



© UNICEF/UNI183009/QUINTOS

Insieme per l'allattamento

Guida all'applicazione dei Passi per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento nelle strutture del percorso nascita

Edizione 2022



unicef 
per ogni bambino

La presente pubblicazione è adattata dall'originale:

World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponibile su <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bf-hi-implementation/en/>.

Pertanto l'OMS non è responsabile dei contenuti o dell'accuratezza di questa edizione.

Il riferimento a qualsiasi prodotto, servizio, ente o organizzazione presente in questa pubblicazione non ne implica necessariamente un'approvazione da parte del Comitato Italiano per l'UNICEF Fondazione - Onlus. Quest'opera è scevra da garanzia. In tal senso il Comitato Italiano per l'UNICEF Fondazione - Onlus declina ogni responsabilità per danni derivanti dal suo utilizzo.

Citazione suggerita:

Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione Onlus (2022).

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

"Insieme per l'Allattamento" fa parte dei programmi internazionali ("Baby-Friendly Initiatives") che aiutano i servizi sanitari a migliorare le pratiche assistenziali rendendo protagonisti i genitori e sostenendoli nelle scelte per l'alimentazione e la cura dei propri bambini. La struttura sanitaria che adotta pratiche per sostenere l'allattamento può ricevere il prestigioso riconoscimento dell'OMS/UNICEF quale struttura "Amica delle Bambine e dei Bambini".

In Italia, l'Iniziativa Baby Friendly è coordinata dal:

Comitato Italiano per l'UNICEF – Fondazione Onlus

Via Palestro, 68 - 00185 ROMA

Tel. 06.478091 - www.unicef.it/allattamento

Email: allattamento@unicef.it

Ringraziamenti	4
Finalità del documento	5
Nota sull'uso dei termini	5
Introduzione	7
1.1 Il significato dell'allattamento	7
1.2 Le iniziative amiche delle bambine e dei bambini: un panorama	9
1.3 Punti di forza e impatto dell'iniziativa	11
1.4 Prospettive per la formazione pre-service	13
1.5 Sfide nell'attuazione delle iniziative baby-friendly	14
Ospedali e Comunità: 2 percorsi, gli stessi Passi	17
2.1. Procedure di carattere gestionale a sostegno dell'allattamento e dell'alimentazione infantile	19
Passo 1: Politiche e documenti	19
Passo 2: Competenze del personale	29
2.2. Pratiche cliniche chiave per il sostegno dell'allattamento e dell'alimentazione infantile	35
Passo 3: Informazioni nel periodo prenatale	35
Passo 4: Contatto pelle a pelle	40
Passo 5: Sostegno all'allattamento	44
Passo 6: Allattamento esclusivo	47
Passo 7: Stare insieme fin dalla nascita	52
Passo 8: Alimentazione responsiva	55
Passo 9: Gestione di biberon, tettarelle e ciucci	57
Passo 10: Continuità della cura e del sostegno	60
Passo Cure Amiche della Madre	64
2.3 Coordinamento	67
2.4 Processo di miglioramento della qualità	67
Implementazione nazionale e sostenibilità	68
3.1 Documenti di riferimento nazionali	69
Linee di indirizzo nazionali	69
Prevenzione della corruzione	69
Livelli essenziali di assistenza	69
Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025	70
Documento Primi 1000 giorni	70
Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni	71
L'allattamento e l'alimentazione nelle emergenze	71
3.2 Valutazione esterna	71
Utilizzare sistemi di valutazione esterna per valutare regolarmente l'adesione ai passi	71
Percorso per il riconoscimento da parte dell'Unicef Italia	72
Appendici	73
Appendice 1 - I Passi BFI Italia 2022: confronto con i 10 Passi originali e le linee guida OMS del 2017	73
Appendice 2 - I Passi per l'allattamento semplificati	77
Appendice 3 - Riassunto delle raccomandazioni sull'assistenza intrapartum per un'esperienza positiva della nascita	79
Riferimenti bibliografici	84

RINGRAZIAMENTI

Lo sviluppo del documento originale è stato realizzato dal Dipartimento per la Nutrizione e la Sicurezza Alimentare dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalla Sezione Nutrizione della Divisione Programmi del Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia. Laurence Grummer-Strawn e Maaïke Arts hanno supervisionato la stesura di questo documento.

Riconosciamo con gratitudine i contributi tecnici, l'assistenza alla pianificazione e il pensiero strategico dell'External Review Group (Gruppo di revisori esterni) durante la preparazione del documento (in ordine alfabetico): Genevieve Becker, Ala Curteanu, Teresita Gonzalez de Cosío, Rukhsana Haider, Miriam H Labbok, Duong Huy Luong, Chessa Lutter, Cria G Perrine, Randa Saadeh, Isabella Sagoe-Moses e Julie Stufkens.

Oltre 300 partecipanti al Congresso 2016 Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI), in rappresentanza di 130 paesi e numerose organizzazioni non governative, donatori e associazioni professionali, hanno fornito preziose informazioni sui successi e le sfide della BFHI e hanno delineato molte delle priorità per l'attività futura. Vorremmo ringraziare i membri del comitato organizzatore del Congresso BFHI per le loro intuizioni nel dare forma a questo utile incontro (in ordine alfabetico): Maite Hernández Aguilar, Funke Bolujoko, Anthony Calibo, Elsa Giuliani, Trish MacEnroe e Agnes Sitati.

Vogliamo esprimere la nostra gratitudine ai seguenti colleghi e alle seguenti colleghe per l'assistenza e i contributi tecnici durante la preparazione del documento (in ordine alfabetico): OMS – Shannon Barkley, Francesco Branca, Olive Cocoman, Bernadette Daelmans, Diana Estevez, Ann-Lise Guisset, Frances McConville, Natalie Murphy, Ornella Lincetto, Juan Pablo Peña-Rosas, Pura Rayco-Solon, Marcus Stahlhofer, Helen Louise Taylor, Wilson Were e il gruppo dei WHO regional nutrition advisers; UNICEF – Victor Aguayo, France Bégin, David Clark, Aashima Garg, David Hipgrave, Diane Holland, Irum Taqi, Joanna Wiseman Souza, Marilena Viviani, Nabila Zaka e il gruppo degli UNICEF regional nutrition advisers e regional health advisers.

Apprezziamo il feedback fornito dai 300 revisori esterni internazionali che hanno offerto input e commenti alla bozza del documento nell'ottobre 2017, insieme allo staff, ai volontari e ai membri della Rete BFHI, La Leche League International (LLLI), l'International Baby Food Action Network (IBFAN), l'International Lactation Consultant Association (ILCA) e la World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) che hanno fornito ulteriore feedback. Siamo grati per il contributo del dottor Pierre Barker sui processi di miglioramento della qualità.

Infine, vorremmo ringraziare le numerose coordinatrici e i numerosi coordinatori dell'Iniziativa Ospedale Amico, le dirigenti e i dirigenti ospedalieri e le operatrici e gli operatori impegnati nel percorso nascita che hanno implementato l'Iniziativa a livello nazionale, regionale e di struttura negli ultimi 27 anni. Il loro duro lavoro e la passione per la salute di mamme, bambine e bambini hanno rafforzato l'Iniziativa in tutto il mondo.

La versione italiana è a cura del Comitato Italiano per l'UNICEF – Fondazione Onlus, Programma Insieme per l'Allattamento, Stefania Solare, Coordinatrice. Coordinamento e adattamento del testo a cura di Elise M. Chapin e Stefania Sani. Si ringraziano per i commenti (in ordine alfabetico) Monica Angeli, Patrizia Auriemma, Maria Enrica Bettinelli, Julia Bomben, Enrica Giorgia Breda, Tiziana Catanzani, Adriano Cattaneo, Graziella Cattaneo, Patrizia Cipriani, Rosanna Clementi, Stefania Conti, Sergio Conti Nibali, Alberto Coprives, Rosellina Cosentino, Daniela Dainese, Manuela D'Alessandro, Riccardo Davanzo, Franco De Luca, Annachiara Di Nolfi, Mario Ferraro, Angela Giusti, Maria Antonietta Grimaldi, Maria Teresa Hernández Aguilar, Laura Lauria, Miriam Lelli, Margherita Locatelli, Francesca Marchetti, Rita Mascheroni, Arianna Parodi, Elisa Pastorelli, Anna Pedrotti, Enrica Pizzi, Grazia Pompilio, Patrizia Proietti, Romana Prosperi Porta, Michele Antonio Salvatore, Carla Scarsi, Sabine Schweizer, Leonardo Speri, Gabriella Tambascia, Chiara Marina Toti, Roberto Wetzl, Francesca Zambri, Barbara Zapparoli.

FINALITÀ DEL DOCUMENTO

Questo documento contiene la versione aggiornata dei Passi per le Iniziative Amiche delle Bambine e dei Bambini (Baby-Friendly Initiatives – BFI) per le strutture che forniscono servizi nel percorso nascita, nonché una guida per il coordinamento e la gestione delle BFI a livello nazionale (1).

Lo scopo principale delle BFI è garantire che madri, neonati e neonate ricevano cure tempestive e adeguate nelle strutture che forniscono assistenza nel percorso nascita, per consentire l'avvio dell'alimentazione dei neonati e delle neonate e promuovere la loro salute e il loro sviluppo. Data la comprovata importanza dell'allattamento (2), le BFI proteggono, promuovono e sostengono l'allattamento, offrendo e garantendo nel contempo cure e sostegno adeguati, alle madri che non allattano.

Questo documento comprende indicazioni delle *Linee Guida: proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento nei punti nascita* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (3). Inoltre, comprende:

- gli *Standard esistenti per migliorare la qualità dell'assistenza materna e neonatale nelle strutture sanitarie* (4),
- le *Linee Guida sull'alimentazione ottimale delle neonate e dei neonati con basso peso alla nascita nei paesi a basso e medio reddito* (5),
- le *Raccomandazioni dell'OMS: assistenza intrapartum per un'esperienza di parto positiva* (6) e altri documenti di orientamento sull'assistenza materna e neonatale.

I destinatari di questo documento includono tutti coloro che redigono politiche per la salute materno-infantile oppure offrono assistenza a donne in gravidanza, famiglie, bambini e bambine: governi; dirigenti nazionali e regionali di programmi di salute materna e infantile in generale, di programmi relativi all'allattamento o di quelli collegati alle BFI in particolare; dirigenti di strutture sanitarie di vario livello (direttrici e direttori di aziende, di strutture, di unità operative), operatrici e operatori del percorso nascita.

È inoltre fondamentale che le BFI siano implementate in un contesto più ampio di quello sanitario per il sostegno all'allattamento e all'alimentazione infantile ma coinvolgendo le famiglie, le collettività e il posto di lavoro.

NOTA SULL'USO DEI TERMINI

Questo documento è attento alla prospettiva di genere e prevede che tutte le declinazioni di genere siano da intendersi sempre al maschile e al femminile (7; 8).

Il termine "madre" usato in questo documento rispecchia la diffusa rappresentazione sociale costituita da donne che danno alla luce bambini/bambine. Tuttavia, si vuole sottolineare l'assoluta ricchezza di ogni altra forma di maternità/genitorialità e che quando si utilizza il termine "famiglia" siamo rispettosi e consapevoli dei molteplici tipi di famiglie esistenti.

Con il termine "partner" indichiamo la persona che sta accanto alla madre, che sia il padre, l'altro genitore, una persona di fiducia o un/a caregiver. Questi termini vengono utilizzati indifferentemente per indicare le persone che si prendono cura del/la bambino/bambina in diversi contesti. Laddove possibile, è sempre auspicabile che queste persone siano considerate e coinvolte negli incontri e nei colloqui con il personale per facilitare la condivisione e la co-costruzione dei piani di cura del bambino o della bambina. Perciò quando si utilizzano frasi come "parlare con una madre" o "accompagnare una madre", si intende includere anche il partner/padre/genitore/persona di fiducia/caregiver.

L'aspettativa della BFI è che tutte le famiglie siano accolte e supportate allo stesso modo e che a tutte le persone venga fornito il più alto standard di cura personalizzata per l'alimentazione dei/delle neonati/e e dei/delle bambini/e. Il personale dovrebbe impegnarsi in conversazioni collaborative con le famiglie, in particolare quelle con circostanze di aumentata vulnerabilità, per garantire una chiara comprensione dei desideri specifici di ciascuna famiglia e un conseguente pieno sostegno, salvaguardando la riservatezza e rispettando il diritto di prendere decisioni consapevoli e autonome.

Quando si usa l'espressione "le operatrici e gli operatori attivi nel progetto" si intende tutto il personale *dedicato, coinvolto-plus, coinvolto* e *informato* che viene a contatto con donne in gravidanza, madri e famiglie e al quale è rivolto l'orientamento alla Politica.

Quando si usa l'espressione "le operatrici e gli operatori impegnati nell'assistenza all'interno del percorso nascita" si intende tutto il personale *dedicato, coinvolto-plus e coinvolto*.

Introduzione



1.1 IL SIGNIFICATO DELL'ALLATTAMENTO

L'allattamento è la norma biologica per tutti i mammiferi, compresi gli esseri umani. Purtroppo, anche oggi la nostra cultura è permeata di una "normalità" che vede biberon e formula protagonisti (9). Quindi si vive questa contraddizione di dover difendere una pratica normale, nonostante abbia "poco valore scientifico dimostrare il vantaggio, già evolutivamente evidente, di una norma biologica, che si tratti di latte materno, di parto fisiologico, di attività fisica, di sana alimentazione o altri stili di vita salutari" (10). L'allattamento è fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi globali in materia di nutrizione, salute e sopravvivenza, crescita economica e sostenibilità ambientale. L'OMS e il Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF) raccomandano che l'allattamento si avvii entro la prima ora dalla nascita, che sia esclusivo per i primi 6 mesi di vita e che prosegua, con alimenti complementari sicuri e adeguati, fino a 2 anni o oltre (11). A livello globale, questo avviene per una minoranza di neonati/e e bambini/e: solo il 44% dei neonati e delle neonate inizia l'allattamento entro la prima ora dopo la nascita e il 40% di tutti i bambini e tutte le bambine sotto i 6 mesi di età è allattato in maniera esclusiva. A 2 anni il 45% delle bambine e dei bambini è ancora allattato (12).

Il contatto pelle a pelle immediato e ininterrotto e l'avvio dell'allattamento entro la prima ora dalla nascita sono importanti per assicurare l'inizio e il proseguimento dell'allattamento e per la sopravvivenza e lo sviluppo neonatale e infantile. Il rischio di morire nei primi 28 giorni di vita nei paesi a risorse limitate è del 33% più alto per i neonati e le neonate che hanno iniziato l'allattamento dalle 2 alle 23 ore dopo la nascita e più del doppio per quelli che hanno iniziato 1 giorno o più dopo la nascita, rispetto ai neonati e alle neonate che sono stati al seno entro la prima ora dalla nascita (13). L'effetto protettivo dell'avvio tempestivo si estende fino all'età di 6 mesi (14). Uno studio del 2021 ha trovato un'associazione significativa fra avvio dell'allattamento e una riduzione della probabilità di morte post- o perinatale in diversi gruppi etnici di una popolazione statunitense (15).

L'allattamento esclusivo per 6 mesi è una raccomandazione di salute pubblica. A livello individuale, ogni bambina o ogni bambino sarà pronta/o per gli alimenti solidi in una finestra temporale attorno ai sei mesi. L'allattamento esclusivo per 6 mesi fornisce l'accudimento, il nutrimento e l'energia necessari per la crescita e lo sviluppo fisico e neurologico. Oltre i 6 mesi, l'allattamento continua a fornire energia e nutrienti di alta qualità che, insieme a un'alimentazione complementare sicura e adeguata, aiutano a prevenire la fame, la malnutrizione e l'obesità (16).

L'allattamento garantisce la sicurezza alimentare per i neonati e le neonate (12). Pratiche di nutrizione scorretta e gestione dell'allattamento inadeguate compromettono in modo significativo la salute, lo sviluppo e la sopravvivenza di neonati/e, bambini/e e madri. Il miglioramento di queste pratiche potrebbe salvare oltre 820.000 vite all'anno a livello globale (2). Quasi la metà degli episodi di diarrea e un terzo delle infezioni respiratorie sono dovuti a pratiche scorrette. Un allattamento più lungo è associato a una riduzione del 13% della probabilità di sovrappeso e/o di obesità e a una riduzione del 35% dell'incidenza del diabete di tipo 2 (2). Nei paesi ad alto reddito, il mancato allattamento oltre 4 mesi è associato ad un rischio aumentato di sovrappeso e di obesità (17–19). Si stima che 20.000 morti materne per tumore al seno potrebbero essere prevenute ogni anno migliorando i tassi di allattamento (2). Negli Stati Uniti ogni 597 donne che allattano secondo le raccomandazioni si risparmia una morte materna o neonatale (20).

Oltre al costo in termini di morti, il mancato allattamento pesa sui sistemi sanitari. Studi fatti in Canada (21), Spagna (22), Regno Unito (23) e Stati Uniti (24) hanno tutti riscontrato un aumento nei costi per il sistema sanitario associato all'uso della formula. Si è arrivati alla stessa conclusione anche per il sistema sanitario italiano: uno studio del 2006 ha riscontrato un'associazione fra non allattamento e aumentati costi per visite (circa €20 a bambino) e ricoveri (circa €120/bambino) nel primo anno di vita (25). Un altro studio in Emilia-Romagna ha osservato un'associazione positiva fra uso della formula e tasso di prescrizio-

ni per antibiotici (26). Per ogni dollaro investito nell'implementazione della BFHI in Indonesia è stato calcolato un ritorno sull'investimento di US\$49 (27) e di AUS\$55 in Australia (28). Il percorso di riconoscimento come BHFI viene ritenuto un investimento in salute e in benessere per le famiglie e per la comunità oltre che un investimento per l'economia australiana e per l'equità in salute (28). Analisi recenti hanno documentato che l'aumento dei tassi di allattamento potrebbe aggiungere 300 miliardi di dollari all'economia globale ogni anno, contribuendo a determinare, visto l'impatto sullo sviluppo cognitivo della popolazione, una maggiore produttività lavorativa e una più elevata competenza della classe dirigente (42). In Brasile, gli adulti allattati per almeno 12 mesi avevano un reddito superiore del 33% rispetto a coloro che erano stati allattati per periodi più brevi (43). L'allattamento inadeguato ha un impatto significativo sui costi per l'assistenza sanitaria per bambini/e e donne (20; 44). Le madri che utilizzano la formula sono assenti dal lavoro più spesso delle madri che allattano, a causa della maggiore frequenza e gravità delle malattie dei loro bambini e delle loro bambine (45).

Nella Dichiarazione conclusiva del meeting 2021, i Ministri della Salute del G20 in riferimento al *Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno* (29) hanno riconosciuto i progressi realizzati in termini di promozione e sostegno dell'allattamento, ma hanno ricordato quanto resti ancora da fare (46). I ministri hanno sottolineato anche la necessità di "effettuare uno sforzo congiunto e condividere la responsabilità di portare avanti l'obiettivo di incrementare i tassi di allattamento e di realizzare un ambiente favorevole in cui le donne possano ottenere le dovute informazioni sulle opzioni disponibili ed essere sostenute lungo l'intero percorso di allattamento" (46).

L'allattamento rappresenta "una risorsa naturale e rinnovabile molto spesso trascurata nelle discussioni sulla produzione sostenibile di alimenti, il degrado ambientale e il cambiamento climatico" (47). I sostituti del latte materno aumentano le emissioni di gas serra in ogni fase di produzione, trasporto, preparazione e utilizzo, generando rifiuti che richiedono lo smaltimento. I gas serra includono metano, protossido di azoto e anidride carbonica; un recente rapporto ha stimato in 2,9 milioni di tonnellate le emissioni di anidride carbonica derivanti dalla produzione della formula in Asia (48).

In ogni contesto, l'allattamento rappresenta una componente vitale del diritto di ogni bambina e ogni bambino di godere del miglior stato di salute possibile, nel rispetto del diritto di ogni madre di prendere una decisione consapevole su come alimentare suo/a figlio/a, basata su informazioni complete, sostenute da prove di efficacia, libere da interessi commerciali, e con il sostegno necessario che le consenta di portare a termine la sua decisione (49). Migliorare l'allattamento rappresenta un fattore

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO INTERNAZIONALI E NAZIONALI

- *Il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e le successive pertinenti Risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità (il Codice)* (29)
- *Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza* (30)
- *Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno* (31)
- *Strategia Globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini* (11)
- *Dichiarazione degli Innocenti 2005 sull'alimentazione dei neonati e dei bambini* (32)
- *Linee di Indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno* (33)
- *Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno in Europa: un Programma d'Azione (Blueprint versione riveduta 2008)* (34)
- *GenitoriPiù: 7 azioni per la vita del tuo bambino: Materiale informativo per gli operatori* (35)
- *Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition* (36)
- *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health (2016-2030): Survive, Thrive, Transform* (37)
- *United Nations Decade of Action on Nutrition (2016–2025)* (38)
- *Guida sul porre fine alla promozione inappropriata di alimenti per lattanti e bambini piccoli* (39)
- *Nurturing care per lo sviluppo infantile precoce: un quadro di riferimento per salvaguardare la salute di bambini e bambine, per promuovere la loro crescita e sviluppo e trasformare il futuro accrescendo il loro potenziale umano* (40)
- *Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita: documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future* (41)

chiave per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (50). L'allattamento può essere collegato a molti degli obiettivi, incluso l'Obiettivo n.1 (sconfiggere la povertà in tutte le sue forme ovunque); il n. 2 (sconfiggere la fame, raggiungere la sicurezza alimentare e promuovere un'agricoltura sostenibile); il n. 3 (garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutte le persone a tutte le età); il n. 4 (garantire un'istruzione inclusiva e di qualità per tutti e promuovere la formazione permanente); il n. 5 (raggiungere l'uguaglianza di genere e lavorare affinché tutte le donne e le ragazze abbiano pari diritti e opportunità); il n. 8 (promuovere una crescita economica costante, inclusiva e sostenibile, e un'occupazione e un lavoro dignitoso per tutti/e); il n. 10 (ridurre le disuguaglianze all'interno e tra i paesi); e il n. 12 (garantire modelli di consumo e produzione sostenibili).

Come descritto nella *Nurturing Care Framework* (NCF - le "cure che nutrono") (40) (Fig. 1), migliorare l'alimentazione nella prima infanzia, di cui l'allattamento fa parte integrante, è inoltre necessario per raggiungere gli obiettivi delle Nazioni Unite, dell'Unione Europea e del governo italiano (Box "Documenti di riferimento").

La NCF si articola in cinque componenti che concorrono allo sviluppo del potenziale di tutte le bambine e tutti i bambini:

1. Buono stato di salute
2. Alimentazione adeguata
3. Genitorialità responsiva
4. Opportunità di apprendimento precoce
5. Protezione e sicurezza

All'interno della NCF, l'allattamento figura non solo come fonte di nutrimento, ma anche come veicolo per potenziare le altre componenti: un buono stato di salute, con genitori che capiscono e rispondono ai bisogni dei loro bambini e delle loro bambine, che interagiscono con loro, stimolando così la curiosità e l'apprendimento, e che li/le proteggono offrendo sicurezza. Nelle Strategie nazionali sull'allattamento, il Ministero della Salute sottolinea che "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" (51).



Figura 1 – Nurturing Care Fonte: (40)

1.2 LE INIZIATIVE AMICHE DELLE BAMBINE E DEI BAMBINI: UN PANORAMA

Le prime ore e i primi giorni di vita di un neonato o di una neonata sono una finestra temporale decisiva per avviare l'allattamento e fornire alle madri il sostegno di cui hanno bisogno per raggiungere i loro obiettivi di allattamento. Questo supporto non è sempre fornito, come illustrato da una revisione dei dati dell'UNICEF: il 78% dei parti erano assistiti da personale sanitario qualificato, ma solo il 45% dei neonati e delle neonate era stato avviato all'allattamento entro la prima ora dopo la nascita (12; 52). Sebbene l'allattamento sia la norma biologica, operatrici e operatori sanitari possono seguire procedure inappropriate che interferiscono il suo avvio, come la separazione tra madre e bambino/a, l'uso di cibi o bevande "in attesa della montata latte" o un'integrazione non necessaria. Queste procedure aumentano significativamente il rischio di problemi di allattamento che portano a una interruzione anticipata. Le famiglie hanno bisogno di ricevere informazioni e consulenze sull'allattamento basate sull'evidenza e devono essere protette da interessi commerciali che hanno un impatto negativo sull'allattamento.

Nel 1989, l'OMS e l'UNICEF hanno pubblicato i *Dieci Passi per un Allattamento Efficace* (i *Dieci Passi*), all'interno di una dichiarazione congiunta, con politiche e procedure che i punti nascita dovrebbero implementare per sostenere l'allattamento (53). La *Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento*, adottata a Firenze nel 1990 (31), ha chiesto a tutti i governi di garantire che ogni punto nascita applichi pienamente tutti i *Dieci Passi*. Nel 1991, l'OMS e l'UNICEF hanno lanciato l'iniziativa Ospedale Amico dei Bambini (BFHI - Baby-Friendly Hospital Initiative) (54), per motivare e aiutare i punti nascita in tutto il mondo ad attuare i *Dieci Passi*. Strutture che avevano documentato la loro piena adesione ai *Dieci Passi*, così come la loro conformità al *Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno* (29; 55) e le pertinenti Risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità (considerati nell'insieme "il Codice") (55), potevano ricevere il riconoscimento di "Baby-Friendly Hospital". L'OMS ha pubblicato le evidenze a sostegno di ognuno dei *Dieci Passi* nel 1998 (56).

Diversi documenti internazionali riguardanti le politiche sanitarie hanno sottolineato l'importanza dei *Dieci Passi*. Le Risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità (AMS) del 1994 e 1996 hanno richiesto un'azione specifica relativa alla BFHI (57; 58). La *Strategia Globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini* del 2002 ha invitato i punti nascita di tutto il mondo ad attuare i *Dieci Passi* (11). In occasione del 15° anniversario della Dichiarazione degli Innocenti (31) nel 2005, gli "Innocenti partners" hanno lanciato un appello all'azione, compreso un invito a rivitalizzare la BFHI, mantenendo i criteri globali come requisito minimo per tutte le strutture ed allargando l'iniziativa all'intero percorso nascita e ai servizi territoriali che sostengono le donne che allattano, le famiglie e tutti coloro che si prendono cura dei bambini e delle bambine (32).

In Italia è stato il Comitato Italiano per l'UNICEF – Fondazione Onlus (UNICEF Italia) a promuovere la BFHI a partire dalla fine degli anni '90. Già un anno dopo sono stati riconosciuti i primi ospedali ed è stata creata la Rete italiana degli Ospedali Amici che ha coinvolto anche alcune organizzazioni non governative. Col passare del tempo e l'interesse crescente nella BFHI, è nata l'iniziativa Comunità Amica dei Bambini (BFCI - Baby-friendly Community Initiative). La BFI è stata applicata ai servizi territoriali socio-sanitari, formulando così nel 2007 i *Sette Passi*, supportati dalle evidenze scientifiche e già adottati da UNICEF UK, che sono stati riadattati al contesto italiano dell'UNICEF Italia per consentire una migliore pratica assistenziale nei servizi territoriali. Obiettivo essenziale di questo progetto, come quello della BFHI, è creare una cultura dell'allattamento nella comunità, nel contesto di una "cultura dei diritti dell'infanzia" a partire dal diritto alla salute sancito dall'art. 24 della *Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza* (30). Fondata sul sostegno della genitorialità, la BFCI italiana, lanciata nel 2007, è in linea con altri programmi mirati alla crescita in salute come GenitoriPiù (35).

Nello stesso periodo, la promozione, la protezione e il sostegno dell'allattamento sono stati oggetto di due progetti dell'Unione Europea. Dal 2002 al 2004 è stato sviluppato il *Blueprint for Action* (59) mentre, nel triennio successivo, sulla base dei risultati ottenuti, il *Blueprint for Action* è stato testato e aggiornato (34). La BFHI è stata riconosciuta come "uno standard di eccellenza" che richiede la collaborazione di tutti gli attori del percorso nascita: governi nazionali e regionali, autorità sanitarie competenti, enti che sviluppano linee guida cliniche, associazioni professionali, gruppi di sostegno mamma-a-mamma, genitori, famiglie, ONG, e servizi del percorso nascita. Oltre alla collaborazione, il *Blueprint* ha sottolineato la necessità di adeguate risorse, finanziarie, umane e tecniche, per garantire "la formazione, i cambiamenti delle pratiche e la valutazione e rivalutazione degli ospedali in base alla loro conformità con la BFHI" (34) in maniera da rendere l'assistenza "Baby-Friendly" uno standard minimo per tutti i servizi, ospedalieri e territoriali, del percorso nascita.

Una bozza di nuovi documenti OMS/UNICEF per la BFHI è stata diffusa nel 2006 dopo un'ampia consultazione con i portatori di interesse e la forma finale pubblicata nel 2009 (60). La versione 2009 rifletteva le nuove prove di efficacia per alcuni Passi (Passi 4 e 8, ad esempio) e affrontava in modo specifico la

situazione delle donne che convivono con l'HIV. Comprende linee guida per "Cure Amiche della Madre" e propone di allargare le pratiche favorevoli all'allattamento in altre strutture e nella comunità. Sono stati inclusi gli standard per fornire sostegno alle madri che non allattano, poiché l'iniziativa prevede la garanzia che tutte le madri ricevano il supporto di cui hanno bisogno, indipendentemente dal metodo di alimentazione. Un pacchetto formativo e strumenti di valutazione aggiornati erano inclusi nell'aggiornamento del 2009. La revisione del 2009 ha portato l'UNICEF Italia a integrare in un unico programma "Insieme per l'Allattamento" il progetto per gli ospedali con un progetto analogo per i servizi territoriali, la Comunità Amica, con due set di Passi diversificati. Due anni dopo, è stata introdotta l'iniziativa volta ai Corsi di Laurea Amici dell'Allattamento. In questa nuova *Guida* si presenta il Programma BFI 2022 nel quale le due iniziative degli Ospedali e della Comunità condividono gli stessi *Dieci Passi*, ognuno declinato in base al luogo dove viene erogata l'assistenza.

Nel 2012, l'OMS ha approvato sei obiettivi per l'alimentazione materna, infantile e delle bambine e dei bambini piccoli, compreso il raggiungimento di un tasso globale di allattamento esclusivo nei primi 6 mesi di vita di almeno il 50% (61; 62). I policy brief e il piano complessivo di attuazione includono l'espansione della BFHI (62). Il quadro d'azione della Seconda Conferenza Internazionale sulla Nutrizione (ICN2) del 2014 (63), che costituisce la base del *Decennio delle Nazioni Unite per l'azione sulla nutrizione* (64), ha richiesto politiche, programmi e azioni per garantire che i servizi sanitari proteggano, promuovano e sostengano l'allattamento, "compresa l'iniziativa Ospedale Amico dei Bambini". Il *Quadro di monitoraggio globale per l'alimentazione materna, infantile e dei bambini piccoli*, approvato dall'AMS nel 2015 (65), include un indicatore sulla percentuale di nascite che si verificano in strutture che sono state designate anche una sola volta come "Baby-friendly" (66).

Quasi tutti i paesi del mondo hanno implementato la BFHI per un certo periodo di tempo, ma la copertura nella maggior parte dei paesi è rimasta bassa. Nel 2011, è stato calcolato che il 28% di tutti i punti nascita nel mondo erano stati designati almeno una volta "amici dei bambini" nel corso degli anni (67). Tuttavia, nel 2017, l'OMS ha stimato che solo il 10% circa dei bambini e delle bambine nel mondo è nato in una struttura riconosciuta come "Baby-friendly" in quel momento (68). L'impatto dell'iniziativa è probabilmente maggiore di quanto questi numeri possano indicare, poiché le strutture potrebbero implementare molti dei *Dieci Passi* senza aver raggiunto il riconoscimento come "Baby-friendly", ma attualmente mancano criteri internazionali per valutarlo.

È indispensabile rafforzare l'impegno nell'attuazione di una strategia integrata per l'alimentazione delle neonate, dei neonati, delle bambine e dei bambini in ogni paese da parte dei decisori e dei politici. Il supporto all'alimentazione delle neonate, dei neonati, delle bambine e dei bambini da parte dei governi è scarso in tutta Europa e in molti altri paesi ad alto reddito dove il *Codice* non è implementato, dove l'allattamento non è supportato e dove né la BFHI né i *Dieci Passi* sono stati diffusamente adottati. Di conseguenza i tassi di allattamento non possono essere adeguatamente monitorati dall'OMS perché gli Stati europei e nordamericani non dichiarano né monitorano i tassi di allattamento o altri indicatori sentinella (69).

1.3 PUNTI DI FORZA E IMPATTO DELL'INIZIATIVA

Si sono accumulate prove sostanziali che la BFHI ha il potenziale per influenzare in modo significativo la buona riuscita dell'allattamento. In Bielorussia, uno studio randomizzato intrapreso alla fine degli anni '90 ha visto aumentare il tasso di allattamento esclusivo a 3 mesi al 43% negli ospedali che hanno implementato i *Dieci Passi*, rispetto al solo 6% negli ospedali del gruppo di controllo (70).

Una revisione sistematica di 58 studi sull'assistenza materna e neonatale pubblicati nel 2016 ha dimo-

strato chiaramente che l'adesione ai *Dieci Passi* influisce sui tassi di allattamento (avvio subito dopo la nascita, allattamento esclusivo e durata complessiva di qualsiasi allattamento) (71). Questa revisione ha rilevato una relazione dose-risposta tra il numero di Passi della BFHI a cui le donne erano esposte e la probabilità di migliori esiti dell'allattamento. Evitare di somministrare ai neonati e alle neonate supplementazioni con prodotti diversi dal latte materno (Passo 6) si è dimostrato un fattore cruciale nel determinare gli esiti dell'allattamento, probabilmente perché, per implementare questo Passo, devono essere messi in atto anche altri Passi. Il sostegno della comunità (Passo 10) si è rivelato fondamentale per mantenere alti i tassi di allattamento raggiunti nei punti nascita (71).

Uno studio condotto negli Stati Uniti d'America (USA) ha rilevato che l'adesione a sei dei *Dieci Passi* potrebbe ridurre di 13 volte le probabilità di interruzione anticipata dell'allattamento (vedi Fig. 2) (72). Anche uno studio italiano che ha messo a confronto Ospedali Amici e non riconosciuti ha confermato l'importanza di una promozione sistematica dell'allattamento e di un successivo supporto adeguato nei punti nascita, secondo le linee guida internazionali della Baby-Friendly (73).

Altre esperienze di implementazione della BFHI nel primo decennio degli anni 2000 hanno mostrato che un forte impegno e supporto nazionale erano la chiave per l'efficace attuazione della BFHI. Anche l'adattamento al contesto nazionale, il monitoraggio continuo e l'inserimento della BFHI nei Livelli Essenziali di Assistenza di varie nazioni sono stati considerati importanti per l'implementazione dell'iniziativa (74).

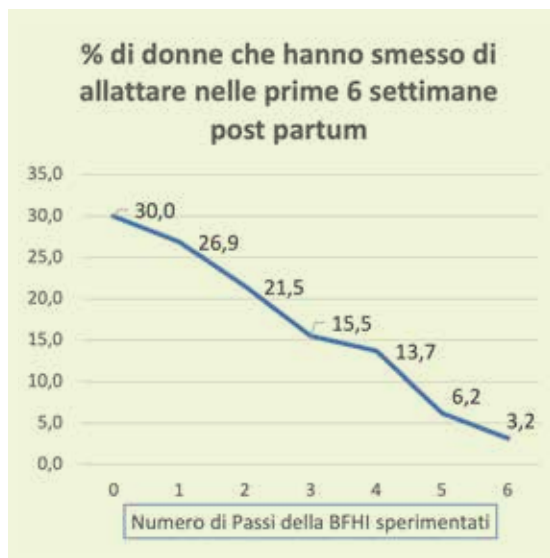


Figura 2. Fra le donne che avevano iniziato ad allattare e che avevano intenzione di allattare per >2 mesi, la percentuale che ha smesso di allattare nelle prime 6 settimane post partum, in base al numero dei Passi della BFHI che hanno sperimentato in ospedale. Fonte: (71)

Un recente articolo, che ha esaminato negli Stati Uniti due politiche nazionali e 16 studi originali, ha confermato il successo della BFHI nel facilitare l'avvio e l'esclusività dell'allattamento (75). La durata dell'allattamento sembra aumentare in funzione del numero dei Passi adottati dalla struttura. Tuttavia, gli attuali meccanismi di monitoraggio dell'allattamento non sono ottimali e pertanto sono pochi i dati affidabili a disposizione sulla durata dell'allattamento. Dei 10 Passi della BFHI, il Passo 3 (informazioni in gravidanza) e il Passo 10 (assicurare la continuità assistenziale dopo la dimissione) sono stati menzionati come quelli più impegnativi da attuare (75); tuttavia, questi due passi hanno la capacità di influenzare in maniera significativa le pratiche di allattamento.

In previsione del 25° anniversario della BFHI, l'OMS e l'UNICEF hanno intrapreso una valutazione su larga scala dello stato dell'arte dell'iniziativa. Da giugno ad agosto 2016 è stata condotta un'indagine internazionale tra tutti gli Stati membri dell'OMS sull'attuazione della BFI, ricevendo risposte da 117 paesi (68). Casi-studio approfonditi su come l'iniziativa ha operato in 13 paesi sono stati raccolti dai ministeri della salute, dai coordinatori della BFHI provenienti da enti non governativi e dal personale dell'UNICEF. Le interviste a figure professionali qualificate come i coordinatori della BFHI (compresi i funzionari governativi e il personale di organizzazioni non governative (ONG) in 22 paesi) hanno fornito ulteriori approfondimenti sulle sfide e sugli insegnamenti appresi nei primi 25 anni dell'iniziativa (68; 76).

Le informazioni raccolte nei casi-studio e nelle interviste ai principali informatori (68; 76) indicano che l'attuazione della BFI ha portato a miglioramenti nelle competenze del personale sanitario, nonché a un

rafforzamento nella protezione, promozione e sostegno dell'allattamento in un gran numero di punti nascita, contribuendo ad aumentare i tassi di avvio tempestivo dell'allattamento in tutto il mondo. L'approccio sistematico al miglioramento delle politiche e delle pratiche della struttura, insieme alla visibilità e gli altri aspetti gratificanti del riconoscimento "Baby-friendly", sono apprezzati da molti soggetti impegnati nell'iniziativa.

Per le strutture riconosciute, il processo per diventare Baby-friendly è stato spesso caratterizzato da una profonda trasformazione, che ha cambiato l'intero ambito dell'alimentazione dei neonati e, più in generale, la qualità delle cure. In molti paesi il riconoscimento è stato un fattore chiave per motivare le strutture a modificare le loro pratiche. Di conseguenza, l'assistenza in queste strutture è diventata più centrata sul paziente; l'atteggiamento del personale nei confronti dell'alimentazione dei neonati e delle neonate è migliorato così come sono aumentate le competenze degli operatori (77). L'uso della formula in genere è diminuito drasticamente e l'uso del "nido" per neonati/e in ospedale è stato sensibilmente ridotto (78; 79). La qualità delle cure per l'allattamento è decisamente migliorata nelle strutture che sono state riconosciute come "Baby-friendly", anche ai tempi del Covid-19 (80).

1.4 PROSPETTIVE PER LA FORMAZIONE PRE-SERVICE

Il *Blueprint* (34) sottolinea la necessità di migliorare la formazione di base e l'educazione continua di tutte le categorie di operatrici e operatori sanitari per poter migliorare la salute e l'alimentazione dei lattanti, delle bambine e dei bambini in Europa. Il documento propone, inoltre, che gli obiettivi di apprendimento dei programmi di studio per i corsi di laurea e post laurea (inclusi i materiali didattici e i libri di testo) siano aggiornati e/o sviluppati per assicurare che i livelli di competenza ottenuti siano in linea con gli Standard delle migliori pratiche per l'allattamento e la sua gestione, ponendo attenzione ad impedire qualsiasi influenza sui materiali didattici e sulla formazione da parte dei produttori e distributori di prodotti contemplati dal *Codice Internazionale* (29; 39).

Secondo le *Linee d'indirizzo 2007* per l'allattamento (33) "il Ministero della Salute si impegna a sostenere attività delle regioni per la formazione delle operatrici e degli operatori sanitari e sociali, secondo le raccomandazioni dell'OMS e dell'UNICEF, perché siano in grado di fornire le informazioni [necessarie] e di sostenere le donne, in maniera competente, a mettere in pratica le decisioni prese. Si impegna altresì a promuovere iniziative al fine di creare ambienti e condizioni favorevoli alla pratica dell'allattamento". "Il Ministero della Salute [...] in accordo con il Ministero dell'Università e della Ricerca, promuoverà l'adeguamento della formazione curriculare per tutte le professioni pertinenti" (33). In questa ottica, i *Descrittori di Dublino* utilizzati dal 2010 nello Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore (European Higher Education Area – EHEA) forniscono un ulteriore spunto per garantire che le università "[offrano] agli allievi l'opportunità di acquisire conoscenze, abilità e competenze adeguate a progredire nella loro carriera lavorativa, nella loro vita di cittadini democratici e nella loro crescita personale" (81).

Nel 2011, basandosi su un programma analogo dell'UNICEF UK, l'UNICEF Italia ha lanciato l'iniziativa del Corso di Laurea Amico dell'Allattamento (CdLA) per garantire che le future generazioni di professionisti e professioniste della salute abbiano le competenze necessarie per attuare gli standard Baby Friendly nella loro pratica sin dall'inizio della loro carriera. Con un focus sugli stili di comunicazione e un approccio incentrato sulla madre, gli standard CdLA possono essere inseriti nei piani didattici universitari. Le aree tematiche del CdLA rispecchiano i Passi della BFI e gli obiettivi formativi devono essere aggiornati e/o sviluppati per assicurare che i livelli di competenza ottenuti siano in linea con gli Standard delle buone pratiche per la gestione dell'allattamento, ponendo attenzione ad impedire qualsiasi influenza sui materiali e sulla formazione da parte dei produttori e distributori di prodotti contemplati dal *Codice Internazionale*, comprese le sponsorizzazioni di corsi e convegni. Questa strategia ha come effetto a lungo termine il miglioramento della qualità del lavoro di professioniste e professionisti, la riduzione della risorsa tempo e delle spese per la formazione continua in-service.

Il Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno (TAS) del Ministero della Salute, insieme alle Società scientifiche, agli Ordini e alle Associazioni professionali, ha pubblicato le *Raccomandazioni sulla Formazione del Personale Sanitario sull'Allattamento* nel novembre 2020 (82). Il documento sottolinea il ruolo della formazione universitaria (pre-service) nella trasmissione dei necessari contenuti educativi sull'allattamento come componente permanente all'interno dei percorsi di studio, quindi degli ordinamenti didattici e della formazione continua. Sono stabiliti i "Contenuti minimi per la formazione sull'allattamento delle figure professionali sanitarie in base al grado di coinvolgimento nella cura della donna che allatta e della sua famiglia" per ogni tipologia di operatrice o operatore che viene a contatto con donne in gravidanza, madri e famiglie.

L'enfasi e l'investimento sulla formazione durante gli studi universitari mirano ad assicurare che gli standard delle buone pratiche della BFI siano integrati nei programmi di studio esistenti in maniera che le generazioni future di operatrici e operatori siano in grado di applicarli fin dall'inizio della carriera (83).

1.4 SFIDE NELL'ATTUAZIONE DELLE INIZIATIVE BABY-FRIENDLY

Dalla revisione della BFHI sono emerse diverse sfide cruciali per la sua implementazione. In sintesi, il feedback dai casi studio e dalle interviste a figure professionali qualificate indica che l'implementazione verticale di tipo solo progettuale e non programmatico della BFHI, pur essendo un punto di forza nel raggiungimento di obiettivi specifici e a breve termine, si è dimostrata un ostacolo al raggiungimento e al consolidamento nel lungo periodo delle pratiche raccomandate nei *Dieci Passi*. Le sfide specifiche segnalate sono le seguenti:

- L'implementazione a livello nazionale/regionale e delle singole strutture spesso dipende più dall'impegno di singoli individui o di "paladini" e meno dalla costruzione e dal potenziamento di sistemi sostenibili nel tempo. Quando i paladini non fanno più parte della BFHI, la continuità degli interventi è spesso compromessa.
- L'assistenza tecnica per le strutture, la formazione e l'aggiornamento dei valutatori, lo svolgimento di valutazioni e rivalutazioni, e la comunicazione sull'iniziativa richiedono risorse continue. In molti paesi, queste risorse sono fornite da donatori esterni e non sono comprese nel normale bilancio. Quando i donatori spostano i fondi su altre priorità, questo comporta inevitabili ricadute sulla BFHI.
- I governi nazionali, soprattutto nei paesi a basso e medio reddito, si sono generalmente concentrati solo sulle strutture pubbliche, trascurando un'ampia fetta di utenza che si rivolge al privato.
- Una sfida cruciale è rappresentata dalla formazione e dall'aggiornamento continuo dello staff dei punti nascita sulla protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento. In quasi tutti i paesi e le regioni che hanno risposto ai casi studio o alle interviste a figure professionali qualificate, l'inclusione dell'allattamento nei piani didattici universitari (compresi i corsi di laurea e le scuole di specializzazione) è risultata insufficiente. Questo ha rappresentato un ostacolo all'implementazione e al mantenimento della BFHI, dal momento che la formazione continua richiede molte risorse di tempo, umane e finanziarie.
- I formatori devono essere reclutati e, quando sono anche dipendenti dell'azienda sanitaria, devono assentarsi dal lavoro. Allo stesso modo i discenti, per frequentare i corsi, vengono sottratti ai loro compiti regolari. Sebbene sia possibile intraprendere dei corsi online, questi non possono sostituire completamente la formazione e valutazione delle competenze in presenza. Si è osservato talvolta, che un corso di 20 ore non è sufficiente a cambiare il comportamento di operatrici e operatori sanitari abituati da anni a prestare assistenza con certe modalità.
- Anche la piena conformità al *Codice* (29; 55; 85) è stata una sfida per molte strutture. Molte volte si è visto che i distributori di sostituti del latte materno violano il *Codice* con forniture gratuite o sovvenzionate a strutture o governi e/o con materiale promozionale a strutture e professionisti sanitari. Le strutture spesso hanno difficoltà a resistere a queste offerte a fronte di budget limitati. Le aziende che commercializzano sostituti del latte materno frequentemente esercitano un'influenza politica a più livelli, per indebolire gli standard sulla protezione dell'allattamento e rendere difficile per le strutture raggiungere gli standard Baby-friendly.

Mentre i *Dieci Passi* erano incentrati sull'assistenza all'interno dei punti nascita, molti paesi come l'Italia hanno esteso il progetto "Baby-friendly" anche in altre aree di sostegno all'allattamento, come suggerito nella revisione del 2009 degli orientamenti BFHI (60). Sebbene questi programmi abbiano decisamente migliorato la qualità dell'assistenza materna e infantile in molti paesi, non sono stati sviluppati standard internazionali per fornire specifici criteri e strumenti di valutazione. L'iniziativa della Comunità Amica delle Bambine e dei Bambini, lanciata dall'UNICEF Italia nel 2007, ha sviluppato i *Sette Passi* secondo i progetti esistenti in Canada, Nuova Zelanda e UK. Questa iniziativa è in linea con la *Strategia Globale* (11) redatta dall'OMS e dall'UNICEF nel 2002 che richiama ad un sostegno rinnovato – e urgente – per l'allattamento esclusivo fin dalla nascita e per tutti i primi sei mesi e per un proseguimento dell'allattamento per due anni ed oltre secondo il desiderio del bambino o della bambina e della madre, l'introduzione appropriata di cibi complementari. Questa *Strategia*, insieme al *Piano di Azione per l'Applicazione della Strategia Globale* preparato dall'OMS e dall'UNICEF riafferma l'importanza degli obiettivi operativi della *Dichiarazione degli Innocenti* (del 1990 e del 2005), unitamente ad un'attenzione per il sostegno all'alimentazione complementare, alla nutrizione materna e al ruolo della comunità. Questa edizione della BFI propone gli stessi Passi per la BFHI e la BFCI, con percorsi diversi in base al contesto di applicazione.

Il gran numero di paesi che implementano la BFHI da un lato e la bassa percentuale di strutture riconosciute dall'altro, dimostrano l'ampia diffusione raggiunta dall'iniziativa, ma indicano anche la necessità di un miglioramento continuo dell'assistenza durante il percorso nascita. Fintanto che l'adesione ai Passi BFI è limitata solo a poche strutture, persisteranno le disuguaglianze nella qualità dell'assistenza nel percorso nascita. Il raggiungimento dell'adesione da parte di tutte le strutture richiederà di moltiplicare gli sforzi e di individuare nuovi approcci.

I casi studio e le interviste a figure professionali qualificate (68; 76) hanno mostrato che in alcuni paesi il percorso per diventare Ospedale Amico ha prodotto eccellenti esempi di processi gestionali e operativi ai quali si può fare riferimento per facilitare l'implementazione sostenibile e il potenziamento delle pratiche che sostengono l'allattamento.

Ricerche del 2020-2021 hanno evidenziato come il percorso verso strutture amiche rappresenti per le operatrici e gli operatori una "fatica premiante" in termini di riconoscimento della professionalità e delle competenze, e del conseguente miglioramento nell'assistenza e negli esiti di salute per madri, neonate e neonati (86).

Ospedali e Comunità: 2 percorsi, gli stessi Passi



Lo scopo principale della BFI è garantire che madri, bambine e bambini ricevano assistenza e cure tempestive e appropriate in gravidanza, durante la loro permanenza in un punto nascita e successivamente sul territorio, per consentire l'avvio dell'alimentazione del/la neonato/a, promuovendone così la salute e lo sviluppo. Data la comprovata importanza dell'allattamento, la BFI protegge, promuove e sostiene l'allattamento. Allo stesso tempo, mira anche a consentire un'adeguata cura e alimentazione dei neonati e delle neonate che non sono (ancora o completamente) allattati/e, o non (ancora) in grado di farlo. Per questo motivo, nelle revisioni che hanno portato a questa edizione, i Passi precedentemente divisi per ospedale e comunità sono stati uniformati, lasciando ad ognuno la declinazione specifica rispetto al contesto. In questa ottica, i servizi dell'intero percorso nascita dovrebbero offrire un'assistenza di qualità centrata sulle famiglie e basata sulle prove di efficacia (*evidence-based*).

I PASSI

PROCEDURE DI CARATTERE GESTIONALE

PASSO 1: POLITICHE E DOCUMENTI

Passo 1A: Aderire pienamente al Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e alle successive risoluzioni pertinenti dell'Assemblea Mondiale della Sanità.

Passo 1B: Adottare una Politica e procedure sull'allattamento e sull'alimentazione infantile che vengano comunicate di routine a operatori/operatrici e famiglie.

Passo 1C: Organizzare un sistema di monitoraggio continuo e di gestione dei dati rilevati.

PASSO 2: COMPETENZE DEL PERSONALE

Passo 2: Garantire che operatrici e operatori abbiano adeguate competenze (conoscenze, abilità e atteggiamenti) per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento e l'alimentazione infantile.

PRATICHE CLINICHE CHIAVE

PASSO 3: INFORMAZIONI NEL PERIODO PRENATALE

Passo 3: Parlare dell'importanza e della gestione dell'allattamento e dell'alimentazione infantile con le donne in gravidanza e le loro famiglie.

PASSO 4: CONTATTO PELLE A PELLE

Passo 4: Facilitare il contatto pelle a pelle subito dopo la nascita, durante la degenza e a casa, e creare le condizioni affinché madre e bambino/a possano esprimere le proprie competenze.

PASSO 5: SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO

Passo 5: Sostenere le madri ad avviare e mantenere l'allattamento e a gestire le più comuni difficoltà.

PASSO 6: ALLATTAMENTO ESCLUSIVO

Passo 6: Sostenere le madri ad allattare in maniera esclusiva per i primi sei mesi e fornire informazioni adeguate per la gestione delle situazioni in cui sia necessario l'uso dei sostituti del latte materno.

PASSO 7: STARE INSIEME FIN DALLA NASCITA

Passo 7: Sostenere madri e bambini/e a stare insieme, in ospedale (rooming-in H24) e a casa, per facilitare e proteggere la relazione madre/genitori-bambino/a.

PASSO 8: ALIMENTAZIONE RESPONSIVA

Passo 8: Sostenere le madri nel riconoscere e rispondere ai segnali del/della bambino/a.

PASSO 9: GESTIONE DI BIBERON, TETTARELLE E CIUCCI

Passo 9: Sostenere le madri ad alimentare e accudire i/le loro bambini/e senza biberon, tettarelle, ciucci e paracapezzoli e fornire informazioni adeguate per la gestione delle situazioni in cui sia necessario il loro uso.

PASSO 10: CONTINUITÀ DELLA CURA E DEL SOSTEGNO

Passo 10A: Coordinare la dimissione in modo che i genitori e i/le loro bambini/e abbiano accesso tempestivo a una rete di sostegno e un'assistenza continuativa fornite dalla collaborazione tra operatori e operatrici del punto nascita e dei servizi territoriali, i gruppi di sostegno e la comunità locale.

Passo 10B: Creare ambienti accoglienti per le famiglie.

PASSO CAM: LE CURE AMICHE DELLA MADRE

Passo CAM: Assistere le donne nel travaglio e parto con una modalità rispettosa della fisiologia e mirata ad un'esperienza positiva della nascita.

Le famiglie devono ricevere informazioni imparziali e di qualità sull'alimentazione dei neonati. Le strutture che forniscono servizi nel percorso nascita hanno la responsabilità di promuovere l'allattamento, ma devono anche rispettare le preferenze della madre e dei genitori e fornire loro le informazioni necessarie per prendere una decisione consapevole sulla migliore opzione di alimentazione per loro e per il/la bambino/a. La struttura deve aiutare le madri a nutrire il/la proprio bambino/a nel modo prescelto.

In linea con quanto dichiara l'OMS nel *Framework sui servizi sanitari integrati e centrati sulle persone* (87), è importante garantire che "tutte le persone abbiano uguale accesso a servizi sanitari di qualità che siano co-prodotti in modo da soddisfare le loro esigenze nel corso della vita rispettando le loro preferenze, che siano coordinati in un programma di continuità assistenziale e siano completi, sicuri, efficaci, tempestivi, efficienti e accettabili; e tutto il personale sia motivato, qualificato e possa operare in un contesto favorevole". Un aspetto specifico è fornire assistenza in un modo culturalmente appropriato, che comprenda la

distribuzione di materiale informativo nelle lingue che tutti gli utenti possano comprendere.

I Passi delle BFI italiane includono anche le “Cure Amiche della Madre” (CAM), che sono state identificate come buone pratiche per l’assistenza al travaglio-parto e nel periodo postnatale, in quanto importanti per il benessere della madre, per il rispetto della sua dignità e dei suoi diritti (4). Molte di queste pratiche “amiche della madre” facilitano l’avvio dell’allattamento (88). È importante che le donne non siano sottoposte a pratiche inutili o dannose durante il travaglio, il parto e il primo periodo postnatale. Le CAM mirano al pieno superamento dell’uso inappropriato di episiotomia, parto vaginale strumentale e taglio cesareo. Le donne devono anche poter avere vicino una persona di loro scelta durante il travaglio e il parto, essere incoraggiate ad adottare la posizione preferita durante il travaglio e messe nella condizione di prendere decisioni consapevoli. Inoltre, donne, neonate e neonati devono essere trattati con rispetto, avendo cura di tutelare la loro dignità e la loro riservatezza; non devono essere sottoposti a trattamenti e comportamenti lesivi della loro dignità o del loro benessere (89).

Relativamente alla gestione di madri con HIV, la linea guida dell’OMS / UNICEF del 2016 sull’*HIV e l’alimentazione infantile* (90) raccomanda che le autorità sanitarie nazionali o regionali stabiliscano raccomandazioni per l’alimentazione infantile alle donne con HIV (i) per allattare e ricevere interventi farmacologici antiretrovirali o (ii) per evitare qualsiasi tipo di allattamento. Laddove le autorità raccomandino l’allattamento più la terapia antiretrovirale, vanno raccomandati l’avvio tempestivo dell’allattamento, l’allattamento esclusivo per i primi 6 mesi di vita e l’allattamento che prosegue, con un’alimentazione complementare adeguata e sicura, fino ad almeno 12 mesi. L’allattamento può essere continuato fino a 24 mesi o oltre (simile alla popolazione generale), mentre la madre è sostenuta ad aderire alla terapia antiretrovirale. Laddove le autorità raccomandino di evitare del tutto l’allattamento, è necessario un sostegno qualificato e coordinato per l’alimentazione del/la neonato/a in modo da garantire la sicurezza di un’alimentazione con sostituti adeguati. La BFHI può essere implementata in entrambi i contesti.

Le strutture del percorso nascita devono rispettare i Passi. La versione 2022 dei Passi è suddivisa in procedure di carattere gestionale, fondamentali per garantire un ambiente favorevole all’implementazione e alla sostenibilità all’interno della struttura, e di pratiche cliniche chiave, che definiscono l’assistenza che ogni madre e bambino/a dovrebbero ricevere. Le pratiche cliniche chiave sono gli interventi basati sull’evidenza per sostenere le madri nell’avvio e nel proseguimento dell’allattamento. I Passi sono indicati nel Box 1 e descritti in dettaglio nella sezione 2.1 e nella sezione 2.2. Nel testo sono presentate anche le raccomandazioni specifiche delle nuove *Linee Guida dell’OMS: proteggere, promuovere e sostenere l’allattamento nei punti nascita* (3), con l’aggiunta del relativo numero di raccomandazione. L’Appendice 1 mostra come i *Dieci Passi* rivisti incorporino tutte le raccomandazioni delle nuove linee guida dell’OMS (3) e come siano evoluti rispetto ai *Dieci Passi* originali. Sebbene sia dimostrato che ciascuno dei Passi contribuisca a migliorare in qualche misura il sostegno all’allattamento, un impatto ottimale sulle pratiche di allattamento, e quindi sul benessere materno e infantile, si ottiene solo quando tutti i Passi sono implementati come un unico pacchetto. Il testo va letto in questa luce.

Gli Standard dell’Iniziativa riflettono i cambiamenti nei servizi del percorso nascita (modifiche nell’assistenza prenatale, degenze più brevi, ecc). Mantenendo il focus sugli stili di comunicazione e un approccio centrato sulla madre/genitori/famiglia, essi rispondono anche alla necessità di colmare le disuguaglianze in salute legate a fattori socioeconomici, culturali e di qualsiasi altra natura, individuando la prima infanzia come il momento chiave per realizzare questi miglioramenti. I professionisti del percorso nascita e le associazioni di volontariato continuano ad essere nella posizione migliore per sostenere ogni donna, al momento giusto e in quel particolare contesto sociale. Se le donne sono accompagnate e sostenute nella cura dei loro bambini e delle loro bambine attraverso una gravidanza sana e la costruzione di legami emotivi sicuri e forti con il nascituro o la nascita, successivamente il/la bambino/a avrà un buon inizio nella vita, e questo si rifletterà negli esiti individuali, familiari e di salute pubblica. La questione dell’allattamento non può essere appannaggio di un solo servizio: tutti gli attori istituzionali intorno a madre,

padre, bambino o bambina (fin da prima del concepimento, per tutto il percorso nascita e i primi anni di vita) giocano un ruolo determinante. Il sostegno dell'allattamento coinvolge fortemente anche altri settori della società oltre a quello sanitario, per la protezione da ogni tipo di interferenza, per la conciliazione famiglia-lavoro, per la promozione di una cultura di paese e di comunità favorente e di accoglimento, per la qualità dei progetti di salute pubblica che lo promuovono.

L'importanza di una rete "di prossimità", sanitaria, educativa e sociale, con competenze specifiche sugli Standard delle Buone Pratiche OMS/UNICEF, costituisce uno degli elementi chiave della governance nella presa in carico delle popolazioni ad aumentata vulnerabilità, tra cui richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale, famiglie a basse risorse, in condizioni di instabilità, di mancato accesso ai servizi essenziali, di discriminazione, con ripercussioni sulle opportunità di crescita e sviluppo del nucleo familiare (91).

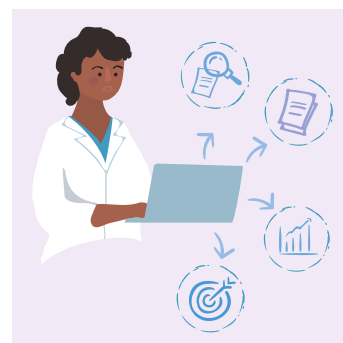
2.1 PROCEDURE DI CARATTERE GESTIONALE A SOSTEGNO DELL'ALLATTAMENTO E DELL'ALIMENTAZIONE INFANTILE

Per garantire un'applicazione diffusa e duratura delle buone pratiche cliniche chiave previste dall'OMS e dall'UNICEF (da qui in avanti le "buone pratiche"), le strutture devono adottare e tenere aggiornate quattro procedure organizzative fondamentali. Le prime tre fanno parte del Passo 1: il rispetto del *Codice* (29; 55; 85), lo sviluppo di politiche scritte e la realizzazione di sistemi di monitoraggio e gestione dei dati. La quarta fa parte del Passo 2 che affronta la necessità di garantire le conoscenze e competenze di tutte le operatrici e di tutti gli operatori della struttura, ciascuno in base al proprio ruolo.

PASSO 1: POLITICHE E DOCUMENTI

Passo 1A: Il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e le successive risoluzioni pertinenti dell'Assemblea Mondiale della Sanità.

Aderire pienamente al Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei sostituti del latte materno e alle successive risoluzioni pertinenti dell'Assemblea Mondiale della Sanità.



Razionale: la necessità della protezione dell'allattamento poggia sulla consapevolezza del complesso equilibrio che regola il processo fisiologico dell'intero percorso nascita in tutti i suoi aspetti: prenatali, perinatali e postnatali (da qui in avanti "percorso nascita"). Durante tutto il percorso nascita le famiglie sono particolarmente vulnerabili al marketing dei sostituti del latte materno perché in questo periodo si trovano a prendere decisioni che riguardano l'alimentazione dei loro bambini (93).

Le principali organizzazioni internazionali concordano sulla necessità di mantenere alta l'attenzione sulla protezione dell'allattamento, inscindibile dalla promozione e dal sostegno, e quindi sul rispetto del *Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno*, condizione necessaria per il riconoscimento BFI, indipendentemente dalla legislazione nazionale o regionale vigente (31; 32). Per questo, l'Assemblea Mondiale della Sanità (AMS) ha invitato le operatrici, gli operatori e i servizi sanitari ad aderire al *Codice Internazionale* (29; 55) e alle successive Risoluzioni pertinenti dell'AMS (85). Per chiarire i dubbi emersi nel corso degli anni, nel 2016 è stata approvata dall'AMS la Risoluzione che comprende la *Guida sul porre fine alla promozione inappropriata di alimenti per lattanti e bambini piccoli* dell'OMS "con lo scopo di promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento, prevenire l'obesità e le malattie non trasmissibili, promuovere stili alimentari sani, e garantire che i caregivers ricevano informazioni chiare e corrette sull'alimentazione" (39). Nella BFI quando si parla del "*Codice*", si intende il *Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno* e tutte le successive Risoluzioni pertinenti

dell'AMS nel loro insieme. Oltre alle famiglie, gli stessi professionisti e professioniste dell'ambito materno infantile devono essere protetti da influenze commerciali che potrebbero interferire con la loro attività e le loro valutazioni. Nella Risoluzione del 2016, vengono delineati i prodotti che rientrano nell'ambito del *Codice*:

- tutte le formule sia in polvere sia liquide, sia le formule speciali che i cosiddetti lattini di proseguimento o di crescita commercializzati come alimenti adatti da 0-36 mesi;
- tutti gli altri prodotti che possano in tutto o in parte sostituirsi al latte materno (tisane, tè, preparati liofilizzati, omogeneizzati, creme, biscotti, acqua) quando presentati come adatti a bambini e bambine di età inferiore a 6 mesi compiuti;
- biberon;
- tettarelle;
- nel Programma Insieme per l'Allattamento (BFHI/BFCI/CdLA) i prodotti comprendono anche ciucci, paracapezzoli e tiralatte.

Il rispetto del *Codice* è importante per tutti coloro che operano a vario titolo all'interno di punti nascita e/o servizi territoriali dal momento che la promozione dei sostituti del latte materno è uno dei più importanti fattori in grado di minare l'allattamento. È noto che le compagnie che producono e commercializzano i sostituti del latte materno, i biberon e le tettarelle violano ripetutamente il *Codice*, e si prevede che le vendite dei sostituti del latte materno continueranno ad aumentare a livello mondiale a scapito del benessere e della sopravvivenza dei bambini. Questa situazione di particolare esposizione delle famiglie, delle operatrici e degli operatori richiede pertanto un impegno costante e condiviso che coinvolga i punti nascita, i servizi territoriali e la formazione universitaria per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento.

Attuazione: secondo il *Codice* i servizi sanitari non devono promuovere l'uso dei sostituti, dei biberon o delle tettarelle e non devono subire il condizionamento dei produttori e dei distributori dei prodotti coperti dal *Codice*¹. Quest'ultimo aspetto richiede ai servizi sanitari di acquistare tutti i sostituti del latte materno, i biberon e le tettarelle, i ciucci, i paracapezzoli e i tiralatte attraverso i normali canali d'acquisto (fissando per ciascuna categoria di prodotti un prezzo minimo non simbolico ed evitando situazioni di monopolio) senza accettare campioni gratuiti o fornire a prezzi agevolati (vedi risoluzione AMS 39.28 (94)). Il personale del percorso nascita, in accordo con quanto disposto dal *Codice di comportamento dipendenti pubblici*, non deve essere coinvolto in alcuna attività di promozione di prodotti terzi (95). Secondo il *Codice Internazionale*, non deve permettere forme di pubblicità dei sostituti del latte materno e degli altri prodotti coperti dal *Codice*, compresa l'esposizione e la distribuzione di strumenti o materiali che riportino il marchio di queste ditte (29). Inoltre, secondo il Decreto 82/2009, il personale non deve consegnare alle famiglie buoni sconto e campioni di formula da usare in reparto o da portare a casa (96).

Si ricorda che i vincoli richiesti per questo passo riguardano l'intera struttura dell'azienda sanitaria e non solo il Dipartimento Materno Infantile. Il rispetto del *Codice* riguarda anche borse di studio o iniziative scientifiche accettate dalla direzione e finanziate da ditte che producono prodotti coperti dal *Codice* (anche se destinate a operatrici e operatori che non fanno parte del Dipartimento Materno Infantile). L'UNICEF mette a disposizione una *Guida per operatrici e operatori sanitari: come agire nel rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno* (96).

In linea con la *Guida sul porre fine alla promozione inappropriata di alimenti per lattanti e bambini piccoli dell'OMS* (39), le strutture, le operatrici e gli operatori devono evitare di avere conflitti di interesse con le ditte che producono e commercializzano alimenti per l'infanzia. Di conseguenza i convegni ai quali partecipa il personale non devono essere organizzati o sponsorizzati dalle ditte dei prodotti coperti dal *Codice*. Non è consentita a operatrici e operatori la partecipazione a convegni o altri eventi con spese direttamente sostenute (es. iscrizione pagata, spese di viaggio/soggiorno, ecc) da ditte che producono o commercializzano prodotti coperti dal *Codice* e dalla BFI. Le ditte non devono partecipare in alcun modo a

¹ Nella BFI le regole previste per i prodotti coperti dal *Codice* e le successive Risoluzioni pertinenti vengono estese anche a ciucci, paracapezzoli e tiralatte.

iniziative rivolte ai genitori.

In sintesi, le operatrici e gli operatori sanitari, il sistema sanitario, le associazioni professionali sanitarie e le organizzazioni non governative non dovrebbero:

- accettare omaggi, campioncini o prodotti scontati di alimenti per lattanti e bambini piccoli, eccetto:
 - come forniture distribuite attraverso programmi ufficialmente riconosciuti.I prodotti distribuiti in questi programmi non devono mostrare la marca del produttore;
- accettare strumentazioni o servizi da parte di aziende che producono alimenti per lattanti e bambini piccoli;
- accettare doni o incentivi da tali aziende;
- permettere che le strutture sanitarie ospitino eventi commerciali, concorsi sponsorizzati;
- permettere alle aziende che commercializzano alimenti per lattanti e bambini piccoli di distribuire attraverso le strutture sanitarie qualunque tipo di omaggio o coupon a genitori, caregivers e famiglie;
- permettere a tali aziende di fornire, direttamente o indirettamente, informazioni ai genitori o ad altri caregivers all'interno delle strutture sanitarie;
- permettere a tali aziende di sponsorizzare congressi e convegni scientifici per operatrici e operatori.

Più specificamente, nel caso di inviti a partecipare o collaborare in congressi ed attività formative sia come discente che in forma attiva, nonché in attività editoriali o pubblicitarie sia occasionali che continuative, o in altre attività assimilabili, l'operatrice o l'operatore deve valutare:

- non solo la presenza di violazioni del *Codice* ma anche il profilo di opportunità della partecipazione in base alla rilevanza scientifica, professionale nonché alla valenza promozionale dell'attività su cui è richiesta la sua collaborazione;
- se sia compatibile con il codice deontologico e con un comportamento professionale basato sulle prove di efficacia;
- come si rifletterà la partecipazione sull'ente di appartenenza e sui valori espressi nella politica aziendale;
- quale effetto potrebbe avere la partecipazione sui pazienti e sulle famiglie. Nel caso di consenso alla partecipazione dovrà in ogni modo:
 - rispettare il *Codice* e quindi non accettare pagamenti, rimborsi o regali;
 - dichiarare la propria posizione rispetto al *Codice* (p. es. dichiarazione conflitto interessi ad inizio presentazione);
 - partecipare alle attività negli eventi rifiutando ogni forma di finanziamento.

MODALITÀ DI ACQUISTO

Tutti i sostituti del latte materno, compresi i latti speciali e i fortificanti del latte materno, e tutti i presidi utilizzati nell'alimentazione infantile di cui la struttura ha necessità, non possono essere in alcun modo acquisiti gratuitamente né a basso costo, ma devono essere acquistati attraverso i normali canali dell'ente, che mette a disposizione idonea documentazione al riguardo. Il controllo dei registri e delle fatture comprova le modalità di acquisto dei sostituti del latte materno, compresi i latti speciali, fortificanti ed eventuali attrezzature per la loro preparazione e somministrazione e conferma che:

- la procedura garantisce:
 - una pluralità significativa delle ditte fornitrici
 - una suddivisione equa del fabbisogno fra queste
 - un prezzo d'acquisto non simbolico;
- gli eventuali criteri di esclusione di una ditta vengono resi noti e motivati;
- il reparto invia una richiesta "generica" dei sostituti necessari;
- esiste un sistema di monitoraggio quali-quantitativo dei consumi dei sostituti;
- esiste un sistema di monitoraggio delle informazioni ricevute dalla madre alla dimissione riguardo alla prescrizione dei sostituti.

Il DM82/09 all'art. 14 ricorda di "vigilare affinché al momento della dimissione dal reparto maternità non vengano forniti in omaggio prodotti o materiali in grado di interferire in qualunque modo con l'allattamento [...]. Le lettere di dimissione per i neonati non devono prevedere uno spazio predefinito per le prescrizioni dei sostituti del latte materno". (97)

Nella tabella sottostante di questo Passo, come per tutti gli altri, le colonne indicano la tipologia di operatrice o operatore: D: *dedicato/a*, C+: *coinvolto/a-plus*, C: *coinvolto/a*, I: *informato/a*.

TIPOLOGIA DI PERSONALE				COMPETENZE RICHIESTE ALLE OPERATRICI E AGLI OPERATORI
D	C+	C	I	
✓	✓	✓		01. Elencare prodotti che rientrano nell'ambito del Codice e nella BFI.
			✓	01-I. Descrivere le finalità del Codice.
✓	✓	✓	✓	02. Descrivere come un'operatrice/un operatore può rispettare il Codice e proteggere l'allattamento in base al proprio ruolo.
✓	✓	✓		03. Descrivere come dovrebbe rispondere un'operatrice/un operatore se le/gli vengono fornite informazioni da un produttore e/o distributore di prodotti che rientrano nell'ambito del Codice e nella BFI.
✓	✓	✓		04. Descrivere il tipo di doni o incentivi di varia natura che potrebbe essere offerto a un'operatrice/un operatore da un produttore e/o distributore di prodotti che rientrano nell'ambito del Codice e nella BFI.
✓	✓			05. Descrivere le possibili conseguenze dell'accettazione di doni o incentivi di varia natura da un produttore e/o distributore di prodotti che rientrano nell'ambito del Codice e nella BFI.
✓	✓	✓		06. Descrivere in che modo una struttura garantisce che non vi sia promozione di sostituti, biberon, tettarelle, ciucci, paracapezzoli o tiralatte nel percorso nascita.

D = dedicato C+ = coinvolto-plus C = coinvolto I = informato



COMPETENZE
RICHIESTE



TIPO STRUTTURA		STANDARD
H	C	01A.1 La struttura dispone di una procedura che descrive come attua il rispetto del Codice, compresa la modalità d'acquisto dei sostituti, la gestione della pubblicità, il divieto di accettare sovvenzioni o regali di prodotti coperti dal Codice e dalla BFI da parte di loro produttori o distributori, inclusi i campioni omaggio di sostituti di latte materno, biberon, tettarelle, ciucci, paracapezzoli e tiralatte per le famiglie.
H	C	01A.2 Tutte le formule, i biberon, le tettarelle, i ciucci, i paracapezzoli e i tiralatte usati nella struttura sono regolarmente acquistati attraverso i normali canali e non accettati come campioni gratuiti o a prezzi agevolati.
H	C	01A.3 La struttura dispone di una procedura che regola le modalità dei contatti fra rappresentanti, impiegati o collaboratori di ditte produttrici o distributori di sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, ciucci, paracapezzoli e tiralatte e operatrici/operatori che devono avvenire, se possibile, in gruppo, su appuntamento e autorizzato dal/la responsabile del servizio/reparto.
H	C	01A.4 La struttura dispone di una procedura che vieta contatti, in maniera diretta o indiretta, fra rappresentanti, impiegati o collaboratori di ditte produttrici o distributori di sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, ciucci, paracapezzoli e tiralatte con donne in gravidanza/madri/famiglie.
H	C	01A.5 La struttura dispone di una procedura per il rispetto del Codice nei diversi contesti extra-aziendali per valutare se la partecipazione del personale a convegni o altri eventi formativi e/o la pubblicazione di articoli creino conflitti di interesse con le iniziative UNICEF Insieme per l'Allattamento.
H	C	01A.6 La visita conferma che la struttura non espone o distribuisce prodotti coperti dal Codice o materiale di qualsiasi tipo che riporti il marchio delle ditte che producono o distribuiscono sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, ciucci, paracapezzoli e tiralatte o semplicemente nomi o immagini di prodotti coperti dal Codice.
H	C	01A.7 La visita alla struttura conferma che tutte le confezioni di formula, biberon pronti all'uso, altri prodotti che rientrano nell'ambito del Codice, ciucci, paracapezzoli, tiralatte ed altre attrezzature di cui la struttura ha la necessità vengono custodite in armadi chiusi e non trasparenti.

H = Ospedale C = Comunità

Passo 1B: Politica e procedure sull'allattamento e sull'alimentazione infantile.

Adottare una Politica e delle procedure sull'allattamento e sull'alimentazione infantile che vengano comunicate di routine a operatrici/operatori e famiglie.

Razionale: la Politica guida e indirizza la pratica, perciò una Politica rigorosa contribuisce a garantire le buone pratiche e standard elevati di assistenza. Le strutture e il personale devono seguire quanto è stabilito nella Politica. Le pratiche cliniche indicate nei Passi devono essere inserite nella Politica aziendale per garantire a tutte le mamme, bambine e bambini la stessa assistenza, non legata alle preferenze della singola operatrice o del singolo operatore. Le procedure scritte allegate alla Politica forniscono a operatrici e operatori linee guida basate sull'evidenza che indicano gli standard richiesti e aiutano a mantenere le pratiche nel tempo.

Attuazione: le strutture devono disporre di una Politica sull'allattamento e l'alimentazione infantile, scritta in una forma chiara e accessibile, comunicata regolarmente a operatrici, operatori e genitori (Raccomandazione 12). La Politica sull'allattamento può essere un documento a sé stante o far parte di un documento più ampio che riguardi più in generale l'alimentazione infantile. Comunque sia organizzata, la Politica rimanda a specifiche procedure, condivise e formalizzate, relative alle pratiche cliniche e assistenziali per assicurare che vengano offerte alle donne e alle madri in maniera sistematica durante l'intero percorso nascita. È molto importante che il Gruppo di Lavoro multiprofessionale che dovrà scrivere, coinvolgendo una rappresentanza di gruppi di mamme, la Politica aziendale, traduca poi i principi dei Passi nella propria realtà operativa. Questo è anche un importante passaggio per l'interiorizzazione e la condivisione del significato dei Passi. Lo stesso gruppo di lavoro, attraverso incontri periodici e strumenti appropriati, dovrà monitorare la qualità dell'applicazione della Politica, utilizzando tutti i dati quali-quantitativi necessari (Vedi Passo 1C). Viene messa a disposizione una Checklist per la Politica come quadro di riferimento per lo sviluppo o l'aggiornamento di una Politica.

La Politica deve essere sottoscritta dalla Direzione Strategica e dai Direttori dei Dipartimenti e delle UU.OO. che partecipano al progetto, oltre che dal Gruppo di Lavoro.

I punti essenziali della Politica devono essere comunicati alle famiglie e agli utenti in modo che conoscano quali standard di cura verranno loro garantiti. Normalmente questa comunicazione avviene attraverso una versione sintetica della Politica esposta in modo visibile in tutti i locali del servizio sanitario nei quali venga offerta assistenza alle gestanti e alle madri con neonati/e. Queste aree comprendono gli ambulatori per visite durante il percorso nascita, le zone travaglio e parto, il reparto di ostetricia, tutte le stanze di accudimento o visita dei neonati, e i reparti di patologia neonatale e di cure intensive neonatali, nonché tutte le strutture territoriali (es. consultorio pediatrico, ginecologico, ecc).

TIPOLOGIA DI PERSONALE				COMPETENZE RICHIESTE ALLE OPERATRICI E AGLI OPERATORI
D	C+	C	I	
✓	✓	✓	✓	07. Descrivere gli elementi che rientrano nella Politica sull'Alimentazione Infantile della struttura.
✓	✓	✓		08. Descrivere in che modo la Politica sull'Alimentazione Infantile influisce sul lavoro di un'operatrice/un operatore presso questa struttura.
			✓	08-I. Indicare dove si trova esposta la Politica Sintetica sull'Alimentazione Infantile della struttura.



COMPETENZE RICHIESTE

D = dedicato C+ = coinvolto-plus C = coinvolto I = informato

 STANDARD RICHIESTI	TIPO STRUTTURA	STANDARD
	H C	01B.1 L'Azienda sanitaria dispone di: • una Politica, redatta da un gruppo multidisciplinare (dirigenti, operatrici, operatori, utenti e rappresentanti dei gruppi di mamme), riguardo all'allattamento e all'alimentazione infantile; • una versione sintetica della Politica multilingue; • le procedure per attuare tutte le pratiche cliniche contenute nei Passi e nelle Cure Amiche.
	H C	01B.2 La struttura prevede interventi di sostegno per gruppi o famiglie con bisogni speciali e per le madri con una precedente esperienza negativa di allattamento.
	H C	01B.3 L'Azienda sanitaria dispone di un piano di comunicazione della Politica per il personale aziendale, per le famiglie e per la popolazione.
	H C	01B.4 L'esame di tutte le procedure utilizzate nella struttura riguardo all'allattamento/alimentazione infantile e del relativo materiale informativo dimostra che questi sono in linea con gli standard di Insieme per l'Allattamento e con le attuali linee guida basate su prove di efficacia.
	H C	01B.5 La struttura è in grado di dimostrare la sua collaborazione con le altre risorse presenti (sanitarie e non) che offrono sostegno all'allattamento/alimentazione infantile e accoglienza delle famiglie, anche nelle situazioni di emergenza.
	H C	01B.6 La visita alla struttura conferma che una versione sintetica della Politica aziendale, scritta in maniera comprensibile nelle lingue di maggior diffusione nella popolazione, è esposta in tutti gli spazi della struttura dove viene offerta assistenza alle donne in gravidanza, alle madri e alle loro famiglie.

H = Ospedale C = Comunità

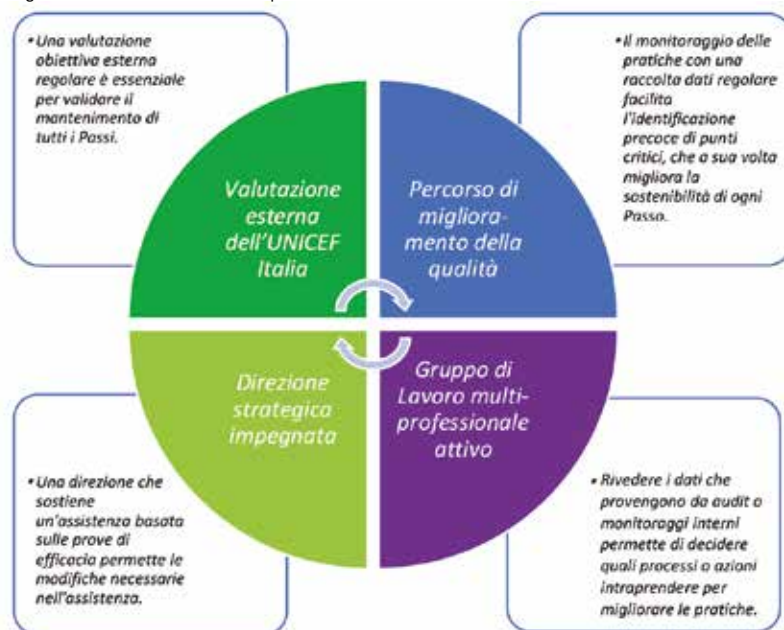
Passo 1C: Monitoraggio e gestione dei dati.

Organizzare un sistema di monitoraggio continuo e di gestione dei dati rilevati.

Razionale: le strutture che erogano assistenza per madri, bambine e bambini devono inserire il monitoraggio e la registrazione delle pratiche assistenziali relative all'allattamento all'interno dei propri sistemi di controllo/miglioramento della qualità (vedi sezione 2.4).

La figura 3 illustra come il monitoraggio del percorso di miglioramento della qualità è sostenuto dal gruppo di lavoro multidisciplinare e dalla Direzione Strategica, che poi permetta ad una valutazione esterna obiettiva di validare i risultati.

Figura 3 - Sostenere le buone pratiche



Attuazione: a livello internazionale vengono utilizzati due indicatori, considerati indicatori sentinella in un punto nascita: avvio dell'allattamento entro la 1° ora ed esclusività dell'allattamento durante la degenza. Questi devono essere routinariamente rilevati e registrati nelle cartelle cliniche di ogni coppia madre-neonato/a in tutte le strutture. L'indicatore "avvio dell'allattamento entro la 1° ora" è conosciuto anche come "avvio tempestivo dell'allattamento" e considera il numero di bambini e bambine che sono stati adagiati sul corpo materno e messi in condizione di attaccarsi al seno entro la prima ora di vita, come da definizione dell'OMS del 2021 (98), utilizzata anche dall'ISTAT (99). Nello spirito del progetto questo indicatore "misura" un tipo di assistenza che crea le condizioni ottimali affinché madre e bambino/a possano stare insieme in contatto pelle a pelle nelle prime ore ed esprimere al meglio le proprie competenze come la ricerca del seno, seppure in mancanza di una poppata "efficace", entro i primi 60 minuti dalla nascita.

Anche nella comunità esistono due indicatori sentinella: il tasso di allattamento esclusivo e di alimentazione complementare (latte materno + formula) sotto i sei mesi di età. L'importanza/obbligo del monitoraggio permanente viene sottolineato nel Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 che prevede la "Implementazione di un sistema di sorveglianza nazionale per la rilevazione dei tassi di allattamento [...] al 1°, 3° e 6° mese" in ogni regione, e individua il sistema della Sorveglianza 0-2 anni (100).

I dati devono essere analizzati e condivisi almeno ogni 6 mesi dai responsabili e dal Gruppo di Lavoro aziendale per la BFI. In preparazione delle visite di valutazione o rivalutazione, la revisione del monitoraggio dovrà essere più frequente al fine di verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati. L'analisi dei dati serve alla tempestiva pianificazione ed applicazione di azioni correttive nel caso di mancato raggiungimento degli esiti attesi. Ove possibile si raccomanda l'inserimento di questi due indicatori sentinella nella raccolta dati prevista alla dimissione (es. CEDAP) e finalizzata al controllo/miglioramento della qualità. I risultati degli indicatori devono anche essere messi a disposizione del pubblico, ad es. nei siti aziendali.

Per mantenere il sistema di monitoraggio più snello possibile i governi o le singole strutture potranno includere pochi indicatori aggiuntivi che riterranno utili per monitorare l'aderenza alle buone pratiche. Questi ulteriori indicatori sono particolarmente importanti per un processo di miglioramento della qualità e dovranno essere valutati regolarmente. Una volta raggiunti livelli accettabili di conformità, è possibile ridurre la frequenza della raccolta dei dati sugli indicatori aggiuntivi effettuandola, ad esempio, annualmente. Quando il livello degli indicatori sentinella ospedalieri scende al di sotto dell'80% è importante valutare dove le pratiche cliniche incontrino ostacoli e cosa potrebbe essere pianificato per raggiungere gli standard richiesti.

Si raccomanda di utilizzare metodi di monitoraggio standard sia in ospedale (attraverso il CEDAP, per esempio) che sul territorio (attraverso il monitoraggio in occasione delle sedute di vaccinazione, magari su campione temporale, come da rilevazione della Sorveglianza 0-2 anni). L'alternativa può essere una raccolta dati ad hoc alla dimissione materna (che potrebbe essere effettuata tramite questionari o interviste). La scelta del sistema di monitoraggio, oltre a rispettare linee guida nazionali e regionali, dovrà basarsi su criteri di praticità e fattibilità.

La frequenza della raccolta dei dati dipenderà dal metodo utilizzato:

- Se vengono aggiunte domande alla raccolta dati alla dimissione materna già esistente (es. CEDAP), la frequenza della rilevazione sarà la stessa prevista dalla raccolta in corso.
- Se la raccolta degli indicatori sentinella viene fatta attraverso le cartelle neonatali, si raccomanda di raccogliere al tempo stesso anche i dati relativi a tutte le pratiche cliniche (contatto pelle a pelle immediato, rooming-in, ecc).
- In alternativa, un'indagine campione delle cartelle cliniche potrebbe essere svolta ogni 6 mesi per raccogliere queste informazioni al fine di ridurre il carico di lavoro di estrazione, sintesi e revisione di grandi quantità di dati.
- Se viene messo in atto un nuovo sistema di raccolta dati alla dimissione materna, è necessario prevedere una rilevazione almeno ogni 6 mesi.

Il sistema di monitoraggio, tuttavia, deve essere snello e di facile gestione in relazione alle risorse della struttura. È meglio evitare di introdurre nuovi metodi di raccolta dei dati, a meno che non sia necessario o finalizzato a scopi periodici di verifica. Lo stesso vale per la quantità di dati raccolti: raccogliere più dati non significa fare meglio se poi non ci sono risorse per analizzare e utilizzare le informazioni raccolte e migliorare le pratiche assistenziali.

Il monitoraggio più efficace delle buone pratiche è quello basato su quanto riferiscono le madri. La raccolta dati per alcuni indicatori potrebbe essere effettuata per ogni coppia madre-bambino/a attraverso cartelle cliniche elettroniche o registri cartacei. Esiste però il rischio che i dati raccolti in questo modo dal personale finiscano per sovrastimare il grado di aderenza alle buone pratiche monitorate (bias di "desiderabilità sociale").

Le opzioni per la raccolta dei dati materni includono:

- intervista alle madri alla dimissione (preferibilmente da parte di una persona non direttamente responsabile della loro assistenza).
- brevi questionari su carta compilati dalle madri in modo autonomo e confidenziale al momento della dimissione;
- domande alle madri tramite SMS, e-mail o interviste telefoniche.

Si consiglia di raccogliere dati su un minimo di 20 coppie madre-bambino/a per ciascun indicatore ogni volta che viene effettuata la raccolta dei dati.

Gli standard richiedono un minimo dell'80% di conformità per tutti gli indicatori di processo e di risultato, incluso l'avvio dell'allattamento entro la prima ora e l'allattamento esclusivo. Ogni struttura deve raggiungere e mantenere almeno l'80% per ciascun indicatore. Le strutture che non soddisfano questo obiettivo devono impegnarsi ad aumentare la percentuale nel tempo seguendo un piano di azione specifico.

Come sottolineato nell'indagine del percorso nascita della Regione Toscana, "Il ricorso a indagini di popolazione permette di coniugare l'esigenza di misurare l'allattamento (stimandone la prevalenza e la durata), a quella di misurare l'esperienza delle stesse donne rispetto all'allattamento. La rilevazione dell'esperienza consente di identificare le difficoltà affrontate dalle donne nel percorso nascita e nell'allattamento in particolare, capire le esigenze di supporto e verificare quanto le risposte assistenziali riescano a rispondere a tali esigenze, fornendo un efficace sostegno all'allattamento e complessivamente promuovendo la qualità dell'intero percorso nascita" (101).

TIPOLOGIA DI PERSONALE				COMPETENZE RICHIESTE ALLE OPERATRICI E AGLI OPERATORI	 COMPETENZE RICHIESTE
D	C+	C	I		
✓	✓			09. Descrivere i motivi per cui il monitoraggio delle pratiche assistenziali è importante per garantire la qualità delle cure.	
✓	✓			10. Descrivere come le pratiche assistenziali sono monitorate in questa struttura.	
		✓		09-10C. Descrivere i motivi per cui il monitoraggio delle pratiche assistenziali (seguire l'andamento di alcuni indicatori) è importante.	

D = dedicato C+ = coinvolto-plus C = coinvolto I = informato

TIPO STRUTTURA	STANDARD	 STANDARD RICHIESTI
H	01C.1H La struttura dispone di un protocollo per il monitoraggio continuo, con relativo sistema di gestione dei dati, riguardante le pratiche cliniche. In particolare, come minimo: • Per l'ospedale, i tassi di: - contatto pelle a pelle immediato alla nascita; - avvio dell'allattamento; - allattamento esclusivo durante tutta la degenza.	
	01C.1C La struttura dispone di un protocollo per il monitoraggio continuo, con relativo sistema di gestione dei dati, riguardante le pratiche cliniche. In particolare, come minimo: • Per la comunità: - i tassi di allattamento/alimentazione al 1°, 3°, 6° e 12° mese su un campione di popolazione rappresentativo del territorio (PNP 2020-2025). - la percentuale di donne in gravidanza/madri assistite nei servizi territoriali, rispetto a tutte le donne in gravidanza residenti.	
H C	01C.2 Le operatrici e gli operatori o il Gruppo di lavoro della struttura si riuniscono almeno ogni 6 mesi per verificare l'attuazione del progetto e l'applicazione della Politica.	

H = Ospedale C = Comunità

PASSO 2: COMPETENZE DEL PERSONALE

Passo 2: Garantire che operatrici e operatori abbiano adeguate competenze (conoscenze, abilità e atteggiamenti) per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento e l'alimentazione infantile.

Razionale: una delle revisioni più significative ai *Dieci Passi* è quella apportata al Passo 2, che ha introdotto una trasformazione nella BFI: da un focus sulla formazione si è passati a un focus sulla verifica delle competenze.



Il nuovo Passo 2 della BFI si concentra sulla verifica delle competenze per garantire che operatrici e operatori che lavorano a contatto con le madri e le famiglie, abbiano le conoscenze, le abilità e gli atteggiamenti per sostenere l'allattamento, nell'arco dell'intero percorso nascita e dei primi 1000 giorni. Il *Kit per la verifica delle competenze (102)* è progettato per aiutare i sistemi sanitari a creare un legame concreto fra competenze e pratica clinica. L'OMS/UNICEF e anche il Ministero della Salute (82) raccomandano di investire in programmi nazionali di formazione universitaria in modo che l'allattamento e l'alimentazione infantile rientrino nei piani di studio dei corsi di laurea e delle scuole di specializzazione (la cosiddetta formazione "pre-service").

Le strutture che forniscono servizi di assistenza durante il percorso nascita hanno necessità di garantire che le competenze di tutte le loro professioniste e tutti i loro professionisti siano aggiornate. La verifica delle competenze, descritta nei materiali del *Kit per la verifica delle competenze (102)*, è progettata per identificare le lacune nelle conoscenze o nelle competenze e per facilitare la pianificazione di una ulteriore formazione che consentirà a operatrici e operatori di sviluppare competenze efficaci, fornire messaggi coerenti e attuare gli standard della Politica. Lo sviluppo delle competenze da parte del personale permetterà a sua volta di trasmetterle alle famiglie per una genitorialità competente.

Conoscenze (Co) - Knowledge

la comprensione teorica o pratica di una materia acquisita attraverso lo studio teorico, lezioni o esperienze pratiche.

Abilità (Ab) - Skills

le capacità necessarie per svolgere correttamente un lavoro e includono tecniche cognitive, comunicative, interpersonali e di problem solving.

Atteggiamenti (At) - Attitudes

il comportamento, il modo in cui agiamo nei confronti di noi stessi o degli altri.

Attuazione: le strutture impegnate nel progetto devono stabilire l'organigramma del proprio percorso nascita per definire le competenze minime richieste alle singole figure professionali che vengono a contatto in qualsiasi forma con gestanti, madri/famiglie, e/o bambini/e. Entro un mese dall'ingresso in servizio, queste operatrici e questi operatori devono ricevere un orientamento alla Politica Aziendale per conoscere il progetto e il proprio ruolo nella sua attuazione.

Le operatrici e gli operatori sono divisi in quattro categorie in base alle competenze richieste dal ruolo professionale di ciascuno: *informati/e*, *coinvolti/e*, *coinvolti/e-plus* e *dedicati/e*. **Le operatrici informate e gli operatori informati** devono avere delle competenze di carattere generale, in modo da saper indirizzare la madre alla figura professionale più adeguata. Nella categoria del personale *informato*, sono compresi operatrici e operatori di varia professionalità che a diverso titolo hanno contatti significativi

con donne in gravidanza e con mamme, tali da poter orientare le stesse verso i servizi competenti e/o influenzare il percorso dell'allattamento. Vanno pertanto considerati in questa categoria, nei vari servizi o unità operative, il personale amministrativo o altro personale di front office, il personale sanitario e non, come quello delle pulizie, del vitto, ecc. **Le operatrici coinvolte e gli operatori coinvolti** devono avere maggiori conoscenze teoriche sull'allattamento, conoscere in che modo le attività di propria competenza possono ostacolare o favorire l'allattamento e sapere a quali figure dedicate indirizzare i genitori per ulteriori approfondimenti. **Le operatrici e gli operatori coinvolti-plus**, oltre alle competenze di carattere generale richieste per le coinvolte e i coinvolti, devono possedere ulteriori competenze specifiche perché condividono con i *dedicati* l'attuazione di alcuni Passi. **Le operatrici dedicate e gli operatori dedicati** sono quelli che si occupano di allattamento e di alimentazione infantile e che hanno, oltre alle conoscenze teoriche, anche le abilità pratiche e gli atteggiamenti idonei per sostenere le madri (Raccomandazione 13).

Il personale può essere raggruppato in 3 livelli, come nella Figura 4. Quando si usa l'espressione "gli operatori e le operatrici attivi nel progetto" si intende tutto il personale *informato, coinvolto, coinvolto-plus e dedicato* che viene a contatto con donne in gravidanza, madri e famiglie e al quale è rivolto l'orientamento alla Politica. Quando si usa l'espressione "gli operatori e le operatrici impegnati nell'assistenza all'interno del percorso nascita" si intende solo il personale coinvolto, *coinvolto-plus e dedicato*.



Figura 4 - Ruolo del personale nella BFH

Mentre nella versione della BFHI del 2009 si partiva da una formazione obbligatoria uguale per ciascuna categoria professionale, l'attuale Passo 2 richiede una verifica mirata delle competenze delle operatrici e degli operatori per identificare eventuali lacune nelle competenze o nelle conoscenze e quindi pianificare una formazione specifica. I materiali del *Kit per la verifica delle competenze (102)* descrivono in dettaglio le competenze attese da ogni tipologia di operatrice o operatore. La verifica delle competenze è essenzialmente "il test" per stabilire se un/a professionista sta lavorando in modo accurato, sensibile e corretto. Se un'operatrice o un operatore non è in grado di dimostrare chiaramente la competenza in un'attività, è richiesta una formazione di base o di recupero.

Quindi, i materiali del *Kit per la verifica delle competenze (102)* costituiscono strumenti di verifica da usare sia nei punti nascita sia nei servizi territoriali che forniscono assistenza a mamme e neonati/e, nonché nei corsi di laurea e nelle scuole di specializzazione. Il *Kit* descrive le competenze minime richieste per tutte le operatrici e tutti gli operatori all'interno del percorso nascita, suddivise in informati/e, coinvolti/e, coinvolti/e-plus e dedicati/e (102).

Il *Kit* introduce un framework (Tabella 1) composto da 18 ambiti specifici suddivisi in 7 aree tematiche.

Questo framework sostituisce l'elenco delle 20 competenze proposte nella *Guida BFHI 2018*(1) per cogliere in maniera accurata gli aspetti più importanti dell'assistenza richiesta.

Le aree tematiche partono dalle procedure organizzative essenziali di cui hanno bisogno la dirigenza e il personale per creare il contesto richiesto alle buone pratiche. Le competenze fondamentali comprendono quelle relative alla comunicazione e al *counselling* che si applicano in maniera trasversale a tutte le attività cliniche. Le aree tematiche proseguono attraverso il continuum di assistenza del percorso nascita, dal periodo prenatale fino alla dimissione dal punto nascita, il rientro a casa e i primi anni. Su tutto questo percorso, il personale *dedicato* dovrebbe dimostrare le competenze nei vari aspetti del *counselling* e del sostegno all'allattamento. Mentre al personale *dedicato* si richiedono maggiori competenze, per le altre tipologie di personale si richiedono competenze base commisurate al loro ruolo e declinate successivamente.

Tabella 1. Elenco delle competenze necessarie per implementare i Passi

AREA TEMATICA 1: PROCEDURE ORGANIZZATIVE A SOSTEGNO DEI PASSI.

01. Applicare il Codice in tutta la struttura.

02. Descrivere le politiche e i sistemi di monitoraggio della struttura.

AREA TEMATICA 2: COMPETENZE FONDAMENTALI DI COUNSELLING - COMUNICARE IN MODO CREDIBILE ED EFFICACE.

03. Usare le capacità di ascoltare e apprendere tutte le volte che si incontra una madre.

04. Usare le abilità per aumentare l'autoefficacia della madre e darle sostegno in ogni incontro.

AREA TEMATICA 3: INFORMAZIONI NEL PERIODO PRENATALE.

05. Condurre una conversazione prenatale sull'allattamento.

AREA TEMATICA 4: ASSISTENZA AL PARTO E NELL'IMMEDIATO POST PARTUM.

06. Implementare le Cure Amiche della Madre.

07. Implementare il contatto pelle a pelle alla nascita, immediato e senza interruzioni.

08. Facilitare l'avvio dell'allattamento nella prima ora, secondo i segnali del/la bambino/a.

AREA TEMATICA 5: ASPETTI ESSENZIALI DA AFFRONTARE CON UNA MADRE CHE ALLATTA.

09. Parlare con una madre della fisiologia dell'allattamento.

10. Accompagnare una madre durante una poppata.

11. Accompagnare una madre a rispondere ai segnali del/la bambino/a.

12. Accompagnare una madre nella gestione della spremitura.

AREA TEMATICA 6: ASSISTENZA ALLE COPPIE MADRE-NEONATO/A CON BISOGNI SPECIALI.

13. Accompagnare una madre ad allattare un/a bambino/a pretermine o con patologia.

14. Accompagnare una madre il/la cui bambino/a ha bisogno di alimenti o liquidi oltre al latte materno.

15. Accompagnare una madre a utilizzare metodi alternativi per alimentare il/la bambino/a, se necessario.

16. Accompagnare una madre a prevenire o a risolvere difficoltà con l'allattamento.

AREA TEMATICA 7: CONTINUITÀ DELLA CURA E DEL SOSTEGNO.

17. Assicurare la continuità della cura dopo la dimissione.

18. Creare ambienti accoglienti per favorire l'allattamento.

Quando le competenze di operatrici e operatori sono carenti, le strutture devono adottare misure correttive per rafforzarle, offrendo ad esempio corsi interni o inviando il personale a seguire corsi fuori sede. Mentre alcune conoscenze teoriche possono essere acquisite attraverso lo studio autonomo o la formazio-

ne a distanza (FAD), per le competenze relazionali e le abilità pratiche non si può prescindere da sessioni di pratica clinica supervisionata. Ogni struttura potrà individuare i percorsi formativi che ritiene idonei per l'acquisizione da parte di operatrici e operatori di determinate conoscenze e abilità pratiche in funzione del ruolo all'interno del percorso nascita. A questo fine i materiali formativi dell'OMS/UNICEF rappresentano un'utile risorsa (103). Una ricerca nel Friuli-Venezia Giulia del 2021 ha dimostrato che l'utilizzo di un apprendimento basato sui problemi è uno strumento utile nella formazione per la BFI (104).

TIPOLOGIA DI PERSONALE				COMPETENZE RICHIESTE ALLE OPERATRICI E AGLI OPERATORI
D	C+	C	I	
✓				11. Mostrare in cosa consiste la capacità di ascoltare e comprendere in un incontro.
✓				12. Mostrare come adattare lo stile e il contenuto della comunicazione in modo che siano adeguati alle esigenze dell'interlocutore.
✓				13. Mostrare come incoraggiare una donna in gravidanza/madre a esprimere le sue opinioni, dedicandole tempo per capire e considerare il suo punto di vista.
✓				14. Mostrare come aumentare l'autoefficacia di una donna in gravidanza/madre e darle sostegno.
	✓	✓		11-14-C+/C Descrivere l'importanza e i concetti base di una comunicazione efficace (ascoltare e offrire informazioni).
✓	✓	✓	✓	72. Descrivere come comportarsi quando non si sa rispondere a una richiesta di un utente (sapere a chi indirizzare).



COMPETENZE RICHIESTE

D = dedicato C+ = coinvolto-plus C = coinvolto I = informato

TIPO STRUTTURA		STANDARD
H	C	02.1 La struttura dispone di una procedura per assicurare l'orientamento alla Politica aziendale per tutte/i le/i nuove/i operatrici/operatori, anche se assegnati temporaneamente ai servizi/unità operative del percorso nascita, entro un mese dall'entrata in servizio.
H		02.2H Durante il percorso di riconoscimento/rivalutazione il numero dei partecipanti (sanitari e non) attivi nel progetto dimostra un progressivo incremento. Lo Standard viene definito in base al valore di partenza e alle caratteristiche della struttura: • Per l'Ospedale si considera la percentuale del personale appartenente ad altre UU.OO. al di fuori dell'area materno-infantile (es. continuità del rapporto madre-bambino/a in caso di ricovero in altra U.O.) attivo nel progetto.
	C	02.2C Durante il percorso di riconoscimento/rivalutazione il numero dei partecipanti (sanitari e non) attivi nel progetto dimostra un progressivo incremento. Lo Standard viene definito in base al valore di partenza e alle caratteristiche della struttura: • Per la Comunità, si considera la percentuale di professionisti della medicina convenzionata (pediatri di libera scelta e medici di medicina generale) attivi/e nel progetto.

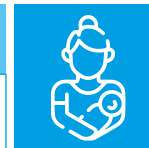


STANDARD RICHIESTI

 STANDARD RICHIESTI	TIPO STRUTTURA		STANDARD
	H	C	
	H	C	02.3 La struttura dispone di una procedura per la verifica delle competenze di operatrici e operatori in base al loro grado di coinvolgimento nel percorso nascita.
	H	C	02.4 Tutte le operatrici e tutti gli operatori attivi nel progetto confermano di aver ricevuto un orientamento alla Politica Aziendale entro 1 mese dall'entrata in servizio.
	H	C	02.5 Almeno l'80% di tutte le operatrici e tutti gli operatori impegnati riferiscono che le loro competenze sul sostegno alla diade madre-bambino/a sono state verificate nei 3 anni precedenti attraverso un audit interno, e comunque entro i primi 6 mesi dall'entrata in servizio.
	H	C	02.6 Almeno l'80% tutte le operatrici e tutti gli operatori impegnati sono in grado di rispondere a domande relative alle conoscenze sull'allattamento e l'alimentazione infantile e a come sostenerli in base al loro ruolo.
	H	C	02.7 Almeno l'80% delle operatrici e degli operatori attivi nel progetto ha le competenze (conoscenze, abilità e atteggiamenti) per svolgere il proprio ruolo all'interno del progetto.
	H	C	02.7.01A Almeno l'80% di tutte le operatrici e tutti gli operatori attivi nel progetto sono in grado di rispondere a una serie di domande sul rispetto del Codice, pertinenti al proprio ruolo.
	H	C	02.7.01B Almeno l'80% delle operatrici e degli operatori attivi nel progetto sono in grado di descrivere aspetti della Politica sull'allattamento e sull'alimentazione infantile che riguardano il loro ruolo.
	H	C	02.7.01C Almeno l'80% delle operatrici e degli operatori impegnati nell'assistenza all'interno del percorso nascita sono in grado di descrivere i motivi per cui il monitoraggio delle pratiche assistenziali è importante.
	H	C	02.7.02 Almeno l'80% delle operatrici e degli operatori dedicati del percorso nascita sono in grado di utilizzare le competenze fondamentali di counselling per comunicare in modo empatico ed efficace.
	H	C	02.7.03 Almeno l'80% delle operatrici e degli operatori impegnati nell'assistenza all'interno del percorso nascita sono in grado di descrivere le informazioni dalla Checklist che trasmettono in conversazioni con donne in gravidanza.
	H		02.7.04 Almeno l'80% delle operatrici e degli operatori impegnati nell'assistenza all'interno del percorso nascita sono in grado di illustrare il contatto pelle a pelle e le altre pratiche assistenziali nelle prime 2 ore dopo la nascita.
	H	C	02.7.05 Almeno l'80% delle operatrici e degli operatori dedicati sono in grado di descrivere gli aspetti pratici essenziali che ogni madre che allatta dovrebbe conoscere e saper mettere in pratica.
	H	C	02.7.06.1 Almeno l'80% delle operatrici e degli operatori dedicati sono in grado di condurre una conversazione con una madre sul perché è importante un allattamento esclusivo efficace e di descrivere le indicazioni mediche per l'integrazione dei/delle bambini/e allattati/e.
	H	C	02.7.06.2 Almeno l'80% delle operatrici e degli operatori attivi nel progetto sono in grado di descrivere le raccomandazioni OMS/UNICEF sull'esclusività e la durata dell'allattamento.
	H	C	02.7.07 Almeno l'80% delle operatrici e degli operatori dedicati sono in grado di condurre una conversazione con i genitori sull'importanza dello stare insieme ai/alle loro bambini/e, in ospedale e a casa.

H = Ospedale C = Comunità

TIPO STRUTTURA		STANDARD
H	C	02.7.08 Almeno l'80% delle operatrici e degli operatori impegnati nell'assistenza all'interno del percorso nascita sono in grado di descrivere perché l'alimentazione responsiva è importante e quali sono i segnali di fame precoci e tardivi.
H	C	02.7.09 Almeno l'80% delle operatrici e degli operatori dedicati sono in grado di condurre una conversazione con una madre che richiede biberon, tettarelle e/o ciucci senza indicazione medica.
H	C	02.7.10A.1 Almeno l'80% delle operatrici e degli operatori attivi nel progetto sono in grado di descrivere come questa struttura collabora con le altre risorse presenti (sanitarie e non) per coordinare le comunicazioni sull'allattamento e garantire una continuità assistenziale.
H	C	02.7.10A.2 Almeno l'80% delle operatrici e degli operatori dedicati sono in grado di condurre una conversazione con una famiglia sulle informazioni necessarie per continuare l'allattamento quando la madre si deve assentare (per lavoro o altro) oppure se il/la bambino/a è ricoverato.
	C	02.7.10A.3 Almeno l'80% delle operatrici e degli operatori dedicati sono in grado di condurre una conversazione con i genitori sull'introduzione adeguata di cibi complementari e l'allattamento che prosegue.
H	C	02.7.10B Almeno l'80% delle operatrici e degli operatori attivi nel progetto sono in grado di descrivere come promuovono l'accoglienza delle famiglie con bambini/e all'interno della struttura e nel territorio.
H	C	02.7.CAM Almeno l'80% delle operatrici e degli operatori impegnati nell'assistenza all'interno del percorso nascita sono in grado di descrivere le raccomandazioni base dell'OMS per l'assistenza durante il travaglio e parto fisiologici.


**STANDARD
RICHIESTI**

H = Ospedale C = Comunità

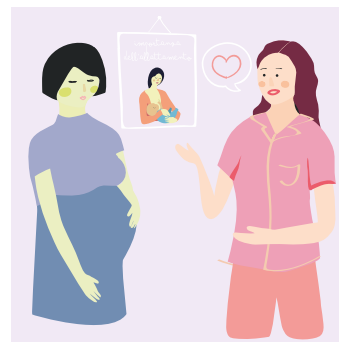
2.2 PRATICHE CLINICHE CHIAVE PER IL SOSTEGNO DELL'ALLATTAMENTO E DELL'ALIMENTAZIONE INFANTILE.

La BFI aggiornata mette in risalto otto Passi, o pratiche cliniche basate sulla *Linee Guida: proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento nei punti nascita (3)*, che sono presentati di seguito.

PASSO 3: INFORMAZIONI NEL PERIODO PRENATALE

Passo 3: Condurre una conversazione sull'importanza e sulla gestione dell'allattamento e dell'alimentazione infantile con le donne in gravidanza e le loro famiglie.

Razionale: tutte le donne in gravidanza devono ricevere informazioni di base sull'allattamento in modo da poter prendere decisioni consapevoli. Una revisione di 18 studi qualitativi ha rilevato che le madri generalmente ritengono che l'alimentazione infantile non sia trattata a sufficienza nel periodo prenatale, che non si parli abbastanza di cosa aspettarsi riguardo all'allattamento (72) e chiedono più informazioni pratiche su questo argomento. La gravidanza rappresenta un periodo chiave per informare le famiglie sull'importanza dell'allattamento, sensibilizzarle affinché comprendano bene le pratiche che lo facilitano e sostenere le loro decisioni. Le madri devono anche essere informate sul fatto che le pratiche adottate nel punto nascita hanno un impatto significativo nell'avvio dell'allattamento.



È molto importante che le donne in gravidanza (assieme al partner o altra persona di fiducia), arrivino consapevoli al momento del parto e ai successivi momenti di avvio dell'allattamento. Quanta più cura si avrà nella condivisione delle informazioni e nello stabilire un'alleanza e un clima di fiducia, tanto più naturale sarà l'adesione alle proposte assistenziali di una struttura Amica dei Bambini.

Particolare attenzione dovrà essere riservata alla comunicazione delle informazioni, in cui va innanzitutto trasmesso il senso profondo dell'offerta assistenziale (l'allattamento come il compimento del bonding) e il suo significato operativo (le motivazioni relative al contatto pelle a pelle, al rooming-in, e alle altre indicazioni). È inoltre importante che il contenuto del *counseling* da parte di operatrici e operatori diversi, e di diversi servizi, non sia contraddittorio o confondente per donne, madri e famiglie.

Attuazione: nelle strutture che forniscono assistenza in gravidanza, le donne e le loro famiglie devono ricevere informazioni sull'importanza e la gestione dell'allattamento (Raccomandazione 14). In molte sedi l'assistenza in gravidanza è fornita prevalentemente da operatrici e operatori dei servizi territoriali e non degli ospedali. Se i punti nascita non gestiscono direttamente il personale di questi servizi, devono comunque collaborare per assicurare che donne e famiglie ricevano informazioni complete sull'importanza dell'allattamento e sulle pratiche assistenziali previste durante il ricovero nel punto nascita. In altri contesti è il punto nascita che organizza direttamente incontri/corsi per donne in gravidanza. In questo caso la responsabilità di fornire informazioni e *counseling* sull'allattamento è a carico del punto nascita.

I colloqui sull'allattamento devono comprendere le informazioni sulla sua importanza e sui rischi del mancato allattamento, insieme alle altre raccomandazioni, nazionali e internazionali, sull'alimentazione infantile. Il *counseling* prenatale deve comprendere le abilità pratiche: come mettersi comoda e posizionare il/la bambino/a per la poppata, come attuare l'allattamento responsivo, come riconoscere i segnali che manifesta il/la bambino/a quando desidera stare al seno e come riconoscere se il bambino sta mangiando abbastanza. Le famiglie devono ricevere informazioni aggiornate sulle buone pratiche adottate nei punti nascita: contatto pelle a pelle, rooming-in, avvio dell'allattamento, protocolli sulla supplementazione. Le donne hanno bisogno di essere informate anche su possibili difficoltà a cui potrebbero andare incontro (come l'ingorgo o la percezione di non produrre abbastanza latte), su come prevenirle, affrontarle e dove rivolgersi in caso di bisogno.

Il *counseling* prenatale deve essere basato sull'ascolto e adattato ai bisogni individuali delle donne e delle loro famiglie, dando risposte adeguate alle preoccupazioni o ai quesiti che possano presentarsi. È necessario che questo *counseling* sia fornito con sensibilità e rispetto e tenga conto del contesto culturale e sociale di ogni famiglia.

Quando è possibile, gli incontri sull'allattamento dovrebbero iniziare dalla prima o seconda visita/incontro prenatale affinché ci sia tempo sufficiente per parlare di tutti gli aspetti dell'allattamento e di eventuali problematiche. Questo è particolarmente importante nei contesti in cui le donne effettuano poche visite prenatali e/o iniziano le visite a gravidanza avanzata. Inoltre, le donne che partoriscono prima del termine potrebbero non aver avuto sufficienti occasioni per parlare di allattamento se gli incontri iniziano a gravidanza molto avanzata.

CHECKLIST DEL PERCORSO NASCITA

IMPORTANZA DELL'ALLATTAMENTO:

- importanza dell'allattamento e conseguenze del mancato allattamento per bambino/a e madre;
- importanza dell'allattamento esclusivo e conseguenze della somministrazione di altri alimenti o liquidi in assenza di indicazioni mediche;
- raccomandazioni OMS su durata allattamento esclusivo e introduzione alimenti complementari con allattamento che prosegue.

AVVIO E MANTENIMENTO DELL'ALLATTAMENTO:

- le raccomandazioni dell'OMS su assistenza intrapartum per un'esperienza positiva della nascita (le Cure Amiche della Madre);
- contatto pelle a pelle subito dopo la nascita e in ogni occasione utile;
- come avviare e consolidare l'allattamento dopo la nascita;
- ritmi più comuni delle poppate (almeno 8 volte nelle 24 ore);
- alimentazione responsiva e segnali del/la bambino/a;
- conseguenze dell'uso di tettarelle, biberon, ciucci e paracapezzoli nel periodo di calibrazione;
- importanza di tenere vicino il/la bambino/a giorno e notte in ospedale (rooming-in) e a casa;
- importanza del contatto visivo con il/la bambino/a durante la poppata;
- posizione comoda e sicura per allattare;
- segni di attacco e suzione efficace e adeguato trasferimento di latte;
- segni di un'adeguata assunzione di latte (incremento ponderale, feci e urine).

SPREMITURA MANUALE:

- importanza della spremitura manuale;
- modalità di esecuzione della spremitura e conservazione del latte materno;
- per le madri che hanno bisogno di un tiralatte: saperlo usare correttamente e prendersene cura.

UNA VOLTA A CASA:

- rete di sostegno del dopo parto;
- prevenzione e gestione delle più comuni difficoltà in allattamento (ingorgo, mastite, ecc);
- segni del/la bambino/a e/o della madre che indicano la necessità di contattare una figura sanitaria;
- compatibilità dell'allattamento con la maggior parte dei farmaci;
- gestione rientro al lavoro della madre;
- raccomandazioni OMS su età adeguata per l'introduzione di alimenti complementari;
- allattamento che prosegue dopo l'introduzione di cibi complementari.

STILI DI VITA E SICUREZZA:

- importanza di sani stili di vita e di evitare fumo, alcool e sostanze di abuso in gravidanza e in allattamento;
- sicurezza in casa e in auto e sonno sicuro.

SOLO PER LE DONNE CHE MANIFESTANO UNA PROPENSIONE PER L'USO DELLA FORMULA:

- sostenere in modo rispettoso una donna, che potrebbe non considerare l'allattamento, a prendere una decisione consapevole sull'alimentazione del/la suo/a bambino/a.

SOLO PER LE DONNE CHE USERANNO LA FORMULA:

- importanza di un'alimentazione sostitutiva AFASS (accettabile, fattibile, abbordabile, sostenibile e sicura);
- modalità di preparazione, conservazione e somministrazione dei sostituti del latte materno.

Le informazioni sull'allattamento devono essere fornite con varie modalità. Dare informazioni con un linguaggio comprensibile a tutte le madri, stampate oppure online, è un modo per garantire che tutti gli argomenti più importanti siano affrontati. Ogni tipo di informazione aziendale (cartacea, multimedia, sito web, ecc), compresi i materiali per gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN), o altri materiali consegnati o mostrati alle donne in gravidanza, deve essere basata sulle evidenze, appropriata, efficace e libera da promozioni dei sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, ciucci, paracapezzoli e tiralatte. Il ricorso a immagini può essere utile per spiegare la gestione dell'allattamento in tutte le situazioni in cui la parola costituisca una barriera alla comprensione. Tuttavia, la consegna di materiali non garantisce che la totalità delle donne leggano o comprendano tutte le informazioni e quindi potrebbe non essere sufficiente. È importante organizzare incontri personalizzati, o a piccoli gruppi, per permettere alle donne di parlare delle loro sensazioni, dei loro dubbi, dei loro interrogativi. Si raccomanda il potenziamento degli IAN e l'inserimento delle informazioni richieste dagli standard BFH nelle loro routine.

Le informazioni devono essere fornite in assenza di conflitti di interesse. Come stabilito nella *Guida sul porre fine alla promozione inappropriata di alimenti per lattanti e bambini piccoli (39)*, le aziende che commercializzano alimenti per l'infanzia non devono "dare direttamente o indirettamente, informazioni sull'alimentazione di lattanti, bambine e bambini piccoli a genitori e altri caregivers all'interno delle strutture sanitarie".

Per le donne con gravidanza a rischio (ad es. gravidanze gemellari o ad alto rischio, o con anomalie congenite note) si devono prevedere prima possibile incontri con operatrici e operatori esperti riguardo alle specifiche modalità di alimentazione di un/a nato/a pretermine, di un/a neonato/a di basso peso o comunque di un neonato con patologia (105).

Nel corso degli IAN, se necessario, vanno prese in considerazione le donne che intendono far uso di biberon e formula. Infatti, se le donne devono compiere scelte consapevoli, hanno bisogno di conoscere tutte le implicazioni sulla salute dei vari tipi di alimentazione. Tuttavia, la spiegazione della preparazione, somministrazione e conservazione della formula non deve rientrare negli argomenti di gruppo ma va riservata esclusivamente alle donne che hanno effettiva necessità di utilizzare sostituti per alimentare i loro bambini/e. Un'informazione di gruppo sull'utilizzo AFASS (accettabile, fattibile, abbordabile, sostenibile e sicura) della formula implica il messaggio che tutte abbiano bisogno di queste informazioni e può pregiudicare il buon esito dell'allattamento esclusivo, presentandolo nei fatti come un'ideale irraggiungibile.

Alle donne in gravidanza che presentano bisogni specifici viene offerta una consulenza individualizzata sull'alimentazione infantile. Le donne che per motivi medici non allatteranno al seno (vedi es. HIV+) devono ricevere individualmente informazioni sull'uso dei sostituti del latte materno, compresa una dimostrazione pratica individuale sulla preparazione, somministrazione e conservazione della formula. L'infezione da HIV nei paesi ad alto reddito è una delle ragioni di controindicazione dell'allattamento. Esiste comunque la possibilità di fare valutazioni caso per caso, tenendo conto dell'evoluzione della malattia e del trattamento farmacologico in atto (90; 91; 106).

Se una donna in gravidanza, per scelta personale, chiede e di conoscere le modalità di preparazione dei sostituti del latte materno, è importante riservarle un ascolto individuale attento alle motivazioni. L'aspetto del counselling è particolarmente importante per le donne che sono orientate all'uso della formula senza indicazione medica. Durante la conversazione, bisogna anzitutto ottenere informazioni chiare sul motivo che ha portato la donna ad effettuare questa scelta; e poi rispondere ai bisogni, alle preoccupazioni, alle preferenze e al significato che la madre e la famiglia attribuiscono all'alimentazione complementare. La dimostrazione individuale dovrebbe invece essere, in linea di massima, rinviata al periodo postnatale quando la decisione sarà stata assunta definitivamente e l'apprendimento sarà più significativo. In ogni caso le informazioni riguardanti l'alimentazione sostitutiva devono essere date individualmente, enfatizzando l'importanza di un'alimentazione sostitutiva AFASS per un'alimentazione infantile sicura in ogni singola situazione.

TIPOLOGIA DI PERSONALE				COMPETENZE RICHIESTE ALLE OPERATRICI E AGLI OPERATORI
D	C+	C	I	
✓				11-14. Competenze fondamentali di counselling
✓				15. Condurre una conversazione con una donna in gravidanza e il suo partner sull'importanza dell'allattamento.
	✓			15-C+. Descrivere come condurre una conversazione con una donna in gravidanza e il suo partner sull'importanza dell'allattamento.
✓				16. Condurre una conversazione con una donna in gravidanza per sondare le sue conoscenze sull'allattamento al fine di colmare eventuali lacune, scegliendo i relativi argomenti dalla Checklist.
✓				17. Condurre una conversazione con una donna in gravidanza e il suo partner sulle pratiche assistenziali a sostegno dell'allattamento che la diade madre-bambino/a riceverà nel punto nascita.
	✓	✓		17-C+/C. Descrivere le pratiche previste dalla BFI che sono importanti per tutte le diadi madre-bambino/a, indipendentemente dal tipo di alimentazione che la madre ha scelto.
			✓	17-I. Descrivere alcune pratiche previste dalla BFI che sono importanti per tutte le diadi madre-bambino/a, indipendentemente dal tipo di alimentazione che la madre ha scelto.
✓				65. Condurre una conversazione con una donna in gravidanza e il suo partner su come pianificare un ambiente di sonno sicuro a casa (guida anticipatoria).


COMPETENZE RICHIESTE

D = dedicato C+ = coinvolto-plus C = coinvolto I = informato

TIPO STRUTTURA		STANDARD
H	C	03.1 La struttura dispone di una Checklist delle informazioni da condividere durante il percorso nascita con gli argomenti necessari (vedi Box sopra).
H	C	03.2 Il materiale informativo aziendale destinato alle donne in gravidanza, madri e famiglie (cartaceo, multimedia, sito web, ecc) è conforme agli Standard e redatto nelle lingue più comunemente utilizzate dalle persone che frequentano i servizi.
H	C	03.3 Il monitoraggio della struttura dimostra un progressivo incremento della percentuale di donne in gravidanza assistite nei servizi (incontri in gravidanza, visite, ecc), rispetto alle residenti, durante il percorso di riconoscimento/rivalutazione. Per ciascuna struttura questo Standard viene definito in base al valore di partenza e alle caratteristiche della struttura.


STANDARD RICHIESTI



TIPO STRUTTURA		STANDARD
H	C	03.4 Almeno l'80% delle madri che sono state assistite nella struttura durante la gravidanza riferiscono di aver avuto una conversazione con un'operatrice/un operatore sull'allattamento e l'alimentazione infantile.
H	C	03.5 Almeno l'80% delle madri che sono state assistite nella struttura durante la gravidanza sono in grado di descrivere almeno due argomenti di ogni area tematica della Checklist affrontata con le/gli operatrici/operatori.
H	C	03.6 Almeno l'80% delle madri con bisogni speciali che sono state assistite nella struttura durante la gravidanza confermano di aver ricevuto sostegno e assistenza personalizzati.

H = Ospedale C = Comunità

PASSO 4: CONTATTO PELLE A PELLE

Passo 4: Facilitare il contatto pelle a pelle subito dopo la nascita, durante la degenza e a casa, e creare le condizioni affinché madre e bambino/a possano esprimere le proprie competenze.

Razionale: il contatto pelle a pelle e l'avvio tempestivo dell'allattamento sono due momenti strettamente collegati che devono svolgersi contestualmente per ottenere un risultato ottimale. Garantire un contatto pelle a pelle immediato e continuativo in sicurezza per tutte le madri, indipendentemente dalle modalità del parto e dalle intenzioni della madre su come alimentare il bambino o la bambina, rappresenta un aspetto fondamentale dell'assistenza. Un contatto pelle a pelle immediato e senza interruzioni, oltre ad essere un momento relazionale di straordinaria importanza, favorisce i riflessi innati di madre e neonato/a, fra cui la ricerca del seno e della suzione. Inoltre, il contatto immediato pelle a pelle previene l'ipotermia neonatale, favorisce la colonizzazione batterica e lo sviluppo del microbiota del/la neonato/a.



Nel primo periodo veglia del/della neonato/a la stimolazione del capezzolo attiva la produzione di latte materno ed accelera la lattogenesi. Per evitare che molte madri smettano di allattare o credano di non poter allattare a causa di una insufficiente produzione, è importante avviare la produzione di latte prima possibile. Inoltre, è stato dimostrato che l'avvio dell'allattamento entro la prima ora è associato a minor rischio di mortalità infantile (14).

È importante ricordare che il latte assunto dal/la neonato/a subito dopo la nascita è rappresentato dal colostro che è altamente nutriente e contiene anticorpi e sostanze immuno-attive importanti. La quantità di colostro che un/a neonato/a riceve nelle prime poppate è molto piccola, ma la suzione tempestiva è importante per l'avvio e la stimolazione della produzione del latte. La quantità di latte ingerita dal/la neonato/a nelle prime fasi dell'allattamento è un fattore relativamente poco importante.

Un contatto pelle a pelle è raccomandato anche successivamente al momento del parto perché può aiutare bambini/e e madri a superare le più comuni difficoltà che si presentano nel corso del proseguimento dell'allattamento. Quindi, anche nei servizi territoriali, le operatrici e gli operatori potranno continuare a consigliare il contatto pelle a pelle a tutte le madri ed i/le loro bambini/e, indipendentemente dall'età. Uno studio randomizzato del 2021 sul contatto pelle a pelle nelle 5 settimane post parto ha trovato che le madri che l'hanno praticato con i/le loro neonati/e a termine per un'ora tutti i giorni hanno allattato esclusivamente più a lungo e hanno continuato ad allattare per più tempo (107).

Attuazione: deve essere facilitato e incoraggiato il contatto pelle a pelle, immediato, continuativo e in sicurezza, tra madre e neonato/a (Raccomandazione 1). Si parla di contatto pelle a pelle quando il/la bambino/a è messo prono/a a contatto diretto dell'addome o del torace della madre, che si trova in posizione semireclinata, con testa, collo, spalle, braccia sostenuti, senza vestiti che li separino. Il contatto pelle a pelle deve iniziare immediatamente ed indipendentemente dalle modalità del parto e dalle intenzioni della madre di allattare o meno. Negli ultimi anni, si è evidenziato un interesse crescente nell'allattamento "semireclinato" che potenzia i riflessi innati della madre e del neonato o della neonata, rendendo più facile un attacco efficace e favorendo così l'inizio e l'avvio dell'allattamento (91). Si tratta di "un approccio neuro-comportamentale all'allattamento, che incoraggia la madre ad allattare in una posizione rilassata e semireclinata, con il bambino disteso prono sul suo petto e la forza di gravità che assicura il maggior contatto possibile tra il corpo del bambino e il seno e l'addome della madre. Questa posizione predispone il corpo della madre e favorisce i movimenti del bambino attraverso l'attivazione di 20 riflessi neonatali primitivi che stimolano l'allattamento" (108).

Studi neurofisiologici hanno dimostrato che, attraverso questo approccio, i neonati imparano istintivamente come raggiungere il capezzolo, attaccarsi e poppare, e le madri sono in grado di attivare i riflessi neonatali attraverso comportamenti istintivi (109–111).

Il contatto pelle a pelle deve durare ininterrottamente per almeno 60 minuti e comunque fino alla fine della prima poppata. L'avvio dell'allattamento è facilitato in questa prima finestra temporale dal picco ormonale, dalla vicinanza al seno (odori, massaggio al seno con i pugni del/la bambino/a, posizionamento della lingua) e dall'espressione delle 9 fasi comportamentali del/la neonato/a (comportamenti pre-allattamento che portano a un'adeguata produzione di latte, una suzione efficace, e un allattamento esclusivo) (112–114). Il contatto pelle a pelle potrà durare per tutto il tempo dell'osservazione post parto della madre e proseguire in reparto, arrivando così alla cosiddetta "zero separation" (115). Anche in epoca Covid-19, la Società Italiana di Neonatologia ribadisce l'importanza di questa pratica di non separazione (116).

L'avvio dell'allattamento è di solito una diretta conseguenza del contatto pelle a pelle ininterrotto, perché arrampicarsi o strisciare lentamente verso il seno è per la maggior parte dei bambini e delle bambine un comportamento naturale. È importante aiutare le madri a capire come sostenere e contenere il/la bambino/a e come assicurarsi che sia in grado di attaccarsi e poppare. Tutte le diadi madre-neonato/a devono essere messe subito nelle condizioni di esprimere le proprie competenze, come la ricerca del seno (espresso nella Raccomandazione 2 come "avviare l'allattamento non appena possibile dopo la nascita, entro la prima ora dal parto"). Se lo desiderano, le madri possono essere aiutate ad accompagnare il/la bambino/a verso il seno.

L'allattamento entro la prima ora è importante per stimolare e stabilizzare la produzione del latte materno. Secondo gli indicatori OMS/UNICEF del 2021 (98), l'avvio dell'allattamento nella prima ora significa l'avvicinamento, la ricerca del seno, toccarlo, leccarlo e fare i primi tentativi di suzione. Non richiede che il/la bambino/a abbia poppato attivamente oppure che ci sia stato un trasferimento di latte dal seno al/la bambino/a.

Durante il contatto pelle a pelle alla nascita, operatrici e operatori devono vigilare adeguatamente e adottare le misure di sicurezza in modo da individuare, valutare e gestire qualsiasi segno di sofferenza neonatale o materna. La vigilanza del benessere del/la bambino/a e della madre è una parte fondamentale dell'assistenza postnatale nelle prime ore dopo la nascita. Per questo motivo, le normali osservazioni della temperatura, respirazione, colore e tono del bambino dovrebbero continuare per tutto il periodo di contatto pelle a pelle, con particolare attenzione a garantire la libertà delle vie aeree del/la bambino/a. È importante evitare che il/la bambino/a rischi di cadere o di restare avvolto/a nelle coperte o di finire sotto il corpo della madre. Le osservazioni devono essere effettuate anche sulla madre. Se la salute della madre o del bambino dà adito a preoccupazione il contatto pelle a pelle dev'essere sospeso e recuperato

prima possibile. Per madri sonnolente o sotto l'influenza di anestetici o altri farmaci sarà necessaria una sorveglianza più stretta. Quando le madri non sono completamente sveglie e reattive, un'operatrice o un operatore, con il coinvolgimento di una persona di fiducia o un familiare, devono stare accanto alla madre per evitare ogni rischio a carico della bambina o del bambino.

Il contatto pelle a pelle immediato e l'avvio dell'allattamento sono praticabili anche dopo taglio cesareo con anestesia locoregionale (spinale o epidurale) (117). Dopo un taglio cesareo con anestesia generale, il contatto pelle a pelle e l'avvio dell'allattamento possono iniziare solo quando la madre è sufficientemente vigile per tenere in braccio il/la neonato/a. L'avvio dell'allattamento dovrà essere posticipato in caso di madri o neonati/e in condizioni instabili dopo il parto. Anche se le madri non sono in grado di iniziare ad allattare durante la prima ora, devono comunque essere incoraggiate a recuperare il contatto pelle a pelle e l'avvio dell'allattamento appena possibile (118).

In caso di neonati/e stabili, la determinazione dell'indice di Apgar a 5 e 10 minuti può essere effettuata durante il contatto pelle a pelle. Le profilassi possono essere rimandate dopo il contatto pelle a pelle ed il bagno dopo 24 ore (119). Un ritardo occasionale di qualche minuto nell'inizio del contatto pelle a pelle può essere previsto nel caso si renda necessaria una immediata valutazione clinica per problemi medici (120).

Il contatto pelle a pelle è particolarmente importante per neonati/e pretermine e con basso peso alla nascita. Il/la neonato/a è generalmente tenuto/a sul torace della madre, spesso tra i seni, con la madre in una posizione semireclinata e sostenuta. Il "metodo canguro", chiamato anche Kangaroo Mother Care (KMC), comporta un tempestivo e continuo (diverse ore al giorno durante la degenza) contatto pelle a pelle tra la madre ed il/la neonato/a (121–123). Una ricerca del 2021 del Gruppo di Studio OMS sulla KMC immediata (124) ha trovato che questa migliora significativamente le possibilità di sopravvivenza di un/a neonato/a pretermine prematuro o di basso peso. I risultati dello studio sulla KMC immediata indicano la necessità di un cambiamento di paradigma globale nella cura dei/delle bambini/e piccoli con separazione zero dalle loro madri grazie a unità di terapia intensiva dedicate a madre-neonato/a (125). Iniziare la KMC subito dopo la nascita ha il potenziale per salvare fino a 150.000 vite ogni anno, rispetto all'attuale raccomandazione di iniziarla solo una volta che il/la bambino/a è stabile. Perciò le unità di terapia intensiva saranno fondamentali per supportare la madre, o una persona di sua fiducia, nel fornire questo contatto fin dalla nascita (125). L'accesso libero dei genitori o di una persona di loro fiducia al reparto di terapia intensiva neonatale è auspicato dal Ministero della Salute (126).

Secondo le Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19, questa raccomandazione vale anche in caso di infezione da SARS-CoV-2, garantendo accesso ad un'area dedicata e separata utilizzando le misure di prevenzione (127).

I neonati e le neonate pretermine possono essere in grado di cercare il seno, attaccarsi e poppare a partire dalla 27° settimana di gestazione (128). I/le neonati/e pretermine possono iniziare l'allattamento appena sono stabili, senza apnea severa, desaturazione o bradicardia. Tuttavia, l'avvio di un efficace allattamento può essere difficile per questi/e bambini/e se il riflesso di suzione non è ancora stabilizzato e/o la madre non presenta ancora un'abbondante secrezione di latte. Per quei/quelle neonati/e che non sono ancora in grado di poppare per patologia o per nascita pretermine, la raccolta del latte dovrebbe essere iniziata durante le prime 1-2 ore dal parto, oppure appena le condizioni materne lo consentano, (119) e ripetuta frequentemente per stimolare la secrezione del latte. Il passaggio all'allattamento direttamente al seno ed esclusivo deve essere l'obiettivo da raggiungere appena possibile (129) ed è facilitato da un contatto pelle a pelle prolungato.

TIPOLOGIA DI PERSONALE				COMPETENZE RICHIESTE ALLE OPERATRICI E AGLI OPERATORI
D	C+	C	I	
✓				11-14. Competenze fondamentali di counselling
✓	✓			18. Descrivere perché il contatto pelle a pelle alla nascita, immediato e senza interruzioni è importante per la madre, indipendentemente dal tipo di alimentazione che ha scelto.
✓	✓			19. Descrivere perché il contatto pelle a pelle è importante per il/la bambino/a alla nascita, immediato e senza interruzioni per almeno un'ora, e successivamente, durante la degenza e a casa, indipendentemente dal tipo di alimentazione che la madre ha scelto.
		✓		18-19C. Descrivere perché il contatto pelle a pelle alla nascita, immediato e senza interruzioni è importante per la madre e per il/la bambino/a alla nascita e successivamente, indipendentemente dal tipo di alimentazione che la madre ha scelto.
✓				20. Mostrare come implementare di routine il contatto pelle a pelle tra madre e bambino/a immediato, senza interruzioni e in sicurezza.
✓				21. Mostrare a una madre e al suo partner gli aspetti di sicurezza da osservare quando madre e bambino/a sono in contatto pelle a pelle dopo il parto, in ogni tipo di parto.
		✓		21C. Descrivere gli aspetti di sicurezza da osservare quando madre e bambino/a sono in contatto pelle a pelle.
✓	✓			22. Elencare i motivi per cui il contatto pelle a pelle NON deve essere interrotto.
✓	✓			23. Descrivere quando il contatto pelle a pelle potrebbe essere interrotto per motivi medici.
✓	✓			24. Descrivere come mantenere il contatto pelle a pelle durante il trasferimento della madre e del/la bambino/a in un'altra zona di osservazione o in reparto.
✓				25. Condurre una conversazione con i genitori sui motivi per cui è importante allattare nelle prime 1-2 ore, quando il/la bambino/a è pronto/a.
	✓			25-C+. Descrivere perché è importante allattare nelle prime 1-2 ore, quando il/la bambino/a è pronto/a.
✓	✓			26. Mostrare come attuare un'assistenza in sicurezza del/la neonato/a nelle prime 2 ore dopo la nascita.
✓	✓			27. Accompagnare una madre a riconoscere le fasi comportamentali che i/le bambini/e esprimono prima di poppare attivamente al seno.

D = dedicato C+ = coinvolto-plus C = coinvolto I = informato



COMPETENZE
RICHIESTE

 STANDARD RICHIESTI	TIPO STRUTTURA	STANDARD
H	C	04.1 Almeno l'80% delle madri confermano di aver avuto una conversazione con un'operatrice/un operatore sull'importanza del contatto pelle a pelle subito dopo la nascita, durante la degenza e a casa.
H	C	04.2 Almeno l'80% delle madri riferiscono di aver avuto una conversazione con un'operatrice/un operatore su come riconoscere le fasi comportamentali che i/le bambini/e esprimono durante il contatto pelle a pelle prima di poppare attivamente al seno.
H	C	04.3 Almeno l'80% delle madri riferiscono di aver avuto una conversazione con un'operatrice/un operatore sul ruolo del contatto pelle a pelle come strategia di genitorialità responsiva, di contenimento del/la bambino/a e di sostegno nei più comuni problemi di allattamento.
H		04.4 Per l'ospedale: almeno l'80% delle madri di neonati/e a termine riferiscono che i/le loro bambini/e sono stati posti in contatto pelle a pelle immediatamente dopo il parto e che questo contatto è durato almeno 1 ora senza interruzioni, a meno che non ci siano stati motivi medici documentati per posticipare o interrompere il contatto.
H		04.5 Per l'ospedale: ad almeno l'80% delle coppie madre-bambino/a che vengono separate alla nascita viene offerta la possibilità di recuperare il contatto diretto pelle a pelle successivamente, non appena le condizioni cliniche del/la bambino/a e della mamma lo consentano.
H		04.6 Per l'ospedale: almeno l'80% delle madri di neonati/e a termine riferiscono che durante il contatto pelle a pelle i/le loro bambini/e hanno espresso comportamenti di avvio dell'allattamento, salvo motivi medici documentati.
H		04.7 Per l'ospedale: la visita alla struttura conferma che nei parti osservati i/le neonati/e sono stati posti in contatto pelle a pelle immediatamente dopo il parto e che questo contatto è durato almeno 1 ora senza interruzioni.

H = Ospedale C = Comunità

PASSO 5: SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO

Passo 5: Sostenere le madri ad avviare e mantenere l'allattamento e a prevenire e gestire le più comuni difficoltà.

Razionale: nonostante l'allattamento sia un comportamento umano naturale, negli ultimi 50 anni, e soprattutto nei paesi industrializzati, si è persa la cultura dell'allattamento, tanto che oggi la maggior parte delle madri ha bisogno di aiuto pratico per allattare. Anche madri che hanno già allattato possono incontrare difficoltà nell'allattare un/a nuovo/a nato/a. È dimostrato che il *counselling* e il sostegno all'allattamento dopo il parto producono un aumento dei tassi di allattamento fino ai 6 mesi di età (130). Accompagnare da subito in sala parto, oppure al primo contatto in consultorio, la madre a trovare una posizione confortevole per sé e per il/la proprio/a bambino/a, che favorisca un buon trasferimento di latte, può prevenire successivi problemi di allattamento. Tutti gli interventi di sostegno devono poggiare sulla convinzione che sia le madri che i/le neonati/e hanno normalmente tutte le risorse necessarie per trovare una loro sintonia, e pertanto devono mirare a sostenere le competenze di entrambi.



Attuazione: le madri devono ricevere sostegno appropriato per avviare e mantenere l'allattamento e per gestire le più comuni difficoltà che si possono incontrare (Raccomandazione 3). Il sostegno comprende supporto emotivo, motivazionale e pratico. I contatti con la struttura offrono un'opportunità unica per parlare con le donne e le madri e per rispondere alle loro domande e ai loro dubbi riguardo all'allattamento, aiutandole ad avere fiducia nelle proprie capacità di allattare e nelle loro competenze innate e del/la neonato/a.

Tutte le madri devono ricevere un'assistenza personalizzata, ma le primipare e le madri che non hanno allattato in precedenza potrebbero aver bisogno di un ulteriore sostegno. Le madri che hanno avuto un'esperienza negativa di allattamento devono essere sostenute per evitare il ripetersi delle precedenti criticità. Anche le madri che partoriscono con il taglio cesareo e le madri obese potrebbero avere necessità di un supporto pratico aggiuntivo per la poppata.

Il sostegno pratico per avviare e mantenere la produzione del latte materno in caso di neonati/e pretermine, inclusi i "late preterm" (età gestazionale 34-36 sett.), è fondamentale. Molte madri di neonati/e pretermine hanno a loro volta problemi di salute e hanno bisogno di motivazione e di sostegno particolari per raccogliere il latte. I neonati e le neonate "late preterm" di solito possono essere allattati/e in maniera esclusiva, ma hanno un più elevato rischio di ittero, ipoglicemia e difficoltà ad alimentarsi rispetto a quelli/e a termine e quindi richiedono più assistenza (131). Anche le madri di gemelli/e hanno necessità di maggiore sostegno emotivo e pratico.

Nei servizi territoriali, al primo incontro con ogni madre deve essere effettuata una completa anamnesi e valutazione dell'allattamento o dell'alimentazione del/la bambino/a. Questo dovrebbe portare allo sviluppo di un piano di assistenza personalizzato attraverso una conversazione su come facilitare l'allattamento per prevenire le difficoltà più comuni. Anche se la prima settimana di vita del/la bambino/a è riconosciuta come il momento più critico per l'abbandono dell'allattamento, non si dovrebbe presumere che le madri che continuano ad allattare oltre questo periodo abbiano acquisito le necessarie competenze. Spesso i problemi, come l'attacco inefficace, iniziano ad avere un notevole impatto sulla produzione di latte non prima di due settimane o più. Al momento del primo bilancio di salute, il motivo più comunemente citato dalle madri per la cessazione dell'allattamento è "insufficienza di latte" (reale o percepita).

Sono molti gli argomenti da trattare con le madri per aiutarle ad allattare. È essenziale accompagnare la madre a trovare una posizione confortevole per sé e per il proprio bambino o la propria bambina che favorisca una buona produzione e un buon trasferimento di latte. L'osservazione diretta della poppata è necessaria per assicurarsi che il/la bambino/a sia capace di attaccarsi e poppare bene e che il trasferimento del latte dal seno al/la bambino/a sia adeguato. Inoltre, operatrici e operatori della struttura devono saper trasmettere alle madri le competenze per assicurare una buona produzione di latte, per valutare il trasferimento di latte al/la bambino/a, per prevenire e gestire eventuali difficoltà. È fondamentale creare un clima favorevole, disteso e non giudicante ed evitare pressioni e modalità prescrittive.

Si deve mostrare alle madri come raccogliere il latte per mantenere la lattazione nel caso di separazioni temporanee dai loro bambini o dalle loro bambine (Raccomandazione 4). Benché non ci siano sufficienti evidenze che un metodo di raccolta (spremitura manuale, tiralatte manuale o elettrico) sia più efficace di un altro (132), la spremitura manuale rappresenta comunque una risorsa importante per l'autonomia e l'empowerment materno. Infatti, ha il vantaggio di essere sempre praticabile e consente alla madre di alleviare la tensione del seno o di spremere il latte anche quando un tiralatte non è disponibile. A seconda delle condizioni e delle preferenze della madre, qualunque metodo che consenta lo svuotamento del seno può essere, comunque, utilizzato. Il rischio di contaminazioni microbiche connesso ad una scorretta pulizia del tiralatte rende necessario che le madri che lo utilizzano ricevano dettagliate informazioni circa la sua corretta manutenzione. Le madri devono anche essere sostenute nella raccolta del latte e nella sua corretta conservazione.

Le operatrici e gli operatori ospedalieri e consultoriali devono accertarsi che tutte le madri che allattano abbiano avuto l'opportunità di apprendere la spremitura manuale. Dovrebbero anche assicurarsi che le madri abbiano compreso l'importanza della spremitura come mezzo di prevenzione e/o di gestione delle comuni difficoltà dell'allattamento, come l'ingorgo ed il dotto ostruito.

Per quei neonati e quelle neonate che non sono ancora in grado di poppare per patologia o per nascita pretermine, la raccolta del latte dovrebbe essere iniziata durante le prime 1-2 ore, oppure appena le condizioni materne lo consentano, (119) e ripetuta frequentemente per stimolare la secrezione del latte. Nei casi a rischio di nascita pretermine o comunque in caso di parto pretermine programmato, durante la gravidanza si dovrebbero fornire alla donna adeguate informazioni sul significato di questa raccomandazione,

 COMPETENZE RICHieste	TIPOLOGIA DI PERSONALE				COMPETENZE RICHieste ALLE OPERATRICI E AGLI OPERATORI
	D	C+	C	I	
✓					11-14. Competenze fondamentali di counselling.
			✓	✓	15-C-I. Descrivere l'importanza dell'allattamento.
		✓	✓	✓	17-C+/C/I. Descrivere alcune pratiche previste dalla BFI che sono importanti per tutte le diadi madre-bambino/a, indipendentemente dal tipo di alimentazione.
✓					28. Descrivere a una madre gli aspetti essenziali che dovrebbe conoscere e saper mettere in pratica, scegliendo i relativi argomenti dalla Checklist.
✓					30. Condurre una conversazione con i genitori riguardo ai ritmi dei pasti del/la neonato/a nelle prime settimane di vita.
✓					31. Descrivere a una madre i segni di un adeguato trasferimento di latte nei primi giorni.
✓					32. Osservare una poppata completa.
✓					33. Mostrare come accompagnare una madre a trovare una posizione comoda e sicura per allattare entro le prime 6 ore dopo il parto e, se necessario, durante tutta la degenza in ospedale e durante le visite nella comunità.
✓					34. Mostrare come accompagnare una madre a trovare un modo comodo ed efficace per attaccare il/la bambino/a al seno.
✓					40. Mostrare a tutte le madri che allattano come fare la spremitura manuale del seno.
✓					43. Mostrare come accompagnare una madre a trovare una posizione comoda e sicura per allattare un/a bambino/a pretermine o con patologia.
✓					44. Condurre una conversazione con la madre di un/a bambino/a pretermine o di basso peso alla nascita che non poppa efficacemente al seno.
✓					57. Condurre una conversazione con una madre su come facilitare l'allattamento in ospedale e a casa al fine di prevenire le difficoltà più comuni (capezzoli dolenti, ingorgo, madre che pensa di non avere abbastanza latte, bambini/e con difficoltà ad attaccarsi).

D = dedicato C+ = coinvolto-plus C = coinvolto I = informato

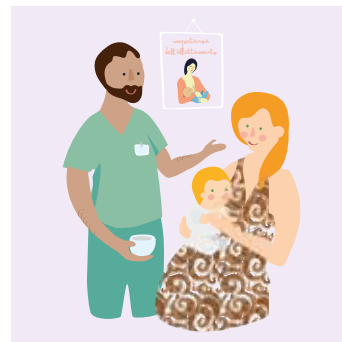
TIPO STRUTTURA	STANDARD	 STANDARD RICHIESTI
H	05.01 Per l'ospedale: almeno l'80% delle madri che allattano neonati/e a termine riferiscono che un'operatrice/un operatore ha offerto sostegno all'allattamento entro 6 ore dalla nascita.	
H	05.02 Per l'ospedale: almeno l'80% delle madri di neonati/e pretermine o con patologia riferiscono di essere state aiutate a raccogliere il latte durante le prime 2 ore dopo il parto oppure appena le condizioni materne lo abbiano consentito.	
C	05.03 Per la comunità, almeno l'80% delle madri riferiscono che al primo accesso, in occasione di una visita/controllo, un'operatrice/un operatore ha chiesto loro come stava andando l'allattamento/l'alimentazione del/la bambino/a.	
H	C	05.04 Almeno l'80% delle madri che allattano sono in grado di mostrare come trovare una posizione confortevole per sé e per il/la proprio/a bambino/a che favorisca i riflessi innati di madre e neonato/a, una suzione efficace ed un adeguato trasferimento di latte.
H	C	05.05 Almeno l'80% delle madri che allattano sono in grado di descrivere almeno due segni di adeguata assunzione di latte da parte del/la bambino/a.
H	C	05.06 Almeno l'80% delle madri che allattano sono in grado di descrivere almeno due elementi che favoriscono la produzione di latte.
H	C	05.07 Almeno l'80% delle coppie madre-bambino/a con bisogni speciali, comprese le madri con una precedente esperienza negativa di allattamento, confermano di aver ricevuto sostegno e assistenza personalizzati.
H	C	05.08 Almeno l'80% delle madri che allattano riferiscono che un'operatrice/un operatore ha osservato almeno una poppata.
H	C	05.09 Almeno l'80% delle madri che allattano sono in grado di descrivere quando potrebbe essere utile spremersi manualmente il latte.
H	C	05.10 Almeno l'80% delle madri che allattano sono in grado di mostrare la spremitura manuale del seno.

H = Ospedale C = Comunità

PASSO 6: ALLATTAMENTO ESCLUSIVO

Passo 6: Sostenere le madri ad allattare in maniera esclusiva per i primi sei mesi e fornire informazioni adeguate per la gestione delle situazioni in cui sia necessario l'uso dei sostituti del latte materno.

Razionale: la *Strategia Globale* raccomanda l'allattamento esclusivo nei primi mesi di vita seguito dall'integrazione della dieta con cibi complementari idonei e sicuri, proseguendo l'allattamento fino a due anni di età e oltre, se desiderato da madre e bambino/a (11). La somministrazione, nei primi giorni dopo la nascita, di alimenti o liquidi diversi dal latte materno interferisce con l'avvio dell'allattamento. Lo stomaco dei/delle neonati/e è molto piccolo e si riempie facilmente. Neonati e neonate che sono alimentati con altri alimenti o liquidi popperanno meno vigorosamente al seno e così stimoleranno in modo inefficace la produzione di latte, creando un circolo vizioso "latte insufficiente – integrazione" che porta al fallimento dell'allattamento. È stato dimostrato che la probabilità di interrompere l'allattamento nelle prime sei settimane di vita raddoppia nei neonati e nelle neonate che ricevono integrazioni prima della dimissione (71). L'integrazione con formula altera in modo significativo la microflora intestinale (133). Inoltre, alimenti e liquidi diversi dal latte materno possono contenere batteri nocivi e comportare un rischio di malattia.



La BFI richiede che alle madri che utilizzano un sostituto del latte materno vengano date tutte le indicazioni necessarie per preparare, somministrare e conservare la formula in sicurezza. Uno studio italiano su 131 genitori di bambini/e alimentati/e con formula ha rilevato che solo l'11% la preparava in modo corretto (134).

Attuazione: ai punti nascita lo standard internazionale richiede che almeno l'80% delle nate e dei nati a termine nell'ultimo anno siano stati allattati in maniera esclusiva dalla nascita alla dimissione (esclusi quelli per cui esistono motivi medici documentati). L'indicatore sentinella "alimentazione alla dimissione" si riferisce all'intero arco di tempo dalla nascita alla dimissione. Secondo la corrente definizione dell'OMS (98) l'allattamento esclusivo si riferisce indifferentemente all'uso di latte materno della propria madre e/o latte materno donato. Attualmente il progetto BFI Italia, pur conservando l'indicatore del tasso di allattamento esclusivo secondo la definizione dell'OMS, di valore epidemiologico/nutrizionale, considera un ulteriore indicatore, di tipo relazionale/assistenziale, che vede nel tasso di allattamento esclusivo con latte della propria madre, ossia senza l'uso di latte donato, un più significativo indicatore di outcome delle buone pratiche.

Ai servizi territoriali, si richiede un progressivo miglioramento nei tassi di allattamento al 1°, 3°, 6° e 12° mese su un campione di popolazione rappresentativo del territorio, come delineato nel PNP 2020-2025 (100). Per ciascuna struttura questo Standard viene definito in base al valore di partenza e alle caratteristiche della Comunità. Nei servizi territoriali, le madri devono essere informate che allattare esclusivamente per i primi sei mesi, evitando qualsiasi alimento diverso dal latte materno a meno che non ci siano indicazioni mediche, costituisce una raccomandazione consolidata di salute pubblica, oltre ad essere un altro indicatore sentinella dell'OMS/UNICEF (allattamento esclusivo sotto i 6 mesi).

Il raggiungimento di questo Standard implica il superamento delle routine che interferiscono con l'avvio e il mantenimento dell'allattamento esclusivo nei primi 6 mesi.

Sono pochissime le condizioni del/la bambino/a o della madre che precludono l'alimentazione con latte materno e che necessitano dell'uso di sostituti. Le madri pertanto vengono scoraggiate dal somministrare alimenti o liquidi diversi dal latte materno, a meno che non ci sia un'indicazione medica (Raccomandazione 7). Il documento OMS / UNICEF *Ragioni mediche accettabili per l'uso dei sostituti del latte materno*

descrive le condizioni per le quali l'allattamento è controindicato (135). Possono poi esserci alcuni bambini/e allattati/e che necessitano di supplementazioni. L'Academy of Breastfeeding Medicine ha stabilito un protocollo clinico per la gestione delle situazioni in cui potrebbe diventare necessaria la supplementazione del latte della propria madre (136) e un altro protocollo sul monitoraggio della glicemia e il trattamento dell'ipoglicemia in neonati/e a termine o late preterm (137). I/Le neonati/e devono essere valutati relativamente ai segni di inadeguata assunzione di latte e ricevere supplementi quando necessario, ma la supplementazione di routine, anche solo occasionale, non è giustificata nei primi giorni di vita.

La mancanza di personale, di tempo o di conoscenze non giustifica in alcun modo l'uso precoce di supplementazioni con alimenti o liquidi diversi dal latte materno.

Le madri che intendono attuare un'alimentazione complementare (allattamento e alimentazione con formula) devono ricevere nelle prime settimane di vita informazioni sia sull'importanza dell'allattamento esclusivo, sia su come avviare la produzione di latte e assicurarsi che il/la bambino/bambina sia in grado di poppare e trasferire il latte dal seno. Se la madre dovesse mantenere comunque questa decisione, sarebbe preferibile introdurre la supplementazione in un secondo momento, ad allattamento avviato. Le madri che riferiscono di aver scelto di non allattare devono comunque ricevere informazioni sull'importanza dell'allattamento. Naturalmente se non desiderano allattare, anche dopo aver ricevuto adeguate informazioni, dovranno comunque essere sostenute nella loro decisione e il/la neonato/a verrà alimentato/a con idonei sostituti. Alle madri che usano i sostituti del latte materno, per necessità o per decisione informata, deve essere mostrato, in un incontro individuale riservato, come preparare, somministrare e conservare in sicurezza i sostituti (87) e come rispondere adeguatamente ai segnali del bambino.

I neonati e le neonate che non possono essere nutriti con il latte della propria madre, o che hanno bisogno di ricevere integrazioni, in particolare quelli/e di basso peso ("low-birthweight" - LBWI < 2.5 kg alla nascita), compresi quelli/e di peso molto basso ("very low birth weight" - VLBWI < 1.5 kg alla nascita) (5; 138) e altri/e bambini/e "vulnerabili", dovrebbero essere nutriti/e con latte umano donato. Se il latte donato non è disponibile o culturalmente non accettabile, è necessario l'uso dei sostituti. Nella maggior parte dei casi la supplementazione è temporanea, finché il/la neonato/a non è in grado di poppare direttamente al seno e /o la madre è disponibile e in grado di allattare. Se per un certo periodo di tempo non è possibile passare all'allattamento direttamente al seno, le madri devono essere sostenute e incoraggiate a spremere il latte per continuare a stimolare la produzione e a privilegiare l'uso del proprio latte offrendolo sempre per primo.

L'applicazione della BFHI per le neonate e i neonati piccoli, con patologia o pretermine, indipendentemente dal reparto in cui vengono assistiti/e, viene descritta come "Neo-BFHI" nel documento pubblicato dall'OMS e dall'UNICEF nel 2020 (139).

La tematica dell'introduzione dei cibi di solidi viene normalmente affrontata, durante i colloqui con i genitori, attorno al 4°-5° mese di vita e rappresenta un momento importante nello sviluppo del bambino e nella crescita della famiglia: può essere una buona occasione per divertirsi a scoprire insieme nuovi sapori e nuove consistenze dei cibi (140). Un approccio responsivo assicura il rispetto delle tappe di sviluppo del/la bambino/a, come la capacità di stare seduto/a da solo/o, di mostrare interesse nei confronti del cibo in tavola e di portare il cibo in fondo alla bocca e deglutirlo (141). Queste capacità maturano in una finestra temporale che si colloca, con variazioni individuali, intorno al sesto mese, quando il fabbisogno energetico e nutritivo di un bambino inizia a superare quello fornito dal latte materno e sono necessari alimenti complementari per soddisfare tali esigenze. È a questa età che il bambino è pronto per l'introduzione di altri alimenti (142). Il latte materno rimane una preziosa fonte di nutrienti anche dopo l'introduzione dei cibi solidi. L'OMS e l'UNICEF consigliano quindi di proseguire con l'allattamento fino a due anni di vita e oltre, fino a quando mamma e bambino lo desiderano (11).

DEFINIZIONI TIPI ALIMENTAZIONE DELL'OMS			
Categoria	Il/La bambino/a deve prendere:	Il/La bambino/a può prendere:	Il/La bambino/a non può prendere:
Allattamento esclusivo	Latte materno (LM), compreso LM spremuto (LMS) o LM donato (LMD)	Gocce, sciroppi (vitamine, minerali, farmaci), soluzioni reidratanti orali	Nient'altro
Alimentazione 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/La bambino/a prende altri alimenti o bevande, compreso il latte non umano, ma non prende il latte materno (LM, LMS, LMD)		

 COMPETENZE RICHIESTE	TIPOLOGIA DI PERSONALE				COMPETENZE RICHIESTE ALLE OPERATRICI E AGLI OPERATORI
	D	C+	C	I	
✓					11-14. Competenze fondamentali di counselling.
✓					29. Condurre una conversazione con i genitori sul perché è importante un allattamento esclusivo efficace.
		✓	✓	✓	29-C+/C/I. Descrivere le attuali raccomandazioni OMS/UNICEF sull'esclusività e la durata dell'allattamento.
✓					41. Descrivere la conservazione appropriata del latte materno.
✓					42. Descrivere la gestione del latte materno spremuto (gestione latte fresco, surgelato e scongelato, ordine di preferenza di utilizzo del latte, ecc).
✓		✓			47. Elencare potenziali controindicazioni all'allattamento per un/a bambino/a e per una madre.
✓					48. Descrivere le indicazioni mediche per l'integrazione dei/delle bambini/e allattati/e quando l'allattamento non migliora nonostante una valutazione e una gestione qualificate.

TIPOLOGIA DI PERSONALE				COMPETENZE RICHIESTE ALLE OPERATRICI E AGLI OPERATORI
D	C+	C	I	
✓				49. Descrivere i rischi della somministrazione di qualsiasi alimento o liquido diverso dal latte materno, in assenza di indicazioni mediche, a un/a bambino/a allattato/a.
✓				50. Per quelle poche situazioni cliniche in cui un/a bambino/a non può o non deve essere nutrito/a al seno, descrivere, in ordine di preferenza, le alternative da utilizzare.
✓				51. Condurre una conversazione con i genitori che intendono utilizzare la formula per un'alimentazione complementare.
✓				52. Mostrare la preparazione sicura della formula a una famiglia il/la cui bambino/a si alimenta con la formula.
✓	✓			73. Elencare le fonti attendibili di informazioni sull'uso dei farmaci in allattamento.
✓				74. Condurre una conversazione con una famiglia sull'introduzione adeguata di alimenti complementari e il proseguimento dell'allattamento.

D = dedicato C+ = coinvolto-plus C = coinvolto I = informato

TIPO STRUTTURA	STANDARD	
H		06.01A Indicatore sentinella OMS: Per l'ospedale: dal monitoraggio risulta che almeno l'80% dei neonati/e a termine hanno ricevuto durante la degenza solo latte materno (della propria madre o latte umano donato).
H		06.01B Indicatore BFI Italia: Per l'ospedale che dispone di latte umano donato: dal monitoraggio risulta che almeno l'80% dei neonati/e a termine hanno ricevuto durante la degenza solo latte della propria madre.
	C	06.02 Per la comunità: durante il percorso di riconoscimento, il tasso di allattamento rilevato al 1°, 3°, 6° e 12° mese dimostra un progressivo incremento. Per ciascuna struttura questo Standard viene definito in base al valore di partenza e alle caratteristiche della Comunità.
H	C	06.03 Almeno l'80% delle madri confermano di aver avuto una conversazione con un'operatrice/un operatore sull'importanza di un allattamento esclusivo.
H		06.04 Per l'ospedale: almeno l'80% delle madri confermano di allattare in maniera esclusiva i/le loro neonati/e a termine oppure che esistono motivi medici accettabili per la somministrazione di un sostituto.
H		06.05 Per l'ospedale: per almeno l'80% dei/delle bambini/e allattati/e che hanno ricevuto supplementazioni (anche 1 sola) esistono ragioni mediche documentate nella cartella clinica.
H		06.06 Per l'ospedale: almeno l'80% delle madri separate dai/dalle loro neonati/e (ricovero in Pediatria/Patologia Neonatale/TIN) riferiscono di aver ricevuto sostegno durante le prime 1-2 ore dal parto, oppure appena le condizioni materne lo abbiano consentito, per avviare la lattogenesi II (inizio di abbondante secrezione di latte) e per mantenere la produzione di latte.



COMPETENZE
RICHIESTE



STANDARD
RICHIESTI

 STANDARD RICHIESTI	TIPO STRUTTURA	STANDARD
	C	06.07 Per la comunità: almeno l'80% delle madri confermano di aver avuto una conversazione con un'operatrice/un operatore sull'introduzione adeguata di alimenti complementari e il proseguimento dell'allattamento.
	C	06.08 Per la comunità: almeno l'80% delle madri confermano di aver avuto una conversazione con un'operatrice/un operatore su come continuare l'allattamento per due anni ed oltre, fino a quando madre e bambino/a lo desiderano.
	H C	06.09 Almeno l'80% delle madri che utilizzano sostituti del latte materno riferiscono che un'operatrice/un operatore ha esaminato con loro le varie opzioni di alimentazione, aiutandole a scegliere quella più adatta al loro caso.
	H C	06.10 Almeno l'80% delle madri che utilizzano sostituti del latte materno riferiscono che un'operatrice/un operatore ha loro illustrato la preparazione, somministrazione e conservazione sicure dei sostituti e come rispondere ai segnali del/la bambino/a.
	H	06.11 Per l'ospedale: La visita alla struttura conferma che almeno l'80% dei bambini/e osservati sono esclusivamente allattati oppure esistono motivi medici accettabili per la somministrazione di un altro alimento.
	H C	06.12 La visita alla struttura conferma che esiste un'area riservata, separata dalle madri che allattano, per la dimostrazione pratica individuale sulla preparazione, somministrazione e conservazione dei sostituti del latte materno.
	H C	06.13 La visita alla struttura conferma che nell'osservazione di situazioni in cui operatrici e operatori mostrano a madri che utilizzano i sostituti del latte materno come prepararli e somministrarli in sicurezza, le dimostrazioni sono accurate e complete e le operatrici e gli operatori verificano al termine dell'incontro quanto le madri hanno appreso.

H = Ospedale C = Comunità

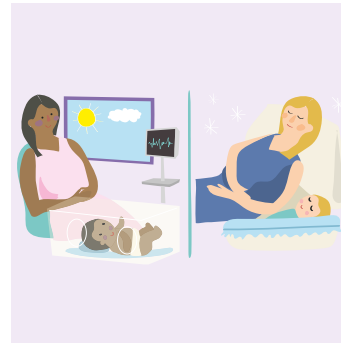
 STANDARD RICHIESTI PER LE STRUTTURE CHE INTRAPRENDONO LA NEO-BFHI E FACOLTATIVI PER LE ALTRE	TIPO STRUTTURA	STANDARD NEO-BFHI
	H	06.14 Neo-BFHI Almeno l'80% dei/delle bambini/e pretermine o con patologia hanno ricevuto solo latte materno (della propria madre o latte umano donato) durante la degenza.
	H	06.15 Neo-BFHI Almeno l'80% dei/delle neonati/e pretermine e altri neonati/e vulnerabili, che non possono essere nutriti con il latte della propria madre, sono stati/e nutriti/e con latte umano donato.

H = Ospedale C = Comunità

PASSO 7: STARE INSIEME FIN DALLA NASCITA

Passo 7: Sostenere madri e bambini/e a stare insieme, in ospedale (rooming-in h24) e a casa, per facilitare e proteggere la relazione madre/genitori-bambino/a.

Razionale: quando madre e bambino/a stanno insieme giorno e notte, la situazione fisiologica per ogni mammifero, è facile per la madre imparare a riconoscere i bisogni del/la bambino/a e offrire risposte adeguate, sia in ospedale che a casa. Il riconoscimento e la risposta ai segnali del/la bambino/a favoriscono l'avvio dell'allattamento e consentono alle madri di praticare un'alimentazione responsiva (vedi Passo 8). Stare insieme inoltre permette alla madre di rendersi conto in modo più realistico dei ritmi del/la neonato/a, riduce i rischi di infezione (143; 144) e di SIDS (145).



Attuazione: stare insieme al/la bambino/a in camera 24 ore su 24, chiamato anche rooming-in, deve essere il normale modello organizzativo e assistenziale offerto nel reparto maternità (Raccomandazione 5). Questa modalità non prevede la presenza del nido, inteso come luogo di degenza di neonate e neonati sani, e comporta da parte del personale la garanzia di un'assistenza alla diade al letto di degenza. Il rooming-in prevede che madri e neonati/e stiano insieme nella stessa stanza, subito dopo un parto vaginale o un taglio cesareo, o comunque dal momento in cui la madre è in grado di prendersi cura del/la bambino/a fino alla dimissione. I reparti devono essere progettati in modo che ci sia abbastanza spazio perché madre e neonato/a possano stare sempre insieme in sicurezza.

Le operatrici e gli operatori, nel corso dei regolari controlli nelle stanze di degenza, devono anche verificare che i/le bambini/e si trovino in condizioni di sicurezza.

Per ridurre al minimo l'interruzione dell'allattamento durante la degenza è necessario organizzare l'assistenza in modo che la madre possa allattare tutte le volte e per tutto il tempo che il/la bambino/a richiede. La separazione dalla madre può avvenire solo per giustificabili ragioni mediche e di sicurezza motivate alla madre.

Nel caso in cui siano necessarie specifiche attività assistenziali e/o diagnostiche, i/le bambini/e devono poter restare accanto alle loro madri o ai loro genitori, che, finché è possibile, dovrebbero accompagnarli/e ed essere presenti durante queste procedure. Un eventuale distacco deve essere giustificato da precise e limitate ragioni mediche periodicamente rivalutate.

Il rooming-in potrebbe non essere possibile quando neonati o neonate devono essere spostati/e per cure mediche specialistiche (Raccomandazione 5). Se i/le neonati/e pretermine o con patologia vengono ricoverati/e in una stanza separata per osservazione e cure (es. Patologia Neonatale o Terapia Intensiva Neonatale), si deve fare il possibile perché la madre sia ricoverata insieme al/la suo/a bambino/a oppure possa andare a trovarlo/a e stargli/le accanto senza restrizioni (126; 146). Le madri devono avere uno spazio adeguato, adiacente ai loro bambini e alla loro bambine, per raccogliere il latte.

Qualora una madre richieda che il/la suo/a neonato/a venga allontanato/a temporaneamente, operatrici e operatori devono tenere un atteggiamento accogliente per capire quali sono le motivazioni della sua richiesta, che cosa pensa del rooming-in ed eventualmente spiegarle il significato e l'importanza del rooming-in. Devono anche adoperarsi per superare eventuali preoccupazioni materne legate alla sicurezza o ad aspetti clinici propri o del/la neonato/a.

Se una madre viene ricoverata in un altro reparto nell'immediato post parto o successivamente nei primi

mesi di vita del/la bambino/a, si deve fare il possibile perché il/la neonato/a venga sistemato/a nella stessa stanza, vicino a lei, garantendo il necessario aiuto pratico per l'alimentazione e la cura del/la bambino/a (146; 147). L'ospedale deve dotarsi di una procedura che individui l'organizzazione specifica da adottare per ridurre al minimo il distacco madre-bambino/a (11; 146).

Le operatrici e gli operatori, sia del punto nascita che dei servizi territoriali, devono curare con attenzione la condivisione delle informazioni rivolte ai genitori sulla gestione in sicurezza del sonno del/la bambino/a e sulle precauzioni da adottare sia durante la degenza che dopo il rientro a casa. Quando operatrici e operatori parlano con i genitori delle loro abitudini e delle loro preferenze sulla condivisione del sonno, devono mantenere un atteggiamento aperto e senza pregiudizi per poter valutare la singola situazione e fornire le raccomandazioni più idonee a garantire la sicurezza in quel particolare contesto (148–150).

Le poppate notturne sono fonte di preoccupazione per molte famiglie. Molti credono che dare al/la loro bambino/a un biberon di formula o altro liquido favorisca un sonno prolungato, ma le ricerche riportano che i genitori di bambini/e allattati/e esclusivamente subiscono meno interruzioni del sonno (151). Dare un biberon durante la notte (in particolare con un sostituto del latte materno) può procurare difficoltà di allattamento di giorno, aumentando la probabilità del ricorso all'alimentazione con formula. È quindi importante che gli operatori forniscano indicazioni e sostegno alle madri perché allattino anche durante la notte, includendo le informazioni sul valore per quantità e qualità delle poppate notturne, nonché una discussione/dimostrazione su come allattare in una posizione comoda durante la notte. Si ricorda che, dal momento che è comune per le madri addormentarsi durante le poppate notturne, deve essere assolutamente trattato anche l'argomento della condivisione del letto in sicurezza.

Tutti i genitori devono comunque conoscere quali sono le condizioni per condividere in sicurezza il letto con il proprio bambino o la propria bambina, per la prevenzione di eventi avversi e di cadute, dal momento che questa situazione può comunque verificarsi indipendentemente dalle loro scelte e dalle loro intenzioni (145).

 COMPETENZE RICHIESTE	TIPOLOGIA DI PERSONALE				COMPETENZE RICHIESTE ALLE OPERATRICI E AGLI OPERATORI
	D	C+	C	I	
✓					11-14. Competenze fondamentali di counselling.
✓					35. Condurre una conversazione con una madre sull'importanza di stare insieme 24 ore al giorno in ospedale e a casa.
		✓	✓		35-C+/C. Descrivere l'importanza di stare insieme 24 ore al giorno in ospedale e a casa.
✓		✓			36. Descrivere i motivi materni e neonatali per cui è accettabile separare madre e bambino/a durante la degenza in ospedale.
✓					45. Condurre una conversazione con i genitori separati dal/la loro bambino/a, pretermine o con patologia, riguardo all'importanza di stargli/le accanto nel reparto di terapia intensiva neonatale.
		✓			45-C+. Descrivere perché è importante per i genitori separati dal/la loro bambino/a, pretermine o con patologia, stargli/le accanto nel reparto di terapia intensiva neonatale.
✓		✓			66. Descrivere come organizzare il "sonno sicuro" durante la degenza.
✓					75. Condurre una conversazione con una madre sulle poppate notturne.

D = dedicato C+ = coinvolto-plus C = coinvolto I = informato

TIPO STRUTTURA		STANDARD
H	C	07.1 Almeno l'80% delle madri confermano di aver avuto una conversazione con un'operatrice/un operatore sull'importanza della condivisione della stanza in ospedale e a casa.
	C	07.2 Almeno l'80% delle madri confermano di aver avuto una conversazione con un'operatrice/un operatore sul sonno sicuro.
H	C	07.3 Almeno l'80% delle madri riferiscono di aver avuto una conversazione con un'operatrice/un operatore sull'importanza delle poppate notturne e come facilitarle.
H		07.4 Per l'ospedale: almeno l'80% delle madri di neonati/e a termine senza patologia riferiscono che i/le loro bambini/e sono rimasti/e sempre con loro fin dalla nascita.
H		07.5 Per l'ospedale: almeno l'80% delle madri di neonati/e pretermine o con patologia confermano di essere state incoraggiate a stare accanto al/la loro bambino/a senza restrizioni, a meno che non vi siano stati giustificati motivi medici per esserne separate.
H		07.6 Per l'ospedale: la visita al punto nascita conferma che almeno l'80% delle coppie madre-bambino/a a termine senza patologia stanno insieme.


**STANDARD
RICHIESTI**
H = Ospedale C = Comunità

PASSO 8: ALIMENTAZIONE RESPONSIVA

Passo 8: Sostenere le madri nel riconoscere e rispondere ai segnali del/della bambino/a.

Razionale: per allattare è necessario saper riconoscere e rispondere a tutti quei segnali che indicano che il/la bambino/a è pronto/a per attaccarsi al seno. Riconoscere questi segnali, in modo da rispondere in maniera adeguata, fa parte di una solida relazione di accudimento tra madre e bambino/a. L'allattamento responsivo (anche chiamato allattamento a richiesta o guidato dal bambino) non mette limitazioni alla frequenza o alla durata delle poppate, e tiene conto dell'importanza delle poppate notturne. Alle madri viene consigliato di allattare tutte le volte che il neonato o la neonata mostra interesse. Allattare ad orario, una modalità che stabilisce orari precisi per le poppate, una frequenza predeterminata e di solito una durata limitata, è una pratica non appropriata. Stare insieme 24/24 h è il presupposto essenziale perché l'allattamento possa risultare concretamente responsivo. È importante che le madri sappiano che il pianto è un segnale tardivo e che è meglio alimentare il/la bambino/a prima, dal momento che è più difficile attaccare al seno un/a lattante stressato/a.

Attuazione: le madri devono essere sostenute nella pratica dell'alimentazione responsiva come parte della "nurturing care" (NdT: la nurturing care "include una combinazione di diversi apporti, quelli che curano il corpo e la salute e quelli basati su affetto, cultura ed educazione, essenziali per indirizzare e completare quello che la natura predispone, per farci soggetti 'di virtù e conoscenza', quindi pienamente umani." (40) (Raccomandazione 6). Durante la degenza nel punto nascita e una volta a casa, indipendentemente dal fatto che allattino o meno, le madri devono essere sostenute nel riconoscere e rispondere ai segnali dei loro bambini e delle loro bambine per offrire risposte adeguate (Raccomandazione 8). Il soste-



gno e il rinforzo delle competenze delle madri nel rispondere in vari modi ai segnali comportamentali del/la neonato/a (per mangiare, stare insieme ai genitori, farsi coccolare) permette loro di costruire una solida relazione di accudimento, aumentando la fiducia in sé stesse, nell'allattamento e nella buona crescita e sviluppo dei loro bambini e delle loro bambine.

Un particolare sostegno va garantito anche nel caso si utilizzi la formula. I genitori devono essere rassicurati sulle proprie risorse nell'offrire risposte adeguate agli stessi segnali comportamentali del/la bambino/a allattato/a: segnali di fame, segnali di sazietà, richiesta di conforto o di contatto corporeo.

Quando madre e bambino/a non sono nella stessa stanza per ragioni mediche (complicazioni post-taglio cesareo, neonato/a pretermine o con patologia) le operatrici e gli operatori devono aiutare la madre a trascorrere più tempo possibile con il/la neonato/a, per imparare a riconoscere il suo comportamento e i suoi segnali. Tutte le volte che il/la neonato/a presenta segnali di fame, operatrici e operatori devono fare in modo che madre e neonato/a stiano assieme, anche in caso di ricovero della madre o del /la bambino/a (146).

 COMPETENZE RICHieste	TIPOLOGIA DI PERSONALE				COMPETENZE RICHieste ALLE OPERATRICI E AGLI OPERATORI
	D	C+	C	I	
✓					11-14. Competenze fondamentali di counselling.
✓					37. Descrivere i segnali di fame precoci e tardivi.
✓	✓	✓	✓		38. Descrivere perché l'alimentazione responsiva è importante.
✓					39. Descrivere cosa si intende per alimentazione responsiva (anche chiamata alimentazione a richiesta o guidata dal/la bambino/a) indipendentemente dal metodo di alimentazione.
✓					46. Condurre una conversazione con la madre di un/a bambino/a pretermine o vulnerabile (compresi i gemelli) sull'importanza di cogliere i primi segnali e i cambiamenti dello stato comportamentale per capire quando offrirgli/le il seno.
✓					58. Descrivere cosa valutare quando i genitori dicono che il/la loro bambino/a piange frequentemente.

D = dedicato C+ = coinvolto-plus C = coinvolto I = informato

 STANDARD RICHiesti	TIPO STRUTTURA		STANDARD
	H	C	
	H	C	08.1 Almeno l'80% delle madri che allattano riferiscono di aver avuto una conversazione con un'operatrice/un operatore sul perché allattare tutte le volte e per tutto il tempo che il/la bambino/a lo richiede.
	H	C	08.2 Almeno l'80% delle madri sono in grado di descrivere almeno due segnali di quando il/la bambino/a vuole attaccarsi al seno.
	H	C	08.3 Almeno l'80% delle madri che utilizzano la formula riferiscono di aver avuto una conversazione con un'operatrice/un operatore sull'alimentazione responsiva.
	H	C	08.4 Almeno l'80% delle madri riferiscono di aver ricevuto indicazioni su come rispondere ai segnali del/la bambino/a, in allattamento, in alimentazione con formula o con cibi complementari.

H = Ospedale C = Comunità

PASSO 9: GESTIONE DI BIBERON, TETTARELLE E CIUCCI

Passo 9: Sostenere le madri ad alimentare e accudire i/le loro bambini/e senza biberon, tettarelle, ciucci e paracapezzoli e fornire informazioni adeguate per la gestione delle situazioni in cui sia necessario il loro uso.



Razionale: la suzione al seno non è importante soltanto per l'allattamento. Il bambino o la bambina riconosce sua madre attraverso la memoria tattile orale, perciò l'imprinting e il successivo attaccamento sono uno stadio primario dello sviluppo emotivo e neurocomportamentale e la mancanza di questo può portare a una serie di esiti avversi sia per la madre che per il/la bambino/a (152).

La fisiologia della suzione al seno è diversa dalla fisiologia della suzione al biberon (153) ed è possibile che l'uso del biberon porti, in particolare se è prolungato, a difficoltà nell'allattamento (154). Informazioni corrette e *counselling* consentono ai genitori di prendere decisioni consapevoli sull'uso o meno di ciucci, biberon e tettarelle fino a quando l'allattamento non è ben avviato verso 4-6 settimane.

Sebbene le *Linee Guida* dell'OMS (3) non escludano l'uso di biberon, tettarelle e ciucci per i/le neonati/e a termine, esiste una serie di ragioni per essere prudenti nel loro uso, quali l'igiene, lo sviluppo del cavo orale e il mancato riconoscimento dei segnali del bambino o della bambina. Nei neonati e nelle neonate pretermine, anche l'OMS ritiene preferibile l'uso di tazzine e cucchiaini rispetto all'uso di biberon e tettarelle.

Anche l'uso del paracapezzolo senza indicazioni cliniche è sconsigliato perché può portare a irritazione del capezzolo, ritardato riflesso di eiezione del latte, ridotta attivazione della lattogenesi, ridotto drenaggio del latte materno dai dotti e quindi ridotta formazione di latte e rischio ingorgo (155; 156).

Attuazione: l'uso di biberon (NdT: da ora in avanti con il termine "biberon" si intende "biberon con tettarella") e di ciucci deve essere affrontato separatamente e in modo differenziato a seconda che si faccia riferimento ad un bambino nato pretermine o a termine.

Nel caso di neonati/e a termine, se per ragioni mediche sono necessari latte materno spremuto o altri alimenti, possono essere impiegati tazzina, cucchiaino o biberon (Raccomandazione 10). È importante che operatrici e operatori non utilizzino il biberon come prima, facile risposta a una difficoltà di suzione, ma forniscano innanzitutto un sostegno concreto alle madri per metterle in grado di attaccare il neonato al seno e garantire una suzione efficace.

Altrettanto, in caso di difficoltà di allattamento, l'utilizzo del paracapezzolo non deve essere la prima, facile risposta in quanto può portare a mascherare il problema reale e quindi ritardare tutti gli interventi per migliorare la posizione, l'attacco al seno, la frequenza e la durata della poppata.

Anche per i/le neonati/e pretermine le evidenze dimostrano che l'uso di biberon interferisce con l'apprendimento della suzione al seno. Nel neonato o nella neonata pretermine che, per motivi medici, richieda alimentazione con latte materno spremuto o altri alimenti, sono sempre da preferire metodi alternativi di somministrazione come tazzina o cucchiaino (3) (Raccomandazione 11).

Il ciuccio è stato a lungo usato per calmare un/a bambino/a agitato/a (*ndr*: da cui il termine "pacifier"). In alcuni casi viene usato con scopi terapeutici, per ridurre il dolore durante le procedure, quando l'allattamento o il contatto pelle a pelle non sono possibili. Tuttavia, se il ciuccio viene utilizzato al posto della suzione al seno viene ridotto il numero di volte che il/la bambino/a stimola fisiologicamente il seno della madre. Questo può causare una riduzione della produzione di latte materno se interferisce con la capacità della madre di

riconoscere i segnali. L'uso del ciuccio impedisce infatti di osservare il movimento delle labbra del/la bambino/a o il riflesso di ricerca del seno, ritardando l'inizio della poppata fino a quando il/la bambino/a piange o diventa irrequieto.

Le indicazioni attuali dell'American Academy of Pediatrics (157) e del programma GenitoriPiù (35; 158) per la prevenzione della SIDS nel/la bambino/a a termine indicano, oltre alla posizione supina e all'astensione dal fumo, l'allattamento e secondariamente anche il ciuccio, con determinate accortezze, come fattori protettivi contro la SIDS. Infatti per evitare interferenze con l'avvio dell'allattamento e la calibrazione della produzione del latte materno sconsigliano in ogni caso l'uso del ciuccio durante le prime quattro settimane.

Nel caso di neonati/e pretermine che non sono in grado di essere allattati direttamente, la suzione non-nutritiva e la stimolazione orale possono essere utili fino al raggiungimento dell'allattamento direttamente al seno (Raccomandazione 9). La suzione non nutritiva o la stimolazione orale prevedono, oltre all'uso del ciuccio, il seno oppure il dito ben deterso di un genitore oppure quello con guanto di un'operatrice o un operatore.

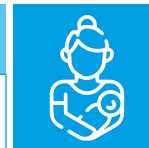
È importante che operatrici e operatori garantiscano una corretta igiene nella pulizia di questi sussidi, dal momento che possono essere terreno fertile per i batteri. Devono anche informare madri e familiari sui rischi igienici legati alla pulizia inadeguata degli ausili usati per l'alimentazione, in modo che possano prendere una decisione consapevole riguardo al metodo di alimentazione da utilizzare dopo la dimissione.

Non deve esserci pubblicità di biberon, tettarelle, ciucci, paracapezzoli o tiralatte in nessun locale della struttura, e nessuna forma di promozione da parte del personale stesso. Come i sostituti del latte materno, questi prodotti rientrano nell'ambito del *Codice* (29; 55; 85) e della BFI Italia.

 COMPETENZE RICHIESTE	TIPOLOGIA DI PERSONALE				COMPETENZE RICHIESTE ALLE OPERATRICI E AGLI OPERATORI
	D	C+	C	I	
✓					11-14. Competenze fondamentali di counselling.
✓					53. Mostrare a una madre come somministrare del latte spremuto con una tazzina in modo sicuro al/la suo/a bambino/a quando è necessario.
✓					54. Mostrare come somministrare in sicurezza una supplementazione a un/a bambino/a con il biberon.
✓					55. Descrivere metodi di alimentazione alternativi al biberon per somministrare una supplementazione.
✓					56. Condurre una conversazione con una famiglia che richiede biberon, tettarelle e/o ciucci senza indicazione medica.
✓					59. Descrivere ai genitori le tecniche calmanti/rilassanti da utilizzare per prevenire l'uso del ciuccio o in alternativa ad esso.

D = dedicato C+ = coinvolto-plus C = coinvolto I = informato

TIPO STRUTTURA		STANDARD
H	C	09.1 Almeno l'80% delle madri che allattano riferiscono di aver avuto una conversazione con un'operatrice/un operatore sui rischi legati all'uso di biberon, tettarelle, ciucci e paracapezzoli nel periodo di calibrazione dell'allattamento.
H	C	09.2 Almeno l'80% delle madri che allattano riferiscono di aver ricevuto sostegno per alimentare e accudire i/le loro bambini/e senza biberon, tettarelle, ciucci e paracapezzoli.
H		09.3 Per l'ospedale: la visita alla struttura conferma che i/le bambini/e allattati/e sono alimentati/e senza l'uso di biberon e tettarelle, oppure se questi vengono utilizzati, le madri hanno ricevuto le informazioni sui rischi connessi al loro uso.


**STANDARD
RICHIESTI**
H = Ospedale C = Comunità

PASSO 10: CONTINUITÀ DELLA CURA E DEL SOSTEGNO

Passo 10: Coordinare la dimissione in modo che i genitori e i/le loro bambini/e abbiano accesso tempestivo a una rete di sostegno e un'assistenza continuativa fornita dalla collaborazione tra operatrici e operatori del punto nascita e dei servizi territoriali, i gruppi di sostegno e la comunità.



Razionale: per continuare ad allattare, le madri hanno bisogno di un contesto favorevole e di un sostegno continuo. Sebbene il tempo trascorso nel punto nascita debba loro garantire le competenze di base sull'allattamento, la produzione di latte al momento della dimissione non è ancora consolidata. Pertanto il sostegno all'allattamento è particolarmente importante nei primi giorni, nelle prime settimane dopo la dimissione e nei primi mesi per identificare e prontamente affrontare eventuali criticità. Dopo il ritorno a casa la madre deve affrontare le varie fasi che riguardano la produzione di latte, la crescita del/la bambino/a e le circostanze della propria vita (come il rientro a lavoro o la ripresa degli studi), che richiedono continui adattamenti delle sue conoscenze e competenze, e potrebbe aver bisogno di un ulteriore sostegno. Un supporto tempestivo e coerente con le risorse e i bisogni dei singoli nuclei familiari, dopo la dimissione, è determinante per il mantenimento dei tassi di allattamento. Le operatrici e gli operatori del punto nascita devono conoscere e attivare collaborazioni, sia all'interno che all'esterno della famiglia, per indirizzare le madri alle varie risorse esistenti nella comunità. Le operatrici e gli operatori della comunità dovrebbero verificare che le madri abbiano queste informazioni e trasmetterle, se necessario.

Attuazione: come parte integrante della protezione, della promozione e del sostegno all'allattamento, la dimissione dal punto nascita deve essere programmata e coordinata, affinché genitori, bambine e bambini abbiano accesso ad un sostegno e una adeguata continuità assistenziale (Raccomandazione 15). Al momento della dimissione ogni madre deve essere indirizzata alle risorse territoriali che offrono sostegno all'allattamento. Per valutare l'andamento dell'alimentazione è necessario che i reparti forniscano riferimenti adeguati affinché madri e neonati/e siano visti da un'operatrice o un operatore tra la 2^a e la 4^a giornata di vita e nuovamente durante la seconda settimana, per "partecipazione consapevole alle cure del neonato" (41). Il materiale informativo, cartaceo oppure in forma elettronica, può essere utile per fornire i contatti relativi al sostegno, nel caso di domande, dubbi o difficoltà, ma non può sostituire la presa in carico proattiva da parte di un professionista competente.

Le strutture sanitarie (punti nascita e servizi territoriali) hanno il dovere di identificare, potenziare e promuovere le risorse del territorio che possano offrire prontamente alle famiglie un'assistenza e un soste-

gno appropriati e sensibili ai loro bisogni, nel rispetto della riservatezza e delle loro decisioni consapevoli, all'insegna della collaborazione fra tutti i portatori di interesse. Per risorse della comunità si intendono distretti sanitari e consultori, ambulatori per l'allattamento, pediatri di famiglia e medici di medicina generale, infermieri e ostetriche, consulenti professionali in allattamento IBCLC, servizi vaccinali, mamme alla pari, gruppi/associazioni di sostegno fra mamme e linee telefoniche dedicate, farmacie "amiche", luoghi di cultura, ecc. Le operatrici, gli operatori e le strutture sanitarie devono coltivare e supportare il più possibile il lavoro di rete nonché i contatti con gruppi/associazioni o singoli che forniscano sostegno, anche invitandoli a visitare e frequentare i reparti o i servizi territoriali. Per sostenere efficacemente le madri nell'accudimento e nella nutrizione dei loro bambini, l'ideale è la messa a punto nella comunità locale di una pluralità di occasioni di sostegno, ben coordinate fra di loro. Più alto sarà il livello di integrazione di rete, maggiori saranno le garanzie dell'adeguatezza dell'aiuto fornito da tutti, sia dalle istituzioni che dal volontariato, anche in riferimento alla qualità della formazione e al rispetto del *Codice*. Nel caso delle farmacie, per esempio, gli standard di riferimento sono quelli previsti dal progetto "Farmacia Amica dell'Allattamento Materno" del Melograno, patrocinato da IBFAN Italia e dall'UNICEF Italia (159).

È importante che le informazioni siano aggiornate e diffuse attraverso il maggior numero di strumenti disponibili (web, carta dei servizi, monitor e locandine nelle sale di attesa, opuscoli, ecc).

Per neonati/e pretermine e piccoli/e per l'età gestazionale la presa in carico tempestiva è particolarmente importante. In queste situazioni la mancanza di uno specifico protocollo può comportare seri rischi per la loro salute. Occorre garantire la continuità assistenziale da parte di operatrici e operatori competenti. È importante che anche alle madri i/le cui bambini/e sono ricoverati/e in Patologia Neonatale o Terapia Intensiva Neonatale vengano fornite informazioni su come contattare un aiuto professionale o di volontariato, prima di tornare a casa. Dovrebbe essere loro spiegato che possono accedere a questo tipo di sostegno anche se il/la bambino/a è ancora in ospedale.

Le madri che riprendono un'attività lavorativa devono essere informate che è possibile continuare ad allattare e aiutare a sviluppare un piano che consenta di conciliare allattamento e lavoro. Parte del piano dovrebbe comprendere informazioni sui congedi parentali (160–162) e altri tipi di assistenza offerta dalle istituzioni nazionali, regionali e locali.

 COMPETENZE RICHieste	TIPOLOGIA DI PERSONALE				COMPETENZE RICHieste ALLE OPERATRICI E AGLI OPERATORI
	D	C+	C	I	
	✓				11-14. Competenze fondamentali di counselling.
	✓	✓	✓	✓	60. Indicare le risorse disponibili dove i genitori possono ricevere informazioni tempestive e sostegno sull'alimentazione dei/delle bambini/e e sulla prevenzione e gestione dei più comuni problemi.
	✓				61. Descrivere come questa struttura collabora con le altre risorse presenti sul territorio (sanitarie e non) per coordinare le comunicazioni sull'allattamento e sull'alimentazione infantile e garantire una continuità della cura e del sostegno.
	✓				62. Sviluppare insieme alla famiglia un piano personalizzato per la cura e l'alimentazione per il/la bambino/a, scegliendo i relativi argomenti dalla Checklist.
	✓				63. Descrivere a una famiglia i segni del/la bambino/a che indicano la necessità di contattare una figura sanitaria.

TIPOLOGIA DI PERSONALE				COMPETENZE RICHIESTE ALLE OPERATRICI E AGLI OPERATORI
D	C+	C	I	
✓				64. Descrivere a una famiglia i segni e i sintomi materni che indicano la necessità di contattare una figura sanitaria.
✓				67. Condurre una conversazione con una madre e il suo partner su come organizzarsi per il "sonno sicuro" a casa (guida anticipatoria).
	✓	✓		67-C+/C. Descrivere gli aspetti essenziali del "sonno sicuro".
✓				71. Condurre una conversazione con una famiglia sulle informazioni necessarie per continuare l'allattamento quando la madre si deve assentare (per lavoro o altro) oppure se il/la bambino/a è ricoverato/a.


COMPETENZE RICHIESTE

D = dedicato C+ = coinvolto-plus C = coinvolto I = informato

TIPO STRUTTURA		STANDARD
H	C	10A.1 Almeno l'80% delle madri confermano di aver avuto una conversazione con un'operatrice/un operatore sugli argomenti della Checklist adatti alla loro situazione.
H	C	10A.2 Almeno l'80% delle madri sono in grado di descrivere almeno due argomenti delle aree tematiche della Checklist affrontati in base alla loro situazione con le/gli operatrici/operatori.
H	C	10A.3 Almeno l'80% delle madri riferiscono di aver avuto una conversazione con un'operatrice/un operatore su dove trovare sostegno all'allattamento e all'alimentazione infantile nella propria comunità.
H	C	10A.4 Almeno l'80% delle madri sono in grado di indicare dove trovare sostegno all'allattamento e all'alimentazione infantile nella propria comunità.
H	C	10A.5 Almeno l'80% delle madri sono in grado di indicare i segni del/della bambino/a e segni e sintomi materni che indicano la necessità di contattare una figura sanitaria.
	C	10A.6 Per la comunità: Almeno l'80% delle madri riferiscono di aver avuto una conversazione con un'operatrice/un operatore su come continuare l'allattamento quando si devono assentare (per lavoro o altro)


STANDARD RICHIESTI

H = Ospedale C = Comunità

Passo 10B: Creare ambienti accoglienti per le famiglie.

Razionale: allattare è il modo normale per nutrire neonati/e e bambini/e e le madri devono poter allattare serenamente anche nei luoghi pubblici. Questo vale particolarmente per quei luoghi la cui funzione è quella di promuovere la salute. Le madri devono quindi poter allattare liberamente in tutte le aree della struttura dove sono autorizzate ad accedere, e questo diritto dovrebbe essere difeso di fronte a qualsiasi reclamo. Il luogo loro destinato deve essere pulito e comodo, adeguato, ma non necessariamente protetto, con la possibilità di accedere ad un'area riservata, se richiesto.

L'accoglienza non riguarda solo la disponibilità di un determinato "spazio allattamento", ma anche

e soprattutto l'atteggiamento che le madri che allattano incontrano nella struttura. Per questo è fondamentale che tutti coloro che a vario titolo frequentano la struttura, anche se non sono direttamente impegnati nella promozione dell'allattamento, abbiano interiorizzato questa necessità e si comportino di conseguenza.

La creazione di ambienti accoglienti per l'allattamento va intesa nel duplice significato culturale e pratico di creare nella comunità da un lato un clima di riguardo e ospitalità verso le madri che allattano per farle sentire completamente a loro agio in questo gesto naturale, dall'altro allestire spazi idonei per il miglior svolgimento di un gesto che in alcuni casi può richiedere rispetto ed intimità. Le istituzioni più in generale, ognuna per le proprie competenze, devono acquisire consapevolezza su cosa possono fare per facilitare la creazione di ambienti favorevoli rimuovendo gli ostacoli.

Attuazione: la struttura sanitaria deve essere la prima ad accogliere con favore l'allattamento in tutti gli spazi aperti al pubblico e ciò dovrebbe essere segnalato chiaramente con indicazioni visibili ed adeguate. Operatrici e operatori devono effettuare un controllo regolare sui messaggi pubblicitari e sulle pubblicazioni a disposizione del pubblico per accertare che non vi siano incluse pubblicità di sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, ciucci, paracapezzoli, o tiralatte.

È fondamentale che il personale non solo comprenda il significato di quanto definito dalla Politica, ma che si senta in dovere di sostenere questa accoglienza con la giusta sensibilità, anche nei confronti degli utenti del servizio che eventualmente dovessero mostrare insofferenza. In ogni caso, non andrà mai chiesto ad una madre che allatta di spostarsi o di interrompere l'allattamento perché qualcun altro lo ha chiesto: sarà chi eventualmente è a disagio ad allontanarsi.

Operatrici e operatori sono impegnati a promuovere l'accoglienza delle donne che allattano anche al di fuori dei servizi sanitari sensibilizzando le altre istituzioni e fornendo alle madri le informazioni su luoghi pubblici locali dove è favorito l'allattamento. Useranno la loro influenza dovunque possibile per promuovere nella comunità locale, compresi musei, biblioteche, bar, ristoranti e servizi pubblici, la conoscenza dei bisogni delle madri che allattano.

 COMPETENZE RICHIESTE	TIPOLOGIA DI PERSONALE				COMPETENZE RICHIESTE ALLE OPERATRICI E AGLI OPERATORI
	D	C+	C	I	
	✓				11-14. Competenze fondamentali di counselling.
	✓	✓	✓	✓	69. Descrivere cosa prevede la politica aziendale sull'allattamento nelle aree pubbliche della struttura.
	✓	✓	✓	✓	70. Elencare quali sono gli "spazi allattamento" per chi desidera un'area riservata.

D = dedicato C+ = coinvolto-plus C = coinvolto I = informato

TIPO STRUTTURA		STANDARD
H	C	10B.1 Almeno l'80% delle madri confermano di essere state informate del loro diritto di allattare nei luoghi pubblici.
H	C	10B.2 Almeno l'80% delle madri confermano di poter allattare in tutte le aree pubbliche della struttura.
H	C	10B.3 Almeno l'80% delle madri che allattano confermano di aver avuto una conversazione con un'operatrice/un operatore su come allattare quando sono fuori casa.
H	C	10B.4 La visita alla struttura conferma che esiste una segnaletica con l'informazione che le madri hanno la possibilità di allattare in aree pubbliche aziendali, redatta nelle lingue più comunemente utilizzate dalle donne che frequentano i servizi.


**STANDARD
RICHIESTI**

H = Ospedale C = Comunità

PASSO CURE AMICHE DELLA MADRE

Passo CAM: Assistere le donne nel travaglio e parto con una modalità rispettosa della fisiologia e mirata ad un'esperienza positiva della nascita.

Razionale: sono state identificate pratiche di assistenza durante il travaglio-parto e postpartum "Amiche della Madre" che sono importanti per il benessere della madre e la tutela della sua dignità e dei suoi diritti (4). Nel rispetto delle scelte consapevoli della donna, le Cure Amiche della Madre (CAM) assecondano la fisiologia della nascita e sollecitano un percorso che favorisca l'empowerment della donna. Queste pratiche facilitano anche l'avvio e il mantenimento dell'allattamento (88).



Le Cure Amiche della Madre riguardano in particolare alcune raccomandazioni base dell'OMS per l'assistenza durante il travaglio e parto fisiologici:

- 1. Assistenza rispettosa:** l'insieme delle cure fornite a tutte le donne durante il travaglio e il parto per tutelare la loro dignità, intimità e riservatezza, nel pieno rispetto dei loro bisogni, evitando trattamenti e comportamenti lesivi della loro dignità o del loro benessere, offrendo la possibilità di prendere decisioni consapevoli e di ricevere un sostegno continuo.
- 2. Comunicazione efficace:** una comunicazione tra operatrici/operatori e donne in travaglio che utilizzi una modalità comprensibile, rispettosa delle specificità culturali.
- 3. Accompagnamento durante il travaglio/parto:** la presenza di una persona a scelta della donna durante il travaglio/parto.
- 4. Strategie di controllo del dolore:** alle donne in gravidanza le operatrici e gli operatori dovrebbero illustrare e offrire le opzioni disponibili nel punto nascita per il controllo del dolore con metodi non farmacologici e farmacologici, presentando vantaggi e limiti di ognuno.
- 5. Mobilità in travaglio e libertà di scelta della posizione del parto:** le donne devono avere la possibilità di passeggiare o muoversi durante il travaglio, se lo desiderano, e di trovare posizioni di loro gradimento durante il parto.
- 6. Bere e mangiare:** le donne a basso rischio devono avere la possibilità di bere e mangiare durante il travaglio, se lo desiderano.

Per un'esperienza positiva del travaglio/parto, l'OMS raccomanda inoltre: la continuità assistenziale nel rapporto della donna con una sola figura durante il percorso nascita, i sistemi di monitoraggio del travaglio/parto (documentazione in cartella clinica, audit, feedback) e una procedura per il trasferimento della donna a una struttura a maggiore intensità di cura, se necessario.

Le donne devono essere informate del fatto che l'assistenza nel punto nascita non prevede pratiche cliniche inappropriate per donne sane (clisma evacuativo, tricotomia, monitoraggio cardiocografico fetale continuo, rottura delle membrane, episiotomia, limitazione al movimento, posizioni obbligate, ecc.), a meno che non sopraggiungano complicazioni e che il motivo venga loro spiegato.

La tabella nell'Appendice 3 riassume tutte le raccomandazioni dell'OMS sull'assistenza intrapartum per un'esperienza positiva della nascita (6) (vedi Appendice 3).

Attuazione: durante gli incontri in gravidanza o al momento del ricovero, le donne devono ricevere informazioni sulla possibilità di farsi accompagnare da una persona di loro fiducia, di bere e mangiare cibi leggeri durante il travaglio, di passeggiare o muoversi durante il travaglio e di assumere posizioni di loro gradimento durante il parto, a meno che non sopraggiunga una restrizione per complicanze e che il motivo venga loro spiegato.

Le donne devono ricevere informazioni sulle opzioni disponibili nel punto nascita per il controllo del dolore (non farmacologiche e farmacologiche) e sui vantaggi e i limiti di ognuna. Il punto nascita deve implementare protocolli specifici per valutare il bisogno di ogni donna di alleviare il dolore, offrendo modalità naturali che attivino le sue competenze (tecniche di rilassamento e tecniche manuali – raccomandazione n°21 e 22) e/o l'utilizzo di metodi farmacologici (raccomandazione n°19-20).



Figura 5 - OMS parto positivo

L'elenco completo dell'OMS, illustrato nella Figura 5, descrive sia le risorse strutturali che quelle di uno staff competente e motivato necessarie durante il travaglio e il parto.

Più in generale, donne, neonate e neonati devono essere trattati con rispetto dei loro bisogni, avendo cura di tutelare la loro dignità e la loro riservatezza, evitando trattamenti e comportamenti lesivi del loro benessere. Le donne in gravidanza, le madri e i genitori devono poter prendere decisioni consapevoli. Analoga attenzione va rivolta alle decisioni relative al taglio cesareo, la cui indicazione deve sempre rispettare criteri di appropriatezza (163).

 COMPETENZE RICHieste	TIPOLOGIA DI PERSONALE				COMPETENZE RICHieste ALLE OPERATRICI E AGLI OPERATORI
	D	C+	C	I	
	✓				11-14. Competenze fondamentali di counselling.
	✓	✓			68. Descrivere le raccomandazioni base dell'OMS per l'assistenza durante il travaglio e parto fisiologici (le Cure Amiche).
			✓		68-C. Elencare le raccomandazioni base dell'OMS per l'assistenza durante il travaglio e parto fisiologici (le Cure Amiche).

D = dedicato C+ = coinvolto-plus C = coinvolto I = informato

TIPO STRUTTURA		STANDARD
H C		CAM.1 Almeno l'80% delle donne in gravidanza che hanno effettuato almeno due visite e/o almeno l'80% delle donne in gravidanza che sono ricoverate in reparto confermano di aver avuto una conversazione con un'operatrice/un operatore sulle pratiche previste per un'esperienza positiva della nascita (le Cure Amiche della Madre).
	H	CAM.2 Almeno l'80% delle madri che hanno partorito nella struttura confermano che operatrici e operatori hanno utilizzato una comunicazione comprensibile e rispettosa delle specificità culturali.
	H	CAM.3 Almeno l'80% delle madri che hanno partorito nella struttura confermano di aver ricevuto un'assistenza rispettosa della loro dignità, intimità, riservatezza, e dei loro bisogni.
	H	CAM.4 Almeno l'80% delle madri che hanno partorito nella struttura confermano che operatrici e operatori hanno seguito le raccomandazioni base dell'OMS per l'assistenza durante il travaglio e parto fisiologici (accompagnamento da parte di una persona scelta dalla donna, strategie di controllo del dolore, mobilità in travaglio e libertà di scelta della posizione del parto).



H = Ospedale C = Comunità

2.3 COORDINAMENTO

Ogni struttura sanitaria/sociosanitaria deve avere un organo in grado di coordinare la protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento, ossia un gruppo di lavoro deliberato dalla direzione aziendale che coinvolga le unità operative che assistono donne in gravidanza, neonati/e e bambini/e fino a 2 anni di età, tipicamente inserite in un Dipartimento Materno-Infantile. Si raccomanda che questa attività sia inserita come responsabilità di un gruppo di lavoro già esistente, in cui siano rappresentati dirigenti dell'area della salute materno-infantile, della qualità, dell'area gestionale aziendale e rappresentanti di gruppi di sostegno fra mamme. Se non esiste già, deve essere istituito un organo a sé stante.

2.4 PROCESSO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

Cambiare le pratiche assistenziali è un processo che richiede tempo. Sono stati sperimentati e documentati molti metodi che hanno lo scopo di attuare cambiamenti e costruire sistemi in grado di mantenere nel tempo le modifiche attuate, una volta raggiunto un obiettivo specifico. Migliorare la qualità è un approccio gestionale che i professionisti della salute possono utilizzare per riorganizzare l'assistenza, così da garantire cure ottimali ai pazienti (68). Il processo di miglioramento della qualità può essere definito come una serie di "Azioni sistematiche e continue che portano a un progresso misurabile nei servizi di assistenza sanitaria e nello stato di salute dei pazienti interessati" (70). Il processo di miglioramento della qualità è stato ampiamente studiato e ne esistono modelli avanzati anche in ambito sanitario (tra cui il WHO-Regional Office for South-East Asia (164; 165), l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) (166; 167) e il Department for Health and Human Services (168).

I processi di miglioramento della qualità sono ciclici e comprendono i seguenti passaggi:

- pianificare cambiamenti nella qualità dell'assistenza;
- implementare tali cambiamenti;
- misurare i cambiamenti nelle pratiche assistenziali e/o risultati;
- analizzare la situazione a seguito dei cambiamenti apportati e intraprendere nuove azioni per migliorare ulteriormente le pratiche oppure per mantenerle invariate e stabili nel tempo.

Nel modello proposto dall'Institute for Healthcare Improvement, questi passaggi sono chiamati *plan, do, study e act* (PDSA), ovvero pianificare, fare, valutare e agire, e sono illustrati nella Fig. 6.

Nel contesto della Baby Friendly Initiative (BFI) è possibile utilizzare un ciclo PDSA per migliorare la realizzazione di ciascuno dei *Dieci Passi*. L'applicazione della metodologia di miglioramento della qualità è importante soprattutto per i Passi che la struttura ha riscontrato essere particolarmente complessi e per gli standard richiesti che ancora non sono stati raggiunti. Le interviste alle madri e alle donne in gravidanza sono particolarmente ricche di informazioni per la "la misurazione e il miglioramento della qualità dei servizi sanitari in un'ottica patient-oriented che mette in evidenza la centralità del ruolo del paziente" (169).

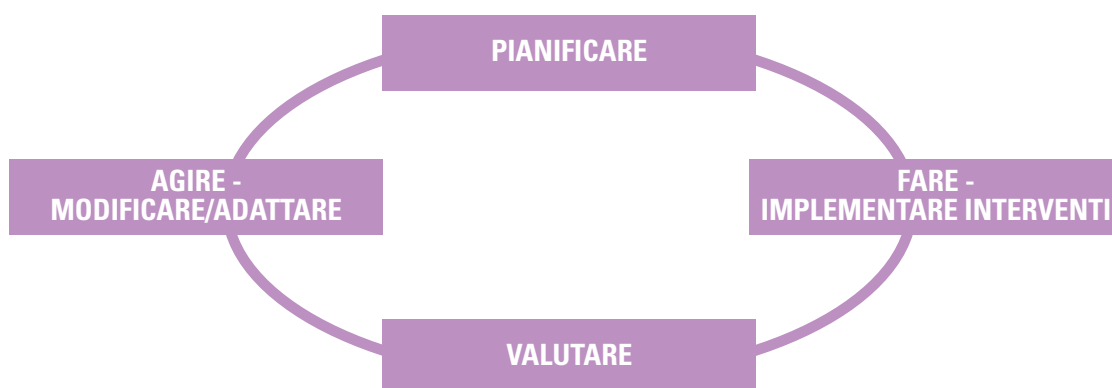


Figura 6 - Illustrazione delle quattro fasi del miglioramento della qualità

L'approccio per il miglioramento della qualità è strettamente connesso alla BFI. Il modello proposto può essere associato ad altre iniziative che la struttura ha già intrapreso per il miglioramento della qualità dell'assistenza materno-infantile.

Indipendentemente dal modello di miglioramento della qualità che viene utilizzato, è importante prendere in considerazione i seguenti principi chiave:

- sequenza di pianificazione-azione di miglioramento-controllo: è fondamentale che il team di lavoro si muova con queste modalità;
- partecipazione attiva delle operatrici e degli operatori del percorso nascita: si richiede a queste operatrici e questi operatori di valutare le proprie pratiche per individuare quelle che necessitano di modifiche; il personale che presta servizio quotidianamente nel percorso nascita è quello che conosce meglio i punti di forza della struttura, così come le criticità;
- impegno del personale dirigente: la direzione strategica, i capi dipartimento ed altre figure leader devono credere nell'importanza della protezione, della promozione e del sostegno dell'allattamento. Devono lavorare per ottenere alti tassi di avvio e di mantenimento dell'allattamento esclusivo. Devono inoltre incoraggiare le operatrici e gli operatori del percorso nascita a ottimizzare le loro pratiche assistenziali, facilitando e sostenendo attivamente gli eventuali cambiamenti necessari. I responsabili delle strutture svolgono inoltre un ruolo fondamentale nell'attuazione delle procedure di gestione organizzativa;
- coinvolgimento delle madri e famiglie: attraverso audit interni e item specifici;
- misurazione e analisi dei progressi nel tempo: utilizzare i dati di monitoraggio consente di identificare eventuali problemi e quindi di adottare soluzioni mirate per risolverli. La struttura deve scegliere alcuni indicatori di misura oltre agli indicatori sentinella (avvio dell'allattamento, tasso di allattamento esclusivo durante la degenza, tasso di allattamento sotto i sei mesi);
- monitoraggio e valutazione esterna: i sistemi di monitoraggio della qualità verificati con regolarità da enti nazionali o regionali servono a validare i risultati raggiunti e il mantenimento degli standard.

Implementazione nazionale e sostenibilità



3.1 DOCUMENTI DI RIFERIMENTO NAZIONALI

L'Italia dispone di una serie di documenti che coincidono con le raccomandazioni OMS/UNICEF sull'allattamento, a partire dal *Codice* (29) e dalla *Strategia Globale* (11).

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI

Le "Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento" (33) forniscono le prime indicazioni nazionali basate sulle prove di efficacia a sostegno dei documenti internazionali. Le Linee di indirizzo non solo raccomandano alle figure professionali del percorso nascita di seguire le raccomandazioni dell'OMS e dell'UNICEF nell'attuazione dei Passi, ma invitano diversi Ministeri, oltre al Ministero della Salute, a occuparsi delle tematiche relative all'allattamento: il Ministero dell'Università e della Ricerca nella "formazione curriculare per tutte le professioni pertinenti"; il Ministero dell'Istruzione nella sensibilizzazione del personale in servizio e la promozione di informazioni nelle scuole; il Ministero del Lavoro e il Ministero per le Pari Opportunità e la Famiglia per la protezione delle madri lavoratrici; il Ministero per lo Sviluppo Economico, il Ministero per le Politiche agricole alimentari e forestali e il Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare per proteggere il latte materno dalle possibili contaminazioni.

PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Nell'aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione (170), grazie al lavoro del tavolo congiunto del Ministero della Salute, dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) e dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), è stata inserita una specifica sezione sulla sanità.

La sanità, infatti, è una delle aree maggiormente esposte al rischio di corruzione, con possibili gravi ripercussioni sulla tutela del diritto alla salute.

Nel 2016 è stato siglato il protocollo d'intesa fra l'ANAC e il Ministero della Salute (171) in cui le parti si impegnano in una reciproca collaborazione per la gestione dei rischi collegati al governo delle aziende sanitarie.

Ogni azienda sanitaria deve nominare il responsabile per l'anticorruzione-trasparenza, adottare un piano triennale per la prevenzione della corruzione, un programma di formazione e un Codice comportamentale. In particolare, il Codice di comportamento sul conflitto di interessi e le procedure che regolano gli acquisti hanno avuto ricadute estremamente positive sul rispetto del *Codice Internazionale* all'interno delle aziende impegnate nel progetto BFI. Infatti, le questioni più critiche poste dal rispetto del *Codice* nell'ambito della formazione del personale (sponsorizzazioni, partecipazione a convegni e altri eventi extraziendali, ...), nelle relazioni con gli informatori delle case produttrici dei sostituti del latte materno, nelle modalità di approvvigionamento degli stessi prodotti, hanno trovato in larga misura definizioni e regole nelle procedure aziendali per la prevenzione della corruzione.

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Il DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) pubblicato il 18 marzo 2017 (172) ha individuato nel capitolo F sulla "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale" la necessità di un programma di "Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento [...] e di una corretta alimentazione complementare" per cui si richiede la formazione del personale sanitario sull'allattamento, secondo le linee di indirizzo nazionali (33), e sul *counselling* per le singole donne, insieme a campagne di sensibilizzazione rivolte alle donne in gravidanza o in allattamento (Figura 7).

F7	Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare	Formazione del personale sanitario su attività di promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno, coerente con le linee di indirizzo nazionali Campagne informativo-educative rivolte a target specifici di popolazione, quali le donne in gravidanza/allattamento Promozione del counseling da parte degli operatori sanitari	Offerta di counseling individuale Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori
----	---	--	--

Figura 7 - dettaglio dei LEA

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2020-2025

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 (100) conferma, come tutti i PNP precedenti, il ruolo chiave dell'allattamento. Viene collocato nella sezione riguardante la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, dove vengono affrontati tutti i temi riguardanti i primi 1000 giorni, dalla salute preconcezionale ai sani stili di vita delineati nel programma GenitoriPiù e monitorati attraverso il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni. Il PNP 2020-2025 dedica spazio, nelle "azioni trasversali", al ruolo della comunicazione come "strumento strategico irrinunciabile, funzionale ad alcuni obiettivi cruciali: aumentare la conoscenza e l'empowerment; promuovere atteggiamenti favorevoli alla salute; favorire modifiche di norme sociali, accesso e adesione ai programmi di prevenzione e di cura, coinvolgimento attivo del cittadino (engagement); stimolare e rendere efficace il confronto e lo scambio di buone prassi, dati, informazioni, linee di lavoro" (100). Tutte le Regioni e le Province Autonome sono chiamate a disporre di un sistema di monitoraggio permanente per rilevare i tassi di allattamento a 1, 3, 6 e 12 mesi, come richiesto dal Passo 1 della BFI. Per realizzare questo, sarà necessario potenziare i collegamenti con politiche o programmi di salute materno-infantile regionali pluriennali già esistenti per far sì che l'alimentazione nei primi 1000 giorni diventi un argomento trasversale che coinvolga tutti i portatori di interesse, fuori e dentro il sistema sanitario.

DOCUMENTO PRIMI 1000 GIORNI

A febbraio 2020, la Conferenza Stato Regioni ha pubblicato "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita - Documento di indirizzo per genitori, operatrici e operatori sanitari e policy maker per la protezione e promozione della salute delle bambine e dei bambini e delle generazioni future" (41), che a sua volta fa riferimento alla *Dichiarazione di Minsk* (173), agli *Obiettivi di Sviluppo Sostenibile* (174) e alla *Nurturing care per lo sviluppo infantile precoce* (40). Viene sottolineato il ruolo dei professionisti e delle professioniste del percorso nascita nell'adoperarsi per proporre azioni/interventi per minimizzare i fattori di rischio e promuovere la salute (Figura 8): "Assume pertanto valore, rispetto alle disuguaglianze, anche la diffusione capillare nel territorio dei servizi e la loro qualità, come per esempio le diverse probabilità per una mamma di ricevere o meno un adeguato supporto all'allattamento, che trova l'espressione di eccellenza negli Ospedali Amici delle Bambine e dei Bambini (Baby Friendly Hospital Initiative - BFHI)" (41).



Figura 8 - Dettaglio del Documento Primi 1000 Giorni

SISTEMA DI SORVEGLIANZA BAMBINI 0-2 ANNI

Il “Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino” - Sorveglianza Bambini 0 - 2 anni – inserito nel DPCM 3 marzo 2017 che identifica quelli riconosciuti di rilevanza nazionale, è promosso dal Ministero della Salute e coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità (175). La Sorveglianza raccoglie i dati tramite la somministrazione di un questionario alle mamme in occasione delle sedute vaccinali dei propri figli che permette di rilevare i comportamenti in corrispondenza tendenzialmente dei 3, 5, 12 e 15 mesi di vita del/la bambino/a (secondo il calendario vaccinale). Tutti i professionisti coinvolti nella Sorveglianza vengono formati sia sulle tematiche indagate sia sugli aspetti più propriamente metodologici della rilevazione. La Sorveglianza prevede la realizzazione di materiale informativo multilingue sui determinanti studiati e la loro diffusione nei centri vaccinali, nei consultori familiari e negli ambulatori dei Pediatri di Libera Scelta.

Le informazioni sull'alimentazione del/la bambino/a vengono raccolte e analizzate, secondo i criteri OMS, sulla base di un set di domande relative alle 24 ore precedenti l'intervista (98).

Rispetto all'allattamento la Sorveglianza fornisce informazioni sulle prevalenze di bambini/e attaccati/e almeno una volta al seno, allattati/e in maniera esclusiva sotto i 6 mesi di età, che assumono latte materno a 12-15 mesi d'età (175).

L'ALLATTAMENTO E L'ALIMENTAZIONE NELLE EMERGENZE

In contesti umanitari, il potenziale salvavita dell'allattamento è ancora più cruciale (11). La *Guida Operativa sull'Alimentazione dei lattanti e dei bambini piccoli nelle emergenze (Guida AINE)* raccomanda nelle emergenze umanitarie che tutte le attività per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento debbano essere potenziate per ridurre la mortalità e la morbidità (176). La *Guida AINE (176)* fornisce indicazioni valide in tutto il mondo. In Italia, "le emergenze riguardano soprattutto eventi sismici e idrogeologici e, in tempi più recenti, le popolazioni di rifugiati e migranti in transito" (177) a causa di conflitti e guerre. Per far fronte a queste emergenze, dal 2012 ogni Comune deve dotarsi di un Piano delle Emergenze Comunale (PEC) ed è auspicabile che un piano specifico per le donne in gravidanza e i bambini da 0 a 2 anni (178; 179).

Come suggerito dalle Linee Guida internazionali, l'attenzione all'AINE si attua anche attraverso azioni di governance che, nella realtà italiana, trovano una possibile applicazione nell'inserimento dell'AINE all'interno dei PEC. Le donne in gravidanza e le mamme/famiglie con bambini/e molto piccoli/e presentano bisogni peculiari ai quali è necessario rispondere prontamente sia fornendo appropriata assistenza che adeguata sistemazione abitativa o sanitaria.

Come previsto da raccomandazioni internazionali, tra le azioni a sostegno dell'AINE sono indicati anche interventi educativi/informativi rivolti alla popolazione al fine di diffondere cultura di protezione civile e comportamenti di autoprotezione e auto segnalazione al sistema di protezione civile. Questi comportamenti aumentano la resilienza del singolo e della collettività e riducono l'incidenza di mortalità in corso di emergenze.

3.2 VALUTAZIONE ESTERNA

UTILIZZARE SISTEMI DI VALUTAZIONE ESTERNA PER VALUTARE REGOLARMENTE L'ADESIONE AI PASSI

Tutte le strutture del percorso nascita devono fornire un'assistenza tempestiva e appropriata a madri, bambine e bambini, in linea con la BFI (60), i livelli essenziali di assistenza (LEA) (180) e altri sistemi di qualità nazionali basati sulle evidenze scientifiche. Come sopra descritto le strutture devono sviluppare meccanismi di monitoraggio interno per garantire il rispetto degli standard di qualità.

Tuttavia, una valutazione esterna è fondamentale per garantire la qualità. Uno studio svolto in Brasile su 143 Ospedali Amici delle Bambine e dei Bambini ha rilevato una netta sovrastima (più del 30% su 4 Passi) dell'autovalutazione rispetto alla valutazione esterna (181). Lo scopo principale della valutazione esterna dell'UNICEF Italia è quello di accompagnare la struttura ad individuare i punti di forza e le criticità e a correggere le pratiche inadeguate, offrendo suggerimenti per il recupero di eventuali scostamenti. La formazione e/o la consulenza organizzativa necessarie per raggiungere gli Standard richiesti non rientrano nei compiti dei valutatori. In alcuni paesi, i valutatori esterni fanno riferimento a un comitato tecnico-scientifico specifico che fornisce feedback alla struttura.

I valutatori esterni sono in grado di esaminare i risultati del monitoraggio interno e identificare gli scostamenti nell'assistenza e la non conformità agli standard più facilmente rispetto alle operatrici e agli operatori della struttura. Pertanto, i progetti nazionali devono mantenere un regolare sistema di valutazione esterna (comprensivo di valutazioni e rivalutazioni) per assicurare l'adesione ai Passi e fornire feedback a ciascuna struttura sulle aree da migliorare.

PERCORSO PER IL RICONOSCIMENTO DA PARTE DELL'UNICEF ITALIA

In Italia questa funzione è svolta dal Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione Onlus attraverso il Programma Insieme per l'Allattamento all'interno del programma "Italia Amica delle Bambine e dei Bambini", che rappresenta l'insieme delle iniziative e azioni che l'UNICEF Italia realizza nel territorio nazionale per la promozione e la tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

Per raggiungere il riconoscimento, è previsto un percorso a tappe con un'attività di sostegno e momenti di valutazione da parte di professionisti appositamente selezionati. L'attività di sostegno è svolta da un/a professionista, individuato/a tra un *pool* multidisciplinare di figure esperte con competenze in BFI, chiamato/a a svolgere il ruolo di tutor presso la struttura in percorso. Dal medesimo gruppo multidisciplinare è selezionato il team che si occuperà della valutazione esterna al raggiungimento di ogni tappa.

Le valutazioni esterne riguardano:

- Fase 1 - Documenti di gestione organizzativa e procedure assistenziali
- Fase 2 - Competenze delle operatrici e degli operatori attraverso osservazioni ed interviste
- Fase 3 - Assistenza alle donne in gravidanza e madri attraverso osservazioni ed interviste

È prevista una visita di rivalutazione della struttura con gli stessi requisiti ogni 36 mesi circa. Ulteriori informazioni sono disponibili alla pagina www.unicef.it/allattamento.

Appendici



APPENDICE 1

I Passi BFI Italia 2022: confronto con i 10 Passi originali e le Linee Guida OMS del 2017

I Passi BFI Italia 2022	Relative raccomandazioni dalle Linee Guida OMS 2017	I Dieci Passi descritti in: L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità (1989)
PROCEDURE ORGANIZZATIVA A SUPPORTO DELL'ALLATTAMENTO E DELL'ALIMENTAZIONE INFANTILE		
1A. Il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei sostituti del latte materno: aderire pienamente al Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei sostituti del latte materno e alle successive risoluzioni pertinenti dell'Assemblea Mondiale della Sanità.	N/A	N/A (rientrava nell'autovalutazione, nel monitoraggio e nella valutazione esterna).
1B. Politica aziendale: adottare una Politica e procedure sull'allattamento e sull'alimentazione infantile che vengono comunicate di routine a operatrici/operatori e famiglie.	Raccomandazione 12: le strutture devono disporre di una Politica sull'allattamento e l'alimentazione infantile, scritta in una forma chiara e accessibile, comunicata regolarmente a operatrici, operatori e genitori.	Passo 1: definire un protocollo scritto per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario.
1C. Monitoraggio e gestione dei dati: organizzare un sistema di monitoraggio continuo e di gestione dei dati rilevati.	N/A	N/A
2. Competenze del personale: garantire che operatrici dedicate e operatori dedicati abbiano adeguate competenze (conoscenze, abilità e atteggiamenti) per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento e l'alimentazione infantile.	Raccomandazione 13: le operatrici dedicate e gli operatori dedicati che si occupano di alimentazione infantile, compreso il sostegno all'allattamento, devono avere conoscenze teoriche, abilità pratiche e atteggiamenti idonei per sostenere le donne ad allattare.	Passo 2: preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo.

I Passi BFI Italia 2022	Relative raccomandazioni dalle Linee Guida OMS 2017	I Dieci Passi descritti in: L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità (1989)
BUONE PRATICHE PER IL SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO E ALL'ALIMENTAZIONE INFANTILE		
3. Informazioni nel periodo prenatale: condurre una conversazione sull'importanza e sulla gestione dell'allattamento e dell'alimentazione infantile con le donne in gravidanza e le loro famiglie.	Raccomandazione 14: nelle strutture che forniscono l'assistenza in gravidanza, le donne e le loro famiglie devono ricevere informazioni sull'importanza e la gestione dell'allattamento.	Passo 3: informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento.
4. Contatto pelle a pelle: facilitare il contatto pelle a pelle subito dopo la nascita, durante la degenza e a casa, e creare le condizioni affinché madre e bambino/a possano esprimere le proprie competenze.	Raccomandazione 1: un contatto pelle a pelle, immediato, senza interruzioni e in sicurezza, tra madre e neonato deve essere facilitato ed incoraggiato subito dopo la nascita. Raccomandazione 2: tutte le madri devono essere incoraggiate ad iniziare l'allattamento non appena possibile dopo la nascita, entro la prima ora dal parto.	Passo 4: aiutare le madri perché comincino ad allattare al seno già mezz'ora dopo il parto.
5. Sostegno all'allattamento: sostenere le madri ad avviare e mantenere l'allattamento e a gestire le più comuni difficoltà.	Raccomandazione 3: le madri devono ricevere sostegno pratico per avviare e mantenere l'allattamento e per gestire le comuni difficoltà. Raccomandazione 4: si deve mostrare alle madri la spremitura del latte come una modalità per mantenere la lattazione in caso di separazioni temporanee dai loro bambini.	Passo 5: mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati.
6. Allattamento esclusivo: sostenere le madri ad allattare in maniera esclusiva per i primi sei mesi e fornire informazioni adeguate per la gestione delle situazioni in cui sia necessario l'uso dei sostituti del latte materno.	Raccomandazione 7: le madri vengono scoraggiate dal somministrare alimenti o liquidi diversi dal latte materno, a meno che non ci sia un'indicazione medica.	Passo 6: non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica.
7. Stare insieme fin dalla nascita: sostenere madri e bambini/e a stare insieme, in ospedale (rooming-in H24) e a casa, per facilitare e proteggere la relazione madre/genitori-bambino/a.	Raccomandazione 5: nei punti nascita si devono creare le condizioni per consentire alle madri e ai/alle loro bambini/e di rimanere insieme e di praticare il rooming-in giorno e notte. Il rooming-in potrebbe non essere possibile quando i/le neonati/e devono essere trasferiti per cure mediche specialistiche.	Passo 7: sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in), in modo che trascorrono insieme ventiquattro ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale.

I Passi BFI Italia 2022	Relative raccomandazioni dalle Linee Guida OMS 2017	I Dieci Passi descritti in: L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità (1989)
8. Alimentazione responsiva: sostenere le madri nel riconoscere e rispondere ai segnali del/della bambino/a.	Raccomandazione 6: le madri devono essere sostenute nel praticare l'alimentazione responsiva come parte della nurturing care. Raccomandazione 8: durante la degenza nel punto nascita, indipendentemente dal fatto che allattino o meno, le madri devono essere sostenute nel riconoscere i segnali di fame dei/delle loro bambini/e, così come quelli di stare insieme ai genitori e di farsi coccolare, per offrire risposte adeguate.	Passo 8: incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento.
9. Gestione di biberon, tettarelle e ciucci: sostenere le madri ad alimentare e accudire i/le loro bambini/e senza biberon, tettarelle, ciucci e paracapezzoli e fornire informazioni adeguate per la gestione delle situazioni in cui sia necessario il loro uso.	Raccomandazione 9: nel caso di neonati/e pretermine che non sono in grado di essere allattati/e direttamente, la suzione non nutritiva e la stimolazione orale possono essere utili fino al raggiungimento dell'allattamento direttamente al seno. Raccomandazione 10: se nei neonati e nelle neonate a termine durante la degenza è necessario, per ragioni mediche, somministrare latte materno spremuto o altri alimenti, possono essere usati tazzina, cucchiaino, biberon e tettarella. Raccomandazione 11: per i/le neonati/e pretermine, quando esiste l'indicazione medica per l'uso di latte materno spremuto o altro alimento, sono da preferire metodi di somministrazione come tazzina o cucchiaino rispetto a biberon e tettarella.	Passo 9: non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento.
10A. Continuità della cura e del sostegno: coordinare la dimissione in modo che i genitori e i/le loro bambini/e abbiano accesso tempestivo a una rete di sostegno e un'assistenza continuativa, fornite dalla collaborazione tra operatrici e operatori del punto nascita e dei servizi territoriali, i gruppi di sostegno e la comunità locale.	Raccomandazione 15: come parte integrante della protezione, della promozione e del sostegno all'allattamento, le dimissioni dal punto nascita devono essere programmate e coordinate, affinché genitori e bambini/e abbiano accesso ad una rete di sostegno e un'assistenza continuativa.	Passo 10: favorire la creazione di gruppi di sostegno alla pratica dell'allattamento al seno, in modo che le madri vi si possano rivolgere dopo essere state dimesse dall'ospedale o dalla clinica.
10B. Creare ambienti accoglienti per le famiglie.	N/A	N/A
Cure Amiche della Madre: assistere le donne nel travaglio e parto con una modalità rispettosa della fisiologia e mirata ad un'esperienza positiva della nascita.	Vedi Appendice 3	N/A

APPENDICE 2

I Passi per l'allattamento semplificati

	Le strutture sostengono le famiglie attraverso	Perché...
Politiche e documenti	- Rispetto del Codice. - Assistenza all'allattamento come pratica di routine. - Monitoraggio delle pratiche di sostegno all'allattamento.	Le politiche e procedure aziendali assicurano che tutte le madri, tutti i bambini e tutte le bambine ricevano la migliore assistenza.
Competenze degli operatori	- Verifica delle competenze in allattamento del personale. - Se necessario, formazione sull'allattamento e l'alimentazione infantile.	Operatori e operatrici competenti forniscono il sostegno migliore per l'allattamento.
Informazioni nel periodo prenatale	- Conversazione sull'importanza dell'allattamento per madri e bambini/e. - Informazioni pratiche sull'allattamento.	La maggior parte delle donne possono allattare con il giusto sostegno.
Contatto pelle a pelle	- Contatto pelle a pelle fra madre e bambino/a subito dopo la nascita e successivamente. - Valorizzazione delle loro competenze.	Tenere il/la bambino/a in contatto pelle a pelle rafforza la relazione e facilita l'avvio dell'allattamento.
Sostegno all'allattamento	- Posizione confortevole per mamma e bambino/a per una poppata efficace. - Offerta di sostegno pratico. - Strategie per prevenire e risolvere le difficoltà più comuni.	L'allattamento è naturale, ma a tante madri serve incoraggiamento e un po' di aiuto.
Allattamento esclusivo	- Sostegno all'allattamento esclusivo nei primi sei mesi. - Priorità al latte materno donato in caso di necessità. - Informazioni alle famiglie che utilizzano la formula per farlo in sicurezza.	L'OMS e l'UNICEF raccomandano l'allattamento esclusivo per i primi 6 mesi e di continuare fino a 2 anni o più se desiderato. Dare la formula senza indicazioni mediche rende difficile avviare e proseguire l'allattamento.
Stare insieme fin dalla nascita	- Tutte le madri e i bambini/e insieme, in ospedale e a casa, giorno e notte. - Protezione della relazione madre/genitori-bambino/a.	Le madri devono stare insieme ai/ alle loro bambini/e per riconoscere e rispondere ai loro segnali.
Alimentazione responsiva	- Sostegno per riconoscere e rispondere ai segnali del bambino/a. - Nessun limite alla durata e alla frequenza delle poppate.	Allattare i bambini/e tutte le volte che sono pronti aiuta mamma e bambino/a.

	Le strutture sostengono le famiglie attraverso	Perché...
Gestione di biberon, tettarelle e ciucci	- Informazioni adeguate per alimentare e accudire senza ausili. - Indicazioni per le situazioni in cui sono necessari.	L'uso degli oggetti che vengono in contatto con la bocca del bambino/a deve essere appropriato e nel rispetto delle norme igieniche.
Continuità della cura e del sostegno	- Informazioni sulla rete di sostegno nella comunità. - Collaborazione con la comunità per rafforzare la rete. - Creazione di ambienti accoglienti per le famiglie.	Il sostegno dell'allattamento richiede continuità nel tempo.
Cure Amiche della Madre	Assistenza nel travaglio/parto rispettosa e mirata ad un'esperienza positiva della nascita.	Il benessere della madre e il rispetto della sua dignità e dei suoi diritti sono fondamentali.

APPENDICE 3

Riassunto delle raccomandazioni sull'assistenza intrapartum per un'esperienza positiva della nascita

Le consultazioni tecniche dell'OMS hanno portato a 56 raccomandazioni sull'assistenza intrapartum: 26 di queste sono recenti mentre le altre 30 derivano dalle *Linee Guida OMS* già esistenti (6).

Tali raccomandazioni sono suddivise in base al contesto di assistenza intrapartum (travaglio/nascita), di assistenza durante la prima, seconda e terza fase del travaglio e di assistenza al/la neonato/a e alla madre subito dopo la nascita.

Le raccomandazioni sono state definite come:

- **Raccomandate:** questa categoria indica che è necessario attuare l'intervento o l'opzione.
- **Non raccomandate:** questa categoria indica che l'intervento o l'opzione non devono essere attuati.
- **Raccomandate solo in specifici contesti:** questa categoria indica che l'intervento o l'opzione sono applicabili solo in specifici contesti.
- **Raccomandate solo nell'ambito di una ricerca rigorosa:** questa categoria indica che permangono importanti incertezze sull'intervento o sull'opzione. In tali casi l'implementazione può essere intrapresa su larga scala solo se prende la forma di una ricerca in grado di affrontare domande ancora senza risposta ed incertezze relative sia all'efficacia dell'intervento o dell'opzione sia alla sua accettabilità e fattibilità.

Pratica assistenziale	Raccomandazioni	Categoria di raccomandazione
Assistenza durante il travaglio e parto		
Assistenza rispettosa	1. Si riferisce all'organizzazione delle cure fornite a tutte le donne per tutelare la loro dignità, intimità e riservatezza, evitando qualsiasi forma di abuso, offrendo la possibilità di scegliere in maniera informata e di ricevere un sostegno continuo durante il travaglio ed il parto.	Raccomandata
Comunicazione efficace	2. Si raccomanda un'efficace comunicazione tra operatrici, operatori e donne in travaglio, che utilizzi una modalità comprensibile e rispettosa delle specificità culturali.	Raccomandata
Accompagnamento durante il travaglio/parto	3. È raccomandata la presenza di una persona di fiducia della donna durante il travaglio/parto.	Raccomandata
Continuità assistenziale	4. In contesti dove esistono programmi ben avviati di assistenza ostetrica sono raccomandati modelli di continuità assistenziale gestiti dalle ostetriche, in cui un'ostetrica o un piccolo gruppo di ostetriche sostengano la donna attraverso tutto il percorso nascita. ²	Raccomandata solo in specifici contesti

² Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience" (1829)

Primo stadio del travaglio		
Definizioni di fase latente e fase attiva del travaglio	5. Si raccomanda l'uso delle seguenti definizioni per la fase latente e la fase attiva del travaglio: – Fase latente: periodo di tempo, non necessariamente continuo, caratterizzato da contrazioni uterine dolorose, dalla trasformazione iniziale della cervice alla sua dilatazione fino a 5 cm. – Fase attiva: periodo di tempo caratterizzato dalla presenza di contrazioni dolorose che va dal 5 cm di dilatazione al periodo espulsivo.	Raccomandata
Durata del primo stadio del travaglio	6. le donne dovrebbero essere informate che la durata della fase latente non è ancora stata definita e può variare ampiamente da una donna all'altra. Generalmente la prima fase attiva (dilatazione da 5 cm a completa) non va oltre le 12 ore nelle nullipare e non oltre le 10 nelle pluripare.	Raccomandata
Progressione del primo stadio del travaglio	7. per le donne con inizio spontaneo del travaglio, l'uso del partogramma (dilatazione cervicale di 1cm/ora) non è raccomandato poiché è impreciso nella identificazione delle donne a rischio di esiti avversi.	Non raccomandata
	8. La dilatazione di 1 cm/ora durante il primo stadio di travaglio attivo risulta troppo veloce per alcune donne, perciò non viene raccomandata come criterio per valutare la normale progressione del travaglio. Al tempo stesso una dilatazione inferiore a 1 cm/ora da sola non dovrebbe rappresentare un'indicazione di routine per l'intervento ostetrico.	Non raccomandata
	9. il travaglio non accelera spontaneamente fino al raggiungimento del 5 cm di dilatazione. Pertanto, l'uso di interventi medici per accelerare il travaglio/parto (es. aumento ossitocina o Taglio cesareo) prima di questa soglia non è raccomandato se le condizioni materne e fetali sono rassicuranti.	Non raccomandata
Politica di accettazione al reparto di ostetricia	10. Per le donne sane in gravidanza con insorgenza spontanea del travaglio una politica che ritardi l'accettazione nei reparti di maternità, fino a che non sia iniziata la fase attiva del travaglio, è raccomandata solo nell'ambito di una ricerca rigorosa.	Raccomandata solo nell'ambito di una ricerca rigorosa
Pelvimetria clinica all'accettazione	11. La pelvimetria clinica routinaria all'accettazione in travaglio non è raccomandata per le donne sane in gravidanza.	Non raccomandata
Valutazione di routine del benessere fetale al momento del ricovero	12. La cardiocotografia di routine non è consigliata per la valutazione del benessere fetale al momento del ricovero delle donne sane in travaglio spontaneo.	Non raccomandata
	13. Si raccomanda l'auscultazione tramite un dispositivo ecografico Doppler o uno stetoscopio fetale per la valutazione del benessere fetale al momento del ricovero.	Raccomandata
Rasatura perineale/pubica	14. La rasatura perineale/pubica prima del parto vaginale non è raccomandata. ³	Non raccomandata
Clistere all'accettazione	15. la somministrazione del clistere per ridurre il ricorso a interventi per accelerare il travaglio non è raccomandata. ⁴	Non raccomandata
Esplorazione vaginale	16. L'esplorazione vaginale ad intervalli di 4 ore è raccomandata per la valutazione routinaria della fase attiva del travaglio in donne a basso rischio. ⁵	Raccomandata
Cardiotocografia continua durante il travaglio	17. La cardiotocografia continua non è raccomandata per la valutazione del benessere fetale in donne gravide in travaglio spontaneo. ⁶	Non raccomandata
Auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale durante il travaglio	18. L'auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale con gli ultrasuoni Doppler o lo stetoscopio fetale è raccomandata per le donne in gravidanza sane in travaglio.	Raccomandata
Analgesia epidurale per alleviare il dolore	19. L'analgesia epidurale è raccomandata per donne in gravidanza sane richiedenti sollievo dal dolore durante il travaglio in base alle loro preferenze.	Raccomandata
Analgesia con oppiacei per alleviare il dolore	20. L'uso di oppiacei per via parenterale, come il fentanyl, di morfina e petidina, è un'opzione raccomandata per le donne sane in gravidanza che richiedono sollievo dal dolore durante il travaglio, in base alle loro preferenze.	Raccomandata
Tecniche di rilassamento per la gestione del dolore	21. Le tecniche di rilassamento, come il rilassamento muscolare progressivo, la respirazione, la musica, la mindfulness ed altre tecniche, sono raccomandate per la donna in gravidanza sana che richiede sollievo dal dolore durante il travaglio in base alle sue preferenze.	Raccomandata
Tecniche manuali per la gestione del dolore	22. Alcune tecniche manuali, come massaggi o applicazioni d'impacchi caldi, sono raccomandate per le donne sane in gravidanza che le richiedono in base alle loro preferenze.	Raccomandata
Alleviare il dolore per prevenire il prolungamento del travaglio	23. Alleviare il dolore per prevenire un travaglio prolungato e ridurre l'uso di induzione del travaglio non è raccomandato. ⁷	Non raccomandata

Pratica assistenziale	Raccomandazioni	Categoria di raccomandazione
Bevande e cibi	24. Per le donne a basso rischio è raccomandata l'assunzione di bevande e cibi durante il travaglio. ⁸	Raccomandata
Mobilità materna e posizione	25. Si raccomanda l'incoraggiamento alla mobilità e ad una posizione verticale durante il travaglio in donne a basso rischio. ⁹	Raccomandata
Disinfezione vaginale	26. La disinfezione vaginale di routine con la clorexidina durante il travaglio allo scopo di prevenire infezioni non è raccomandata.	Non raccomandata
Gestione attiva del travaglio	27. Tutti i trattamenti per la gestione attiva del travaglio per prevenire il ritardo del travaglio non sono raccomandati. ¹⁰	Non raccomandata
Amniorexi di routine	28. L'uso della sola amniorexi per accelerare il travaglio non è raccomandato. ¹¹	Non raccomandata

³ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections" (183)

⁴ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for augmentation of labour" (184)

⁵ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections" (183)

⁶ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for augmentation of labour" (184)

⁷ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for augmentation of labour" (184)

⁸ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for augmentation of labour" (184)

⁹ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for augmentation of labour" (184)

¹⁰ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections" (183)

¹¹ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for augmentation of labour" (184)

Pratica assistenziale	Raccomandazioni	Categoria di raccomandazione
Amniorexi precoce ed ossitocina	29. L'uso dell'amniorexi precoce associata alla somministrazione di ossitocina per prevenire il rallentamento del travaglio non è raccomandato. ¹²	Non raccomandata
Somministrazione di ossitocina per le donne con analgesia epidurale	30. L'uso di ossitocina per prevenire il ritardo del travaglio nelle donne che ricevono analgesia epidurale non è raccomandato. ¹³	Non raccomandata
Farmaci antispastici	31. L'uso di farmaci antispastici per prevenire il prolungamento del travaglio non è raccomandato. ¹⁴	Non raccomandata
Infusioni di liquidi per prevenire il ritardo del travaglio	32. La somministrazione di liquidi in vena allo scopo di accorciare i tempi del travaglio non è raccomandata. ¹⁵	Non raccomandata
Secondo Stadio del Travaglio		
Definizione e durata del secondo stadio del travaglio	33. Si raccomanda l'uso nella pratica della seguente definizione del secondo stadio del travaglio: – il periodo di tempo che intercorre tra la dilatazione completa della cervice e la nascita del bambino, durante il quale la donna ha un bisogno involontario di spingere a causa di contrazioni uterine espulsive. – Le donne dovrebbero essere informate che la durata del secondo stadio varia da una donna all'altra. Nelle donne nullipare la nascita avviene normalmente entro 3 ore mentre nelle donne che hanno già partorito entro 2 ore.	Raccomandata
Posizione durante il parto (per le donne senza analgesia epidurale)	34. Si raccomanda di incoraggiare le donne senza analgesia epidurale ad assumere durante il parto posizioni di loro gradimento, incluse le posizioni verticali.	Raccomandata
Posizione durante il parto (per le donne con analgesia epidurale)	35. Si raccomanda di incoraggiare le donne con analgesia epidurale a scegliere posizioni di loro gradimento, incluse quelle verticali.	Raccomandata
Spinta in fase espulsiva	36. Le donne in fase espulsiva dovrebbero essere incoraggiate e sostenute a seguire il proprio bisogno di spingere.	Raccomandata
Spinta in fase espulsiva (per le donne con analgesia epidurale)	37. Per le donne con analgesia epidurale nel secondo stadio del travaglio si raccomanda di ritardare gli sforzi espulsivi da una a due ore dopo la dilatazione completa o fino a quando la donna riacquista l'impulso sensoriale di spingere. Questo vale laddove ci siano risorse disponibili per valutare e gestire l'eventuale comparsa d'ipossia perinatale.	Raccomandata solo in specifici contesti
Modalità per prevenire lacerazioni perineali	38. Per le donne nel secondo stadio del travaglio si raccomandano tecniche per ridurre il trauma perineale e facilitare la nascita spontanea (tra cui il massaggio perineale, impacchi caldi e una protezione "diretta" del perineo) in base alle preferenze della donna ed alle opzioni disponibili.	Raccomandata
Episiotomia	39. L'uso routinario e diffuso dell'episiotomia non è raccomandato nelle donne con parto vaginale spontaneo.	Non raccomandata
Pressione sul fondo dell'utero	40. Si sconsiglia l'applicazione della pressione manuale sul fondo dell'utero per facilitare il parto durante il secondo stadio del travaglio.	Non raccomandata
Terzo Stadio del Travaglio		
Uterotonici profilattici	41. L'uso di uterotonici per la prevenzione delle emorragie postpartum (PPH) durante il terzo stadio del travaglio è raccomandata per tutte le nascite. ¹⁶	Raccomandata
	42. L'ossitocina (10 IU/EV) è il farmaco uterotonico raccomandato per la prevenzione dell'emorragia postpartum. ¹⁷	Raccomandata

¹² Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for augmentation of labour" (1994)

¹³ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for augmentation of labour" (1994)

¹⁴ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for augmentation of labour" (1994)

¹⁵ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for augmentation of labour" (1994)

¹⁶ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage" (1999)

¹⁷ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage" (1999)

Pratica assistenziale	Raccomandazioni	Categoria di raccomandazione
	43. In contesti dove l'ossitocina non è disponibile è raccomandato l'uso parenterale di altri uterotonici (se appropriato, ergometrina/metilergometrina o un'associazione di ossitocina ed ergometrina) oppure l'uso orale di misoprostolo (600mg). ¹⁸	Raccomandata
Ritardo nel clampaggio del cordone	44. Il ritardo nel clampaggio del cordone ombelicale (non prima di 1 minuto dopo la nascita) è raccomandato per migliorare gli esiti in termini di salute materno infantile. ¹⁹	Raccomandata
Trazione controllata del cordone (CCT)	45. In contesti che dispongono di operatori e operatrici qualificati la trazione controllata del cordone (CCT) è raccomandata per le nascite vaginali, se l'operatore/operatrice e la donna considerano importante una piccola riduzione delle perdite di sangue ed una piccola riduzione della durata della terza fase del travaglio. ²⁰	Raccomandata
Massaggio uterino	46. Il massaggio uterino prolungato non è raccomandato come intervento per la prevenzione dell'emorragia postpartum (PPH) nelle donne che hanno ricevuto la profilassi con ossitocina. ²¹	Non raccomandata
Cure del Neonato		
Aspirazione della bocca e del naso di routine	47. Nei neonati e nelle neonate con liquido amniotico chiaro, che iniziano a respirare da soli dopo la nascita, non si deve eseguire l'aspirazione della bocca e del naso. ²²	Non raccomandata
Contatto pelle a pelle	48. I/Le neonati/e senza complicazioni dovrebbero essere tenuti pelle a pelle sulla propria madre durante la prima ora dopo la nascita per prevenire l'ipotermia e promuovere l'allattamento. ²³	Raccomandata
Allattamento	49. Tutti i neonati, compresi quelli di basso peso alla nascita (LBW) che sono in grado di attaccarsi al seno, dovrebbero essere messi in condizione di avviare l'allattamento prima possibile dopo la nascita, quando sono clinicamente stabili e quando madre e bambino sono pronti. ²⁴	Raccomandata
Profilassi malattia emorragica con vitamina K	50. A tutti i neonati e tutte le neonate deve essere somministrato 1 mg di vitamina K per via intramuscolare dopo la nascita (ovvero dopo la prima ora in cui il bambino ha effettuato il contatto pelle a pelle e avviato l'allattamento). ²⁵	Raccomandata
Bagnetto e assistenza nell'immediato post-parto	51. Il bagnetto del neonato dovrebbe essere ritardato fino a 24 ore dopo la nascita. Se ciò non fosse possibile per motivi culturali, il bagnetto dovrebbe essere rimandato di almeno 6 ore. Si raccomanda un abbigliamento del bambino adeguato alla temperatura dell'ambiente. Ciò significa uno o due strati di vestiti in più rispetto agli adulti e l'uso di cappellini. La madre ed il bambino non devono essere separati e devono rimanere nella stessa stanza 24 ore al giorno. ²⁶	Raccomandata
Assistenza alla Donna dopo la Nascita		

¹⁸ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage" (185)

¹⁹ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO Guideline: delayed cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes" (186)

²⁰ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage" (185)

²¹ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage" (185)

²² Integrata dalle linee guida OMS "WHO Guidelines on basic newborn resuscitation" (187)

²³ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocket book recommendations" (188)

²⁴ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations on newborn health" (189)

²⁵ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocket book recommendations" (188)

²⁶ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn" (190)

Pratica assistenziale	Raccomandazioni	Categoria di raccomandazione
Valutazione dello stato di contrazione uterina	52. La valutazione dello stato di contrazione uterina dopo il parto per l'identificazione precoce dell'atonía uterina è raccomandata per tutte le donne. ²⁷	Raccomandata
Profilassi antibiotica di routine dopo parto vaginale	53. La profilassi antibiotica di routine non è raccomandata per le donne che hanno avuto un parto vaginale senza episiotomia. ²⁸	Non raccomandata
Profilassi antibiotica di routine dopo episiotomia	54. La profilassi antibiotica di routine non è raccomandata per le donne sottoposte ad episiotomia. ²⁹	Non raccomandata
Valutazione materna post-parto di routine	55. Tutte le donne dopo il parto dovrebbero essere sottoposte, durante tutte le prime 24 ore a partire dalla prima ora di pelle a pelle, a: – Valutazione del sanguinamento vaginale – Valutazione della contrattura dell'utero – Altezza del fondo uterino – Valutazione della temperatura – Valutazione della frequenza cardiaca (polso) – La pressione arteriosa deve essere rilevata poco dopo la nascita. Se normale, la seconda rilevazione dovrebbe avvenire entro 6 ore. La minzione dovrebbe avvenire ed essere documentata entro 6 ore dal parto.³⁰	Raccomandata
Dimissione dopo parto vaginale senza complicanze	56. Dopo un parto vaginale semplice (senza episiotomia) in una struttura sanitaria, le madri e i/le bambini/e dovrebbero restare ricoverati per ricevere assistenza per almeno 24 ore successive. ^{31,32}	Raccomandata

²⁷ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage" (185)

²⁸ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections" (183)

²⁹ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections" (183)

³⁰ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn" (190)

³¹ Integrata dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn" (190)

³² Per il neonato, questo comprende una valutazione immediata alla nascita, una valutazione clinica completa a circa un'ora dalla nascita e prima della dimissione.

Riferimenti bibliografici



- World Health Organization, UNICEF (2018). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943> [Consultato: 15 Apr 2018].
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 387(10017), 475-490. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
- World Health Organization (2017). Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. World Health Organization). Disponibile a: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259386/1/9789241550086-eng.pdf?ua=1> [Consultato: 30 Nov. 2020].
- World Health Organization (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: <https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-newborn-care-in-health-facilities.pdf> [Consultato: 7 Mar 2019].
- World Health Organization (2011). Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low-and middle-income countries. World Health Organization). Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85670> [Consultato: 11 Nov 2021].
- World Health Organization (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO). (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/> [Consultato: 2 Oct 2021].
- Consiglio dei Ministri (1993). Il sessismo nella lingua italiana. (Roma: Consiglio dei Ministri). Disponibile a: <https://www.enea.it/it/comitato-unico-di-garanzia/attivita/generi-e-linguaggi/documenti/ilsessisonellalinguaitaliana.pdf> [Consultato: 12 Feb 2021].
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (2018). Linee Guida per l'uso del genere nel linguaggio amministrativo del MIUR. Disponibile a: https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/Linee_Guida_+per_l_uso_del_genere_nel_linguaggio_amministrativo_del_MIUR_2018.pdf/3c8dfbef-4dfd-475a-8a29-5adc0d7376d8?version=1.0 [Consultato: 12 Dec 2020].
- Wiessinger, D. (2021). Watch Your Step. *J Hum Lact* 8903344211011950. doi: 10.1177/08903344211011950.
- Giusti, A. (2015). Allattamento: Salute, prevenzione e biosostenibilità. *Epidemiol Prev* 39(5), 386-391. Disponibile a: http://www.epiprev.it/materiali/2015/EP5-6/EP5-6_386_art16.pdf [Consultato 12 Feb 2022]
- Organizzazione Mondiale della Sanità, UNICEF (2003). La Strategia Globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini. (Geneva: Organizzazione Mondiale della Sanità). Disponibile a: <https://www.unicef.it/pubblicazioni/strategia-globale-per-lalimentazione-dei-neonati-e-dei-bambini> [Consultato: 28 Nov 2021].
- United Nations Children's Fund (2021) UNICEF data: monitoring the situation of children and women. Access the data: infant and young child feeding [Online]. Disponibile a: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/> [Consultato: 28 Oct 2021].
- Smith, E. R., Hurt, L., Chowdhury, R., Sinha, B., Fawzi, W., Edmond, K. M., Group, N. S. (2017). Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 12(7), e0180722. doi: 10.1371/journal.pone.0180722.
- NEOVITA Study Group (2016). Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health* 4(4), e266-75. doi: 10.1016/S2214-109X(16)00040-1.
- Li, R., Ware, J., Chen, A., Nelson, J. M., Kmet, J. M., Parks, S. E., Morrow, A. L., Chen, J., Perrine, C. G. (2021). Breastfeeding and Post-perinatal Infant Deaths in the United States, A National Prospective Cohort Analysis. *The Lancet Regional Health - Americas* 100094. doi: 10.1016/j.lana.2021.100094.
- World Health Organization (2001). The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation Geneva, Switzerland, 28–30 March 2001. (WHO/NHD01.09, WHO/FCH/CAH/01.24). (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67219> [Consultato: 7 Mar 2021].
- Oddy, W. H. (2012). Infant feeding and obesity risk in the child. *Breastfeed Rev* 20(2), 7-12. doi: 10.3316/ielapa.658609244297347.
- Oddy, W. H., Mori, T. A., Huang, R.-C., Marsh, J. A., Pennell, C. E., Chivers, P. T., Hands, B. P., Jacoby, P., Rzehak, P., Koltzko, B. V., et al. (2014). Early infant feeding and adiposity risk: from infancy to adulthood. *Ann Nutr Metab* 64(3-4), 262-270. doi: 10.1159/000365031.
- Bergmann, K. E., Bergmann, R. L., von Kries, R., Bohm, O., Richter, R., Dudenhausen, J. W., Wahn, U. (2003). Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study: role of breast-feeding. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 27(2), 162-172. doi: 10.1038/sj.ijo.802200.
- Bartick, M. C., Schwarz, E. B., Green, B. D., Jegier, B. J., Reinhold, A. G., Colaizy, T. T., Bogen, D. L., Schaefer, A. J., Stuebe, A. M. (2016). Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr* 13(1), doi: 10.1111/mcn.12366.
- Taylor, A., Chowdhury, S., Gao, Z., Van Nguyen, H., Miodini, W., Gill, N., Halfyard, B., Newhook, L. A. A., Twells, L. (2020). Infant feeding mode predicts the costs of health-care services in one region of Canada: a data linkage pilot study. *BMC Res Notes* 13(1), 385. doi: 10.1186/s13104-020-05228-6.
- Lechosa-Muñoz, C., Paz-Zulueta, M., Herrero, M. S. A., Rio, E. C. D., Sota, S. M., Llorca, J., Cabero-Perez, M. J. (2020). Health Care Costs Associated to Type of Feeding in the First Year of Life. *Int J Environ Res Public Health* 17(13), doi: 10.3390/ijerph17134719.
- Wise, J. (2014). NHS could save over £40m a year if women breast fed for longer. *BMJ* 349g7464. doi: 10.1136/bmj.g7464.
- Bartick, M. (2011). Breastfeeding and the U.S. Economy. *Breastfeed Med* 6313-318. doi: 10.1089/bfm.2011.0057.
- Cattaneo, A., Ronfani, L., Burmaz, T., Quintero-Romero, S., Macaluso, A., Di Mario, S. (2006). Infant feeding and cost

- of health care: a cohort study. *Acta Paediatr* 95(5), 540-546. doi: 10.1080/08035250500447936.
26. Di Mario, S., Gagliotti, C., Donatini, A., Battaglia, S., Buttazz, R., Balduzzi, S., Borsari, S., Basevi, V., Barbieri, L., and the Regional breastfeeding monitoring group (2019). Formula feeding increases the risk of antibiotic prescriptions in children up to 2 years: results from a cohort study. *Eur J Pediatr* doi: 10.1007/s00431-019-03462-0.
27. Pramono, A. Y., Desborough, J. L., Smith, J. P., Bourke, S. (2021). The Social Value of Implementing the Ten Steps to Successful Breastfeeding in an Indonesian Hospital: A Case Study. *Yale J Biol Med* 94(3), 429-458. doi:
28. Pramono, A., Smith, J., Desborough, J., Bourke, S. (2021). Social value of maintaining baby-friendly hospital initiative accreditation in Australia: case study. *Int J Equity Health* 20(1), 22. doi: 10.1186/s12939-020-01365-3.
29. Organizzazione Mondiale della Sanità (1981). Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno. (Geneva: Organizzazione Mondiale della Sanità). Disponibile a: <https://www.unicef.it/pubblicazioni/codice-internazionale-sulla-commercializzazione-dei-sostituti-del-latte-materno/> [Consultato: 25 Jan 2021].
30. Nazioni Unite (1989). Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. (New York: UNICEF). Disponibile a: <https://www.unicef.it/convenzione-diritti-infanzia> [Consultato: 25 Jan 2022].
31. UNICEF, Organizzazione Mondiale della Sanità (1990). Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno. In: WHO/UNICEF policymakers' meeting on "Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative" Spedale degli Innocenti, Florence, Italy, 30 July-1 August, 1990 (Geneva: UNICEF/OMS). Disponibile a: <https://www.unicef.it/pubblicazioni/unicef-irc-protezione-promozione-e-sostegno-dell-allattamento-al-seno/> [Consultato: 30 Nov 2021].
32. UNICEF, Organizzazione Mondiale della Sanità (2005). La Dichiarazione degli Innocenti 2005 sull'alimentazione dei neonati e dei bambini. (Geneva: OMS/UNICEF). Disponibile a: http://www.UNICEF-irc.org/publications/pdf/declaration_it_v.pdf [Consultato: 30 Nov 2021].
33. Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (2007). Deliberazione 20 dicembre 2007. Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano su «Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno». *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie Generale n. 32*, 7 febbraio 2008 - Suppl. Ordinario n. 32. Disponibile a: http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2008/02/07/08A02477/sg;jsessionid=UlevBg60NUZsmy1GGdc8A__ntc-as2-guri2a [Consultato: 03 Apr 2021].
34. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe (2008). Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno in Europa: un Programma d'Azione (Blueprint versione riveduta 2008). European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment). Disponibile a: <http://mami.org/blueprint-2008-protezione-promozione-e-sostegno-dellallattamento-al-seno-in-europa-un-programma-dazione/> [Consultato: 14 Apr 2021].
35. Speri, L., Brunelli, M. (eds.) (2009) *GenitoriPiù: 7 azioni per la vita del tuo bambino: Materiale informativo per gli operatori*, 2021 Edition (Roma: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali) Disponibile a: <https://www.genitoripiu.it/mys/apridoc/iddoc/108> [Consultato: 11 Feb 2022].
36. World Health Organization (2014). Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/113048/1/WHO_NMH_NHD_14.1_eng.pdf [Consultato: 14 Feb 2021].
37. World Health Organization, Every Woman Every Child (2015). Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health (2016-2030): Survive, Thrive, Transform. (New York: Every Woman Every Child). Disponibile a: http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC_globalstrategyreport_200915_FINAL_WEB.pdf [Consultato: 14 Oct. 2018].
38. United Nations General Assembly (2016). Resolution adopted by the General Assembly on 1 April 2016 n.70/259. United Nations Decade of Action on Nutrition (2016-2025). (Seventieth session, Agenda item 15: A/RES/70/259). Disponibile a: https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/259 [Consultato: 26 Nov 2020].
39. Organizzazione Mondiale della Sanità (2016). Guida sul porre fine alla promozione inappropriata di alimenti per lattanti e bambini piccoli. 69° Assemblea Mondiale della Sanità, A69/7 Add.1, Provisional agenda item 12.1, Nutrizione materna, dei neonati e dei bambini, 13 maggio 2016. (Geneva: Organizzazione Mondiale della Sanità). Disponibile a: http://www.ibfanitalia.org/wp-content/uploads/2017/08/who-guidance-A69-7-2016_it.pdf [Consultato: 20 Nov 2021].
40. World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group (2018). Nurturing care per lo sviluppo infantile precoce: un quadro di riferimento per salvaguardare la salute di bambini e bambine, per promuovere la loro crescita e sviluppo e trasformare il futuro accrescendo il loro potenziale umano. Disponibile a: <http://www.natiperleggere.it/wp/wp-content/uploads/2018/10/Nurturing-care-ita-x-sito.pdf> [Consultato: 21 Feb 2021].
41. Ministero della Salute (2019). Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita: Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future. (Roma: Ministero della Salute). Disponibile a: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3120 [Consultato: 30 Nov 2021].
42. Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet* 387(10017), 491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2.
43. Victora, C. G., Horta, B. L., Loret de Mola, C., Quevedo, L., Pinheiro, R. T., Gigante, D. P., Gonçalves, H., Barros, F. C. (2015). Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health* 3(4), e199-205. doi: 10.1016/S2214-109X(15)70002-1.
44. Colchero, M. A., Contreras-Loya, D., Lopez-Gatell, H., Gon-

- zález de Cosío, T. (2015). The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. *Am J Clin Nutr* 101(3), 579-586. doi: 10.3945/ajcn.114.092775.
45. Cohen, R., Mrtek, M. B., Mrtek, R. G. (1995). Comparison of Maternal Absenteeism and Infant Illness Rates among Breast-Feeding and Formula-Feeding Women in Two Corporations. *American Journal of Health Promotion* 10(2), 148-153. doi: 10.4278/0890-1171-10.2.148.
46. G20 Health Ministers (2021). Declaration of the G20 Health Ministers, Rome, 5-6 September 2021. Disponibile a: https://www.g20.org/wp-content/uploads/2021/09/G20_Italia_2021_Health_Declaration_final_05092021_OFFICIAL.pdf [Consultato: 10 Sept 2021].
47. IBFAN-GIFA (2020). Green Feeding: agire per il clima fin dalla nascita, con l'allattamento. Disponibile a: <http://www.ibfanitalia.org/green-feeding-agire-per-il-clima-fin-dalla-nascita-con-lallattamento/> [Consultato: 4 Sept 2021].
48. Dadhich, J. P., Smith, J., Iellamo, A., Suleiman, A. (2016). Report on Carbon Footprints Due to Milk Formula: A study from selected countries of the Asia-Pacific region. (Delhi: BPNI / IBFAN). Disponibile a: https://www.researchgate.net/profile/Julie_Smith10/publication/301289819_Carbon_Footprints_Due_to_Milk_Formula_A_study_from_selected_countries_of_the_Asia_Pacific_region/links/57177bf908ae09ceb264a868/Carbon-Footprints-Due-to-Milk-Formula-A-study-from-selected-countries-of-the-Asia-Pacific-region.pdf [Consultato: 17 Sep 2021].
49. (2016). Joint statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in law and in practice, and the Committee on the Rights of the Child in support of increased efforts to promote, support and protect breast-feeding. Disponibile a: <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20871&LangID=E> [Consultato: 1 Dec 2021].
50. United Nations (2020) Sustainable development goals: 17 goals to transform our world [Online]. Disponibile a: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals> [Consultato: 15 May 2021].
51. Ministero della Salute (2019). Strategie nazionali sull'allattamento. Disponibile a: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1926&area=saluteBambino&menu=alimentazione [Consultato: 23 Oct 2021].
52. United Nations Children's Fund (2021) UNICEF data: monitoring the situation of children and women. Joint UNICEF/WHO database 2016 of skilled health personnel, based on population based national household survey data and routine health systems [Online]. Disponibile a: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#> [Consultato: 17 Sep 2021].
53. Organizzazione Mondiale della Sanità, UNICEF (1989). Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF: L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità. (Geneva: Organizzazione Mondiale della Sanità). Disponibile a: <https://www.unicef.it/pubblicazioni/allattamento-l-importanza-del-ruolo-dei-servizi-per-la-maternita/> [Consultato: 24 Nov 2021].
54. UNICEF (2021). The Baby-Friendly Hospital Initiative - homepage. Disponibile a: <https://www.unicef.org/documents/baby-friendly-hospital-initiative> [Consultato: 25 Oct 2021].
55. World Health Organization (2017). The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: Frequently Asked Questions - 2017 Update. (Licence: CC BY-NC- SA 3.0 IGO). (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254911/1/WHO-NMH-NHD-17.1-eng.pdf> [Consultato: 12 Feb 2022].
56. World Health Organization (1998). Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. (WHO/CHD/98.9). (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64877> [Consultato: 17 Sep 2021].
57. World Health Organization (1994). Resolution WHA47.5. Infant and young child nutrition, In: Forty-seventh World Health Assembly, Geneva, 2-12 May 1994 Resolutions and decisions, annexes (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: https://www.who.int/nutrition/topics/WHA47.5_itycn_en.pdf?ua=1 [Consultato: 11 Feb 2020].
58. World Health Organization (1996). Resolution WHA49.15. Infant and young child nutrition, In: Forty-ninth World Health Assembly, Geneva, 20-25 May 1996 Resolutions and decisions, annexes (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179437/WHA49_R15_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Consultato: 11 Feb 2020].
59. EU Project on the Promotion of Breastfeeding in Europe (2004). Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. Disponibile a: <https://ibf-ce.org/wp-content/uploads/2017/05/eu-blueprint-english.pdf> [Consultato: 24 Apr 2021].
60. World Health Organization, UNICEF (2009) Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care [Online]. Geneva: World Health Organization. Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43593> [Consultato: 29 Nov 2021].
61. World Health Organization (2012). Resolution WHA 65.6. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition., In: Sixty-fifth World Health Assembly, Geneva, 21-26 May 2012 Resolutions and decisions, annexes (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: https://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_resolution_en.pdf [Consultato: 14 Apr 2021].
62. World Health Organization, UNICEF (n.d.) Global Nutrition Targets 2025: To improve maternal, infant and young child nutrition [Online]. Geneva: World Health Organization. Disponibile a: <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/global-targets-2025> [Consultato: 17 Sep 2019].
63. Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization (2014). Second International Conference on Nutrition, Rome, 19-21 November 2014. Conference outcome document: framework for action. (Geneva: Food and Agriculture Organization of the United Nations). Disponibile a: <http://www.fao.org/3/a-mm215e.pdf> [Consultato: 17 Sep 2021].
64. Food and Agriculture Organization of the United Nations (2016). United Nations Decade of Action on Nutrition 2016-2025. Frequently asked questions. (Rome: FAO). Disponibile a: <https://www.who.int/nutrition/decade-of-action/faqs.pdf> [Consultato: 17 Sep 2021].
65. World Health Organization (2015). Decision WHA68(14). Maternal, infant and young child nutrition: development of

- the core set of indicators. (WHA68/2015/REC/1). (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_R1_REC1-en.pdf [Consultato: 11 Feb 2021].
66. World Health Organization (2014). Indicators for the Global Monitoring Framework on Maternal, Infant and Young Child Nutrition. (Geneva: World Health Organization). [Consultato: 12 Feb 2022].
67. Labbok, M. H. (2012). Global baby-friendly hospital initiative monitoring data: update and discussion. *Breastfeed Med* 7(4), 210-222. doi: 10.1089/bfm.2012.0066.
68. World Health Organization (2017). National implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative. (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255198/WHO-NMH-NHD-17.4-eng.pdf?sequence=1> [Consultato: 17 Sep 2021].
69. Zakarija-Grković I., Cattaneo, A., Bettinelli, M. E., Pilato, C., Vassallo, C., Borg Buontempo, M., Gray, H., Meynell, C., Wise, P., Harutyunyan, S., et al. (2020). Are our babies off to a healthy start? The state of implementation of the Global strategy for infant and young child feeding in Europe. *International Breastfeeding Journal* 15(1), doi: 10.1186/s13006-020-00282-z.
70. Kramer, M. S., Chalmers, B., Hodnett, E. D., Sevkovskaya, Z., Dzokovich, I., Shapiro, S., Collet, J. P., Vanilovich, I., Mezen, I., Ducruet, T., et al. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 285(4), 413-420. doi: 10.1001/jama.285.4.413.
71. DiGirolamo, A. M., Grummer-Strawn, L. M., Fein, S. B. (2008). Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 122(Supplement 2), S43-S49. doi: 10.1542/peds.2008-1315e.
72. Pérez-Escamilla, R., Martinez, J. L., Segura-Pérez, S. (2016). Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr* 12(3), 402-417. doi: 10.1111/mcn.12294.
73. Marinelli, A., Del Prete, V., Finale, E., Guala, A., Pelullo, C. P., Attena, F. (2019). Breastfeeding with and without the WHO/UNICEF baby-friendly hospital initiative. *Medicine* 98(44), e17737. doi: 10.1097/md.00000000000017737.
74. Saadeh, R. J. (2012). The Baby-Friendly Hospital Initiative 20 years on: facts, progress, and the way forward. *J Hum Lact* 28(3), 272-275. doi: 10.1177/0890334412446690.
75. Munn, A. C., Newman, S. D., Mueller, M., Phillips, S. M., Taylor, S. N. (2016). The Impact in the United States of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Early Infant Health and Breastfeeding Outcomes. *Breastfeed Med* 11(5), 222-230. doi: 10.1089/bfm.2015.0135.
76. UNICEF, World Health Organization (2017). Country experiences with the Baby-friendly Hospital Initiative: Compendium of case studies from around the world. UNICEF). Disponibile a: <https://www.healthynewbornnetwork.org/resource/country-experiences-baby-friendly-hospital-initiative/> [Consultato: 17 Sep 2021].
77. Baker, R., Evans, E., Fielden, A., Arnott, B. (2021). Healthcare professionals' perspectives on infant feeding support in paediatric inpatients: single-centre qualitative study. *BMJ Paediatr Open* 5(1), e001247. doi: 10.1136/bmjpo-2021-001247.
78. Philipp, B. L. (2021). Twenty Years Baby-Friendly: Personal Reflections on Change. *Breastfeed Med* doi: 10.1089/bfm.2020.0374.
79. Jolles, D. R., Hoehn-Velasco, L. (2021). Breastfeeding as a Quality Measure: Demonstrating Levers of the National Quality Strategy. *J Perinat Neonatal Nurs* 35(3), 221-227. doi: 10.1097/JPN.0000000000000577.
80. Muñoz-Amat, B., Pallás-Alonso, C. R., Hernández-Aguilar, M. T. (2021). Good practices in perinatal care and breastfeeding protection during the first wave of the COVID-19 pandemic: a national situation analysis among BFHI maternity hospitals in Spain. *Int Breastfeed J* 16(1), 66. doi: 10.1186/s13006-021-00407-y.
81. Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (2010). Dichiarazione di Budapest e Vienna sullo Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore - Budapest e Vienna, 11 e 12 marzo 2010. Disponibile a: <http://www.miur.it/UserFiles/3316.pdf> [Consultato: 16 Oct 2021].
82. Ministero della Salute (2020). La Formazione del Personale Sanitario sull'Allattamento: Raccomandazioni del Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento (TAS), delle Società scientifiche, degli Ordini e delle Associazioni professionali. Disponibile a: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2976_allegato.pdf [Consultato: 25 Nov 2020].
83. UNICEF UK (2019). Guide to the Unicef UK Baby Friendly Initiative university standards. Disponibile a: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2019/07/Guide-to-the-Unicef-UK-Baby-Friendly-Initiative-University-Standards.pdf> [Consultato: 30 Apr 2021].
84. World Health Organization (1981). The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: https://web.archive.org/web/20060324165724/http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf [Consultato: 17 Sep 2019].
85. World Health Organization (n.d.) Code and subsequent resolutions [Online]. Geneva: World Health Organization. Disponibile a: <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/netcode/code-and-subsequent-resolutions> [Consultato: 17 Sep 2021].
86. Burnham, L., Gambari, A., Beliveau, P., Ustianov, J., Parker, M., Merewood, A. (2021). Perspectives of Nurses in Mississippi on Implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* doi: 10.1016/j.jogn.2021.02.010.
87. World Health Organization (2016). Framework on integrated people-centred health services. Provisional agenda item 16.1 - A69/39, In: Sixty-ninth World Health Assembly, Resolutions and decisions, annexes (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1 [Consultato: 17 Sep. 2021].
88. Smith, L. J., Kroeger, M. (2010). Impact of birthing practices on breastfeeding. 2nd ed. (Sudbury, MA: Jones and Bartlett).
89. World Health Organization (2015). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1&ua=1 [Consultato: 17 Sep 2021].

90. World Health Organization, United Nations Children's Fund (2016). Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246260/9789241549707-eng.pdf> [Consultato: 17 Sep 2021].
91. Istituto Superiore di Sanità, ASL Roma 5, Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione Onlus (2022) Promozione della salute, dell'allattamento e della genitorialità responsiva nei primi 1000 giorni con un approccio transculturale. FAD Corso base [Online]. Roma: Istituto Superiore di Sanità. Disponibile a: <https://www.eduiss.it> [Consultato: 27 Jan 2022].
92. World Health Organization, UNICEF, Wellstart International (1999). The Baby-Friendly Hospital Initiative: Monitoring and reassessment: Tools to sustain progress (WHO/NHHD/99.2). (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65380> [Consultato: 7 Mar 2021].
93. Lisi, C., de Freitas, C., Barros, H. (2021). The Impact of Formula Industry Marketing on Breastfeeding Rates in Native and Migrant Mothers. *Breastfeed Med* doi: 10.1089/bfm.2021.0041.
94. World Health Organization (1986). Resolution WHA39.28. Infant and young child feeding. In: Thirty-ninth World Health Assembly, Geneva, 5–16 May 1986 Resolutions and decisions, annexes (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: https://www.who.int/nutrition/topics/WHA39.28_jychn_en.pdf [Consultato: 11 Feb 2020].
95. Italia (2013). Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 - Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. (13G00104). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie Generale* n.129 del 04-06-2013. Disponibile a: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/06/04/13G00104/sg> [Consultato: 18 Feb 2021].
96. UNICEF Italia (2015). Guida per operatori sanitari: come agire nel rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno. (Roma: UNICEF Italia). Disponibile a: <https://www.unicef.it/publicazioni/guida-per-operatori-sanitari-codice-internaz-mcomercializzazione-sostituti-latte/> [Consultato: 24 Feb 2021].
97. Italia (2009). Decreto 09 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. (09G0093). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie Generale* n.155 del 07 luglio 2009. Disponibile a: <http://www.gazzettaufficiale.it/gunewsletter/dettaglio.jsp?service=1&data=2009-07-07&task=dettaglio&numgu=155&redaz=009G0093&tmstp=1247123707897> [Consultato: 03 Apr 2017].
98. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF) (2021). Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods. (Licence: CC BY- NC-SA 3.0 IGO). World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Disponibile a: <https://www.who.int/publications/item/9789240018389> [Consultato: 22 Apr 2021].
99. ISTAT (2014). Gravidanza, parto e allattamento al seno - anno 2013. (Roma: ISTAT). Disponibile a: <http://www.istat.it/it/archivio/141431> [Consultato: 14 Apr 2021].
100. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria (2020). Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. Disponibile a: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf [Consultato: 15 Oct 2021].
101. Bonciani, M., Lupi, B. (eds.) (2017) Monitoraggio dell'allattamento materno in Toscana: Prima parte - Report 2016-2017, Edition (Pisa: Laboratorio Management e Sanità) Disponibile a: <https://www.santannapisa.it/it/filebrowser/download/2552> [Consultato: 30 Nov 2021].
102. Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione Onlus (2022). Kit per la Verifica delle Competenze di Operatrici e Operatori nell'implementazione del Programma Insieme per l'Allattamento. (Roma: Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione Onlus). Disponibile a: <https://www.unicef.it/verificacompetenze> [Consultato: 30 Nov 2021].
103. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF) (2020). Baby-friendly Hospital Initiative training course for maternity staff: Trainer's Guide. (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333676/9789240008892-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Consultato: 5 Aug 2020].
104. Pessa Valente, E., Cattaneo, A., Sola, M. V., Travan, L., Quintero Romero, S., Milinco, M., Decorti, C., Giornelli, R., Braida, C., Dalmin, P., et al. (2021). Problem-based learning for in-service training on breastfeeding in Friuli Venezia Giulia, Italy. *International Breastfeeding Journal* 16(1), doi: 10.1186/s13006-021-00439-4.
105. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health (2017). What are the risk factors for preterm labor and birth. Disponibile a: https://www.nichd.nih.gov/health/topics/preterm/conditioninfo/who_risk [Consultato: 17 Sep 2021].
106. World Health Organization, UNICEF (2018). HIV and infant feeding in emergencies: operational guidance. Disponibile a: <https://gdc.unicef.org/resource/hiv-and-infant-feeding-emergencies-operational-guidance> [Consultato: 15 Feb 2020].
107. Cooijmans, K. H. M., Beijers, R., Brett, B. E., de Weerth, C. (2021). Daily skin-to-skin contact in full-term infants and breastfeeding: Secondary outcomes from a randomized controlled trial. *Matern Child Nutr* e13241. doi: 10.1111/mcn.13241.
108. Milinco, M., Travan, L., Cattaneo, A., Knowles, A., Sola, M. V., Causin, E., Cortivo, C., Degrassi, M., Di Tommaso, F., Verardi, G., et al. (2020). Efficacia del Biological Nurturing sulle difficoltà precoci in allattamento: uno studio controllato randomizzato. *Int Breastfeed J* 15(1), 21. doi: 10.1186/s13006-020-00261-4.
109. Milinco, M., Travan, L., Cattaneo, A., Knowles, A., Sola, M. V., Causin, E., Cortivo, C., Degrassi, M., Di Tommaso, F., Verardi, G., et al. (2020). Effectiveness of biological nurturing on early breastfeeding problems: a randomized controlled trial. *Int Breastfeed J* 15(1), 21. doi: 10.1186/s13006-020-00261-4.
110. Wang, Z., Liu, Q., Min, L., Mao, X. (2021). The effective-

- ness of the laid-back position on lactation-related nipple problems and comfort: a meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 21(1), 248. doi: 10.1186/s12884-021-03714-8.
111. SaPeRiDoc (2019) Allattare Rilassate o Biological Nurturing® [Online]. Bologna: Direzione generale cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna. Disponibile a: <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1249> [Consultato: 30 Nov 2021].
112. Widström, A.-M., Lilja, G., Aaltomaa-Michalias, P., Dahl-löf, A., Lintula, M., Nissen, E. (2011). Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr* 100(1), 79-85. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x.
113. Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., Nissen, E. (2019). A plausible pathway of imprinted behaviors: Skin-to-skin actions of the newborn immediately after birth follow the order of fetal development and intrauterine training of movements. *Med Hypotheses* 134109432. doi: 10.1016/j.mehy.2019.109432.
114. Dani, C., Cecchi, A., Commare, A., Rapisardi, G., Breschi, R., Pratesi, S. (2015). Behavior of the Newborn during Skin-to-Skin. *J Hum Lact* doi: 10.1177/0890334414566238.
115. European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI) (2021). Zero separation. Together for better care! Infant and family-centred developmental care in times of COVID-19 – A global survey of parents' experiences: Project Report. (Munich: European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI)). Disponibile a: https://www.glance-network.org/wp-content/uploads/Content/Downloads/ZeroSeparation/COVID-Report/ZeroSeparation_FullReport.pdf [Consultato: 28 Nov 2021].
116. Società Italiana di Neonatologia (2020) Zero Separation: No a separazione tra mamma e neonato, anche in epoca Covid-19 [Online]. Disponibile a: <https://www.sin-neonatologia.it/zero-separation-no-a-separazione-tra-mamma-e-neonato-anche-in-epoca-covid-19/> [Consultato: 8 Dec 2021].
117. Stevens, J., Schmied, V., Burns, E., Dahlen, H. (2014). Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Matern Child Nutr* 10(4), 456-473. doi: 10.1111/mcn.12128.
118. Kuyper, E., Vitta, B., Dewey, K. (2014). Implications of cesarean delivery for breastfeeding outcomes and strategies to support breastfeeding. (A&T Technical Brief Issue 8, February 2014). (Washington, D.C.: Alive & Thrive). Disponibile a: <https://www.aliveandthrive.org/resources/implications-of-cesarean-delivery-for-breastfeeding-outcomes-and-strategies-to-support-breastfeeding/> [Consultato: 17 Sep 2021].
119. Hernández-Aguilar, M. T., Bartick, M., Schreck, P., Harrel, C., Academy of Breastfeeding Medicine (2018). ABM Clinical Protocol #7: Model Maternity Policy Supportive of Breastfeeding. *Breastfeed Med* 13(9), 559-574. doi: 10.1089/bfm.2018.29110.mha.
120. World Health Organization, United Nations Children's Fund (2020). Frequently Asked Questions: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital initiative: 2018 implementation guidance. Disponibile a: <https://www.who.int/publications-detail/9789240001459> [Consultato: 11 Mar 2020].
121. World Health Organization (2003). Kangaroo Mother Care: a practical guide. (WS 410 2003KA). (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/ [Consultato: 21 Sep 2021].
122. Conde-Agudelo, A., Díaz-Rossello, J. L. (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 8(8), CD002771. doi: 10.1002/14651858.CD002771.pub4.
123. Davanzo, R., Brovedani, P., Travan, L., Kennedy, J., Crocetta, A., Sanesi, C., Strajn, T., De Cunto, A. (2013). Intermittent kangaroo mother care: a NICU protocol. *J Hum Lact* 29(3), 332-338. doi: 10.1177/0890334413489375.
124. WHO Immediate KMC Study Group, Arya, S., Naburi, H., Kawaza, K., Newton, S., Anyabolu, C. H., Bergman, N., Rao, S. P. N., Mittal, P., Assenga, E., et al. (2021). Immediate "Kangaroo Mother Care" and Survival of Infants with Low Birth Weight. *N Engl J Med* 384(21), 2028-2038. doi: 10.1056/NEJMoa2026486.
125. World Health Organization (2021) Kangaroo mother care started immediately after birth critical for saving lives, new research shows [Online]. Disponibile a: <https://www.who.int/news/item/26-05-2021-kangaroo-mother-care-started-immediately-after-birth-critical-for-saving-lives-new-research-shows> [Consultato: 17 Nov 2021].
126. Ministero della Salute (2016). Promozione dell'uso di latte materno nelle Unità di Terapia Neonatale ed accesso dei genitori ai reparti. Raccomandazione congiunta di Tavolo Tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno (TAS), Società Italiana di Neonatologia (SIN) e Vivere Onlus - 12 maggio 2016. Disponibile a: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2497_allegato.pdf [Consultato: 20 Feb 2021].
127. Giusti, A., Zambri, F., Marchetti, F., Corsi, E., Preziosi, J., Sampaolo, L., Pizzi, E., Taruscio, D., Salerno, P., Chianterra, A., et al. (2021). Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19. Aggiornamento del Rapporto ISS COVID-19 n. 45/2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2021). (Roma: Istituto Superiore di Sanità). Disponibile a: https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+2_2021.pdf/73969e59-08d9-3257-5cbe-649528d61788?t=1613387397571 [Consultato: 25 Feb 2021].
128. Nyqvist, K. H., Sjöden, P. O., Ewald, U. (1999). The development of preterm infants' breastfeeding behavior. *Early Hum Dev* 55(3), 247-264. doi: 10.1016/s0378-3782(99)00025-0.
129. Nyqvist, K. H., Maastrup, R., Hansen, M. N., Haggkvist, A. P., Hannula, L., Ezeonodo, A., Kylberg, E., Frandsen, A. L., Haiek, L. N. (2015). Neo-BFHI: the Baby-friendly Hospital Initiative for neonatal wards. Core document with recommended standards and criteria. Disponibile a: <http://portal.ilca.org/files/resources/Neo-BFHI%20Core%20document%202015%20Edition.pdf> [Consultato: 17 Sep 2021].
130. McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., Veitch, E., Rennie, A. M., Crowther, S. A., Neiman, S., et al. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2CD001141. doi: 10.1002/14651858.

- CD001141.pub5.
131. Meier, P. P., Furman, L. M., Degenhardt, M. (2007). Increased Lactation Risk for Late Preterm Infants and Mothers: Evidence and Management Strategies to Protect Breastfeeding. *Journal of Midwifery & Women's Health* 52(6), 579-587. doi: 10.1016/j.jmwh.2007.08.003.
132. Becker, G. E., Smith, H. A., Cooney, F. (2015). Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev* 2CD006170. doi: 10.1002/14651858.CD006170.pub4.
133. Guaraldi, F., Salvatori, G. (2012). Effect of breast and formula feeding on gut microbiota shaping in newborns. *Front Cell Infect Microbiol* 294. doi: 10.3389/fcimb.2012.00094.
134. Carletti, C., Cattaneo, A. (2008). La preparazione casalinga del latte in polvere: si rispettano le regole di sicurezza? *Quaderni ACP* 15(1), 15. doi:
135. World Health Organization, UNICEF (2009). Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. (WHO/FCH/CAH/09.01). (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69938/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf?sequence=1 [Consultato: 11 Feb 2021].
136. Kellams, A., Harrel, C., Omage, S., Gregory, C., Rosen-Carole, C. (2017). ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017. *Breastfeed Med* doi: 10.1089/bfm.2017.29038.ajk.
137. Wight, N. E., Academy of Breastfeeding Medicine (2021). ABM Clinical Protocol #1: Guidelines for Glucose Monitoring and Treatment of Hypoglycemia in Term and Late Preterm Neonates, Revised 2021. *Breastfeed Med* doi: 10.1089/bfm.2021.29178.new.
138. DeMarchis, A., Israel-Ballard, K., Mansen, K. A., Engmann, C. (2017). Establishing an integrated human milk banking approach to strengthen newborn care. *J Perinatol* 37(5), 469-474. doi: 10.1038/jp.2016.198.
139. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF) (2020). Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the baby-friendly hospital initiative for small, sick and preterm newborns. Disponibile a: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005648> [Consultato: 5 Aug 2020].
140. SaPeRiDoc (2016) Alimentazione complementare [Online]. Bologna: Direzione generale cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna. Disponibile a: <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/986> [Consultato: 27 Nov 2021].
141. Regione Veneto (2016). Mangio bene con voi! Informazioni per mamma e papà (a partire dai 6 mesi di vita del proprio bambino). Disponibile a: <https://www.genitoripiu.it/mys/apridoc/iddoc/389> [Consultato: 25 Nov 2021].
142. World Health Organization (2021) Infant and young child feeding - Fact Sheets [Online]. Disponibile a: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> [Consultato: 25 Nov 2021].
143. Frank, N. M., Lynch, K. F., Uusitalo, U., Yang, J., Lönnrot, M., Virtanen, S. M., Hyöty, H., Norris, J. M., TEDDY, S. G. (2019). The relationship between breastfeeding and reported respiratory and gastrointestinal infection rates in young children. *BMC Pediatr* 19(1), 339. doi: 10.1186/s12887-019-1693-2.
144. O'Callaghan, N., Dee, A., Philip, R. K. (2019). Evidence-based design for neonatal units: a systematic review. *Matern Health Neonatol Perinatol* 56. doi: 10.1186/s40748-019-0101-0.
145. Blair, P. S., Ball, H. L., McKenna, J. J., Feldman-Winter, L., Marinelli, K. A., Bartick, M. C., Academy of Breastfeeding Medicine (2020). Bedsharing and Breastfeeding: The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol #6, Revision 2019. *Breastfeed Med* doi: 10.1089/bfm.2019.29144.psb.
146. Ministero della Salute, Gruppo di Lavoro multi-professionale 2020-2021 (2021). La continuità del rapporto madre-bambino e il mantenimento dell'allattamento in caso di ricovero ospedaliero. (Roma: Ministero della Salute). Disponibile a: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3091 [Consultato: 2 Aug 2021].
147. Davanzo, R. (2021). Continuità del rapporto madre-bambino e mantenimento dell'allattamento in caso di ricovero ospedaliero. *Medico e Bambino pagine elettroniche* 24(8), 223-225. doi: 10.53126/mebxxiv223.
148. Rudzik, A. E. F., Robinson-Smith, L., Ball, H. L. (2018). Discrepancies in maternal reports of infant sleep vs. actigraphy by mode of feeding. *Sleep Med* 4990-98. doi: 10.1016/j.sleep.2018.06.010.
149. Ball, H. L., Tomori, C., McKenna, J. J. (2019). Toward an Integrated Anthropology of Infant Sleep. *American Anthropologist* 121(3), 595-612. doi: 10.1111/aman.13284.
150. Marinelli, K. A., Ball, H. L., McKenna, J. J., Blair, P. S. (2019). An Integrated Analysis of Maternal-Infant Sleep, Breastfeeding, and Sudden Infant Death Syndrome Research Supporting a Balanced Discourse. *J Hum Lact* 35(3), 510-520. doi: 10.1177/0890334419851797.
151. Wiessinger, D., West, D., Smith, L. J., Pitman, T. (2016). Sogni d'oro - Strategie per il sonno della famiglia con un bambino allattato. (Roma: La Leche League Italia).
152. Mobbs, E. J., Mobbs, G. A., Mobbs, A. E. D. (2016). Imprinting, latchment and displacement: a mini review of early instinctual behaviour in newborn infants influencing breastfeeding success. *Acta Paediatr* 105(1), 24-30. doi: 10.1111/apa.13034.
153. Bu'Lock, F., Woolridge, M. W., Baum, J. D. (1990). Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. *Dev Med Child Neurol* 32(8), 669-678. doi: 10.1111/j.1469-8749.1990.tb08427.x.
154. Woolridge, M. W. (1996). Problems of establishing lactation. *Food and Nutrition Bulletin* 17(4), 316-323. doi: 10.1177/156482659601700408.
155. Kronborg, H., Foverskov, E., Nilsson, I., Maastrup, R. (2017). Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding? *Matern Child Nutr* 13(1), doi: 10.1111/mcn.12251.
156. Maastrup, R., Walloee, S., Kronborg, H. (2019). Nipple shield use in preterm infants: Prevalence, motives for use and association with exclusive breastfeeding-Results from a national cohort study. *PLoS One* 14(9), e0222811. doi: 10.1371/journal.pone.0222811.
157. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome (2016). SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics* 138(5), doi: 10.1542/peds.2016-2938.
158. GenitoriPiù (2017). Per loro è meglio. Disponibile a: ht-

- tps://www.genitoripiu.it/mys/apridoc/iddoc/30 [Consultato: 29 Feb 2021].
159. I 1000 Giorni del Melograno (2020) FAAM - Farmacia Amica dell'Allattamento Materno [Online]. Disponibile a: <https://www.i1000giornidelmelograno.org/faam-farmacia-amica-dellallattamento-materno/> [Consultato: 23 Nov 2021].
160. Italia (2001). Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151. Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie Generale n. 96, 26 aprile 2001, Supplemento Ordinario n. 93. Disponibile a: http://www.gazzettaufficiale.it/atto/vediMenuHT-ML?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2001-04-26&atto.codiceRedazionale=001G0200&tipoSerie=serie_generale&tipoVigenza=originario [Consultato: 20 Nov 2018].
161. Italia (2018). Legge 30 dicembre 2018, n. 145 Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021. (18G00172). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie Generale n. 302 del 31 dicembre 2018 - Suppl. Ordinario n. 62. Disponibile a: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/12/31/18G00172/sg> [Consultato: 20 Nov 2021].
162. Italia (2021). Legge 23 luglio 2021, n. 106 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, recante misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali. (21G00116). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie Generale n.176 del 24 luglio 2021 - Supplemento Ordinario n. 25. Disponibile a: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/07/24/21G00116/sg> [Consultato: 20 Oct. 2021].
163. Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (2010). Accordo tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Accordo Governo-Regioni su Linee indirizzo promozione e miglioramento percorso nascita e riduzione taglio cesareo. Disponibile a: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2011/01/18/11A00319/sg> [Consultato: 28 Apr 2021].
164. (2017). Improving the quality of hospital care for mothers and newborns: coaching manual. POCQI: point-of-care quality improvement. (New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia). Disponibile a: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255876/1/9789290225485-eng.pdf> [Consultato: 17 Sep 2021].
165. (2017). Improving the quality of hospital care for mothers and newborns: learner manual. POCQI: point-of-care quality improvement. (New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia). Disponibile a: <https://www.newbornwhocc.org/POCQI-Learner-Manual.pdf> [Consultato: 17 Sep 2021].
166. Institute for Healthcare Improvement How to improve [Online]. Disponibile a: <http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx> [Consultato: 28 Oct 2021].
167. Institute for Healthcare Improvement (2017). Quality Improvement Essentials Toolkit. (Boston: Institute for Healthcare Improvement). Disponibile a: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Quality-Improvement-Essentials-Toolkit.aspx> [Consultato: 25 Jun 2021].
168. U. S. Department of Health and Human Services - Health Resources and Services Administration (2011). Quality improvement. (Rockville, MD: US Department of Health and Human Services Health Resources and Service Administration). Disponibile a: <https://www.hrsa.gov/quality/toolbox/508pdfs/qualityimprovement.pdf> [Consultato: 17 Sep 2021].
169. De Rosi, S., Bonciani, M., Covre, F., Corazza, I., Cassano, M., Pelagagge, K., Di Gregorio, E., Cerasuolo, D., Nuti, S. (eds.) (2019) Indagine di Esperienza del servizio di Ricovero Ordinario: Osservatorio PREMs - Patient-Reported Experience Measures - Ricoveri Ordinari dei Pazienti Adulti e Pediatrici, Regione Toscana, Report 2018-2019, 2021 Edition (Pisa: Scuola Superiore Sant'Anna) Disponibile a: https://www.iris.sssup.it/retrieve/handle/11382/529049/47029/PREMs_report_DEF_rev.pdf [Consultato: 30 Nov 2021]
170. Autorità Nazionale Anticorruzione (2015). Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione. (Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015). Disponibile a: https://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anadocs/Attivita/Atti/determinazioni/2015/PNA%20-%20Aggiornamento%202015_sito.pdf [Consultato: 24 Nov 2021].
171. Ministero della Salute, ANAC (2016). Protocollo d'Intesa tra l'Autorità Nazionale AntiCorruzione e il Ministero della salute. Disponibile a: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2491 [Consultato: 24 Feb 2021].
172. Italia (2017). Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie Generale n. 65 del 18 marzo 2017. Disponibile a: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/03/18/65/so/15/sg/pdf> [Consultato: 9 Aug 2021].
173. World Health Organization, Regional Office for Europe (2015). The Life-course Approach in the Context of Health 2020: The Minsk Declaration. World Health Organization Regional Office for Europe). Disponibile a: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf?ua=1 [Consultato: 28 Oct 2021].
174. United Nations (2015). Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. (A/RES/70/1). (New York: United Nations). Disponibile a: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf> [Consultato: 3 Feb 2021].
175. Pizzi, E. (2020). Sorveglianza bambini 0-2 anni: Informazioni generali. EpiCentro Disponibile a: <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/0-2anni> [Consultato: 1 Mar 2021].
176. Infant Feeding in Emergencies Core Group (2017). L'al-

- mentazione dei lattanti e dei bambini piccoli nelle emergenze. Guida Operativa per il personale di primo soccorso e per i responsabili dei programmi nelle emergenze. Versione 3.0. Edizione Italiana. (Oxford, UK: Emergency Nutrition Network). Disponibile a: http://www.epicentro.iss.it/allattamento/pdf/GO-AINE_v3.0.0.ITA.pdf [Consultato: 28 Jan 2021].
177. Giusti, A. (2016) L'alimentazione infantile nelle emergenze [Online]. Roma: EpiCentro. Disponibile a: <http://www.epicentro.iss.it/focus/terremoti/AlimentazioneInfantile.asp> [Consultato: 10 Nov 2021].
178. Italia (1992). Legge n. 225 del 24 febbraio 1992: istituzione del Servizio Nazionale della Protezione Civile. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie Generale n. 64 del 17 marzo 1992. Disponibile a: <https://www.protezionecivile.gov.it/it/normativa/legge-n--225-del-24-febbraio-1992--istituzione-del-servizio-nazionale-della-protezione-civile> [Consultato: 20 Nov 2021].
179. Italia (2012). Legge 12 luglio 2012, n. 100 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 15 maggio 2012, n. 59, recante disposizioni urgenti per il riordino della protezione civile. (12G0123). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie Generale n.162 del 13 luglio 2012. Disponibile a: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2012/07/13/162/sg/pdf> [Consultato: 20 Apr 2021].
180. Ministero della Salute (2019). Cosa sono i LEA. Disponibile a: <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=1300&area=Lea&menu=leaEssn> [Consultato: 25 Mar 2021].
181. Guedes Araújo, R., de Matos Fonseca, V., Couto de Oliveira, M. I., Gonçalves Ramos, E. (2019). External evaluation and self-monitoring of the Baby-friendly Hospital Initiative's maternity hospitals in Brazil. *International Breastfeeding Journal* 14(1), doi: <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0195-4>.
182. World Health Organization (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/ [Consultato: 11 Feb 2021].
183. World Health Organization (2015). WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186171> [Consultato: 11 Feb 2021].
184. World Health Organization (2014). WHO recommendations for augmentation of labour: evidence base. (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112825> [Consultato: 11 Feb 2021].
185. World Health Organization (2012). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75411> [Consultato: 11 Feb 2021].
186. World Health Organization (2014). WHO Guideline: delayed cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/148793> [Consultato: 11 Feb 2021].
187. World Health Organization (2012). WHO Guidelines on basic newborn resuscitation. (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75157> [Consultato: 11 Feb 2021].
188. World Health Organization (2012). Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocket book recommendations: newborn conditions, dysentery, pneumonia, oxygen use and delivery, common causes of fever, severe acute malnutrition and supportive care. (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44774> [Consultato: 11 Feb 2021].
189. World Health Organization (2017). WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO). (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259269> [Consultato: 11 Feb 2021].
190. World Health Organization (2014). WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1 [Consultato: 28 May 2021].

