

## **ABM Clinical Protocol #7: Model Maternity Policy Supportive of Breastfeeding**

### **Protocollo clinico n.7 dell'Academy of Breastfeeding Medicine: Modello di Politica di un Punto Nascita a Sostegno dell'Allattamento**

Maria-Teresa Hernández-Aguilar,<sup>1,2</sup> Melissa Bartick,<sup>3,4</sup> Paula Schreck,<sup>5</sup> Cadey Harrel,<sup>6</sup> and The Academy of Breastfeeding Medicine

*Uno degli obiettivi centrali dell'Academy of Breastfeeding Medicine è lo sviluppo di Protocolli clinici per la gestione di problemi medici comuni che potrebbero avere un impatto sulla buona riuscita dell'allattamento. Questi Protocolli servono unicamente come linee guida per la cura delle madri nutrici e dei bambini/e allattati/e e non delineano un piano terapeutico esclusivo né fungono da standard di assistenza sanitaria. Variazioni al trattamento possono essere appropriate in base ai bisogni del singolo paziente.*

---

<sup>1</sup> Breastfeeding Clinical Unit Dr. Peset, University Hospital Dr. Peset, National Health Service, Valencia, Spain.

<sup>1</sup> National Coordinator of Spain Baby-Friendly Initiative (IHAN-España Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia), Madrid, Spain.

<sup>1</sup> Department of Medicine, Cambridge Health Alliance, Cambridge, Massachusetts

<sup>1</sup> Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

<sup>1</sup> Department of Pediatrics, Ascension St. John, Detroit, Michigan

<sup>1</sup> Department of Family Medicine, University of Arizona, Tucson, Arizona.

*NdT: Nel seguente testo, tradotto dall'inglese, si è mantenuta, laddove possibile, la declinazione per genere femminile e maschile.*

*Livelli di evidenza: Le evidenze di tipo quantitativo sono state classificate da 1 a 5 secondo i criteri di Evidence-Based Medicine dell'Oxford Centre del 2011<sup>67</sup>. Le evidenze di tipo qualitativo sono state classificate usando GRADECERQual: H (HIGH), M (MODERATE), L (LOW), VL (VERY LOW).<sup>68</sup> Tutti i riferimenti bibliografici nel testo sono raggruppati per livello di evidenza (NdT: da 1 a 5 per gli studi quantitativi e H/M/L/VL per quelli qualitativi). Il numero tra parentesi si riferisce al livello di prova di efficacia assegnato, secondo il OCEBM<sup>67</sup>. Per esempio, "... (1).<sup>6,16</sup>" significa che i riferimenti bibliografici n. 6 e 16 hanno un livello di evidenza di 1, mentre "... <sup>69</sup>(M) <sup>70</sup>(VL)" significa che il riferimento bibliografico n. 69 è di qualità media, mentre il n. 70 è di qualità molto bassa.*

## Premessa

L'allattamento rappresenta la norma biologica e l'introduzione precoce di alimenti complementari può provocare importanti problematiche di salute materna <sup>1-5</sup> (1) <sup>6</sup>, e infantile <sup>2,7-14</sup> (1), oltre a comportare un aumento dei costi sociali a livello globale <sup>2,15</sup> (1), <sup>6,16</sup>.

L'assistenza che la madre e il neonato ricevono nei primi giorni del post partum è destinata ad influenzare l'andamento dell'allattamento<sup>17</sup> (2),<sup>18,19</sup> la loro salute e le loro vite <sup>15</sup> (1).<sup>16</sup>. Per migliorare a livello globale questa assistenza l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il Fondo della Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF) nel 1991 hanno lanciato l'iniziativa degli Ospedali Amici dei Bambini (Baby Friendly Hospital Initiative, BFHI), che è già stata oggetto di due revisioni<sup>20,21</sup>. Dopo 27 anni risulta implementata a livello globale<sup>22</sup>; ha significativamente migliorato la salute infantile <sup>23-25</sup>(1), ha migliorato i tassi di avvio, durata ed esclusività dell'allattamento<sup>1,24-27</sup> (1).

La BFHI è considerata il gold-standard delle politiche basate sull'evidenza per i punti nascita<sup>28</sup> ed è stata approvata e supportata da diverse organizzazioni internazionali <sup>28-30</sup>. Tuttavia, le disparità di allattamento associate a determinanti sociali e strutturali sono ancora evidenti in tutto il mondo <sup>8,15,31,32</sup> (1).<sup>33</sup>

Tutto ciò comporta una disuguaglianza in termini di tassi di morbilità e mortalità <sup>33,34</sup> e un'ingiustizia in termini di salute per donne e bambini/e <sup>2,7,35,36</sup> (1).<sup>33</sup> Tuttavia le disuguaglianze nel sostegno all'allattamento possono essere ridotte mediante l'attuazione di pratiche basate su prove di efficacia, come ad esempio quelle previste dalla BFHI <sup>2</sup> (1), il sostegno uno-a-uno continuo durante il travaglio e il parto, una presa in carico rispettosa delle diverse culture <sup>37</sup> (M), il supporto tra pari <sup>38</sup> (M), insieme ad altre pratiche. <sup>33,39</sup>

## Obiettivi

Le pratiche assistenziali peri-natali possono influenzare le modalità del parto, l'avvio e la prosecuzione dell'allattamento, la salute di mamma e bambino/a <sup>40-44</sup> (1)<sup>45</sup> (2)<sup>46</sup> (H)<sup>47,48</sup> e la soddisfazione e la sicurezza delle madri. <sup>49</sup> (H)

Per questo motivo le politiche di promozione dell'allattamento non possono essere separate dall'insieme delle politiche di tutela e assistenza della maternità. Obiettivo di questo Protocollo è offrire un "Modello di Politica di un Punto Nascita a Sostegno dell'Allattamento" che includa una "politica sull'alimentazione infantile". Il termine "politica sull'alimentazione infantile", invece che "politica sull'allattamento", viene utilizzato come passo avanti nel riconoscere l'allattamento come norma biologica; è un termine inclusivo (assicura un sostegno adeguato ai genitori che danno integrazioni, che nutrono il/la proprio/a bambino/a solo con formula, solo con latte spremuto o mediante *chestfeeding* [nutrizione al petto] in caso di persone transgender). Il termine "politica sull'alimentazione infantile" è anche quello adottato nella revisione del 2018 dei "10 Passi OMS" <sup>21</sup> (Tabella 1).

Questo documento, che si propone come modello per tutte le strutture impegnate nell'implementazione di un'assistenza perinatale di alta qualità, comprende solo affermazioni sostenute da evidenze o da raccomandazioni condivise a livello internazionale. Sarà necessario adattarlo a ogni specifica struttura, ad esempio inserendo il nome della struttura, la data della revisione e dovrà seguire il percorso istituzionale previsto per la sua approvazione e attuazione. Siamo consapevoli che alcune delle raccomandazioni elencate in questo documento dovranno essere adattate alle specifiche situazioni di ogni nazione (ad esempio alcuni paesi, in mancanza di ostetriche, possono disporre di altre figure per l'assistenza ai parti fisiologici).

Questo protocollo comprende tutte le tematiche che rientrano nei "Criteri Globali" della BFHI<sup>21</sup> in quanto la BFHI, al momento, rappresenta il miglior modello di dimostrata efficacia. Alcuni standard nazionali di accreditamento come Ospedale Amico dei Bambini potrebbero essere più o più meno stringenti rispetto ai Criteri Globali o a quelli descritti nel presente documento. Pertanto, questo modello di politica può richiedere modifiche non sostanziali per conformarsi ai requisiti specifici di una nazione. Questo protocollo non affronta alcuni requisiti specifici relativi ai reparti di patologia neonatale e di terapia intensiva neonatale, per i quali esistono in letteratura specifiche raccomandazioni.<sup>50,51</sup>

**TABELLA 1. DIECI PASSI PER L'ALLATTAMENTO (AGGIORNATI AL 2018)**

Procedure organizzative	<p>Passo 1 – Politiche e documenti</p> <p>1a: Aderire pienamente al Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e alle successive risoluzioni pertinenti dell'Assemblea Mondiale della Sanità</p> <p>1b: Avere una Politica scritta sull'alimentazione infantile che viene comunicata di routine agli operatori e ai genitori</p> <p>1c: Organizzare un sistema di monitoraggio continuo e di gestione dei dati rilevati</p> <p>Passo 2: Garantire che gli operatori abbiano adeguate conoscenze, competenze e abilità pratiche per sostenere l'allattamento</p>
Le buone pratiche cliniche	<p>Passo 3: Parlare dell'importanza e della gestione dell'allattamento con le donne in gravidanza e le loro famiglie.</p> <p>Passo 4: Facilitare il contatto pelle a pelle immediato, senza interruzioni e sostenere le madri ad avviare l'allattamento non appena possibile dopo la nascita.</p> <p>Passo 5: Sostenere le madri ad avviare e mantenere l'allattamento e a gestire le più comuni difficoltà.</p> <p>Passo 6: Non somministrare ai neonati allattati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, a meno che non vi siano ragioni mediche accettabili per l'uso di sostituti del latte materno</p> <p>Passo 7: Creare le condizioni che consentano alle madri e ai loro bambini di restare insieme e praticare il <i>rooming-in</i> 24 ore al giorno.</p> <p>Passo 8: Sostenere le madri nel riconoscere e rispondere ai segnali di fame del neonato.</p> <p>Passo 9: Aiutare le madri a valutare l'uso e i rischi di biberon, tettarelle e ciucci.</p> <p>Passo 10: Coordinare la dimissione in modo che i genitori e i loro bambini abbiano accesso tempestivo ad un sostegno e un'assistenza continuativi.</p>

Adattato dai Dieci Passi, OMS-UNICEF.<sup>21</sup>

## Presentazione sulla Politica del Protocollo del 2018

Questo protocollo comprende i contenuti di molti altri Protocolli ABM: n. 1 (Linee guida per il monitoraggio della glicemia e per il trattamento dell'ipoglicemia in neonati a termine allattati)<sup>52</sup>, n. 2 (Protocollo del ritorno a casa),<sup>53</sup> n. 3 (Linee Guida Ospedaliere per l'uso di supplementazioni nel neonato sano a termine allattato)<sup>54</sup>, n. 5 (Gestione dell'allattamento nel peripartum)<sup>48</sup>, n. 8 (Informazioni sulla conservazione del latte materno per uso domestico per neonati/e a termine),<sup>55</sup> n. 10 (Allattamento per Bambini Prematuri Tardivi e Quasi a Termine),<sup>56</sup> n. 14 (L'Ambulatorio amico dell'allattamento),<sup>57</sup> n. 19 (La promozione dell'allattamento in gravidanza)<sup>58</sup>, n. 21 (Linee guida per l'allattamento in caso di uso di sostanze o uso patologico di sostanze)<sup>59</sup>, n. 26 (Dolore persistente in allattamento),<sup>60</sup> e n. 28 (Analgesia perinatale per la donna che allatta)<sup>61</sup>.

È stata condotta un'approfondita revisione della letteratura (che ha incluso le più recenti linee guida e protocolli<sup>21,50,51,62-66</sup>) su PubMed e LILACS. La ricerca ha compreso documenti in inglese, spagnolo, francese e portoghese pubblicati tra il 2011 e il 2018. Sono stati presi in considerazione più di 1000 abstract, quelli di scarsa qualità sono stati scartati e alla fine sono stati esaminati in maniera approfondita 302 articoli. Le evidenze di tipo quantitativo sono state classificate da 1 a 5

secondo i criteri di *Evidence-Based Medicine* dell'Oxford Centre del 2011<sup>67</sup>. Le evidenze di tipo qualitativo sono state classificate usando GRADECERQual: H (HIGH), M (MODERATE), L (LOW), VL (VERY LOW).<sup>68</sup> Tutti i riferimenti bibliografici nel testo sono raggruppati per livello di evidenza (*NdT: da 1 a 5 per gli studi quantitativi e H/M/L/VL per quelli qualitativi*).

Alle Linee guida internazionali o alle opinioni di esperti/e, compresi i protocolli ABM, non sono assegnati livelli di evidenza e alcune ricerche non rientrano nel livello delle categorie di evidenza.

Riconosciamo che i partner degli individui che partoriscono possono essere di ogni sesso. Inoltre, anche se in larghissima maggioranza le persone che partoriscono si identificano come donne, prendiamo atto che anche uomini transgender e individui con identità di genere non binario possano partorire e desiderare allattare o nutrire al petto (*chestfeed*). Si segnala che alcuni individui transgender, donne diventate uomini che sono stati sottoposti a intervento chirurgico di rimozione del tessuto mammario per avere un torace piatto, possono riferire una qualche esperienza di produzione di latte. Queste persone potrebbero voler nutrire al petto con l'ausilio di dispositivi supplementari o allattare; al contrario alcuni genitori transgender possono sentirsi a disagio all'idea di allattare o nutrire al petto con ausili<sup>69</sup>(M)<sup>70</sup>(VL). In questo documento utilizzeremo indifferentemente i termini "madri", "persone che partoriscono" e "genitori".

Riconosciamo che i/le neonati/e adottati insieme ai loro genitori adottivi,<sup>71(5)</sup>, così come i/le neonati/e da madre surrogata insieme ai loro madri/genitori non naturali <sup>72(5)</sup>, hanno tutti bisogno di costruire un legame e hanno tutti il diritto di ricevere sostegno nell'alimentazione infantile (allattamento se lo scelgono) e sono quindi compresi nei termini "madri", "genitori", "bambini" e "bambine".

Da qui in avanti, il termine "formula" si riferisce a qualsiasi tipo di formula per neonati/e o sostituto del latte materno, compresa la formula di proseguimento o qualsiasi tipo di "formula speciale".

## Raccomandazioni

### *Modello di politica a Sostegno dell'allattamento nei punti nascita*

#### Politica.

1. Questa struttura promuove l'allattamento considerandolo la norma biologica per madri e bambini/e (la diade) mentre l'alimentazione con formula e l'alimentazione complementare precoce espongono la salute materna e infantile a rischi considerevoli <sup>1-5,7-14(1)</sup>.<sup>6</sup>
2. Questa struttura riconosce la BFHI come il migliore e più efficace intervento per migliorare l'assistenza alla maternità con un effetto positivo significativo su incidenza e durata dell'allattamento <sup>24-27(1)</sup> e sulla salute infantile <sup>23(1)</sup>.<sup>62</sup>
3. Questo documento rappresenta la Politica del punto nascita di questa struttura e comprende una Politica per l'alimentazione infantile che sostiene l'allattamento (o una Politica dedicata all'Allattamento). Questa Politica è obbligatoria per tutto il personale di questa struttura e eventuali interventi non previsti devono essere giustificati e riportati per iscritto nella cartella clinica della madre e/o del/della bambino/a.<sup>21</sup> Questa Politica:

- A. Definisce le responsabilità della struttura relative al rispetto del *Codice Internazionale dei Sostituti del Latte Materno* e delle successive Risoluzioni della Assemblea Mondiale della Sanità (*Il Codice*)<sup>65, 66</sup> garantendo le competenze cliniche e le abilità pratiche del personale per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento e il monitoraggio della loro implementazione.<sup>63</sup>
- B. Definisce le responsabilità del personale (l'implementazione delle pratiche cliniche chiave) per garantire a madre e bambino/a la migliore assistenza e per sostenere le migliori pratiche per l'alimentazione infantile.

- C. Afferma che tutti i protocolli e gli standard che riguardano allattamento e alimentazione infantile in uso nei reparti di maternità sono in linea con le Raccomandazioni dell'OMS (per esempio gli standard della BFHI) e con le attuali linee guida e i protocolli basati sulle evidenze.<sup>21, 63</sup>
  - D. Promuove il contatto pelle a pelle (STS, ossia skin-to-skin, NdT) immediatamente dopo la nascita e il supporto attivo dell'allattamento, come parte di un'offerta assistenziale di qualità durante il travaglio e il parto, e alla nascita.<sup>73</sup>
  - E. Garantisce un'assistenza rispettosa, accogliente e non discriminatoria,<sup>74</sup> che tenga conto delle specificità culturali, a tutti i genitori e i/le neonati/e, compresi i/le bambini/e adottati/e.<sup>21, 63, 73</sup>
  - F. Garantisce che l'assistenza e il sostegno rivolti alle madri e alle famiglie siano tempestivi, appropriati, in risposta ai loro bisogni,<sup>21, 62, 63</sup> nel rispetto della privacy e delle loro scelte informate,<sup>57, 63</sup> assicurando il coordinamento fra le varie figure professionali.<sup>63</sup>
4. Per garantire l'implementazione di questa Politica:
    - A. Sarà istituita una Commissione sull'Allattamento/Alimentazione infantile, il cui focus primario sarà l'allattamento, per monitorare e supervisionare l'implementazione di questa Politica<sup>75</sup> (1). Questa commissione è analoga alle altre commissioni ospedaliere per il miglioramento della Qualità delle pratiche cliniche.<sup>21</sup>
    - B. La [Commissione sulla] Politica deve essere multidisciplinare, rappresentativa delle varie culture del contesto, ed espressione della direzione strategica, della direzione del dipartimento materno-infantile, del controllo e gestione della qualità, del personale medico e infermieristico, delle ostetriche, degli operatori e delle operatrici con competenze specifiche in allattamento, di altro personale del settore e dei genitori. Una figura di coordinamento della commissione per l'allattamento, eletta, e una figura di segreteria presiederanno e risponderanno alla Direzione Generale.<sup>21</sup>
    - C. I membri della Commissione si riuniranno almeno ogni 6 mesi per il monitoraggio. Valuteranno l'implementazione della politica e stabiliranno con quale frequenza valutare la *compliance* della struttura nei confronti della politica. I membri della Commissione definiranno le azioni necessarie da

intraprendere per mantenere la *compliance* alla politica.<sup>21</sup>

- D. Sarà avviato un meccanismo di raccolta dati per seguire con regolarità l'andamento dell'allattamento e degli indicatori di assistenza materno-infantile al fine di monitorare e migliorare la qualità dell'assistenza perinatale.<sup>21</sup> Gli indicatori relativi all'allattamento dovranno essere inseriti nel sistema di monitoraggio per il miglioramento della qualità della struttura.
- L'avvio dell'allattamento entro la prima ora e l'allattamento esclusivo sono considerati indicatori sentinella e devono essere rilevati con regolarità.<sup>21, 63</sup>
  - Possono essere aggiunti altri indicatori dalla Commissione per l'allattamento /alimentazione infantile, qualora sia ritenuto necessario
- E. Tutto il personale riceverà un adeguato orientamento a questa politica nelle prime settimane dopo l'assunzione e successivamente attraverso regolari aggiornamenti.<sup>21</sup>
- F. Una versione sintetica della politica sarà messa a disposizione dei genitori. Le modalità per segnalare commenti, apprezzamenti o reclami riguardo all'applicazione della politica e queste modalità, per le quali sono previste revisioni periodiche, saranno descritte in una forma chiara e comprensibile e saranno facilmente accessibili a madri e genitori.<sup>63</sup>
5. Questa azienda mette a disposizione dei propri dipendenti condizioni che favoriscano l'allattamento, permette le pause allattamento, dispone di aree riservate in cui il personale (comprese le specializzande)<sup>76</sup> (3) possa allattare, raccogliere e conservare il latte in condizioni igieniche appropriate<sup>77</sup> (1) <sup>78</sup> (3).
- 6 Questa azienda rispetta il *Codice*, e le relative risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità,<sup>21, 66</sup> perché la non conformità ad esso è considerata una dei principali fattori in grado di compromettere l'allattamento.<sup>79-82</sup> (1)<sup>83</sup> (M)<sup>84</sup> (3)
- A. Questa azienda non promuove la formula (né gli altri prodotti correlati coperti dal *Codice*). All'interno dei locali non è consentito il contatto diretto fra collaboratori, produttori o distributori di tali prodotti ("L'industria") con il pubblico.<sup>79</sup> (1)<sup>83</sup> (M)<sup>21, 63, 66</sup>
- B. Sono proibite donazioni di qualsiasi tipo (che comprendono pubblicazioni non a carattere scientifico, materiali, attrezzature o denaro per operatori/operatrici, e materiali, campioni, buoni sconto, confezioni regalo destinati alle madri/famiglie), materiale da esporre di qualsiasi tipo (inclusi poster e cartelli), materiale didattico recante loghi di ditte e qualsiasi evento, formativo o di altra natura, sostenuto o sponsorizzato dall' "Industria" e rivolto a operatori e operatrici, alle donne in gravidanza, alle madri o alle famiglie.<sup>63, 84</sup> (3)<sup>66</sup>
- C. Qualsiasi prodotto coperto dal *Codice* necessario all'azienda (formula, tettarelle, biberon o ciucci e altri prodotti) sarà acquistato ad un prezzo equo di mercato.<sup>80</sup> (1)<sup>66</sup>
- D. Il personale sanitario riceverà una formazione sul *Codice* per evitare di incorrere in condizioni di conflitto di interesse e di fornire alle madri indicazioni incoerenti.<sup>81, 85</sup> (1)<sup>83</sup> (M)
- E. Nel materiale informativo destinato alle madri o alle famiglie sono vietati messaggi promozionali provenienti dall'industria che produce alimenti o prodotti coperti dal *Codice*.<sup>21</sup>
- F. Questa azienda garantisce che venga offerta alle persone che partoriscono e ai loro partner, in una sessione individuale, la dimostrazione pratica sulla preparazione e somministrazione della formula e sulla gestione sicura di tettarelle e biberon, solo quando sia necessario (in caso di indicazioni mediche all'integrazione o quando l'allattamento è controindicato (Tabella 2) o non possibile), o dopo una scelta informata dei genitori (dopo una spiegazione completa sui rischi dell'alimentazione con formula).<sup>21, 63</sup> Questa azienda non organizza lezioni di gruppo su come utilizzare la formula e alle madri che scelgono di non allattare sono spiegati in maniera esaustiva i rischi del mancato allattamento.<sup>21</sup>

**TABELLA 2. POSSIBILI CONTROINDICAZIONI ALL'ALLATTAMENTO**

<i>Condizioni materne</i>	
Virus Ebola	Sospetta viremia materna (fino alla sua esclusione confermata)
Virus Herpes	Le madri con lesioni erpetiche attive sul/i seno/i non devono allattare dal seno affetto, ma possono farlo da quello non affetto. Il latte può essere raccolto dal seno con lesioni poiché non vi è alcun problema di trasmissione attraverso il latte stesso. Tuttavia, il latte può essere contaminato tramite il tiralatte quindi, se una parte del tiralatte viene a contatto con lesioni erpetiche, il latte raccolto deve essere eliminato. In questo caso, la spremitura e l'eliminazione del latte dovrebbero essere incoraggiate al fine di mantenere la produzione fino a quando, a lesione guarita, si può riprendere l'allattamento.
HIV	L'infezione da virus dell'immunodeficienza umana materna è una controindicazione laddove l'alimentazione con formula è accettabile, fattibile, sostenibile, accessibile e sicura. Verificare con le autorità locali come le raccomandazioni nazionali possano variare (ad esempio, il Governo degli Stati Uniti ha dichiarato, a partire dal 2018, che l'allattamento non è raccomandato per le donne affette da HIV che vivono negli Stati Uniti, ma offre comunque orientamento e <i>counselling</i> per coloro che desiderano allattare).
HTLV I e II	Madri con virus linfotropo a cellule T umane di tipo I o di tipo II.
Varicella	In caso di insorgenza di Varicella entro 5 giorni prima o fino a 48 ore dopo il parto, si raccomanda la separazione della madre e del/della bambino/a utilizzando latte spremuto fino a quando la madre non è più contagiosa, e appena possibile somministrare al neonato immunoglobuline contro il virus Varicella-Zoster. Evitare il contatto con le lesioni cutanee. (Per bambini/e di età maggiore, la separazione dalla madre non è raccomandata in quanto la madre era contagiosa prima della comparsa di lesioni cutanee con conseguente avvenuta esposizione al contagio del/della bambino/a.) Si consiglia una consulenza specialistica.
Brucella	Brucellosi materna non trattata
Tubercolosi	Le madri con tubercolosi polmonare attiva e non trattata non devono allattare ma al/alla bambino/a può essere somministrato il loro latte spremuto (fino a quando non sono più contagiose dopo 15 giorni di trattamento). Tuttavia, a meno che la diagnosi non sia stata effettuata entro 15 giorni dal parto, il/la bambino/a sarà stato esposto/a al momento della diagnosi e dovrà ricevere la profilassi con isoniazide. Pertanto, se il/la bambino/a è già in trattamento, potrebbe non esserci motivo di separarlo dalla madre. Si consiglia una consulenza specialistica.
Farmaci	Il trattamento con alcuni farmaci come chemioterapici potrebbe richiedere l'interruzione temporanea o permanente dell'allattamento. Verificare con LactMed, InfantRisk.com o e-lactancia, Lactation Study o altre risorse affidabili disponibili localmente.
Stupefacenti/droghe	Uso attuale di stupefacenti (ad es. cocaina, eroina, fenciclidina), da valutare caso per caso con il curante del/della bambino/a.
<i>Condizioni del bambino</i>	
Malattie metaboliche ereditarie	Galattosemia (ad eccezione della variante di Duarte, in cui è possibile un allattamento parziale). Carenza congenita di lattasi. Alcune malattie metaboliche ereditarie possono richiedere un'integrazione (fenilchetonuria, malattia delle urine a sciroppo d'acero).

Fonti: (Protocolli ABM)<sup>59,60</sup> (raccomandazioni ufficiali)<sup>172,180</sup> (pagine web),<sup>169-171</sup> e (5),<sup>181-184</sup>

Il numero tra parentesi si riferisce al livello di prova di efficacia assegnato, secondo il OCEBM<sup>67</sup> (come nel resto del testo).

#### Formazione del personale

7. Questa struttura assicura che tutto il personale che si prende cura delle madri e dei bambini e delle bambine abbia le conoscenze e le abilità pratiche necessarie per assisterli e sostenere l'allattamento in modo appropriato<sup>86,87</sup> (1)<sup>17</sup> (2) (Tabella 3)<sup>21</sup>. Una figura designata come referente coordina la formazione del personale

e mantiene aggiornati i registri della formazione<sup>75</sup> (1).

A. Le conoscenze e le abilità pratiche del personale sanitario in merito alla gestione dell'allattamento<sup>88,89</sup> (1), all'assistenza di madri e bambini/e, alla comunicazione interpersonale e al counselling<sup>90</sup> (2),<sup>63</sup> verranno valutate al momento dell'assunzione e, successivamente, con cadenza regolare.

- B. La formazione e il conseguimento delle abilità pratiche previste dagli Standard della BFHI costituiscono il requisito minimo richiesto a tutto il personale.<sup>21</sup> Nel caso la formazione già in possesso del dipendente non soddisfi gli standard, verrà richiesta un'ulteriore formazione sulla gestione dell'allattamento e della lattazione. Le competenze raggiunte verranno valutate preferibilmente entro 2 mesi o comunque non oltre i 6 mesi dall'inizio del rapporto lavorativo.
- C. Durante l'attività lavorativa, in base ai bisogni formativi rilevati<sup>21</sup>, verranno organizzati periodicamente interventi formativi e aggiornamenti<sup>75,87,91,93</sup> (1)<sup>62</sup> mirati al raggiungimento degli standard previsti nella *Guida all'Applicazione dei Passi*<sup>87,93</sup> (1) e nella Politica aziendale.
- D. Una supervisione di sostegno<sup>94</sup> (2) garantirà che l'assistenza offerta sia aderente a quanto previsto dalla Politica<sup>63</sup> e che i genitori ricevano informazioni corrette, aggiornate e coerenti.<sup>63</sup>

**TABELLA 3. ELENCO DELLE COMPETENZE DA VERIFICARE NEL PERSONALE CHE LAVORA CON MADRI E BAMBINI NEI PUNTI NASCITA**

1. Come usare le competenze di ascolto e comprensione e le capacità di aumentare l'autostima e dare sostegno ad una madre.
2. Come affrontare un colloquio sull'importanza dell'allattamento con una donna in gravidanza.
3. Come spiegare ad una madre il ritmo fisiologico delle poppate.
4. Come presentare a una madre i benefici dell'allattamento per la sua salute.
5. Come aiutare una madre con l'avvio dell'allattamento nella prima ora dopo la nascita.
6. Come valutare adeguatamente una poppata.
7. Come aiutare in maniera efficace una madre che allatta per trovare una posizione confortevole per sé e per il suo bambino e ottenere un efficace attacco.
8. Come aiutare una madre a spremere il latte e a darlo al/alla suo/a bambino/a con una tazzina.
9. Come aiutare le madri con le difficoltà più frequenti in allattamento:
  - a. una madre che pensa di non avere abbastanza latte;
  - b. una madre con un/una bambino/a che piange frequentemente;
  - c. una madre il/la cui bambino/a rifiuta il seno;
  - d. una madre che ha i capezzoli piatti o introflessi;
  - e. una madre con un ingorgo del seno;
  - f. una madre con capezzoli dolenti o ragadi;
  - g. una madre con mastite;
  - h. una madre che allatta un/una bambino/a di basso peso alla nascita o neonato/a patologico/a, utilizzando un tubicino per alimentazione supplementare o altro dispositivo al seno, se indicati.
10. Come applicare Il Codice nella struttura sanitaria

Fonte: OMS-UNICEF.<sup>21</sup>

Assistenza in gravidanza.

8. Le madri verranno messe nella condizione di ("empowered") avere un'esperienza di parto che favorisca l'allattamento. Nella documentazione clinica riguardante la gravidanza verrà inclusa l'anamnesi dettagliata degli allattamenti precedenti così come gli obiettivi desiderati riguardo all'allattamento<sup>95</sup> (1).<sup>58</sup>
9. A tutte le donne in gravidanza che sono seguite in questo punto nascita verranno offerti sostegno e informazioni personalizzate sull'allattamento<sup>75,87,96</sup> (1)<sup>41</sup> (2) centrati sulle loro preoccupazioni ed esigenze. Il punto nascita collaborerà con le

strutture del territorio che forniscono assistenza prenatale per garantire che tutte le madri ricevano le informazioni di cui hanno bisogno.

- A. Le informazioni sull'allattamento saranno offerte fin dal primo o secondo incontro in gravidanza per evitare che le donne che possono avere un parto pretermine non le ricevano.<sup>21</sup>
- B. Gli incontri verranno organizzati con una donna alla volta e/o in piccoli gruppi<sup>97</sup> (1) e il partner e altri componenti della famiglia saranno incoraggiati a partecipare<sup>98,99</sup> (1).<sup>58</sup>
- C. Le ostetriche<sup>100</sup> (1)<sup>101</sup> (1) e altre figure che forniscono assistenza sanitaria con specializzazione in allattamento<sup>102</sup> (1) sono le figure da preferire per gli incontri prenatali.

10. Gli argomenti trattati nel corso di ogni incontro saranno documentati nella cartella clinica della donna e a tutte le donne verranno forniti il calendario degli incontri e il programma degli argomenti previsti per ciascun incontro (Tabella 4).<sup>21</sup> Il programma includerà le informazioni essenziali sull'allattamento e verrà condiviso con le altre Organizzazioni presenti nella comunità che offrono alle famiglie incontri di accompagnamento alla nascita.
11. Sarà rivolta una particolare attenzione agli approcci comportamentali e psicoeducativi<sup>58</sup> per aumentare l'autostima<sup>103</sup> (3) e alle tecniche di *empowerment*, non dimenticando gli aspetti relativi alla parità di genere.
12. Gli incontri saranno adattati ai determinanti della salute delle singole donne (background, etnia, cultura, livello socioeconomico)<sup>58</sup> e ai bisogni speciali di quelle a rischio di un basso tasso di allattamento: adolescenti<sup>104</sup> (1), obese<sup>105</sup> (1), appartenenti a gruppi emarginati<sup>102</sup> (1),<sup>106</sup> (M) o a gruppi svantaggiati<sup>87,96</sup> (1),<sup>107</sup> (2),<sup>108</sup> (M). Alle famiglie con difficoltà nell'accesso ai servizi si potranno inviare informazioni tramite cellulare o altri dispositivi wireless (NdT: noto come "mHealth", ossia l'uso delle tecnologie mobili per la salute)<sup>109</sup> (1).<sup>21</sup>
- Assistenza nel travaglio e nel parto.
13. Saranno promossi il travaglio ed il parto fisiologici<sup>49</sup> (H) e saranno evitate pratiche dannose e interventi inutili ed obsoleti.<sup>(63,73)</sup>
- A. In questo ospedale, tutte le pratiche e gli interventi durante il travaglio, il parto ed il post-partum sono conformi ad una Politica aziendale, scritta ed aggiornata, finalizzata a minimizzare il rischio di taglio cesareo e parto vaginale strumentale.<sup>(73)</sup> Entrambi sono stati associati ad esiti avversi per la salute della madre-bambino/a<sup>44,96,110</sup> (1)<sup>42</sup> (2) e esiti avversi sull'allattamento<sup>111,112</sup> (1)<sup>43</sup> (2).

**TABELLA 4 - ARGOMENTI DA TRATTARE NEGLI INCONTRI IN GRAVIDANZA**

<i>Data visita</i> <i>Settimane gestazione</i>	<i>Argomenti:</i>	<i>Firma operatore</i>
Sett. ___ visita n. ___	1. Il diritto di ricevere un'assistenza rispettosa - ovvero un'assistenza programmata e offerta a tutte le donne per tutelare la loro dignità, privacy e riservatezza, evitando qualsiasi forma di abuso o maltrattamento, garantendo la possibilità di prendere decisioni informate e di ricevere un sostegno continuo durante il travaglio e il parto.	
Sett. ___ visita n. ___	2. I metodi non farmacologici per alleviare il dolore durante il travaglio e l'influenza che le modalità del parto hanno sul buon esito dell'allattamento.	
Sett. ___ visita n. ___	3. Le raccomandazioni internazionali e l'importanza dell'allattamento, l'importanza dell'allattamento esclusivo per i primi 6 mesi, i rischi della somministrazione dei sostituti del latte materno e l'importanza di continuare l'allattamento dopo i 6 mesi con alimenti complementari appropriati per i primi 2 anni e oltre.	
Sett. ___ visita n. ___	4. L'importanza di un contatto pelle a pelle immediato e prolungato dopo la nascita.	
Sett. ___ visita n. ___	5. L'importanza dell'inizio precoce dell'allattamento e del <i>rooming-in</i> 24 ore su 24.	
Sett. ___ visita n. ___	6. I principi che regolano la produzione e l'offerta di latte per garantire l'adeguato nutrimento del/della bambino/a.	
Sett. ___ visita n. ___	7. Le basi di una buona posizione, di un buon attacco e del riconoscimento dei segnali di fame.	
Sett. ___ visita n. ___	8. La gestione delle difficoltà iniziali più comuni come dolore (NdT: del seno o del capezzolo), poppate frequenti, neonati sonnolenti, difficoltà di attacco, ingorgo e gestione del sonno sicuro.	

*Sulla base delle disposizioni di ciascuna struttura e/o programma nazionale BFHI potrebbe essere necessario che gli argomenti e le informazioni in gravidanza vengano trattati entro un termine specifico (ad esempio, la BFH USA richiede che gli argomenti siano trattati prima della 28<sup>a</sup> settimana di gravidanza).*

*Fonti: i numeri tra parentesi si riferiscono ai livelli di evidenza (LOE) assegnati secondo l'OCEBM<sup>67</sup>: (1)<sup>40, 44, 186-187</sup> (2)<sup>43, 107, 188, 189, 190</sup> (5)<sup>189-190</sup> (le linee guida o i protocolli non sono classificati)<sup>21,28,62,63,73</sup>*

*Visita n., visita numero; sett. gest., settimana gestazionale in cui dovrebbe essere effettuata la visita.*

- B. Deve essere offerta un'assistenza centrata sulla partorienta<sup>47</sup>, attenta ai suoi bisogni e in grado di fornirle sostegno.<sup>63,73</sup> Saranno presentati i benefici, i rischi e le possibili complicanze dei vari interventi, come le misure di controllo del dolore, le vie di somministrazione e il tipo di farmaci analgesici, il taglio cesareo programmato e l'induzione del travaglio.<sup>73</sup> Saranno rispettate le scelte informate di chi partorisce<sup>40,43,44</sup> (1)<sup>49</sup> (H).
- C. Le madri saranno incoraggiate a scegliere la persona (o le persone) da avere accanto durante il travaglio<sup>48,63,73</sup>.
- D. Alle donne con gravidanza a basso rischio e quindi con l'aspettativa di un parto normale, dovrebbe essere offerta la possibilità di usufruire di una continuità assistenziale a gestione ostetrica,<sup>113</sup> possibilmente con rapporto *one to one*.<sup>38,114,115</sup> (1)<sup>49</sup> (H) Questa raccomandazione riguarda soltanto strutture dotate di modelli di assistenza ostetrica particolarmente ben organizzati, con l'offerta di un sostegno individuale quando possibile.<sup>63</sup>
- E. In base ai desideri della madre, e a quanto previsto dalla Politica della struttura, potrà essere autorizzata la presenza di una doula o altra persona con competenze specifiche sul parto<sup>38</sup> (1).<sup>48</sup>
- F. I metodi non farmacologici per il controllo del dolore saranno da preferire nei parti cefalici non complicati. Il tipo di farmaco, i tempi e le modalità di somministrazione dei narcotici per l'analgesia saranno scelti con cura e condivisi con la madre<sup>113</sup> (1)<sup>61</sup> con l'obiettivo di ridurre al minimo i rischi per la salute della diade e per l'allattamento<sup>40</sup> (1).

#### Assistenza nel puerperio.

- 14. Immediatamente dopo il parto vaginale e il taglio cesareo, il contatto pelle a pelle (STS) sarà offerto e incoraggiato per tutte le mamme e per i/le neonati/e senza complicazioni<sup>115,116</sup> (1) indipendentemente dalla scelta dell'alimentazione, compresi i/le neonati/e *late preterm* (LPT) (34-36 6/7 settimane di gestazione) (56) e di basso peso alla nascita (LBW) (tra 1.200 e 2.500 gr)<sup>117</sup>, ogni volta che le condizioni della madre e del/della neonato/a lo consentano.<sup>117,118</sup>
  - A. Immediatamente dopo la nascita tutti i/le neonati/e sani e reattivi saranno messi, in posizione prona, sul petto nudo della madre<sup>119</sup> (2). Saranno quindi completamente asciugati (tranne le mani), avvolti con una coperta calda per trattenere il calore della madre e verrà messo un pannolino (se la mamma lo desidera)<sup>120</sup> (5). Alla diade e al partner sarà permesso di restare insieme per iniziare a costruire un legame ("*bonding*") mentre vengono attentamente osservati. I/Le neonati/e dovrebbero essere lasciati sperimentare le nove fasi del comportamento neonatale che si manifestano spontaneamente quando un/una neonato/a viene posizionato in contatto pelle a pelle alla nascita<sup>121</sup> (2), come annusare, leccare, riposare e arrampicarsi verso il capezzolo prima di attaccarsi spontaneamente.<sup>121</sup> (2)<sup>122</sup> (4)<sup>123</sup> (5)<sup>28,117</sup>.
  - B. Il contatto pelle a pelle non dovrebbe essere interrotto per almeno 2 ore<sup>115,116,124,125</sup> (1)<sup>126</sup> (2)<sup>127</sup> (5) (Tabella 4) o fino [alla conclusione] della prima poppata, se non richiesto da ragioni mediche giustificate. Se è stato necessario un ritardo nell'avvio o un'interruzione del contatto pelle a pelle alla nascita, il personale farà in modo che madre e neonato/a possano attuare il contatto pelle a pelle non appena le condizioni cliniche lo consentano<sup>127</sup> (5)<sup>21,28,42,62,128</sup>. L'inizio e la fine del contatto pelle a pelle devono essere documentati nella cartella clinica.
  - C. L'ambiente della sala parto avrà una temperatura impostata uguale o superiore a 25°C (77°F) e sarà privo di correnti d'aria.<sup>63</sup> Il personale eviterà luci intense e rumori forti per aiutare i/le neonati/e ad esprimere i loro riflessi innati.<sup>28,63</sup>
  - D. Saranno messe in atto le misure necessarie per favorire l'immediato (o comunque appena possibile) contatto pelle a pelle dopo un taglio cesareo, preferibilmente in sala operatoria o in zona post operatoria.<sup>115,125</sup> (1)<sup>126</sup> (2). Si sceglierà di usare teli chirurgici trasparenti per rispondere ai desideri della madre per offrirle un'esperienza positiva.
  - E. La procedura relativa al contatto pelle a pelle comprenderà l'osservazione continua da parte del personale (intervenendo solo in caso di necessità) e la posizione sicura della donna e del/della neonato/a per ridurre al minimo il rischio di SUPC (*Sudden Unexpected Postnatal Collapse*, ossia l'improvviso collasso postnatale) insieme con le indicazioni per il personale e per le figure che accompagnano la madre su come monitorare la madre e il/la bambino/a. Un protocollo con le raccomandazioni su sonno sicuro e pelle-a-pelle, basato sulle evidenze,<sup>127</sup> (5) guiderà l'attività del personale.
  - F. Il punteggio di Apgar sarà rilevato durante il contatto pelle-a-pelle<sup>127</sup> (5). L'aspirazione orale, nasale e tracheale non trova indicazione nei/nelle neonati/e che iniziano a respirare autonomamente anche in presenza di meconio nel liquido amniotico.<sup>117</sup>

- G. Il clampaggio del cordone ombelicale sarà ritardato sia nei/nelle neonati/e pretermine che in quelli/e a termine <sup>129</sup> (1)<sup>117,130</sup> tranne quando la madre o il/la neonato/a sono clinicamente instabili <sup>131</sup> (1)<sup>117</sup> o quando è richiesta la raccolta del sangue cordonale.<sup>132</sup>
- H. Le misurazioni antropometriche del/della neonato/a<sup>133</sup> (3), l'iniezione intramuscolare di vitamina K<sup>134,135</sup>, la somministrazione della profilassi oftalmica<sup>136</sup> e del vaccino contro l'epatite B<sup>137</sup> saranno posticipate almeno dopo la prima ora di contatto ininterrotto tra madre e neonato/a o dopo la prima poppata. <sup>48,63</sup>
- I. Il bagnetto del/della neonato/a sarà posticipato di almeno 24 ore. <sup>73</sup>
- J. Il contatto immediato pelle-a-pelle sarà proposto al padre o al partner solo se la madre non è disponibile. <sup>126</sup> (2).<sup>50</sup>
- K. Tutti i genitori (riconoscendo sempre il ruolo prioritario della madre) saranno incoraggiati a tenere i/le loro neonati/e a contatto pelle-a-pelle durante la degenza <sup>127</sup> (5).
15. Tutte le madri e tutti i/le neonati/e in grado di allattare (inclusi i LBW e i pretermine) dovrebbero essere sostenuti e messi in condizione di iniziare l'allattamento il prima possibile entro un'ora dalla nascita.<sup>125,138,139</sup> (1).<sup>56,62,118</sup>
- A. Un intervento per sostenere la prima poppata viene offerto soltanto se il/la neonato/a non si attacca spontaneamente durante la prima ora o se la madre lo richiede. <sup>115</sup>(1).<sup>48,118</sup>
- B. Ai/Alle neonati/e pretermine e a quelli "early term" (quasi a termine) deve essere offerto un sostegno particolare per garantire l'attacco e un buon trasferimento di latte.<sup>140</sup> (1)<sup>56</sup> Nelle prime 12-24 ore una stretta osservazione è necessaria per neonati/e pretermine e LBW durante il pelle-a-pelle, la *Kangaroo Mother Care* (marsupio terapia), <sup>141</sup> (1) le poppate e il *rooming-in*. <sup>56,117</sup> Le madri saranno invitate ad allattare in modo responsivo non appena le condizioni del/della neonato/a lo permettano. <sup>21</sup>
16. Ad ogni madre va offerto tutto il sostegno di cui ha bisogno per l'allattamento. Il personale verifica che la madre sia in grado di posizionare ed attaccare il/la suo/a bambino/a al seno. Madri a rischio (ad esempio madri dopo un parto lungo e difficile, dopo un TC, madri obese, adolescenti, fumatrici, madri senza partner o con una storia pregressa di violenza in famiglia) avranno bisogno di ricevere ulteriore sostegno a seconda dei bisogni individuali. <sup>21,48</sup>
- A. Operatori e operatrici formati osserveranno accuratamente la prima poppata, attenti alla posizione, all'attacco efficace e all'effettiva assunzione del latte. Se tutto procede bene, non interverranno. Se invece c'è bisogno di cambiare qualcosa, l'operatore mostrerà con delicatezza alla madre come migliorare lei stessa la posizione e l'attacco del/della bambino/a, evitando di agire al posto suo.<sup>28</sup>
- B. Operatori e operatrici formati osserveranno e documenteranno almeno una poppata per turno fino al momento della dimissione e per quanto possibile in tutte le occasioni di contatto con la madre. Nella cartella clinica verranno documentati la qualità di posizione e attacco, il trasferimento di latte, la frequenza e le caratteristiche delle emissioni di urine e feci, l'ittero, il peso del/della bambino/a e qualsiasi difficoltà osservata nell'alimentazione. <sup>48</sup>
- C. Nei primi giorni dopo il parto verrà proposta attivamente la posizione semireclinata (*biological nurturing*),<sup>122</sup> (4) anche se ogni madre verrà invitata e sostenuta a trovare le posizioni per lei più confortevoli.
- D. Le madri e i loro partner verranno messi nella condizione di riconoscere i segnali di fame, i segni di un buon posizionamento e di un attacco efficace, di capire quando il/la loro bambino/a succhia, inghiottisce e assume effettivamente latte e come ottimizzare la produzione di latte. <sup>21,48</sup>
- E. Il personale cercherà soluzioni a qualsiasi problema con l'allattamento (come dolore ai capezzoli, difficoltà con l'attacco, produzione insufficiente di latte) <sup>48</sup> e consulterà in caso di bisogno uno specialista in lattazione. La gestione delle più comuni difficoltà nel corso di un allattamento verrà affrontata con i genitori prima della dimissione. (Tabelle 3 e 5). <sup>21</sup>
17. Durante la degenza verrà mostrato a tutte le madri come fare il massaggio e la spremitura manuale del seno<sup>142</sup> (1)<sup>143</sup> (2) e, se lo desiderano, come usare il tiralatte. Verrà spiegato bene alle madri e ai loro famigliari che spremendosi il latte le prime volte è molto frequente raccogliere solo pochi millilitri e che questo non significa che ci sia poco latte.
- A. Il massaggio del seno e la spremitura manuale dovranno essere mostrati molto presto, soprattutto nelle seguenti situazioni:
- Neonati/e che, pur attaccandosi, non sono in grado di ottenere il colostro.

- Neonati/e pretermine, neonati/e quasi a termine e altri neonati/e che non si attaccano in modo efficace durante le prime 24 ore <sup>143</sup> (2).
  - Neonati/e a rischio di ipoglicemia (figli di madri diabetiche, neonati ipoalimentati) con necessità di integrazione con colostro spremuto delle prime poppate.
  - Neonati/e che non sono in grado di attaccarsi e di alimentarsi direttamente al seno (ad es. neonati/e pretermine o patologici).
  - Nel caso in cui la separazione di madre e bambino/a non sia evitabile.
  - Madri a rischio di ritardo della lattogenesi II (Tabella 6).
- B. In tutte le situazioni in cui la separazione dura più di alcuni giorni, alle madri verrà consigliato l'utilizzo di un tiralatte elettrico con set doppio, con una frequenza minima di otto volte al dì, in combinazione con la spremitura manuale <sup>144</sup> (3) (verificatosi molto utile per madri di neonati/e pretermine). Sia il massaggio sia la spremitura manuale dovranno essere mostrati alle madri prima possibile.
- C. Alle madri, individuate già prima del parto o subito dopo, a rischio di un ritardo della lattogenesi II (Tabella 6), verrà riservata un'attenzione particolare. Verrà offerto loro sostegno attraverso l'elaborazione di un piano dettagliato di alimentazione (per i segni di adeguata idratazione e assunzione di latte oltre all'aiuto con la spremitura) e la programmazione di uno stretto *follow-up* del neonato. Al momento della dimissione verrà garantita la continuità assistenziale attraverso un piano di alimentazione e la pianificazione dei successivi controlli. <sup>48</sup>
- D. Nella programmazione dei carichi di lavoro verrà assegnato agli operatori e alle operatrici il tempo sufficiente per il sostegno di tutte le madri e dei/delle neonati/e e l'adeguata supervisione delle loro competenze. <sup>21,48</sup>
- E. Tutte le procedure dolorose, come le vaccinazioni, la somministrazione della Vit. K o il prelievo dal tallone dovranno essere eseguite mentre il/la bambino/a sta poppando, essendo il miglior metodo per alleviare il dolore nel neonato. <sup>145</sup> (2)
18. Un'adeguata assistenza personalizzata sarà offerta a tutte le madri dei/delle neonati/e pretermine o di basso peso alla nascita, sia in risposta ai bisogni del/della neonato/a sia per garantire un'assistenza centrata sulla famiglia e la continuità delle cure. <sup>50,51</sup>
- A. I/Le neonati/e pretermine possono essere in grado di cercare il seno, attaccarsi e succhiare dalla 27<sup>o</sup> settimana; però è probabile che si tratti di un allattamento poco efficace <sup>21</sup>. Ai/Alle neonati/e pretermine o "early term" (quasi a termine) sarà offerto un aiuto specifico per garantire un corretto attacco e un adeguato trasferimento di latte. <sup>140</sup> (1) <sup>56</sup>
- B. Sarà fatto ogni tentativo affinché i/le neonati/e con basso peso alla nascita (inclusi i/le neonati/e con peso molto basso alla nascita) possano essere nutriti con il latte della loro madre o, se questo non è disponibile, con latte umano donato pastorizzato. <sup>117, 128</sup> Le madri di neonati/e pretermine e di basso peso alla nascita saranno aiutate a iniziare a raccogliere il latte appena possibile, preferibilmente entro 1 ora dal parto <sup>146</sup> (3), <sup>21,63</sup> (se non è stato possibile effettuare il contatto pelle-a-pelle) <sup>147</sup> (3) o almeno entro le prime 6 ore dal parto. <sup>146</sup> (3). <sup>56</sup>
- C. Per garantire un'adeguata produzione di latte le madri saranno sostenute e incoraggiate a raccogliere il latte almeno 5 volte al giorno, ma tenendo come obiettivo 8 volte nell'arco delle 24 ore, di cui almeno una durante la notte. Nel reparto di Patologia Neonatale/Terapia Intensiva Neonatale (TIN) sarà previsto per le madri uno spazio, vicino ai/alle loro bambini/e, riservato alla raccolta del latte e provvisto di paravento per la tutela della privacy, se richiesto. Saranno offerti consigli sul massaggio al seno, sulla spremitura manuale, sull'utilizzo del tiralatte elettrico (possibilmente con doppia estrazione) <sup>148</sup> (2). Quando è necessario, saranno incoraggiati il drenaggio del seno subito dopo il contatto pelle-a-pelle <sup>149</sup> (2) e la spremitura manuale accompagnata da estrazione con tiralatte, almeno 8 volte al giorno <sup>56</sup> per aumentare la produzione di latte <sup>144</sup> (3).
- D. A tutte le madri di neonati/e di peso < 2000 g verrà offerta e avviata prima possibile dopo la nascita, appena le condizioni cliniche dei neonati sono stabili <sup>141,150</sup> (1) <sup>151</sup> (5), la *Kangaroo mother care* (marsupio terapia) che

dovrà proseguire per il maggior tempo possibile<sup>63,117</sup>. È garantito l'accesso illimitato alla Patologia Neonatale/TIN alle madri e ai loro compagni/e. A questo scopo le madri avranno a disposizione camici e spazi adeguati per stare sedute in posizione semireclinata in modo da tenere i/le loro bambini/e proni e nudi tra i seni. Il personale favorirà le poppate ogni volta che il/la neonato/a manifesta i primi segnali di fame.

- E. Al momento della dimissione, a tutte le madri che sono separate dai/dalle loro neonati/e saranno date, mediante colloquio e consegna di materiale cartaceo, le informazioni per una corretta conservazione ed etichettatura del latte materno<sup>55</sup>. Le madri saranno incoraggiate a proseguire la raccolta del latte e, quando possibile, la struttura si attiverà per fornire un tiralatte.
19. Le madri che allattano saranno incoraggiate a farlo in maniera esclusiva (alimentazione solo con latte materno, nessun altro alimento liquido o solido ad eccezione di vitamine e farmaci) a meno che le integrazioni (acqua, soluzione glucosata, formula, o altro liquido) siano state prescritte per ragioni mediche (ABM Protocollo n. 3)<sup>54</sup>. Ai/Alle neonati/e verranno somministrate integrazioni solo su prescrizione medica o su richiesta della madre in seguito a scelta informata e documentata.<sup>21,62</sup> Se sono necessarie integrazioni:
- A. L'ordine preferito sarà: colostro e latte della madre, latte umano donato pastorizzato,<sup>21,62</sup> formula liquida pronta per l'uso, formula in polvere o concentrata addizionata con acqua potabile. Nei primi 1-2 giorni di vita, i/le neonati/e a termine non hanno bisogno di più di 2-15 ml a poppata.<sup>48</sup>
- B. Le madri saranno incoraggiate a spremere il colostro direttamente nella bocca del/della bambino/a o a utilizzare metodi alternativi diversi da biberon/tettarelle, preferibilmente una tazzina, un dito, una siringa, un *paladai* (NdT: bicchierino con beccuccio), un cucchiaino.<sup>54</sup> L'integrazione attraverso l'utilizzo di un tubicino sulla mammella può aiutare a stimolare il seno della madre mentre alimenta il bambino.<sup>153</sup> (1)
- C. Le integrazioni saranno somministrate solo a seguito di prescrizione medica<sup>21</sup> compresa quella legata alla richiesta materna. Le prescrizioni su indicazione medica saranno rivalutate e, se necessarie, rinnovate giornalmente. Le indicazioni mediche per l'integrazione, il tipo di supplementazione, i tempi, le quantità, il metodo per la sua somministrazione e le comunicazioni date alle madri al riguardo saranno documentate nella cartella clinica di madre e bambino/a.<sup>21,54</sup>
- D. I motivi per cui le madri chiedono un'integrazione non richiesta da ragioni mediche, andranno ascoltati e approfonditi. Sarà offerta un'attenta valutazione dell'allattamento e saranno presentati alla madre e ai famigliari i rischi della supplementazione.<sup>54</sup>
- E. La preparazione, la somministrazione, la manipolazione e la conservazione dei sostituti del latte materno verranno presentate<sup>21</sup> alle famiglie che non vogliono allattare o che necessitano di supplementi al momento della dimissione, nel corso di un colloquio individuale, accompagnate se necessario da istruzioni scritte.
20. In questa struttura si riconosce e si tutela il bisogno di tutte le madri e dei/delle neonati/e sani di rimanere insieme 24 ore al giorno (*rooming-in*) per il reciproco benessere, indipendentemente dalla modalità di alimentazione scelta dai genitori o dal tipo di parto<sup>154</sup> (1).<sup>63,117</sup> A meno che non vi siano diverse disposizioni di legge, la struttura non dispone di uno spazio dedicato al nido per i/le neonati/e sani a termine (benché l'eliminazione del nido non sia un requisito della BFHI). Se la struttura dovesse mantenere un nido, i/le neonati/e al suo interno non dovrebbero essere visibili ai visitatori per non attirarne l'attenzione, e la struttura non dovrebbe dare l'impressione di ritenere la separazione una cosa normale né di approvarla o incoraggiarla.
- A. Si deve favorire il *rooming-in* per tutti i neonati/e<sup>155</sup> (2),<sup>21</sup> compresi i/le neonati/e *late preterm* (LPT)<sup>140</sup> (1)<sup>56</sup> o di basso peso alla nascita (LBW) > 1750 g. che soddisfano specifici criteri clinici e di sicurezza<sup>156</sup> (2). Per uso ospedaliero sono preferibili letti per le mamme con culla da agganciare al letto<sup>157,158</sup> (2).
- B. La separazione di mamme e neonati/e avverrà solo per motivi clinici giustificati. Il personale deve registrare in cartella le informazioni relative all'interruzione del *rooming-in*: il motivo, la durata e il luogo dov'è stato il/la neonato/a durante la separazione<sup>154</sup> (1)<sup>56</sup>. Il *rooming-in* verrà ripreso non appena saranno venute meno le ragioni che ne hanno causato l'interruzione. Ogni volta che una madre dev'essere separata dal/dalle suo/a bambino/e, il personale sosterrà la madre ad iniziare la spremitura del latte appena possibile e almeno entro le prime 6 ore dalla

separazione <sup>21</sup>. Ogni volta che i genitori chiedono l'interruzione del *rooming-in*, i motivi della loro richiesta saranno approfonditi e sarà spiegata l'importanza del *rooming-in* per la salute e il benessere del/della neonato/a <sup>154</sup> (1). La trasmissione di queste informazioni sarà documentata in cartella. Se il/la neonato/a viene separato/a dalla madre per ragioni mediche o per scelta dei genitori, il personale infermieristico che si prenderà cura del/della neonato/a dovrà comunque portare il/la bambino/a alla madre non appena mostra i primi segnali di fame al fine di sostenere l'allattamento esclusivo.

- C. Tutte le procedure di routine, le valutazioni, gli screening neonatali, gli screening cardiaci, gli screening dell'udito, le vaccinazioni e i prelievi saranno eseguiti vicino al letto della madre. <sup>48,63</sup> Il monitoraggio routinario della glicemia nei/nelle neonati/e sani a termine non è indicato <sup>52,73</sup> Il bagnetto del/della neonato/a non è necessario nella maggior parte dei casi, ma se lo desiderano, lo faranno i genitori, quando possibile, con l'assistenza del personale. <sup>48, 73</sup>
- D. I/Le neonati/e che necessitano di antibiotici per via endovenosa o di fototerapia, ma per il resto sono sani e stabili, potranno restare con le loro madri <sup>125</sup> (1). <sup>56</sup>
- E. Una formazione specifica per attuare il *rooming-in* in sicurezza e per la prevenzione delle cadute dei/delle neonati/e e dei rischi di soffocamento sarà regolarmente offerta alle famiglie con le informazioni relative alle ore a maggior rischio (primissime ore del mattino) e ai fattori di rischio (genitori molto stanchi), e con i consigli per alimentare il/la neonato/a al letto durante la notte, in caso di particolare stanchezza, anziché su un divano o su una poltrona <sup>159</sup>. Una maggiore sorveglianza sarà offerta alla diade madre bambino/a considerata a rischio <sup>127</sup> (5). <sup>56</sup>

21. Il personale del reparto di maternità si assicurerà che tutte le madri, indipendentemente dalle modalità del parto e dal tipo di alimentazione scelto, sappiano come rispondere in modo appropriato ai segnali di fame del/della bambino/a, così come al suo bisogno di contenimento e benessere. Nel/Nella bambino/a stabile non è da raccomandare un'alimentazione a orario. <sup>21, 30, 73</sup>

- A. Non saranno stabilite restrizioni sulla frequenza o sulla durata delle poppate (tenendo conto che il pianto è un segnale tardivo di fame).<sup>21</sup>
- B. Le madri saranno informate che:

- I/Le bambini/e hanno bisogno di poppare almeno 8 volte al giorno e molti con una frequenza maggiore.
- È importante offrire entrambi i seni per ciascuna poppata, ma, se il/la bambino/a si sazia a un seno solo, l'altro seno sarà offerto alla poppata successiva.
- Le poppate a grappolo (poppate molto ravvicinate tra loro) frequentemente si verificano nelle prime 24-36 ore, stimolando così la produzione di latte. Quando questo accade non significa né che la produzione di latte sia scarsa né che sia necessario introdurre un'integrazione.<sup>30</sup> Più avanti nel tempo, potrebbero essere segno di inadeguato trasferimento di latte<sup>160</sup> (5).

**TABELLA 5. ELENCO DI ARGOMENTI ESSENZIALI CHE OGNI MADRE IN ALLATTAMENTO (E LA SUA FAMIGLIA) DOVREBBE SAPERE E/O MOSTRARE (DA VERIFICARE CON LA MADRE PRIMA DELLA DIMISSIONE)**

1. L'importanza dell'allattamento esclusivo e del contatto visivo e corporeo fra madre/genitore e bambino/a durante la poppata.
2. Segnali di fame e segni di un adeguato attacco, deglutizione, trasferimento del latte e soddisfazione del/della bambino/a e come riconoscerli tutti.
3. La frequenza media delle poppate (8-12 volte nelle 24 ore) con alcuni bambini/e che necessitano di poppate più frequenti.
4. Come allattare in una posizione comoda senza dolore.
5. I/Le neonati/e dovrebbero essere nutriti in risposta a segnali di fame, offrendo entrambi i seni a poppata, fino a quando sembrano soddisfatti.
6. Come garantire e migliorare la produzione di latte e riflesso di emissione.
  - a. Perché e come spremere il colostro / il latte materno.
  - b. Le madri che hanno bisogno di un tiralatte devono saperlo usare correttamente e aver cura del proprio tiralatte.
7. Gli effetti dei ciucci e delle tettarelle sull'allattamento e perché evitarli fino a quando la lattazione non è ben avviata.
8. Non tutti i farmaci né le malattie materne costituiscono controindicazioni all'allattamento.
  - a. Risorse informative accurate: [www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org) e [www.mommymeds.com](http://www.mommymeds.com) sono fonti "user-friendly" per genitori.
  - b. Ragioni per cui una madre che allatta deve evitare il tabacco, alcool e altre droghe.
9. Istruzioni per dormire in sicurezza (come rendere più sicura la condivisione del sonno), in particolare evitando divani e tabacco.
10. Riconoscere i segni preoccupanti di denutrizione o disidratazione nel/nella bambino/a e i segnali che indicano la necessità di contattare un/a operatore/operatrice sanitario/a.
  - a. Neonato/a: di solito dorme per più di 4 ore alla volta, o sta sempre sveglio/a, o non sembra mai soddisfatto/a, o fa più di 12 poppate al giorno, o non mostra segni di deglutizione dopo almeno 3-4 suzioni, presenta troppo pochi pannolini bagnati / pesanti o sporchi al giorno, o presenta febbre.
  - b. Madre: attacco doloroso persistente, noduli al seno, dolore al seno, febbre, dubbi sulla produzione di latte, avversione al bambino, profonda tristezza e qualsiasi dubbio sull'autoefficacia dell'allattamento.

Fonte: OMS-UNICEF<sup>21</sup> con integrazioni delle seguenti fonti: i numeri tra parentesi si riferiscono ai livelli di evidenza (LOE) assegnati secondo l'OCEBM<sup>67</sup>: (pagine web),<sup>172, 192</sup> (5)<sup>191</sup> (1),<sup>192</sup>

- C. Durante il *rooming-in* i genitori di neonati/e di basso peso alla nascita, pretermine o *late preterm* e i/le neonati/e che hanno un calo ponderale eccessivo, devono ricevere indicazioni ad alimentare il/la bambino/a ai primi segnali di fame, e svegliarlo/a, se necessario, in modo che possa alimentarsi almeno 8 volte nelle 24 ore.<sup>56</sup> Se si rende necessaria la separazione dalla madre, il personale della maternità porterà il/la bambino/a alla madre per allattarlo/a ogni volta che noterà i segnali di fame.<sup>21</sup>
22. Nei bambini/Nelle bambine sani/e e a termine allattati/e non saranno usati ciucci, paracapezzoli o tettarelle né questi ausili saranno offerti di routine.<sup>161, 162</sup> (1)<sup>155, 163</sup> (2)<sup>164, 165</sup> (3)<sup>54</sup>
- A. Se la madre chiede che per il/la suo/a bambino/a siano utilizzati biberon e/o ciuccio, il personale della maternità cercherà di capire i motivi di questa richiesta, risponderà alle sue preoccupazioni, e informerà sui rischi derivanti dal loro utilizzo, ponendo una particolare attenzione sui rischi legati alla suzione. Si

osserverà una poppata per assicurarsi che non ci siano difficoltà<sup>165</sup> (3)<sup>21</sup>.

- B. Il personale della maternità non offrirà il ciuccio di routine ai/alle bambini/e allattati/e. Se la madre dovesse farne richiesta, si cercherà di approfondire i motivi di tale richiesta, rispondere alle preoccupazioni materne e dare informazioni sui potenziali problemi legati all'utilizzo del ciuccio; queste informazioni saranno accompagnate da adeguata documentazione. Dopo averla informata, le decisioni materne sull'utilizzo di tettarelle o del ciuccio saranno rispettate e registrate in cartella clinica.<sup>54</sup>
- C. Per i/le pretermine o i/le bambini/e malati/e ricoverati/e in Terapia Intensiva Neonatale o Patologia Neonatale potrebbe essere indicato l'uso del ciuccio per soddisfare il bisogno di suzione non nutritiva.<sup>21, 50, 163</sup>
- D. Paracapezzoli (o tettarelle) saranno utilizzati solo su indicazione di una figura specializzata in allattamento e solo dopo che altri tentativi per risolvere le difficoltà di attacco non siano andati a buon fine.<sup>166</sup> (1)<sup>167</sup> (2)<sup>50</sup>

**TABELLA 6. FATTORI DI RISCHIO PER LATTOGENESI II RITARDATA O ASSENTE O SCARSA DISPONIBILITÀ DI LATTE**

<i>Fattori materni</i>	<i>Fattori neonatali</i>
Età superiore a 30 anni, primiparità. Problemi al seno: insufficiente tessuto ghiandolare, capezzoli piatti o invertiti, chirurgia del seno nell'anamnesi. Problemi al parto: taglio cesareo (soprattutto se non programmato), parto complicato, emorragia significativa, travaglio prolungato, parto pretermine (<37 settimane di gravidanza), ritenzione della placenta. Depressione post parto. Problemi metabolici: diabete (gestazionale, tipo 1 o 2), ipertensione, preeclampsia, sindrome dell'ovaio policistico, obesità (pregnante con indice di massa corporea >30), elevati livelli di cortisolo, ipotiroidismo, estrema stanchezza, affaticamento o stress. Precedente scarsa produzione. L'utilizzo di tabacco e di alcune sostanze o farmaci può causare una bassa produzione di latte.	Parto pretermine (37–39 settimane di gravidanza) Indice di Apgar <8  Elevato peso alla nascita (>3600 gr.)  Basso peso alla nascita (<2500 gr.) Attacco poco efficace o doloroso, poppate limitate  Supplementazioni prima dell'avvio dell'allattamento Prematurità (<37 settimane di gravidanza)

*Si definisce come lattogenesi II ritardata la percezione materna di scarsa o assente pienezza del seno o di perdita di latte dal seno ad almeno 72 ore dal parto.*

*Fonti: questa tabella è stata elaborata con informazioni tratte da riferimenti bibliografici (i numeri tra parentesi si riferiscono ai livelli di evidenza assegnati secondo l'OCEBM <sup>67</sup>: (1) <sup>141,193</sup> (5) <sup>194</sup>*

- E. Allattare sarà il metodo da preferire per consolare qualsiasi bambino/a allattato/a sottoposto/a a procedure dolorose<sup>145</sup> (2). Il ciuccio come consolazione sarà offerto durante una procedura solo se non sarà possibile allattare e sarà poi eliminato al termine della procedura stessa.
23. Questa struttura utilizzerà risorse basate sulle evidenze per l'uso appropriato di farmaci destinati alle madri che allattano, come LactMed,<sup>168</sup> InfantRisk,<sup>169</sup> il Lactation Study Center<sup>170</sup> o la pagina web di APILAM: [www.elactancia.org](http://www.elactancia.org).<sup>171</sup> Non sarà proposta di routine la soppressione farmacologica della lattazione nel caso si renda necessaria l'interruzione dell'allattamento.<sup>172, 173</sup> Per alleviare il dolore saranno suggerite misure di contenimento non farmacologiche, come impacchi freddi o l'uso di un blando analgesico, la spremitura manuale e il sostegno del seno per alleggerire la tensione ed evitare l'ingorgo mammario<sup>174</sup> (1)<sup>172</sup>. Nelle partorienti per le quali si renda necessaria la soppressione dell'allattamento per ragioni mediche o psicologiche, e dopo che la persona ha preso una decisione informata<sup>173</sup> (5), possono essere utilizzati lisuride e cabergolina<sup>175</sup> (1).
- Dimissione/continuità assistenziale
24. La struttura offre anche dopo la dimissione, a tutte le madri, i/le neonati/e e le famiglie, un percorso di sostegno all'allattamento, coordinato tra le diverse figure qualificate, sanitarie e non, attraverso uno scambio di informazioni accurate e chiare<sup>63</sup>.
- A. Prima della dimissione il team sanitario verificherà che l'allattamento sia efficace, che le madri siano in grado di allattare in modo efficiente i/le loro bambini/e e che sia garantita la continuità delle cure, con visite di *follow-up* (comprese visite a domicilio), oppure organizzando visite sul territorio con figure professionali qualificate e/o consulenti in allattamento e/o fornendo i contatti dei gruppi di sostegno all'allattamento o delle madri *peer*<sup>21,28,62,1,176</sup> (1).
- B. Se al momento della dimissione il/la bambino/a non si attacca o non si alimenta ancora bene, sarà elaborato un piano di alimentazione personalizzato in base alla situazione clinica della diade e alle risorse disponibili. Potrebbe anche essere opportuno ritardare la dimissione del/della bambino/a.<sup>53,54</sup> Il/La bambino/a sano/a la cui madre avesse bisogno di rimanere in ospedale per qualsiasi motivo di salute non sarà dimesso/a senza di lei, a meno che stare insieme sia oggettivamente impossibile (ad es. madre ricoverata in terapia intensiva).
- C. Alle madri e ai loro partner verrà fornito e descritto in maniera appropriata materiale informativo cartaceo<sup>177</sup> (2), questo non sostituisce però il sostegno individuale, proattivo e centrato sulla persona<sup>178</sup> (1)<sup>46</sup> (H) e si farà il possibile per coinvolgere anche la famiglia in queste occasioni informative. Il personale sanitario si assicurerà che, prima di

lasciare l'ospedale, le persone di riferimento abbiano le conoscenze e le competenze specifiche (tabella 4).

25. Questa struttura collabora con i servizi territoriali per coordinare le informazioni sull'allattamento e offrire continuità assistenziale.

A. Prima della dimissione saranno forniti i contatti dei gruppi di sostegno locali e degli altri servizi della comunità a sostegno all'allattamento per tutte le diadi <sup>1</sup> (1).

B. Per ogni diade madre-bambino/a verrà garantita una visita di controllo con una figura sanitaria a 2-4 giorni dalla nascita e un'altra nella settimana successiva, per valutare il benessere generale di madre e bambino/a, l'andamento dell'alimentazione del/della bambino/a, la presenza di ittero neonatale.<sup>21</sup>

C. Se necessario, verrà organizzata una visita di *follow-up* specifica per problemi di alimentazione. Si possono pianificare oppure organizzare visite domiciliari poiché è dimostrata la loro importanza nel prolungare la durata dell'allattamento <sup>1</sup> (1).

### Applicazione

Tutte le puerpere.

### Altri protocolli ABM sul tema

Protocolli n. 1, n. 2, n. 3, n. 5, n. 8, n. 10, n. 14, n. 19, n. 21, n. 26, n. 28.

### Raccomandazioni per la Futura Ricerca

Durante la ricerca di evidenze scientifiche utili ad elaborare questo protocollo, sono emerse evidenze carenti o del tutto insufficienti su alcuni argomenti, come le strategie efficaci per aumentare l'implementazione delle pratiche BFHI in ambito ospedaliero o i modi migliori per monitorare il rispetto della politica dell'ospedale sull'allattamento da parte del personale. Servono studi controllati sulla spremitura manuale prenatale e subito dopo la nascita nelle madri di bambini/e a termine a rischio di ritardo nella lattogenesi II; e sull'effetto della spremitura riguardo alla tempistica della lattogenesi II, al volume del latte prodotto e alla durata dell'allattamento. Altri argomenti per i quali la ricerca è carente o totalmente mancante sono: l'allattamento a richiesta, le migliori posizioni per allattare, il contatto pelle a pelle con l'altro genitore che non sia il padre e altri parenti (se la madre non è disponibile), la pratica migliore per inibire, quando necessario, la produzione di latte e le esperienze di allattamento di genitori transgender, compreso il sostegno specifico.

### Bibliografia

1. Feltner C, Palmieri Weber R, Stuebe AM, Grodenski CA, Orr C, Viswanathan M. *Breastfeeding Programs and Policies, Breastfeeding Uptake, and Maternal Health Outcomes in Developed Countries*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality;2018.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-490.
3. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(467):96-113.
4. Merritt MA, Riboli E, Murphy N, et al. Reproductive factors and risk of mortality in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition; a cohort study. *BMC Med*. 2015;13:252.
5. Nguyen B, Jin K, Ding D. Breastfeeding and maternal cardiovascular risk factors and outcomes: A systematic review. *PLoS One*. 2017;12(11):e0187923.
6. Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr*. 2017;13(1):3-6; Erratum in *Matern Child Nutr* 2017 Apr: 2013(2012):null.
7. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104 Suppl 467:3-13.
8. Cleminson J, Oddie S, Renfrew MJ, McGuire W. Being baby friendly: evidence-based breastfeeding support. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2015;100(2):F173-178.
9. Bowatte G, Tham R, Allen KJ, et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104 Suppl 467:85-95.
10. Giugliani ER, Horta BL, Loret de Mola C, Lisboa BO, Victora CG. Effect of breastfeeding promotion interventions on child growth: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104 Suppl 467:20-29.
11. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104 Suppl 467:30-37.
12. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104 Suppl 467:14-19.
13. Horta BL, de Sousa BA, de Mola CL. Breastfeeding and neurodevelopmental outcomes. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2018;21(3):174-178.

14. Lodge CJ, Tan DJ, Lau M, et al. Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104 Suppl 467:38-53.
15. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet.* 2016;387(10017):491-504.
16. Hansen K. Breastfeeding: a smart investment in people and in economies. *Lancet.* 2016;387(10017):416.
17. Babakazo P, Donnen P, Akilimali P, Ali NM, Okitolonda E. Predictors of discontinuing exclusive breastfeeding before six months among mothers in Kinshasa: a prospective study. *Int Breastfeed J.* 2015;10:19.
18. Graham W, Woodd S, Byass P, et al. Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. *Lancet.* 2016;388(10056):2164-2175.
19. McDougall L, Campbell OMR, Graham W. *Maternal Health. An Executive Summary for the Lancet's Series. The Lancet Maternal Health Series.* London 2016.
20. World Health Organization. *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for integrated care.* Geneva: World Health Organization;2009.
21. World Health Organization-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.
22. World Health Organization. *National Implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative 2017.* Geneva: World Health Organization;2017.
23. Martens PJ. What do Kramer's Baby-Friendly Hospital Initiative PROBIT studies tell us? A review of a decade of research. *J Hum Lact.* 2012;28(3):335-342.
24. Perez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Perez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016;12(3):402-417.
25. Meek JY, Noble L. Implementation of the Ten Steps to Successful Breastfeeding Saves Lives. *JAMA Pediatr.* 2016;170(10):925-926.
26. Spaeth A, Zemp E, Merten S, Dratva J. Baby-Friendly Hospital designation has a sustained impact on continued breastfeeding. *Matern Child Nutr.* 2018;14(1).
27. Vieira TO, Vieira GO, de Oliveira NF, Mendes CM, Giugliani ER, Silva LR. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:175.
28. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: blueprint for action (revised 2008).* Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment;2008.
29. US Department of Health and Human Services. *The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding.* Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General; 2011.
30. Perinatal Services BC. *Breastfeeding Healthy Term Infants.* Vancouver, BC: Perinatal Services BC;2015.
31. Renfrew MJ, Pokhrel S, Quigley M, et al. *Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK.* London: UNICEF UK;2012.
32. Jones KM, Power ML, Queenan JT, Schulkin J. Racial and ethnic disparities in breastfeeding. *Breastfeed Med.* 2015;10(4):186-196.
33. UNICEF, World Health Organization. *Capture the moment: Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn.* New York UNICEF;2018.
34. Bartick MC, Jegier BJ, Green BD, Schwarz EB, Reinhold AG, Stuebe AM. Disparities in Breastfeeding: Impact on Maternal and Child Health Outcomes and Costs. *J Pediatr.* 2017;181:49-55 e46.
35. Sacker A, Kelly Y, Iacovou M, Cable N, Bartley M. Breast feeding and intergenerational social mobility: what are the mechanisms? *Arch Dis Child.* 2013;98(666-71).
36. Victora CG, Requejo J, Boerma T, et al. Countdown to 2030 for reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health and nutrition. *Lancet Glob Health.* 2016;4(11):e775-e776.
37. Condon LJ, Salmon D. 'You likes your way, we got our own way': Gypsies and Travellers' views on infant feeding and health professional support. *Health Expect.* 2015;18(5):784-795.
38. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;7:CD003766.
39. Centers for Disease Control and Prevention. *Breastfeeding Among U.S. Children Born 2002-2014, CDC National Immunization Survey.* 2017; [https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis\\_data/results.html](https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/results.html). Accessed March 3, 2018.
40. French CA, Cong X, Chung KS. Labor Epidural Analgesia and Breastfeeding: A Systematic Review. *J Hum Lact.* 2016;32(3):507-520.
41. Carvalho ML, Boccolini CS, Oliveira MI, Leal MD. The Baby-Friendly Hospital Initiative and breastfeeding at birth in Brazil: a cross sectional study. *Reprod Health.* 2016;13(Suppl 3):119.
42. Black L, Hulsey T, Lee K, Parks DC, Ebeling MD. Incremental Hospital Costs Associated With Comorbidities of Prematurity. *Manag Care.* 2015;24(12):54-60.
43. Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, Brockway M, Tough SC. The impact of

- caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:90.
44. Hofmeyr GJ, Barrett JF, Crowther CA. Planned caesarean section for women with a twin pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(12):CD006553.
  45. Cabrera-Rubio R, Mira-Pascual L, Mira A, Collado MC. Impact of mode of delivery on the milk microbiota composition of healthy women. *J Dev Orig Health Dis*. 2016;7(1):54-60.
  46. Sudhinaraset M, Afulani P, Diamond-Smith N, Bhattacharyya S, Donnay F, Montagu D. Advancing a conceptual model to improve maternal health quality: The Person-Centered Care Framework for Reproductive Health Equity. *Gates Open Res*. 2017;1:1.
  47. World Health Assembly. *Framework on integrated people-centered health services*. Geneva: World Health Organization;2016.
  48. Holmes AV, McLeod AY, Bunik M. ABM Clinical Protocol #5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term, revision 2013. *Breastfeed Med*. 2013;8(6):469-473.
  49. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*. 2018;13(4):e0194906.
  50. Nyqvist KH, Maastrup R, Hansen MN, et al. *Neo-BFHI: The Baby-Friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards. Core document with recommended standards and criteria*. 2015.
  51. International Lactation Consultant Association. *Neo-BFHI Package*. Raleigh, NC: ILCA;2018.
  52. Wight N, Marinelli KA, Academy of Breastfeeding M. ABM clinical protocol #1: Guidelines for blood glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in term and late-preterm neonates, revised 2014. *Breastfeed Med*. 2014;9(4):173-179.
  53. Evans A., Marinelli K.A., Taylor JS, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol#2: Guidelines for Hospital Discharge of the Breastfeeding Term Newborn and Mother: "The Going Home Protocol" *Breastfeed Med*. 2014;9(1).
  54. Kellams A, Harrel C, Omage S, Gregory C, Rosen-Carole C. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017. *Breastfeed Med*. 2017;12:188-198.
  55. Eglash A, Simon L, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants, Revised 2017. *Breastfeed Med*. 2017;12:390-395.
  56. Boies EG, Vaucher YE. ABM Clinical Protocol #10: Breastfeeding the Late Preterm (34-36 6/7 Weeks of Gestation) and Early Term Infants (37-38 6/7 Weeks of Gestation), Second Revision 2016. *Breastfeed Med*. 2016;11:494-500.
  57. Grawey AE, Marinelli KA, Holmes AV, Academy of Breastfeeding M. ABM Clinical Protocol #14: Breastfeeding-friendly physician's office: optimizing care for infants and children, revised 2013. *Breastfeed Med*. 2013;8:237-242.
  58. Rosen-Carole C, Hartman S, Academy of Breastfeeding M. ABM Clinical Protocol #19: Breastfeeding Promotion in the Prenatal Setting, Revision 2015. *Breastfeed Med*. 2015;10(10):451-457.
  59. Reece-Stremtan S, Marinelli KA. ABM clinical protocol #21: guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, revised 2015. *Breastfeed Med*. 2015;10(3):135-141.
  60. Berens P, Eglash A, Malloy M, Steube AM. ABM Clinical Protocol #26: Persistent Pain with Breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2016;11(2):46-53.
  61. Martin E, Vickers B, Landau R, Reece-Stremtan S. ABM Clinical Protocol #28, Peripartum Analgesia and Anesthesia for the Breastfeeding Mother. *Breastfeed Med*. 2018;13(3):164-171.
  62. World Health Organization. *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Geneva: World Health Organization;2017.
  63. World Health Organization. *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. Geneva: World Health Organization;2016.
  64. Spangler A, Wambach K. *Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding*. Raleigh, NC: International Lactation Consultant Association;2014.
  65. World Health Organization. *The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes, 2017 Update, Frequently Asked Questions*. Geneva: World Health Organization;2017.
  66. World Health Organization. Code and subsequent resolutions. 2016; <http://www.who.int/nutrition/netcode/resolutions/en/>. Accessed July 17, 2018.
  67. Howick J, Chalmers I, Glasziou P, OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 Levels of Evidence. 2011; [Http://www.cebm.net/index.aspx?o=563](http://www.cebm.net/index.aspx?o=563). Accessed July 9, 2018.
  68. Lewin S, Bohren M, Rashidian A, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings-paper 2: how to make an overall CERQual assessment of confidence and create a Summary of Qualitative Findings table. *Implement Sci*. 2018;13(Suppl 1):10.
  69. MacDonald T, Noel-Weiss J, West D, et al. Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:106.

70. Reisman T, Goldstein Z. Case Report: Induced Lactation in a Transgender Woman. *Transgend Health*. 2018;3(1):24-26.
71. Fontenot HB. Transition and adaptation to adoptive motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36(2):175-182.
72. Farhadi R, Philip RK. Induction of Lactation in the Biological Mother After Gestational Surrogacy of Twins: A Novel Approach and Review of Literature. *Breastfeed Med*. 2017;12(6):373-376.
73. World Health Organization. *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization;2018.
74. Tervalon M, Murray-Garcia J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *J Health Care Poor Underserved*. 1998;9(2):117-125.
75. Li CM, Li R, Ashley CG, Smiley JM, Cohen JH, Dee DL. Associations of hospital staff training and policies with early breastfeeding practices. *J Hum Lact*. 2014;30(1):88-96.
76. Orth TA, Drachman D, Habak P. Breastfeeding in obstetrics residency: exploring maternal and colleague resident perspectives. *Breastfeed Med*. 2013;8(4):394-400.
77. Sattari M, Levine D, Serwint JR. Physician mothers: an unlikely high risk group-call for action. *Breastfeed Med*. 2010;5(1):35-39.
78. Sattari M, Serwint JR, Shuster JJ, Levine DM. Infant-Feeding Intentions and Practices of Internal Medicine Physicians. *Breastfeed Med*. 2016;11:173-179.
79. Piwoz EG, Huffman SL. The Impact of Marketing of Breast-Milk Substitutes on WHO-Recommended Breastfeeding Practices. *Food Nutr Bull*. 2015;36(4):373-386.
80. Tarrant M, Lok KY, Fong DY, et al. Effect of a hospital policy of not accepting free infant formula on in-hospital formula supplementation rates and breast-feeding duration. *Public Health Nutr*. 2015;18(14):2689-2699.
81. Barennes H, Empis G, Quang TD, et al. Breast-milk substitutes: a new old-threat for breastfeeding policy in developing countries. A case study in a traditionally high breastfeeding country. *PLoS One*. 2012;7(2):e30634.
82. Barennes H, Slesak G, Goyet S, Aaron P, Srour LM. Enforcing the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes for Better Promotion of Exclusive Breastfeeding: Can Lessons Be Learned? *J Hum Lact*. 2016;32(1):20-27.
83. Parry K, Taylor E, Hall-Dardess P, Walker M, Labbok M. Understanding women's interpretations of infant formula advertising. *Birth*. 2013;40(2):115-124.
84. Feldman-Winter L, Grossman X, Palaniappan A, et al. Removal of industry-sponsored formula sample packs from the hospital: does it make a difference? *J Hum Lact*. 2012;28(3):380-388.
85. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:CD001141.
86. de Jesus PC, de Oliveira MI, Fonseca SC. Impact of health professional training in breastfeeding on their knowledge, skills, and hospital practices: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92(5):436-450.
87. Balogun OO, Kobayashi S, Anigo KM, Ota E, Asakura K, Sasaki S. Factors Influencing Exclusive Breastfeeding in Early Infancy: A Prospective Study in North Central Nigeria. *Matern Child Health J*. 2016;20(2):363-375.
88. Beake S, Pellowe C, Dykes F, Schmied V, Bick D. A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. *Matern Child Nutr*. 2012;8(2):141-161.
89. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(1):CD001141.
90. Coutinho SB, Lira PI, Lima MC, Frias PG, Eickmann SH, Ashworth A. Promotion of exclusive breast-feeding at scale within routine health services: impact of breast-feeding counselling training for community health workers in Recife, Brazil. *Public Health Nutr*. 2014;17(4):948-955.
91. Gavine A, MacGillivray S, Renfrew MJ, Siebelt L, Haggi H, McFadden A. Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. *Int Breastfeed J*. 2016;12:6.
92. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104 Suppl 467:114-134.
93. Spiby H, McCormick F, Wallace L, Renfrew MJ, D'Souza L, Dyson L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery*. 2009;25(1):50-61.
94. Ekström AC, Thorstensson S. Nurses and midwives professional support increases with improved attitudes - design and effects of a longitudinal randomized controlled process-oriented intervention. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:275.
95. Kraft JM, Wilkins KG, Morales GJ, Widyono M, Middlestadt SE. An evidence review of gender-integrated interventions in reproductive and maternal-child health. *J Health Commun*. 2014;19 Suppl 1:122-141.
96. Esteves TM, Daumas RP, Oliveira MI, Andrade CA, Leite IC. Factors associated to breastfeeding

- in the first hour of life: systematic review. *Rev Saude Publica*. 2014;48(4):697-708.
97. Nguyen PH, Kim SS, Sanghvi T, et al. Integrating Nutrition Interventions into an Existing Maternal, Neonatal, and Child Health Program Increased Maternal Dietary Diversity, Micronutrient Intake, and Exclusive Breastfeeding Practices in Bangladesh: Results of a Cluster-Randomized Program Evaluation. *J Nutr*. 2017;147(12):2326-2337.
  98. Tadesse K, Zelenko O, Mulugeta A, Gallegos D. Effectiveness of breastfeeding interventions delivered to fathers in low- and middle-income countries: A systematic review. *Matern Child Nutr*. 2018:e12612.
  99. Wouk K, Tully KP, Labbok MH. Systematic Review of Evidence for Baby-Friendly Hospital Initiative Step 3. *J Hum Lact*. 2017;33(1):50-82.
  100. Balyakina E, Fulda KG, Franks SF, Cardarelli KM, Hinkle K. Association Between Healthcare Provider Type and Intent to Breastfeed Among Expectant Mothers. *Matern Child Health J*. 2016;20(5):993-1000.
  101. Costanian C, Macpherson AK, Tamim H. Inadequate prenatal care use and breastfeeding practices in Canada: a national survey of women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:100.
  102. Wouk K, Lara-Cinisomo S, Stuebe AM, Poole C, Petrick JL, McKenney KM. Clinical Interventions to Promote Breastfeeding by Latinas: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;137(1).
  103. Liu L, Zhu J, Yang J, Wu M, Ye B. The Effect of a Perinatal Breastfeeding Support Program on Breastfeeding Outcomes in Primiparous Mothers. *West J Nurs Res*. 2017;39(7):906-923.
  104. Leclair E, Robert N, Sprague AE, Fleming N. Factors Associated with Breastfeeding Initiation in Adolescent Pregnancies: A Cohort Study. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015;28(6):516-521.
  105. Bever Babendure J, Reifsnider E, Mendias E, Moramarco MW, Davila YR. Reduced breastfeeding rates among obese mothers: a review of contributing factors, clinical considerations and future directions. *Int Breastfeed J*. 2015;10:21.
  106. Johnson AM, Kirk R, Rooks AJ, Muzik M. Enhancing Breastfeeding Through Healthcare Support: Results from a Focus Group Study of African American Mothers. *Matern Child Health J*. 2016;20(Suppl 1):92-102.
  107. Khan AI, Kabir I, Eneroth H, et al. Effect of a randomised exclusive breastfeeding counselling intervention nested into the MINIMat prenatal nutrition trial in Bangladesh. *Acta Paediatr*. 2017;106(1):49-54.
  108. Behera D, Anil Kumar K. Predictors of exclusive breastfeeding intention among rural pregnant women in India: a study using theory of planned behaviour. *Rural Remote Health*. 2015;15(3):3405.
  109. Lee SH, Nurmatov UB, Nwaru BI, Mukherjee M, Grant L, Pagliari C. Effectiveness of mHealth interventions for maternal, newborn and child health in low- and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*. 2016;6(1):010401.
  110. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2018;15(1):e1002494.
  111. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr*. 2012;95(5):1113-1135.
  112. Chien LY, Tai CJ. Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiation on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Birth*. 2007;34(2):123-130.
  113. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4:CD004667.
  114. Fortier JH, Godwin M. Doula support compared with standard care: Meta-analysis of the effects on the rate of medical interventions during labour for low-risk women delivering at term. *Canadian Family Physician*. 2015;61(Jun):e284-e292.
  115. Beake S, Bick D, Narracott C, Chang YS. Interventions for women who have a Caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: A systematic review. *Matern Child Nutr*. 2017;13(4).
  116. Cleveland L, Hill CM, Pulse WS, DiCioccio HC, Field T, White-Traut R. Systematic Review of Skin-to-Skin Care for Full-Term, Healthy Newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2017;46(6):857-869.
  117. World Health Organization. *WHO Recommendations on Newborn Health*. Geneva: World Health Organization;2017.
  118. Grupo de trabajo de Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*. San Sebastián, Spain: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno Vasco;2017.
  119. Dumas L, Lepage M, Bystrova K, Matthiesen AS, Welles-Nystrom B, Widstrom AM. Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: a randomized controlled trial. *Clin Nurs Res*. 2013;22(3):310-336.
  120. Righard L. The baby is breastfeeding--not the mother. *Birth*. 2008;35(1):1-2.
  121. Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllof A, Lintula M, Nissen E. Newborn

- behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr.* 2011;100(1):79-85.
122. Colson SD, Meek JH, Hawdon JM. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Hum Dev.* 2008;84(7):441-449.
  123. Brimdyr K, Cadwell K, Stevens J, Takahashi Y. An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth. *Matern Child Nutr.* 2018;14(2):e12571.
  124. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Matern Child Nutr.* 2014;10(4):456-473.
  125. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;11:CD003519.
  126. Guala A, Boscardini L, Visentin R, et al. Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study. *ScientificWorldJournal.* 2017;2017:1940756.
  127. Feldman-Winter L, Goldsmith JP, Committee On F, Newborn, Task Force On Sudden Infant Death S. Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns. *Pediatrics.* 2016.
  128. Pallás Alonso C, R., Rodríguez López J, Comité de Estándares de Sociedad Española de Neonatología. [Factors associated with the safety of early skin-to-skin contact after delivery]. *An Pediatr (Barc).* 2014;80(4):203-205.
  129. Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. A systematic review and meta-analysis of a brief delay in clamping the umbilical cord of preterm infants. *Neonatology.* 2008;93(2):138-144.
  130. World Health Organization. *Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes.* Geneva 2014.
  131. Garofalo M, Abenhaim HA. Early versus delayed cord clamping in term and preterm births: a review. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012;34(6):525-531.
  132. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 648: Umbilical Cord Blood Banking. *Obstet Gynecol.* 2015;126(6):e127-129.
  133. Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, Li SX, Walsh EM, Paul IM. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics.* 2015;135(1):e16-23.
  134. McMillan D, Canadian Paediatric Society Fetus and Newborn Committee. Position statement: Routine administration of vitamin K to newborns. 2018; <https://www.cps.ca/en/documents/position/administration-vitamin-k-newborns>. Accessed June 16, 2018.
  135. World Health Organization. *Recommendations for management of common childhood conditions: Newborn conditions, dysentery, pneumonia, oxygen use and delivery, common causes of fever, severe acute malnutrition and supportive care.* Geneva: World Health Organization;2012.
  136. U.S. Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Ocular Prophylaxis for Gonococcal Ophthalmia Neonatorum. 2011; <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/ocular-prophylaxis-for-gonococcal-ophthalmia-neonatorum-preventive-medication>. Accessed June 20, 2018.
  137. AAP Committee On Infectious Diseases, AAP Committee On Fetus Newborn. Elimination of Perinatal Hepatitis B: Providing the First Vaccine Dose Within 24 Hours of Birth. *Pediatrics.* 2017;140(3).
  138. Neovita Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health.* 2016;4(4):e266-275.
  139. Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, et al. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(7):e0180722.
  140. Goyal NK, Attanasio LB, Kozhimannil KB. Hospital care and early breastfeeding outcomes among late preterm, early-term, and term infants. *Birth.* 2014;41(4):330-338.
  141. Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016(8):CD002771.
  142. Johns HM, Forster DA, Amir LH, McLachlan HL. Prevalence and outcomes of breast milk expressing in women with healthy term infants: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:212.
  143. Flaherman VJ, Gay B, Scott C, Avins A, Lee KA, Newman TB. Randomised trial comparing hand expression with breast pumping for mothers of term newborns feeding poorly. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012;97(1):F18-23.
  144. Morton J, Wong RJ, Hall JY, et al. Combining hand techniques with electric pumping increases the caloric content of milk in mothers of preterm infants. *J Perinatol.* 2012;32(10):791-796.
  145. Soltani S, Zohoori D, Adineh M. Comparison the Effectiveness of Breastfeeding, Oral 25% Dextrose, Kangaroo-Mother Care Method, and EMLA Cream on Pain Score Level Following Heal Pick Sampling in Newborns: a randomized clinical trial. *Electron Physician.* 2018;10(5):6741-6748.
  146. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, Mueller M. Association of timing of initiation of breastmilk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low-

- birth-weight infants. *Breastfeed Med*. 2015;10(2):84-91.
147. Spatz DL, Froh EB, Schwarz J, et al. Pump Early, Pump Often: A Continuous Quality Improvement Project. *J Perinat Educ*. 2015;24(3):160-170.
  148. Fewtrell MS, Kennedy K, Ahluwalia JS, Nicholl R, Lucas A, Burton P. Predictors of expressed breast milk volume in mothers expressing milk for their preterm infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2016.
  149. Acuña-Muga J, Ureta-Velasco N, de la Cruz-Bértolo J, et al. Volume of milk obtained in relation to location and circumstances of expression in mothers of very low birth weight infants. *J Hum Lact*. 2014;30(1):41-46.
  150. Puthussery S, Chutiyami M, Tseng PC, Kilby L, Kapadia J. Effectiveness of early intervention programs for parents of preterm infants: a meta-review of systematic reviews. *BMC Pediatr*. 2018;18:223.
  151. Charpak N, Ruiz JG. Latin American Clinical Epidemiology Network Series - Paper 9: The Kangaroo Mother Care Method: from scientific evidence generated in Colombia to worldwide practice. *J Clin Epidemiol*. 2017;86:125-128.
  152. Chan GJ, Labar AS, Wall S, Atun R. Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers. *Bull World Health Organ*. 2016;94(2):130-141J.
  153. Collins CT, Gillis J, McPhee AJ, Suganuma H, Makrides M. Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;9:CD005252.
  154. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016(8):CD006641.
  155. Colombo L, Crippa BL, Consonni D, et al. Breastfeeding Determinants in Healthy Term Newborns. *Nutrients*. 2018;10(1).
  156. De Carvalho Guerra Abecasis F, Gomes A. Rooming-in for preterm infants: how far should we go? Five-year experience at a tertiary hospital. *Acta Paediatr*. 2006;95(12):1567-1570.
  157. Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, Leech SJ, Brown KA. Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Arch Dis Child*. 2006;91(12):1005-1010.
  158. Tully KP, Ball HL. Postnatal unit bassinet types when rooming-in after cesarean birth: implications for breastfeeding and infant safety. *J Hum Lact*. 2012;28(4):495-505.
  159. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics*. 2016;138
  160. Douglas P, Geddes D. Practice-based interpretation of ultrasound studies leads the way to more effective clinical support and less pharmaceutical and surgical intervention for breastfeeding infants. *Midwifery*. 2018;58:145-155.
  161. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016(8):CD007202.
  162. Buccini GDS, Perez-Escamilla R, Paulino LM, Araujo CL, Venancio SI. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr*. 2017;13(3).
  163. Kair LR, Kenron D, Etheredge K, Jaffe AC, Phillipi CA. Pacifier restriction and exclusive breastfeeding. *Pediatrics*. 2013;131(4):e1101-1107.
  164. Lindau JF, Mastroeni S, Gaddini A, et al. Determinants of exclusive breastfeeding cessation: identifying an "at risk population" for special support. *Eur J Pediatr*. 2015;174(4):533-540.
  165. Kair LR, Colaizy TT. Association Between In-Hospital Pacifier Use and Breastfeeding Continuation and Exclusivity: Neonatal Intensive Care Unit Admission as a Possible Effect Modifier. *Breastfeed Med*. 2017;12:12-19.
  166. Chow S, Chow R, Popovic M, et al. The Use of Nipple Shields: A Review. *Front Public Health*. 2015;3:236.
  167. Ekström A, Abrahamsson H, Eriksson RM, Martensson BL. Women's use of nipple shields-Their influence on breastfeeding duration after a process-oriented education for health professionals. *Breastfeed Med*. 2014;9(9):458-466.
  168. U.S. National Library of Medicine. LactMed: A ToxNet Database. 2018; <https://www.toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>. Accessed June 28, 2018.
  169. Infant Risk Center. InfantRisk. 2018; [www.infantrisk.com](http://www.infantrisk.com). Accessed August 7, 2018.
  170. University of Rochester Medical Center, Golisano Children's Hospital. Human Lactation Center. 2018; <https://www.urmc.rochester.edu/childrens-hospital/neonatology/lactation.aspx> Accessed September 4, 2018.
  171. e-lactancia.org. Is it compatible with breastfeeding? 2018. Accessed August 4, 2018.
  172. European Medicines Agency. *CMDh endorses restrictive use of bromocriptine for stopping breast milk production*. London: European Medicines Agency of the European Union;2014.
  173. Marcellin L, Chantry AA. [Breast-feeding (part II): Lactation inhibition--Guidelines for clinical practice]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015;44(10):1080-1083.

174. Spitz AM, Lee NC, Peterson HB. Treatment for lactation suppression: Little progression in one hundred years. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;179(6, Part 1):1485-1490.
175. Oladapo OT, Fawole B. Treatments for suppression of lactation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012(9):CD005937.
176. Sudfeld CR, Fawzi WW, Lahariya C. Peer support and exclusive breastfeeding duration in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2012;7(9):e45143.
177. Abbass-Dick J, Stern SB, Nelson LE, Watson W, Dennis CL. Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2015;135(1):102-110.
178. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012(5):CD001141.
179. Centers for Disease Control and Prevention. Contraindications to Breastfeeding or Feeding Expressed Breast Milk to Infants. 2018; <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-in-special-circumstances/Contraindications-to-breastfeeding.html>. Accessed June 28, 2018.
180. UNICEF. WHO/UNAIDS/UNICEF Infant feeding guidelines. <https://www.unicef.org/programme/breastfeeding/feeding.htm>. Accessed June 28, 2018.
181. Amiri M, Diekmann L, von Kockritz-Blickwede M, Naim HY. The Diverse Forms of Lactose Intolerance and the Putative Linkage to Several Cancers. *Nutrients*. 2015;7(9):7209-7230.
182. Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS. Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases, 31st Edition. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2018.
183. Centers for Disease Control and Prevention. Updated recommendations for use of VarizIG—United States, 2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2013;62:574– 576.
184. U.S. Department of Health and Human Services. Guidance for Counseling and Managing Women Living with HIV in the United States Who Desire to Breastfeed. 2018. Available at <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/3/perinatal/513/counseling-and-management-of-women-living-with-hiv-who-breastfeed> (accessed September 17, 2018).
185. Blair PS, Sidebotham P, Pease A, Fleming PJ. Bed-sharing in the absence of hazardous circumstances: is there a risk of sudden infant death syndrome? An analysis from two case-control studies conducted in the UK. *PLoS One*. 2014;9(9):e107799.
186. Thompson JMD, Tanabe K, Moon RY, et al. Duration of Breastfeeding and Risk of SIDS: An Individual Participant Data Meta-analysis. *Pediatrics*. 2017;140(5).
187. Ball HL, Howel D, Bryant A, Best E, Russell C, Ward-Platt M. Bed-sharing by breastfeeding mothers: who bed-shares and what is the relationship with breastfeeding duration? *Acta Paediatr*. 2016;105(6):628-634.
188. Ball HL. The Atlantic Divide: Contrasting U.K. and U.S. Recommendations on Cosleeping and Bed-Sharing. *J Hum Lact*. 2017;890334417713943.
189. Bartick M, Tomori C. Sudden infant death and social justice: A syndemics approach. *Matern Child Nutr*. 2018:e12652.
190. Centers for Disease Control and Prevention. How to keep your breast pump kit clean: The essentials. 2017; <https://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/healthychildcare/infantfeeding/breastpump.html>. Accessed August 2, 2018.
191. Infant Risk Center. MommyMeds. 2018; [mommymeds.com](http://mommymeds.com). Accessed August 7, 2018.
192. De Bortoli J, Amir LH. Is onset of lactation delayed in women with diabetes in pregnancy? A systematic review. *Diabet Med*. 2016;33(1):17-24.
193. Nommsen-Rivers LA. Does Insulin Explain the Relation between Maternal Obesity and Poor Lactation Outcomes? An Overview of the Literature. *Adv Nutr*. 2016;7(2):407-414.
194. Riddle SW, Nommsen-Rivers LA. Low milk supply and the pediatrician. *Curr Opin Pediatr*. 2017;29(2):249-256.

NdT: La TABELLA 3. ELENCO DELLE COMPETENZE DA VERIFICARE NEL PERSONALE CHE LAVORA CON MADRI E BAMBINI NEI PUNTI NASCITA nel periodo intercorso tra la pubblicazione del presente protocollo e la traduzione in italiano ha subito un aggiornamento che si trova qui: World Health Organization, UNICEF. Competency verification toolkit: Ensuring competency of direct care providers to implement the Baby-Friendly Hospital Initiative. 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008854>

La nuova guida BFI è pubblicata qui: <https://www.unicef.it/guidaBFI>

I Protocolli dell'ABM scadono 5 anni dopo la data di pubblicazione. Il contenuto di questo Protocollo è aggiornato al momento della pubblicazione. Revisioni basate sulle evidenze scientifiche vengono realizzate entro 5 anni o prima, se ci sono cambiamenti significativi nelle evidenze.

L'autore della versione precedente di questo protocollo è Barbara L. Philipp.

*Maria-Teresa Hernández-Aguilar, MD, MPH, PhD*  
*lead author*

*Melissa Bartick, MD, MSc, FABM*

*Paula Schreck, MD*

*Cadey Harrel, MD*

*The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol*  
*Committee:*

*Michal Young, MD, FABM, Chairperson*

*Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson*

*Sarah Calhoun, MD*

*Sarah Dodd, MD*

*Megan Elliott-Rudder, MD*

*Susan Lappin, MD*

*Ilse Larson, MD*

*Ruth A. Lawrence, MD, FABM*

*Kathleen A. Marinelli, MD, FABM*

*Nicole Marshall, MD*

*Katrina Mitchell, MD*

*Sarah Reece-Stremtan, MD*

*Casey Rosen-Carole, MD, MPH, MEd*

*Susan Rothenberg, MD*

*Tomoko Seo, MD, FABM*

*Adora Wonodi, MD*

**Certified Translation: this translation has been approved by the Academy of Breastfeeding Medicine.**

**Traduzione certificata: questa traduzione è stata approvata dall'Academy of Breastfeeding Medicine.**

Per comunicazioni: [abm@bfmed.org](mailto:abm@bfmed.org)

**BREASTFEEDING MEDICINE**

Volume 9, Number 5, 2014

© Mary Ann Liebert, Inc.

DOI: 10.1089/bfm.2014.9984

Tradotto nel settembre 2020

*Traduzione di Julia Bomben, Tiziana Catanzani,  
Stefania Conti, Margherita Locatelli, Arianna Parodi,  
Romana Prosperi Porta, Sabine Schweizer, Chiara  
Marina Toti.*

*Revisione di Elise M. Chapin e Stefania Sani –  
Unicef*

*Roberta Voltazza e Carla Scarsi - La Leche League.*