano indipendenti da interessi commerciali, per aiutare i genitori a prendere una decisione informata. Dopo che una decisione è stata presa, gli operatori devono rispettarla, offrendo alla madre tutto l'aiuto competente di cui ha bisogno per metterla in pratica”¹, sostenendo quindi in modo appropriato le donne che liberamente decidono di non allattare al seno;
- ostacoli geografici, economici, linguistici e culturali contribuiscono a diminuire l'accessibilità ai servizi esistenti. Ciò può richiedere l'offerta attiva di servizi specifici adattati ai bisogni della popolazione più vulnerabile^g;
- le donne con bisogni speciali (primipare, immigrate, adolescenti, madri che alleveranno i figli da sole, madri con storia di difficoltà o insuccesso dell'allattamento donne con gravidanze multiple) devono ricevere assistenza e sostegno appropriati;
- tutti gli operatori inoltre dovrebbero conoscere e promuovere la piena attuazione del “Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituiti del Latte Materno”

(2009). *BFHI section 3: Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital, a 20-hour course for maternity staff*. Geneva: World Health Organization and UNICEF. Retrieved May 30, 2009, http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594981_s3/en/index.html - disponibile in Italiano nel sito www.unicef.it/ospedaliamici.

d Il Comitato Nazionale è stato istituito con Decreto 15/4/08 (pubblicato sulla G.U. 163 del 14-7-08) ed è operativo dall'aprile 2009.

e “Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno” (Conf. Stato Regioni Del. 20.12.2007 – GU n. 32 del 7-2-2008 – Suppl. Ordinario n.32).

Consultabile alla pagina http://www.cittadinolex.kataweb.it/article_view.jsp?idArt=79695&idCat=40

f Inteso qui in senso esteso dal concepimento ai primi anni di vita.

g Materiale multilingue, validato per la promozione dell'allattamento è reperibile al sito: <http://www.babyfriendly.org.uk/page.asp?page=1>.

dell'OMS/UNICEF (§ tabella 2) e le pertinenti successive risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità, proteggendo le mamme e le loro famiglie dal marketing e dalla purtroppo diffusa disinformazione sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini. La normativa italiana in proposito, che recepisce buona parte del Codice, è stata aggiornata con il Decreto 9 aprile 2009, n. 82, "Regolamento concernente l'attuazione della direttiva 2006/141/CE per la parte riguardante gli alimenti per lattanti e gli alimenti di proseguimento destinati alla Comunità europea ed all'esportazione presso Paesi terzi"^h.

Tabella 2. Il Codice sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno ¹² *in breve*

Nessuna pubblicità al pubblico	No regali o campioni agli operatori sanitari
No campioni gratuiti alle mamme	No alla vendita sottocosto alle strutture sanitarie
No scritte/foto idealizzanti l'alimentazione artificiale incluse foto di bambini sui prodotto	

2.1 Prima del concepimento

Generalmente i genitori hanno già un orientamento sul tipo di nutrizione per il loro futuro bambino prima della gravidanza o lo maturano nelle prime settimane.

Questo orientamento è spesso influenzato da convinzioni stereotipate, che possono essere errate ma che fanno parte di un pensiero socialmente condiviso e sono frutto di un ventaglio di messaggi, spesso contraddittori, che dipendono dalle tradizioni di puericultura della famiglia e della comunità, ma anche dal mercato e dalle forme di pubblicizzazione dei sostituti del latte materno.

Il primo sforzo è pertanto quello di "rappresentare in pubblico l'allattamento al seno come il modo naturale di alimentare i lattanti ed i bambini, e creare un ambiente tale da far considerare l'allattamento al seno come la scelta normale, facile e preferibile per la grande maggioranza dei genitori"ⁱ.

Questo può e deve essere fatto in tutte le occasioni appropriate di promozione della salute e in particolare nel corso di contatti individuali o di gruppo tra futuri genitori ed operatori sanitari e sociali ben addestrati, informando i futuri genitori della fatto che:

- pressoché tutte le madri adeguatamente informate e sostenute sono in grado di allattare al seno senza particolari preparazioni;
- le situazioni nelle quali l'allattamento al seno non è raccomandato o possibile sono rarissime (*alcune malattie infettive trasmissibili, importanti patologie della mammella*)^j

^h (09G0093) (G.U. Serie Generale n. 155 del 7 luglio 2009)", alla pagina <http://www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?aggiornamenti=&attoCompleto=si&id=29174&page=newsett&anno=null>.

ⁱ La protezione dell'allattamento al seno costituisce una azione rilevante, spesso avversata, soprattutto in caso di conflitti di interesse, o sottovalutata. Il monitoraggio delle violazioni e la promozione della cultura del Codice è affidata dall'OMS e dall'UNICEF all'IBFAN (International Baby Food Network), Per approfondimenti www.ibfanitalia.org.

sfatando all'occorrenza eventuali false credenze sulle controindicazioni (ad es. perdita di capelli, miopia, ecc.)¹³ o su presunte inadeguatezze morfologiche (dimensioni del seno, capezzoli rientranti, ecc.);

- l'uso di alcune sostanze (come per es. alcool, sostanze stupefacenti, ma anche alcune sostanze presenti nel tabacco), dal momento che attraversano la placenta e sono presenti nel latte materno comportano dei rischi per il feto ed il neonato. Il loro uso dev'essere sospeso o ridotto al minimo, indicando percorsi appropriati di counselling;
- A completamento del messaggio, oltre al rispetto del Codice Internazionale, è molto importante prestare attenzione alle immagini relative alla nutrizione dei lattanti, per la loro efficacia anche sub-liminale, di cui il biberon, che ha soppiantato il seno nella simbologia della alimentazione a questa età, è l'esempio più significativo.

2.2 In gravidanza

Nel percorso nascita dovrebbero essere introdotte informazioni e occasioni di riflessione sull'allattamento materno sia nei momento di gruppo (corsi di preparazione alla nascita, incontri tra genitori, visite guidate alle strutture, ecc), che individuali (consulenze ostetrico-ginecologiche, controlli ecotomografici, ecc.) predisposti nei vari territori secondo l'organizzazione locale.

È importante che gli operatori assumano un atteggiamento di partenza coerente con il dato dimostrato che la maggioranza delle donne desidera allattare¹⁴ e si aspetta di essere sostenuta¹ e non partendo dal presupposto opposto, agendo pertanto nel senso di un rinforzo positivo.

Nei vari momenti, coinvolgendo ove possibile i padri, i nonni e le altre persone influenti indicate dalla futura madre, già in gravidanza vanno fornite o rinforzate le seguenti informazioni che ogni operatore è invitato ad approfondire:

- durata ottimale dell'allattamento al seno esclusivo (sei mesi compiuti) e continuato con adeguata alimentazione complementare;
- fisiologia della lattazione, comprese le principali informazioni sui segni di corretta posizione e attacco e di suzione efficace, sui primi "segni di fame" e sulla variabilità della frequenza e della durata delle poppate connesse con "l'allattamento a richiesta";
- pratiche che favoriscono il naturale avvio ed il consolidamento dell'allattamento al seno ("I 10 passi" OMS/UNICEF);
- prevenzione e soluzione dei problemi più frequenti con l'allattamento (ragadi, ingorgo mammario, mastite, ecc.);
- metodi per la spremitura, la raccolta e conservazione del latte materno;
- rischi di una decisione di ricorrere all'alimentazione artificiale a fronte dei riconosciuti benefici dell'allattamento al seno¹;

j Una recente ricerca commissionata dalla Società Italiana di Pediatria all'ISPO, sottolinea come l'allattamento al seno venga considerato di grande valore sia dalle donne che allattano sia da quelle che non allattano e che tutte si attendano un sostegno dal partner, dai familiari e dagli operatori. (§ Navone C, Mannheimer R, Salvi E, Tuè P, Di Pietro P - Indagine nazionale della Società Italiana di Pediatria sulla promozione dell'allattamento materno del lattante. *Minerva Pediatr.* 2008 Oct;60(5):504-525).

- pericoli relativi all'uso di tabacco e indicazione di percorsi per smettere o ridurre l'uso al minimo, con l'invito in ogni caso a non rinunciare all'allattamento e a proteggere il bambino dal fumo passivo;
- pericoli relativi all'uso dell'alcool per lo sviluppo del feto e per il neonato e l'allattamento al seno, con l'invito a sconsigliarlo in caso di consumo cronico, e a ricordare, nel caso di un futuro consumo occasionale, che l'allattamento deve essere evitato nelle due ore successive.
- importanza di una dieta nutriente e bilanciata e i vantaggi di un'attività fisica regolare in gravidanza e durante l'allattamento;
- compatibilità di tutti i seni ed i capezzoli, di qualsiasi forma e misura, con un efficace allattamento al seno, una volta che posizione ed attacco sono impostati correttamente;
- informazioni mirate a donne con problemi particolari (storia clinica di chirurgia, di malattie del seno, o con precedenti esperienze di difficoltà con l'allattamento).

Particolare attenzione anche in tutta questa fase dovrà essere rivolta alle modalità della comunicazione con le future mamme, sostenendo il sentimento più o meno consapevole, ma sempre presente, che l'allattamento costituisce una ricchezza, una grande opportunità e una fonte di gratificazione. Questa competenza naturale non va in alcun modo scoraggiata ed ostacolata, e nel contempo vanno evitati atteggiamenti inutilmente colpevolizzanti o di eccessiva responsabilizzazione, enfatizzando erroneamente la riuscita come una performance che dipende dalla volontà e dall'impegno della donna.

2.3 Alla nascita

La nascita è un momento straordinario, carico di tensioni, elementi dolorosi ed emozioni positive ed esprime tutta la straordinaria capacità della natura di ricreare continuamente la vita, aspetti che vanno tenuti costantemente presenti, anche se tutto quello che riguarda parto e primo puerperio avviene oggi nel nostro paese quasi sempre in ospedale.

Le mamme e i neonati hanno normalmente tutte le competenze necessarie perché questi momenti si svolgano nel migliore dei modi.

Di conseguenza in questa parte del percorso nascita, in qualsiasi ambiente in cui la donna decida di partorire, l'attività informativa lascia più spazio ad attività concrete, tese alla rimozione degli ostacoli affinché parto e primi momenti di vita si svolgano nel modo più naturale, garantendo nel contempo sostegno e vigilanza perché tutto avvenga nella massima sicurezza e con la maggior serenità possibile.

Sono pertanto da ricercare modalità di parto più confortevoli e vicine alle esigenze delle donne¹⁵ ed un conseguente contenimento dei tagli cesarei, la cui appropriatezza, secondo l'OMS si attesta intorno al 10-15%, a fronte del progressivo aumento registrato a livello nazionale negli ultimi anni^k (38.39 % nel 2007)¹⁶.

Pur riguardando un lasso di tempo relativamente breve, le raccomandazioni al momento della nascita e durante la degenza sono molte, fortemente interconnesse e di grande rilevanza per l'avvio e il consolidamento dell'allattamento materno.

^k La percentuale di Tagli Cesarei risulta del 37,7% nel 2004, 38,3% nel 2005, 38,36 nel 2006. L'intervallo di variazione nel 2007 è compreso tra il 23,31% della P.A. di Bolzano ed il 61,41% della Campania.

Al centro di tutto c'è senz'altro la continuità del contatto tra la madre e il neonato, che è importante indipendentemente dal tipo di alimentazione, naturale o artificiale, perché promuove il vincolo affettivo e facilita la colonizzazione del neonato con i microrganismi materni (*contatto pelle a pelle, il cosiddetto "skin-to-skin"*).

Il momento del contatto pelle a pelle tra la madre e il neonato costituisce una splendida occasione per incoraggiare attivamente l'allattamento al seno ed è il momento più adatto per suggerirlo con la giusta sensibilità in caso i genitori non si siano ancora orientati sul tipo di nutrizione.

Durante il primo contatto pelle a pelle il neonato esplora attivamente il corpo della madre e guidato dall'olfatto riesce a raggiungere il capezzolo e ad attaccarsi. Un evento a cui gli operatori *dovrebbero* "assistere intervenendo indirettamente per lo stretto necessario"¹, usando una tecnica *hands-off*^{m17,18} e lasciando mamma e neonato insieme finché lo desiderino. Tecnica, la *hands-off*, che è sempre raccomandata anche nelle successive poppate, durante le quali gli operatori dovrebbero osservare posizione ed attacco per valutare i segni di suzione efficace ed il buon inizio dell'allattamento al seno; solo in caso di difficoltà un operatore competente dovrebbe dolcemente incoraggiare la madre a migliorare la sua posizione e/o quella del neonato e a correggere l'attacco.

Quando si usano metodi di analgesia (*parto vaginale o cesareo in epidurale*), le madri e i neonati potrebbero aver bisogno di un sostegno aggiuntivo e di maggior tempo per iniziare l'allattamentoⁿ. Prima di offrire l'analgesia farmacologica, le madri dovrebbero essere pienamente informate dei possibili effetti sull'inizio dell'allattamento. Metodi alternativi e non farmacologici per alleviare il dolore nel travaglio di parto dovrebbero essere resi disponibili. Particolare cura dovrà infine essere garantita in caso di parto cesareo in anestesia generale.

2.4 I primi giorni

Nei primi giorni di vita del bambino, di solito in ospedale, le mamme soprattutto se non hanno avuto adeguato sostegno e informazioni prima del parto, possono essere preoccupate, stanche, incerte sulle propria capacità di prendersi cura del loro bambino.

^l Il neonato dev'essere asciugato e messo nudo in contatto pelle a pelle sul petto e l'addome della madre immediatamente dopo il parto, o quanto prima possibile, coperto con un telo o un panno asciutto e caldo. Questo contatto pelle a pelle deve poi durare quanto più a lungo possibile, idealmente per almeno un paio d'ore o fino al completamento della prima poppata. Tutte le routine neonatali che non siano salvavita, (bagnetto pesata, ecc.) devono essere posticipate per consentire il completamento della prima poppata^{19,20}.

^m La tecnica *hands-off* comporta che l'operatore usi solo dei consigli verbali per far sì che la madre trovi la posizione e l'attacco giusti per sé e per il neonato, senza farlo al posto loro.

ⁿ Vi sono prove crescenti che l'analgesia indotta farmacologicamente durante il travaglio di parto possa interferire con la ricerca spontanea del seno e con il comportamento del neonato durante le prime fasi dell'allattamento. Sembra però che l'analgesia epidurale non incida sui tassi di allattamento alla dimissione e a 6-8 settimane (§ bibliografia cit. in 1).

Gli operatori che assistono mamma e neonato pertanto dovrebbero essere empatici e dedicare loro tempo^o nell'attuare le seguenti indicazioni, fortemente raccomandate:

- incoraggiare le mamme a tenere il neonato nella stessa stanza 24 ore al giorno (in una culla separata, nella stessa stanza della madre - *Rooming-in*)¹⁷. Nel caso di richiesta di condivisione del letto con il neonato (*Bedding-in*), i genitori vanno informati delle precauzioni necessarie per la riduzione del rischio di SIDS (§ Cap SIDS);
- mostrare alle madri come riconoscere i primi “segni di fame” del neonato^p e come rispondervi aiutandole a trovare la posizione e l’attacco corretto e a riconoscere una poppata efficace^q. La posizione e l’attacco inadeguati del bambino sono le principali cause di problemi al seno, sia ad insorgenza precoce che tardiva (dolore durante la suzione, ragadi, ingorgo, mastite), e di scarsa assunzione di latte da parte del bambino;
- spiegare l’importanza dell’“allattamento a richiesta”, regolato dal neonato sia nella durata che nella frequenza (all’inizio può essere perfettamente normale per un lattante cercare il seno fino a 12 o più volte nelle 24 ore) e i casi in cui va offerto attivamente il seno^r; le poppate frequenti sono normali ed aiutano a stabilire e mantenere una buona produzione di latte;
- spiegare il calo di peso fisiologico (< 10%) e la successiva ripresa, e indicare i segni di una sufficiente assunzione di latte quando l’allattamento al seno è esclusivo^s¹⁷, evitando, a meno di valide ragioni mediche, la somministrazione di supplementi (acqua, soluzione glucosata, camomilla, tè o latte di formula) che influenzano negativamente il consolidamento dell’allattamento esclusivo;
- esplorare le conoscenze già in possesso della madre, acquisite prima del parto (§ 2.2) ed eventualmente riprenderle e rinforzarle supportando la neomamma nell’esperienza diretta dei primi approcci con il suo bambino;

o È tra l’altro dimostrato che un supporto insufficiente o inadeguato da parte del personale sanitario costituisce un ostacolo all’allattamento al seno.

p Aumento dell’allerta e dell’attività, rapidi movimenti degli occhi, movimenti della bocca e del collo, mani portate alla bocca, movimenti e suoni di suzione, suoni o singhiozzi sommessi, agitazione ed irritabilità; il pianto è un segno molto tardivo di fame), i segni cioè che è pronto a mangiare.

q Il neonato è attaccato correttamente quando: l’intero corpo del bambino è di fronte e stretto alla madre; il corpo e la testa del bambino sono in asse; la sua bocca è ben aperta e prende oltre al capezzolo anche parte dell’areola, il labbro inferiore è rovesciato in fuori; si vede più areola libera sopra la bocca del bambino che sotto (il piccolo deve succhiare anche parte dell’areola e non solo il capezzolo i dotti mammari sono leggermente spremuti dal movimento della lingua); il mento del neonato tocca il seno mentre il naso lo sfiora o non lo tocca; vi sono lente e profonde suzioni dopo qualche minuto di suzioni più rapide, ritmi dettati dal variare della composizione del latte (più liquido e dissetante a inizio poppata, più denso e nutritivo verso la fine). La mamma normalmente non prova dolore quando l’attacco è adeguato²⁹.

r Quando il seno è troppo pieno o il bambino dorme troppo²⁹.

s Se il bambino bagna 6 o più pannolini al giorno con urina chiara e diluita, evacua feci quasi liquide e giallastre tra le 3 e le 8 volte al giorno per le prime 3-4 settimane (e almeno una volta ogni 3-4 giorni in seguito) e mostra di star bene, sta assumendo una giusta quantità di latte²⁹.

- spiegare che un neonato sano a termine non ha bisogno di usare il succhiotto (ciuccio). Dal momento che non ci sono ad oggi evidenze che questo comporti dei benefici nel 1° mese di vita^{21,22} il succhiotto può essere introdotto successivamente ad allattamento al seno consolidato, per ridurre il rischio di SIDS con le attenzioni suggerite (§ cap SIDS);
- conoscere i protocolli validati per sostenere l'allattamento esclusivo nei casi di ittero^{23,24} e ipoglicemia^{25,26};
- mostrare la tecnica della spremitura del latte (manuale o con il tiralatte) in modo da poterla utilizzare autonomamente in caso di necessità (ad esempio comparsa di ingorgo) o qualora si presenti la necessità.

È molto importante che al momento della dimissione dall'ospedale ci sia una speciale attenzione all'avvio di un allattamento efficace e che sia successivamente garantito un sostegno continuo da parte di operatori dell'ospedale o del territorio, di qualificati consulenti in allattamento al seno, di *peer counsellors* (*mamme consulenti formate per un sostegno mamma-mamma*) o da gruppi di sostegno mamma a mamma, secondo le circostanze¹⁷. Quasi tutti gli ostacoli che si incontrano in questa prima fase possono essere superati con relativa facilità. I problemi più difficili devono però essere riferiti ad una consulente per l'allattamento o ad un operatore formato e con competenze riconosciute per il sostegno dell'allattamento.

In caso di scelta per l'alimentazione artificiale ogni informazione va fornita individualmente e, oltre agli svantaggi in termini di salute, va ricordato che il latte in polvere non è un prodotto sterile e che fra le varie precauzioni è importante ricostituirlo in dosi corrette e utilizzando acqua a non meno di 70° e che non deve essere conservato. Anche il latte pronto all'uso, che è sterile, incorre in contaminazione una volta aperto. In ogni caso va osservata una rigorosa igiene¹.

2.5 Il primo mese

Tutte le madri e i neonati dovrebbero essere visitati a domicilio nel primo periodo; durante queste visite se necessario, l'operatore o la *peer counsellor* dovrebbero osservare la poppata per accertare che attacco e posizione siano corretti, confermare una buona assunzione di latte e rassicurare la madre sul buon lavoro che sta facendo per aumentarne l'autostima. Le madri che percepiscono il pianto e la richiesta di poppate frequenti da parte del lattante come segno di un'insufficienza di latte materno hanno bisogno di spiegazioni, rassicurazioni e sostegno.

La doppia pesata (prima e dopo la poppata) va scoraggiata perché l'assunzione di latte non è mai lineare e in questo senso può aumentare l'ansia ed indurre supplementazioni inappropriate con conseguenze sulla produzione di latte. Variazioni episodiche della frequenza delle poppate sono normali.

Sono ora disponibili dati sull'aumento di peso nelle prime settimane di un neonato allattato esclusivamente al seno: in base ai nuovi standard di crescita dell'OMS un lattante di

quest'età dovrebbe aumentare in media di 200 g a settimana, (le femmine un po' meno dei maschi) anche se la crescita va valutata globalmente caso per caso¹.

Si deve consigliare alle madri una dieta bilanciata e nutriente, senza che sia necessario evitare specifici alimenti. La quantità di liquidi ingeriti non influisce sulla lattazione e si deve semplicemente consigliare alle madri di bere a sufficienza per soddisfare la sete.

2.6 Da uno a sei mesi

Se l'allattamento esclusivo è saldamente avviato, non c'è bisogno di intervenire con altri liquidi o alimenti. Alle madri bisogna consigliare di controllare la crescita, per esempio nei bilanci di salute mensili e di continuare con l'allattamento a libera domanda.

Attorno ai sei mesi, la maggioranza dei bambini mostra interesse per altri alimenti (cioè per alimenti solidi) oltre al latte materno. Ammesso che il bambino sia in buona salute, ai genitori si deve consigliare di osservare il comportamento dei figli e di rispondervi in maniera appropriata (cioè di non forzare mai il lattante a mangiare).

2.7 Dopo i sei mesi

Pur considerando che vi sono variazioni nei bisogni dei singoli bambini, il latte materno da solo non è sufficiente a soddisfare tutte le esigenze nutrizionali dei bambini dopo i sei mesi. Degli alimenti complementari sono generalmente necessari a partire da quest'età, aggiunti in modo graduale al latte materno²⁸.

Dando per scontato che sono le madri a dover decidere quanto a lungo desiderano allattare, è importante offrir loro tutto il sostegno e l'aiuto di cui hanno bisogno per continuare con l'allattamento al seno fino a due anni ed oltre, come consigliano l'OMS, l'UNICEF e la maggioranza delle politiche e delle raccomandazioni nazionali e professionali^(2,4,29,30).

Iniziare troppo presto l'alimentazione complementare non è consigliabile perché: il latte materno può essere sostituito da liquidi e alimenti di minore qualità che potrebbero non avere la densità di nutrienti ed energia necessaria alle esigenze del lattante; dare altri liquidi ed alimenti può inoltre far diminuire la produzione di latte materno. I lattanti non sono ancora in grado di digerire alcuni alimenti, in particolare il latte vaccino non va introdotto prima di un anno di vita. L'esposizione precoce ad alcuni cibi può scatenare allergie. Le madri anticipano il ritorno del periodo fertile perché la riduzione delle poppate riduce la durata della soppressione dell'ovulazione.

Ritardare troppo a lungo l'introduzione di alimenti complementari non è consigliabile perché: il latte materno da solo potrebbe non fornire abbastanza energia e nutrienti, con conseguente rallentamento della crescita e denutrizione. Il latte materno da solo potrebbe non soddisfare le crescenti esigenze di alcuni micronutrienti, soprattutto ferro e zinco.

Potrebbero esservi effetti avversi sullo sviluppo ottimale delle capacità motorie della bocca, come la capacità di masticare, e sulla facilità ad accettare nuovi sapori e cibi di diversa consistenza.

^t Le nuove curve di crescita, comprese molte pubblicazioni attinenti il progetto, un software per l'analisi di dati individuali e di popolazione, e un manuale di formazione per l'uso delle nuove curve, sono scaricabili gratuitamente dal sito dell'OMS all'indirizzo <http://www.who.int/childgrowth/en/index.html>²⁷.

2.8 Allattamento al seno e lavoro della madre

Sulla base di tutte le evidenze a sostegno degli esiti in salute di un allattamento esclusivo per sei mesi e di un allattamento che prosegue dopo l'introduzione di un'alimentazione complementare, gli operatori sanitari dovrebbero mantenere una posizione chiara a favore dell'allattamento al seno, in particolare nei momenti in cui la madre potrebbe sperimentare delle difficoltà, come può capitare al rientro al lavoro.

La prima cosa su cui la donna che lavora deve essere informata è che è possibile, se si programma per tempo, conciliare l'allattamento materno con la ripresa lavorativa.

Allattare al seno dopo la ripresa del lavoro o in alcuni casi della scuola è sicuramente una sfida, ma altrettanto sicuramente una soddisfazione di cui le madri possono andare fiere.

Alcune madri riescono a farlo da sole, mentre altre sperimentano frustrazione, disappunto, di solito per scarso sostegno, mancanza di luoghi o strumenti per estrarre il latte, poco tempo, con conseguente riduzione della produzione di latte. I pediatri e gli operatori sanitari sono molto importanti nel sostenere le madri incoraggiandole a continuare ad allattare al seno e offrendo loro aiuto competente nel periodo di transizione che precede il ritorno al lavoro.

Nonostante il consenso sul fatto che l'allattamento materno apporti benefici per madri e bambini, negli Stati Uniti ad esempio, meno della metà delle madri che lavorano a tempo pieno allatta il proprio bambino in modo esclusivo. La ripresa del lavoro infatti interferisce con la durata dell'allattamento materno, come risulta dal fatto che se tra le madri impiegate part-time a tre mesi dopo la nascita la prevalenza dell'allattamento era solo di poco inferiore di quello delle madri casalinghe, la prevalenza era invece sostanzialmente ridotta nelle madri che riprendevano il lavoro full-time³¹.

Va detto che anche i datori di lavoro potrebbero beneficiare del sostegno fornito alle madri, rendendo possibile allattare o estrarre il latte nei luoghi di lavoro: l'assenteismo dei genitori è tre volte più alto nel gruppo dei bambini alimentati con latte artificiale rispetto a quelli alimentati al seno^{32,33}. Le aziende che adottano un programma di sostegno per le donne che allattano sperimentano inoltre meno turnover e minori abbandoni di personale femminile esperto dopo il parto. Inoltre queste aziende sono gratificate da un più alto grado di soddisfazione, lealtà e motivazione delle lavoratrici³⁴.

In considerazione della provata influenza favorevole nell'utilizzo dell'aspettativa prolungata, in particolare per il lavoro a tempo pieno e per lavori pesanti e/o precari, della pianificazione dell'allattamento e laddove è possibile della negoziazione con il datore di lavoro, gli operatori dovrebbero informare le madri sugli strumenti disponibili, incoraggiarle ad utilizzare l'aspettativa di maternità e appoggiare le iniziative a sostegno di un'aspettativa pagata anche per le categorie delle madri che non l'hanno³⁵. Sono necessari comunque studi che valutino l'efficacia di diversi interventi a sostegno dell'allattamento al seno sul posto di lavoro³⁶. La normativa italiana è una tra le più protettive a livello europeo, anche se spesso le donne non conoscono a fondo i loro diritti (es. permessi allattamento) e copre solo parzialmente, con livelli di garanzia differenti, alcune categorie di lavoratrici (es. libere professioniste, precari)^u.

^u § sito. MAMI http://www.mami.org/altri_documenti/lavoro.html e sito INPS <http://www.inps.it/newportal/default.aspx?itemDir=4797>.

Gli operatori dovrebbero invitare la madre a familiarizzare prima del ritorno al lavoro con le modalità di estrazione e di conservazione del latte, in modo da raccoglierne una quantità sufficiente per essere tranquilla in caso di imprevisti (es. ritardi, impossibilità di togliersi il latte, aumento della fame del bambino). È utile che la madre, prima di affidare il bambino ad altre persone, cominci ad abituarlo ad utilizzare il biberon con il latte materno spremuto, cercando comunque di organizzarsi per garantirgli almeno un pasto al giorno direttamente al seno.

In alcuni paesi sono disponibili sul posto di lavoro spazi riservati per le madri che allattano, dove poter estrarre il latte e trovare programmi specifici di sostegno. La combinazione tra una poppata al seno sul posto di lavoro e la somministrazione di una con il latte spremuto è quella che assicura i migliori risultati³².

È importante che la madre sia consapevole del valore del sostegno e non esiti a chiedere aiuto alla famiglia e agli operatori, specie per il proseguimento dell'allattamento dopo la ripresa del lavoro.

L'operatore deve ricordare che anche i gruppi di supporto di madri o di donne lavoratrici che allattano offrono un sostegno efficace nel proseguimento dell'allattamento al seno e, dove possibile e opportuno, dovrebbero consigliarne la frequenza alle madri.

La madre deve inoltre essere incoraggiata a prendersi cura di sé e della propria alimentazione, rassicurandola comunque del risultato che otterrà: anche poco latte materno in più è sempre meglio della totale privazione di questo prezioso alimento.

2.9 Allattamento al seno in pubblico?

Non esiste alcuna legge che impedisca di scoprire il seno in pubblico per allattare. Recenti episodi di cronaca tuttavia hanno messo in evidenza una certa intolleranza di alcuni nel lasciare che una madre allatti al seno il proprio bambino in pubblico (bar, musei, ecc.), con interventi, talvolta maleducati, di allontanamento e suscitando la vivace reazione di altre madri.

È difficile dire se si tratta di singoli episodi o la spia di un'intolleranza diffusa: sicuramente è necessaria una riflessione su come è considerato l'allattamento al seno nella nostra società e su quanto ci sia bisogno di interventi di sostegno da parte delle istituzioni³⁶. Alcune donne vivono poco serenamente l'esperienza dell'allattamento e questo disagio sembra aumentare se la poppata avviene fuori dalle mura di casa.

Per la maggior parte delle persone l'allattamento in pubblico non desta stupore né scalpore, al massimo solo curiosità per un gesto divenuto raro da noi. Qualcuno invece si scandalizza e si domanda in modo più o meno esplicito se allattare in pubblico sia proprio necessario³⁷. La maggior parte delle persone ha probabilmente un'idea di come viene alimentato un bambino con il latte artificiale e, prigioniera di un immaginario che associa la nutrizione infantile al biberon e agli orari, non riesce a rappresentarsi un funzionamento così diverso come quello dell'allattamento materno.

Ogni coppia mamma-bambino infatti sviluppa un proprio modo di allattare al seno: ogni bimbo ha un suo stile alimentare e diversi tempi di poppata al seno, in particolare non esiste un orario di poppata e quindi ogni luogo la deve poter ospitare.

v Cfr. *Allattamento al seno: dichiarazioni Sottosegretario Eugenia Roccella* in http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_comunicati_2404_testo.rtf.

L'allattare in pubblico ha un sicuro impatto sulla cultura dell'alimentazione infantile. Oggi è abbastanza raro vedere una donna che allatta al seno il proprio bambino in pubblico. Le generazioni nate dopo gli anni Settanta sono state poco esposte a immagini di donne che allattano come modello normale di alimentazione dei bambini. Arrivate alla loro prima gravidanza, molte donne non hanno mai tenuto un bambino piccolo tra le braccia e non hanno mai visto un'altra donna allattare. Per questo risulta importante fare incontrare madri in gravidanza con altre che stanno allattando o fare incontrare madri che allattano con le nuove generazioni durante incontri promossi per esempio dai consultori nelle scuole. In questo scenario gli operatori sanitari possono avere un ruolo strategico: possono modificare con informazioni corrette, basate sulle evidenze scientifiche, alcuni pregiudizi che riguardano l'allattamento al seno; possono favorire la creazione di ambienti accoglienti per le madri che allattano sia all'interno della propria struttura, sia in altri spazi frequentati da mamme e bambini (bar, asili nidi, farmacie, negozi, ecc.) in modo che allattare al seno risulti essere il modo normale con cui una madre alimenta il proprio bambino (§ passo 6 dell'Iniziativa UNICEF Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno). Un buon esempio riguarda le farmacie: è in atto dal 2007 un'interessante iniziativa ideata dall'Associazione "Il Melograno"^w di Verona denominata "Farmacia Amica dell'Allattamento materno" (FAAM) che sulla base dell'importante ruolo dei farmacisti nella tutela e nel sostegno dell'allattamento materno, prevede una formazione dei farmacisti secondo criteri OMS-UNICEF, il rispetto del "Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno", e soprattutto una accoglienza di primo livello, integrata con la rete locale di supporto, con la possibilità delle mamme di utilizzare in farmacia spazi protetti. L'iniziativa^x per la validità degli strumenti proposti ha ottenuto il patrocinio di IBFAN Italia, UNICEF Italia, ACP.

3. I progetti OMS/UNICEF per gli ospedali e la comunità

Il percorso dell'OMS e dell'UNICEF per la promozione dell'allattamento materno dura ormai da decenni. Alla politica di protezione culminata con la promulgazione del *Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno*¹² del 1981^y, si è aggiunta la promozione attiva ed il sostegno che ancor oggi fa validamente riferimento al documento congiunto di Ginevra del 1989 "L'allattamento al seno: promozione, protezione e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità"³⁸. Questi due importanti documenti sono parte integrante dei contenuti dell'Iniziativa Internazionale Ospedali Amici dei Bambini (**Baby Friendly Hospital Initiative - BFHI**).

w "IL MELOGRANO": Associazione Nazionale fra i Centri Informazione Maternità e Nascita associazione senza scopo di lucro, che dal 1981 si occupa di maternità, nascita e prima infanzia e che riunisce 14 centri che hanno sede in varie regioni d'Italia <http://www.melograno.org>.

x § www.progettofaam.org.

y Ribadita nel tempo con le successive risoluzioni dell'Assemblea Mondiale di Sanità in particolare le n. 39.28-1986, 47.5-1994, 49.15-1996, 54.2-2001 e 55.25-2002 che ne sono parte integrante.

Tabella 3. Livelli di evidenza e gradi di raccomandazione per i 10 Passi dell'Iniziativa Ospedale Amico del Bambino⁴¹.

Passo	Evidenza	Raccomandazione
1. Definire un Protocollo scritto per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario	1++	A
2. Preparare tutto il personale sanitario per mettere in pratica il Protocollo	1++	A
3. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e delle corrette modalità dell'allattamento materno	1++	A
4. Aiutare le madri affinché inizino ad allattare al seno entro mezz'ora dal parto (contatto pelle-a-pelle/skin-to-skin)	1	A
5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la produzione del latte, anche nel caso di separazione dai neonati	1++	A
6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne precisa prescrizione medica	1/2	A/B
7. Praticare il rooming-in, permettere cioè alla madre e al bambino di restare insieme 24 ore su 24 durante la degenza	1	A
8. Incoraggiare l'allattamento al seno tutte le volte che il neonato lo richiede	1++	A
9. Non utilizzare tettarelle per biberon o succhiotti durante il periodo di avvio dell'allattamento	2/3/4	C/D
10. Favorire la creazione di gruppi di sostegno per l'allattamento materno, e indirizzarvi le madri alla dimissione	1++	A

Attualmente, secondo gli aggiornamenti OMS/UNICEF 2009:

* **il Passo 4 viene interpretato come:** Mettere i neonati a contatto pelle-a-pelle immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a riconoscere quando i loro bambini sono pronti all'allattamento, offrendo aiuto se necessario

** **il Passo 10 viene interpretato come:** Promuovere la collaborazione tra il personale della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall'ospedale

Lanciata nel 1992 a San Diego da UNICEF e OMS la BFHI vuole assicurare che tutti gli ospedali accolgano nel migliore modo possibile i neonati e divengano centri di sostegno per l'allattamento al seno (§ tabella 3). Per diventare "Ospedale Amico dei Bambini", un ospedale deve applicare i "10 passi"³⁹ contenuti nella dichiarazione di Ginevra. La verifica è molto dettagliata e basata su osservazioni dirette, esame della documentazione e interviste alle madri ed al personale ed è curata dal Comitato Italiano per l'UNICEF^z.

L'interesse per il progetto è crescente e prove scientifiche^{aa} sempre più confortanti (§ tabella 3), nonché prese di posizione delle più autorevoli organizzazioni scientifiche⁴⁰ permettono di indicare la BFHI come "spinta maggiore che ci sia mai stata, nella storia della sanità pubblica, per la promozione dell'allattamento al seno"⁴¹. Per questo i contenuti del programma "Ospedali amici dei bambini" sono inseriti tra le priorità del *Piano Sanitario Nazionale* vigente e del programma "Guadagnare Salute"^{ab}, e sono inoltre uno degli obiettivi principali delle "Linee di Indirizzo Nazionali sulla Protezione, la Promozione e il Sostegno dell'Allattamento al Seno".

Dal 2007 inoltre anche in Italia sono stati approntati gli strumenti per una iniziativa analoga nei servizi territoriali denominata "Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno" (§ tabella 4), dove è spiccata l'attenzione al sostegno della Genitorialità^{ac}.

Tabella 4. I 7 Passi per una "Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno"

1. Definire una politica aziendale per l'allattamento materno e farla conoscere a tutto il personale
2. Formare tutto il personale per attuare la politica aziendale
3. Informare tutte le donne in gravidanza e le loro famiglie sui benefici e sulla pratica dell'allattamento materno
4. Sostenere le madri nel proteggere l'avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno
5. Promuovere l'allattamento al seno esclusivo fino ai 6 mesi compiuti, l'introduzione di adeguati alimenti complementari oltre i 6 mesi e l'allattamento materno prolungato
6. Creare ambienti accoglienti per favorire la pratica dell'allattamento materno
7. Promuovere la collaborazione tra tutto il personale sanitario, i gruppi di sostegno e la comunità locale

I due progetti "Ospedali Amici dei Bambini e Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento materno, dall'ottobre 2009 vengono promossi dall'UNICEF in modo integrato,

z § www.unicef.it/ospedaliamic.

aa Una utile rassegna è reperibile anche alla voce allattamento in *Saperidoc* – voce Allattamento http://www.saperidoc.it/area_12.html.

ab www.ministerosalute.it.

ac Costruita sul modello della Gran Bretagna e del Canada, applicata anche in Argentina, Australia, Nuova Zelanda, Ghana, viene sperimentata dal 2007 anche in Italia in 18 aziende sanitarie, attraverso una collaborazione tra UNICEF – IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, ASL di Milano (§ www.unicef.it).

adottando per entrambi una sistema di valutazione che prevede un accompagnamento delle strutture interessate e tre momenti valutativi: sulla documentazione, sulla formazione del personale, e sul risultato finale con le mamme – (§ tabella 5).

Tabella 5. il percorso BFHI/BFCI in Italia



L'occasione di trovare un'integrazione tra i due progetti BFHI e BFCI è stata colta come una importante opportunità da alcune Aziende Sanitarie in Italia.

Nel Veneto l'Azienda ULSS 20 di Verona e l'ASL 3 di Bassano del Grappa hanno predisposto un piano di lavoro integrato per realizzare l'obiettivo del raggiungimento degli Standard richiesti sia per l'Ospedale (consolidando i primi due BFH Italiani) e il territorio.

Il modello di "Politica Aziendale Integrata per l'Allattamento" adottato dal Dipartimento Materno Infantile dell'ULSS 20 costituisce un interessante prototipo^{ad}.

1° edizione a cura di Leonardo Speri, Mara Brunelli

Revisori: Maria Enrica Bettinelli, Adriano Cattaneo, Rosellina Cosentino, Beatrice Dalla Barba
Aggiornamento a cura di: Maria Enrica Bettinelli, Mara Brunelli, Elise Chapin, Elisa Pastorelli, Leonardo Speri

Revisori: Adriano Cattaneo, Rosellina Cosentino, Maria Ersilia Armeni

^{ad} Dipartimento Materno Infantile ULSS 20 – Direttore dott. Mauro Cinquetti - <http://www.ulss20.verona.it/ospedale.html>.

Il counselling in più

Il crescente impegno per la promozione dell'allattamento al seno in tutte le nazioni, non ha ancora dato i risultati sperati: i dati più recenti dicono che ancora troppe donne rinunciano ad allattare al seno fin dalle prime settimane e la percentuale di quelle che arrivano almeno al 6° mese è più bassa dell'attesa. I fattori sono molti e complessi.

Per quel che riguarda gli operatori si deve purtroppo segnalare che ancora in troppi contesti l'atteggiamento che assumono, la competenza specifica limitata, insieme all'organizzazione dei servizi non promuovono l'allattamento materno, anzi lo scoraggiano quando non lo ostacolano.

Nel promuovere l'allattamento tuttavia è molto importante individuare uno stile corretto per non ottenere effetti controproducenti.

Una volta che l'operatore e la struttura hanno creato le condizioni più favorevoli per un avvio dell'allattamento al seno esclusivo, la riflessione deve essere orientata a ciò che può frenare, a partire dai vincoli familiari, la messa in atto di questa pratica da parte delle mamme, soprattutto nella fase immediatamente seguente al parto e al ritorno a casa.

Le informazioni fornite nei corsi di preparazione alla nascita sono importanti, ma sarà l'esperienza diretta di rapporto con il proprio bambino a rendere più o meno desiderabile-possibile-praticabile l'allattamento al seno.

Anche dove l'allattamento viene promosso attivamente possiamo però raccogliere alcuni esempi di ostacoli e di difficoltà in qualche modo paradigmatici, segnalati da mamme che non hanno allattato, o che hanno allattato con fatica e sofferenza:

- una svalutazione generale delle difficoltà della madre, che rischia di produrre una inutile contrapposizione fra benessere materno e benessere del bambino, con effetti negativi per entrambi;
- un atteggiamento di colpevolizzazione da parte dei professionisti quando le cose non vanno subito nel migliore dei modi (difficoltà nell'attaccare il bambino, o per esempio se il latte è scarso, come se questo dipendesse dalla volontà della madre);
- la difficoltà nel modulare i protocolli di comportamento rispetto alla specificità delle diverse situazioni, con una conseguente rigidità nell'attuazione del percorso assistenziale;
- la scarsa attenzione dedicata ai problemi relativi al ritmo di vita, al lavoro, e alle abitudini della mamma che possono entrare in conflitto con il naturali bioritmi richiesti da un allattamento esclusivo, problemi che per essere risolti richiedono una comprensione e supporto attivo, soprattutto dei familiari.

Il rischio di contrapporre alla madre reale, con i suoi limiti, le sue difficoltà, le sue esigenze personali e il suo contesto di riferimento, una madre ideale proposta dai professionisti, che fa le cose giuste e sceglie sempre e solo per il bene del suo bambino è piuttosto alto, e può aiutare a comprendere, in alcuni casi, la sproporzione fra l'impegno dedicato alla promozione dell'allattamento al seno e gli effettivi risultati, aumentando il sentimento di frustrazione della madri ma anche degli operatori.

Il percorso nascita è caratterizzato poi da ansie diverse, specifiche del particolare momento (dalle preoccupazioni nelle diverse fasi della gravidanza, ai momenti molto intensi

del parto, alle angosce relative alla salute del bambino e alla crescita) che vanno ascoltate e mitigate prima di fornire informazioni o indicazioni di comportamento.

L'uso di abilità di counselling può essere utile:

- **In gravidanza**, per facilitare il passaggio dall'allattamento visto come problema teorico e ancora lontano dall'esperienza della mamma in attesa, all'allattamento come modalità di comportamento a cui cominciare a pensare in modo concreto. A questo scopo è necessario:
 - esplorare prioritariamente tutte le fonti di conoscenza della futura mamma e della famiglia sul tema allattamento: è provato che le esperienze di familiari, amiche e persone vicine in generale e le informazioni che ne derivano, hanno effetti più rilevanti di quelle provenienti dai professionisti;
 - introdurre ed integrare le informazioni necessarie sui vantaggi, benefici e bellezza dell'allattamento al seno, senza enfatizzarle: una eccessiva pressione sugli aspetti positivi abbassa la capacità di ascolto da parte di chi ha invece timori, dubbi o esperienze negative;
 - costruire con la mamma una mappa degli obiettivi desiderati, degli ostacoli immaginati e delle risorse utilizzabili, facendo attenzione a non svalutare mai nessuna delle difficoltà che vengono evocate;
 - aiutare la mamma a costruirsi una prima immagine concreta della situazione allattamento, incoraggiandola a individuare cosa non sa (perfezionamento delle informazioni), cosa vorrebbe evitare, ecc.. In questa fase dovrebbero essere fornite anche informazioni pratiche su dove trovare sostegno.

- **Al momento del parto**, per segnalare attenzione anche per la mamma, e non solo per il bambino: tutte le pratiche di facilitazione del contatto fra mamma e bambino devono essere messe in atto tenendo conto dei **due** personaggi che in quel momento sono insieme per la prima volta. Questo significa parlare alla mamma di lei, e non solo del bambino, non parlare troppo, non interferire con consigli e neppure con eccessive positivizzazioni. Se le condizioni cliniche lo consentono, il ritmo della relazione deve essere deciso dalla mamma e l'operatore deve evitare separazioni troppo precoci e non richieste per pratiche routinarie rinviabili, come anche non insistere sulle procedure di fronte alle richieste di mamme orientate diversamente.

- **Nei primi giorni dopo il parto**, tutte le indicazioni e le informazioni devono essere date utilizzando le modalità del counselling, e in particolare:
 - non dare troppe informazioni alla volta;
 - separare gli aspetti specificamente informativi dalle indicazioni di comportamento;
 - completare sempre ogni informazione e ogni indicazione di comportamento con l'incoraggiamento a cercare cosa non è chiaro, o cosa può risultare difficile;
 - evitare ogni atteggiamento colpevolizzante.

Es. (intervento con una mamma in difficoltà, palesemente in ansia, con il neonato che piange e non si attacca).

Proviamo insieme a vedere cosa si può fare a questo punto: sembra proprio arrabbiato, per lui è più difficile attaccarsi e per la mamma anche... In queste situazioni è più facile entrare in crisi... Cos'è che la preoccupa di più?... È comprensibile che questa situazione la metta in ansia: vediamo insieme cosa possiamo fare - Adesso provo a dirle cosa fare, lei veda se tentando in questo modo si trova meglio. ... Ce la fa a provare ancora per un po'? Poi magari possiamo provare comunque a spremere il latte e a darglielo con il cucchiaino... [...].

Solo successivamente... *Volevo anche ripeterle qualcuna delle cose che ci siamo già dette: per esempio tutti i bambini danno dei segnali quando hanno fame, ancor prima di cominciare a piangere. Lei ha già visto qualche segnale da parte di Luca?*

- **Nel sostegno alla mamma dopo il ritorno a casa** Gli operatori che intervengono in questa fase dovranno essere attenti a individuare i fattori ostacolanti presenti nella situazione familiare e i fattori che favoriscono il mantenimento del comportamento o rendono possibile un intervento di rimotivazione. In particolare è utile verificare:
 - Eventuali ostacoli all'allattamento materno esclusivo;
 - Quali strumenti hanno a disposizione la mamma e la famiglia per superare questi ostacoli;
 - Quali comportamenti, modalità, azioni non sono ancora state apprese in modo sufficiente e richiedono un ulteriore intervento educativo;
 - Cosa può accrescere ulteriormente la motivazione a proseguire l'allattamento e cosa rischia di ostacolarla;
 - Quali aiuti concreti sono disponibili nel territorio, sia con riferimento a gruppi di mamme, per sostenere adeguatamente la mamma e suoi familiari, sia per quel che riguarda il rientro al lavoro.

Anche in questo caso, come poi al momento dell'introduzione dell'alimentazione complementare, la capacità di separare gli interventi informativi dagli interventi di promozione o apprendimento di comportamenti è essenziale per evitare una situazione di "predica", e per consentire al professionista di valutare la effettiva praticabilità dei comportamenti consigliati in una situazione di benessere per la madre e per il bambino, passando dall'attitudine a "spiegare" a quella del "farsi spiegare".

Silvana Quadrino Istituto CHANGE www.counselling.it

"PILLOLE" DI VALUTAZIONE

Sostenere l'allattamento materno

Cosa sanno e come si comportano i genitori

Oltre il 90% dei genitori dichiara di aver ricevuto informazioni sull'importanza dell'allattamento materno esclusivo. Il luogo dove i genitori dichiarano di aver ricevuto maggiori informazioni è l'ambulatorio ostetrico-ginecologico (circa il 42%) a seguire con circa il 39% il corso pre-parto e il punto nascita dell'ospedale. Questa percentuale si riduce però al 76% se si considerano i genitori che hanno ricevuto informazioni sulle "modalità migliori di allattamento al seno", queste informazioni vengono date nella maggior parte dei casi all'Ospedale/Punto Nascita (52%) e al corso pre-parto (41%).

Rispetto a ciò che i genitori sanno su alcuni aspetti dell'allattamento materno si riscontrano delle conoscenze consolidate, ma anche il persistere di alcune "zone d'ombra" come dimostra la tabella 1.

Tabella 1. % risposte corrette sulle conoscenze dei genitori

L'allattamento materno: (fra parentesi la risposta corretta)	% di risposte corrette
Può prevenire l'obesità del bambino. (Vero)	42,5%
Va smesso in caso di coliche del lattante. (Falso)	83,4%
Favorisce il "ritorno in forma" della madre. (Vero)	49,6%
Previene le patologie delle prime vie respiratorie del bambino. (Vero)	41,3%

% di genitori che rispondono correttamente a tutte le domande 14,3%

Relativamente alla durata dell'allattamento esclusivo al seno i genitori intervistati ritengono che in media una madre dovrebbe allattare in modo esclusivo fino a oltre i sette mesi e mezzo di vita, a fronte di una raccomandazione dell'OMS di 6 mesi, periodo conosciuto correttamente dal 42,3% (n=2462) degli intervistati.

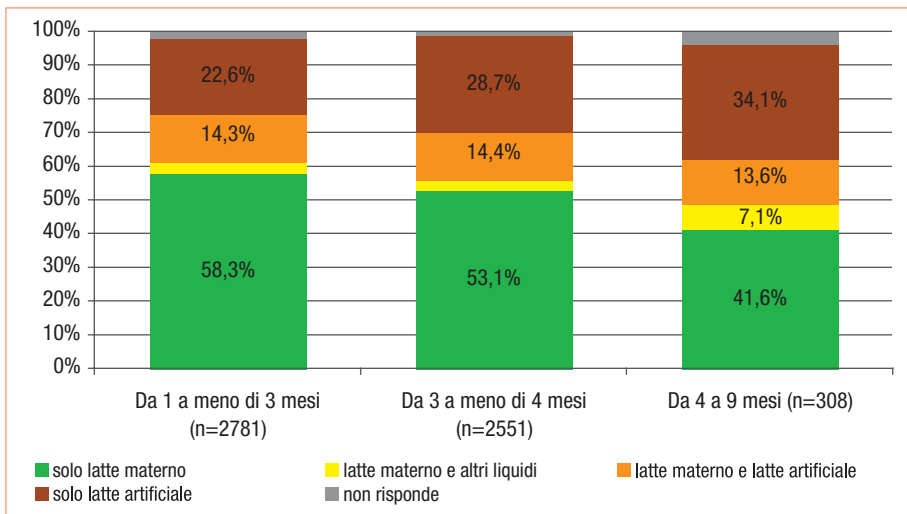
	Media	Mediana	n
Mesi di allattamento esclusivo	7,60	6	5223

In considerazione dell'alta numerosità di genitori che sostengono un allattamento al seno esclusivo per più di 6 mesi (33,3%, pari a n=1823), l'ipotesi che non vi sia una chiarezza sufficiente rispetto al concetto di allattamento esclusivo (§ tabella tipizzazione allattamento cap.3) una volta introdotta l'alimentazione complementare.

Altro elemento interessante risulta essere la modalità di alimentazione del bambino nelle ultime 24 ore dal rilevamento, tipizzata secondo i criteri OMS. Tenendo conto che le persone intervistate sono genitori di bambini per la maggior parte tra 1 e 3 mesi, questo indicatore dà uno spaccato attendibile sulla prevalenza dell'allattamento materno nella popolazione.

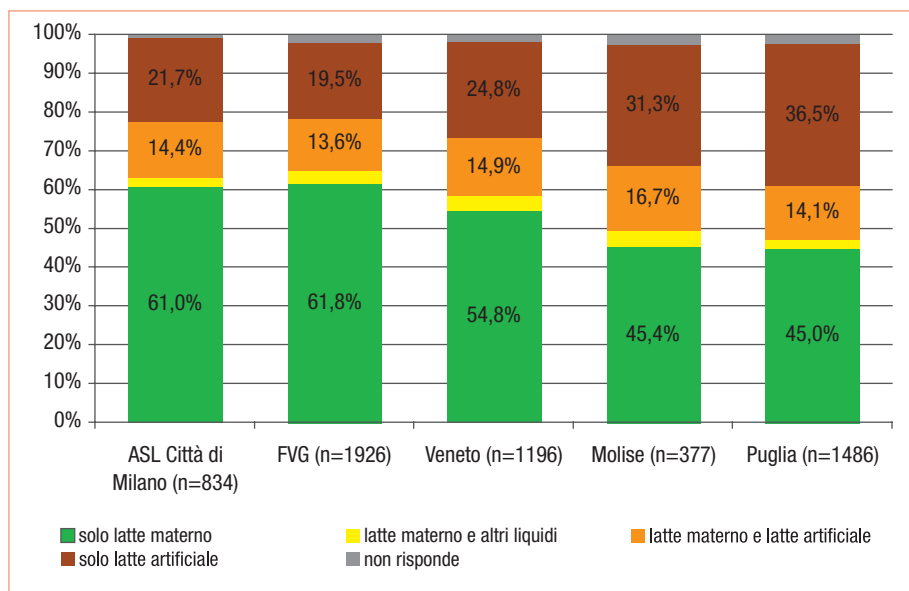
Dal grafico 1 si vede come già nei bambini con età compresa tra 1 e meno di 3 mesi, la percentuale di allattamento esclusivo è sotto al 60%, percentuale che si riduce al 53% tra quelli di età compresa tra 3 e 4 mesi. Inoltre si evidenzia che l'alimentazione esclusivamente artificiale è di gran lunga prevalente rispetto a quella mista.

Grafico 1. Prevalenza allattamento materno sotto l'anno di vita



Il dato che è consuetudine rilevare intorno al 6° mese di vita, per valutare lo scostamento della prevalenza dell'AS esclusivo rispetto le raccomandazioni OMS, riguarda un sottogruppo campionato numericamente contenuto e non ulteriormente disaggregabile (n=103 bambini tra 5 e 7 mesi), nel quale si rilevano il 35,9% di allattamento solo con latte materno, 12,6% di allattamento materno e altri liquidi, 8,7% di allattamento materno e latte artificiale e 37,9% solo con latte artificiale (il 4,8% non risponde). È interessante notare come alcune variabili territoriali e socio-demografiche influenzino significativamente la modalità di alimentazione del bambino. Ad esempio il grafico 2 mette in evidenza come, a parità di età ci siano 16 punti percentuali di differenza tra la ASL di Milano, dove c'è la più alta prevalenza dell'allattamento materno e dove ci sono programmi pilota di sostegno all'AS, e la Puglia dove la % di mamme che praticano l'allattamento esclusivo è la più bassa pari al 45%. Le ragioni di queste marcate differenze vanno indagate (tra le possibili variabili: la cultura propria della popolazione di appartenenza, la struttura sociale ed economica di riferimento e la possibilità della donna di avere corretti supporti in questa delicata fase di crescita dei figli).

Grafico 2. prevalenza complessiva dell'AS, sotto l'anno di vita, per distribuzione geografica



Altre variabili che hanno dimostrato importanti influenze sulle modalità di alimentazione del bambino sono:

- **Il titolo di studio:** la percentuale di mamme laureate che allatta esclusivamente al seno è del 61% contro il 55% delle mamme con la scuola superiore e il 48% di quelle con la scuola dell'obbligo;
- **Primo figlio:** nelle mamme primipare la percentuale di allattamento esclusivo al seno è di 10 punti percentuali inferiore rispetto alle mamme che hanno già avuto altri figli, 50,5% con i primi figli, 60,7% con i secondi o successivi;
- **Cittadinanza della madre:** le mamme europee ma non italiane sono quelle che allattano di più (circa 65%), seguono le donne extra-europee (57,2%) e infine le italiane (54,4%).

Cosa sanno gli operatori prima della formazione GenitoriPiù

Gli operatori che hanno risposto al questionario ritengono molto importante che una donna allatti esclusivamente al seno il suo bambino nei primi mesi di vita ma, nel contempo, ritengono che la cessazione precoce dell'allattamento non sia così determinante sulle condizioni del bambino, come dimostrano le medie riportate nella tabella 2.

Tabella 2. Convinzioni degli operatori sull'allattamento materno

Su una scala da 1 a 7:	Media (sul totale dei rispondenti)
Quant'è importante che una donna allatti esclusivamente al seno il proprio figlio nei primi mesi di vita?	6,82
Quanto può incidere sulle condizioni del bambino la cessazione precoce dell'allattamento materno?	5,44

Rispetto a questo determinante di salute gli operatori si sentono molto coinvolti essendo quello su cui maggiormente danno consigli: circa l'80% degli intervistati dà sempre o spesso consigli sull'allattamento.

Tabella 3. Durante la sua attività, dà ai genitori consigli sull'allattamento al seno? (sul totale dei rispondenti)

Sempre	Spesso	Raramente	Mai	Non risponde
54,6%	24,0%	10,1%	6,9%	4,3%

Questa % è molto differenziata tra le figure professionali: raggiunge il massimo nei pediatri e nelle ostetriche con rispettivamente il 96% e il 95% di professionisti che affermano di dare consigli sempre o spesso.

Questa forte attenzione all'allattamento o, più in generale, all'alimentazione del bambino è sicuramente un dato positivo; si è quindi cercato di capire quali sono i consigli forniti ai genitori, in particolare per quanto tempo gli operatori consigliano l'allattamento esclusivo al seno.

Il grafico 3 mostra come su questo argomento non ci siano forti disparità tra le ripartizioni geografiche; mostra anche, però, come gli operatori seguano una strada generica nel dare consigli, non prevedendo, nella maggior parte dei casi, un tempo definito di allattamento.

Singolare anche come circa il 10% degli operatori (in maniera differenziata tra nord, centro e sud) consigli più di 6 mesi di allattamento esclusivo, facendo riemergere, anche nel caso degli operatori, il dubbio che non sia completamente acquisito il concetto di esclusività dell'allattamento.

Considerando come consiglio corretto un tempo pari a 6 mesi di allattamento esclusivo e combinando le risposte alle domande se l'operatore dà consigli e quali consigli dà si ottiene la distribuzione di frequenza riportata nel grafico 4.

Grafico 3. informazioni fornite sulla durata sull'allattamento esclusivo dagli operatori per area geografica

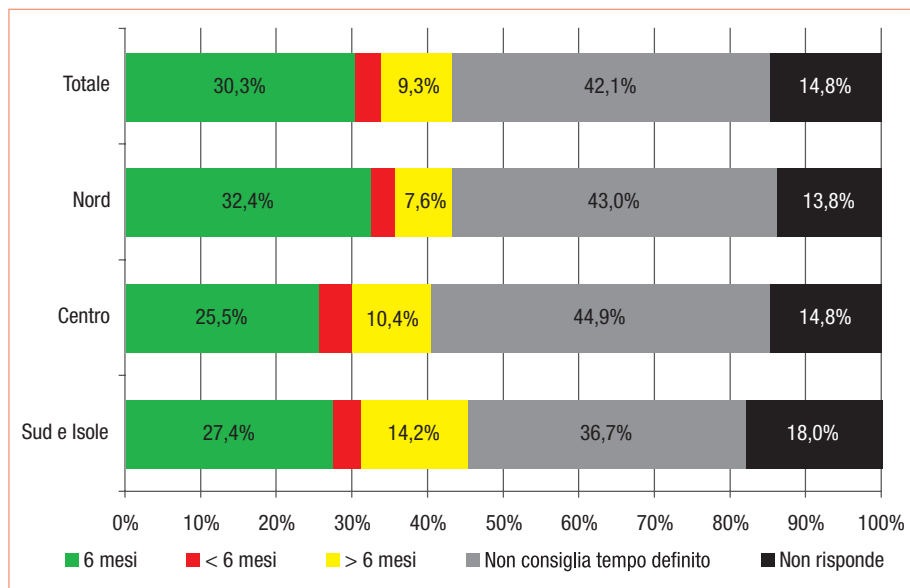
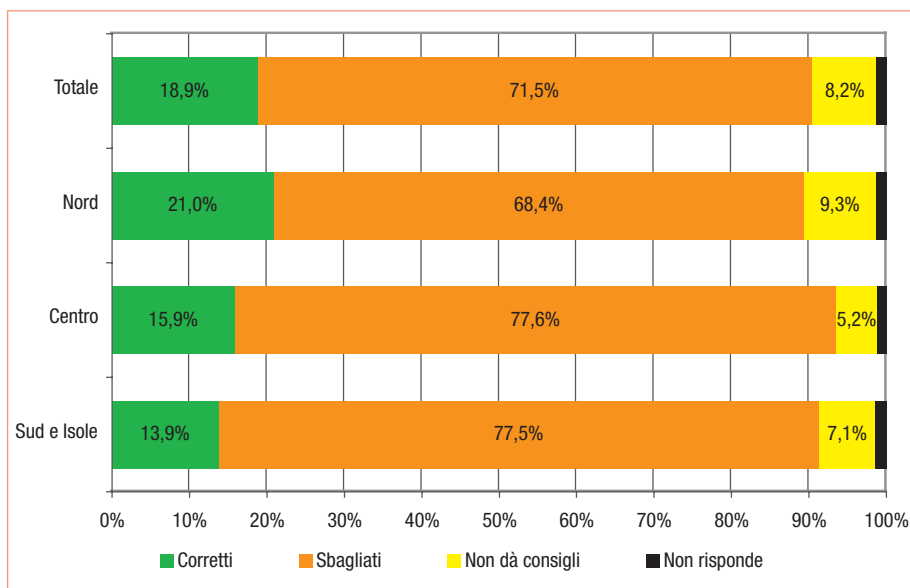


Grafico 4. % di consigli corretti forniti dagli operatori



Dal grafico si evince che la maggior parte degli operatori dà consigli ma non li dà corretti, ovvero suggerisce l'allattamento esclusivo per un periodo inferiore o superiore ai 6 mesi oppure non consiglia un tempo definito. Questa considerazione meriterebbe un approfondimento di indagine per capire se il comportamento rilevato negli operatori è una scelta ben definita dettata da dei convincimenti precisi sulla tematica oppure se è dovuta alla scarsa conoscenza delle indicazioni scientifiche internazionali presenti in questo campo.

Come e dove promuovere l'allattamento materno?

Nei genitori è necessario continuare a promuovere l'allattamento al seno diffondendo informazioni più corrette sugli effetti positivi sia sul bambino che sulla madre. A tal fine vanno sostenute, anche con azioni specifiche di supporto, soprattutto le donne più fragili ovvero quelle che sono alla prima esperienza di gravidanza, con titolo di studio più basso e con particolare riguardo alle residenti nelle regioni meridionali.

Negli operatori va individuata una strategia per diffondere l'idea di consigliare l'allattamento esclusivo fino ai 6 mesi di età del bambino in maniera più diffusa in tutto il territorio nazionale e in tutte le figure professionali coinvolte

A cura di: Stefano Campostrini e Stefania Porchia

Bibliografia essenziale

1. *Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea -European Network for Public Health Nutrition: Networking, Monitoring, Intervention and Training (EU project contract N. SPC 2003320) for the development of Standard Recommendations for Infant and Young Child Feeding.* http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_develop.htm in italiano <http://www.burlo.trieste.it/documenti/EUpolicy06it.pdf>.
2. *World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding.* World Health Organization, Geneva, 2003.
http://www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/NUTRITION/gi_icyf.pdf.
3. *American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk.* *Pediatrics* 1997;100:1035-9.
4. *American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk.* *Pediatrics*,2005;115:496-506.
5. *Radford A. The ecological impact of bottle feeding.* *Breastfeed Rev.* 1992.
6. *World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) "Breastfeeding: The 1st Hour - Save ONE million babies!" – World Breastfeeding Week 2007,* www.worldbreastfeedingweek.org.
7. *United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child.* New York, 1989. <http://www.unicef.org/crc/crc.htm> In Italiano <http://beta.unicef.it/doc/599/il-testo-della-convenzione-sui-diritti-dellinfanzia.htm>.
8. *2° Rapporto Supplementare alle Nazioni Unite sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia dell'adolescenza in Italia* http://www.savethechildren.it/2003/download/pubblicazioni/crc_2009.pdf.
9. *World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices,* Geneva, 2009.
10. *UNICEF/WHO. Innocenti Declaration.* Florence, 1990. <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm> UNICEF/WHO. In italiano <http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/2004>.
- *Innocenti Declaration 2005. On Infant and Young Child Feeding.* Florence, 2005 http://www.unicef-icdc.org/homepages/files/documents/f_5.pdf in italiano http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_it_v.pdf.
11. *EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action.* European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004.
12. *World Health Assembly. International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes.* WHO, Geneva, 1981.
13. *Riccardo Davanzo, Irene Bruno, Salute della donna e lattazione (Medico e Bambino 2003;22:105-113).*
14. *Michele Grandolfo, Serena Donati e Angela Giusti Indagine Conoscitiva Sul Percorso Nascita, 2002 Aspetti Metodologici e Risultati Nazionali Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute Istituto Superiore di Sanità* (<http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf>).
15. *AGENZIA per i SERVIZI SANITARI REGIONALI(ASSR) Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico - Linee guida nazionali di riferimento* <http://www.assr.it/plg.htm>.
16. *Ministero della Salute - Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2007* http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1152_allegato.pdf.
17. *Renfrew MJ, Dyson L, Wallace L, D'Souza L, McCormick F, Spiby H. The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding.* National Institute for Health and Clinical Excellence, London, 2005.
18. *Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families.* *Midwifery* 2002;18:87-101.

19. WHO. *Care in normal birth: a practical guide*. WHO, Geneva, 1996.
20. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002;91:1301-6.
21. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S et al. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286:322-6.
22. Howard CR, Howard FM, Lanphear B et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cup feeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111:511-8.
23. American Academy of Pediatrics. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297-316.
24. Gartner LM, Herschel M. Jaundice and breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:389-99.
25. WHO. *Hypoglycaemia of the newborn: review of the literature*. WHO, Geneva, 1997.
26. Eidelman AI. Hypoglycemia and the breastfed neonate. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:377-87.
27. Cattaneo A., *Le nuove curve di crescita dell'Oms: una riflessione* http://www.epicentro.iss.it/temi/materno/curve_crescita.asp.
28. WHO. *Complementary feeding: family foods for breastfed children*. WHO, Geneva, 2000.
29. International Lactation Consultant Association. *Clinical guidelines for the establishment of exclusive breastfeeding*. ILCA, USA, 2005 (in Italiano: http://www.ibclc.it/docs/Linee_Guida_ILCA_ITA.pdf).
30. Società Italiana di Neonatologia. *Raccomandazioni sull'allattamento materno per i nati a termine, di peso appropriato, sani*. *Medico e Bambino* 2002;21:91-8.
31. Fein S B; Roe B The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding. *American Journal of public health* 1998;88(7):1042-6.
32. Cohen, R. Mrtek, MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations *American Journal of Health Promotion* 1995; 10:148-5.
33. Ball T, Wright A. Health Care Costs of Formula-feeding in the First Year of Life. *Pediatrics*. Volume 103, Number 4, April 1999.
34. *United States Breastfeeding Committee. Workplace Breastfeeding Support [issue paper]*. Raleigh, NC: United States Breastfeeding Committee; 2002.
35. Guendelman S, Kosa JL, Pearl M, Graham S, Goodman J, Kharrazi M. Juggling work and breastfeeding: effects of maternity leave and occupational characteristics. *Pediatrics*. 2009 Jan;123(1): e38-46.
36. Abdulwadud OA, Snow ME. Interventions in the workplace to support breastfeeding for women in employment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD006177. DOI: 10.1002/14651858.CD006177.pub2.
37. *Allattare al seno in pubblico è davvero necessario?* Angela Giusti - ricercatrice Cnesps <http://www.epicentro.iss.it/discussioni/allattamento/giusti.asp>.
38. WHO/UNICEF. *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services*. WHO, Geneva, 1989. In italiano www.unicef.it/ospedaliamic.
39. WHO. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. World Health Organization, Geneva, 1998.
40. *Accademia Americana di Pediatria AAP Endorsement of the WHO/UNICEF Ten Steps to Successful Breastfeeding - August 25, 2009* <http://www.aap.org/breastfeeding/files/pdf/TenStepswoisig.pdf>.
41. Cattaneo A. *Significato della Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) per la promozione dell'allattamento al seno: le prove d'efficacia*, VR 3-4.10.2002 In L. Speri "L'ospedale Amico dei Bambini" Masson, Milano 2004.