

La promozione dell'allattamento al seno nell'ambito della strategia **GUADAGNARE SALUTE**

INTRODUZIONE

Questa formazione a distanza è pensata per i professionisti coinvolti nel sostegno all'allattamento al seno. Si tratta di medici di medicina generale, anestesisti, psichiatri, altri medici specialisti, psicologi, farmacisti, infermieri e operatori che, pur non essendo dedicati specificamente al sostegno all'allattamento, entrano in contatto con le madri. Per la riuscita delle "Iniziativa amiche dell'allattamento", in ospedale come sul territorio, è essenziale che tutti gli attori giochino attivamente il proprio ruolo all'interno della rete di sostegno.

Questa offerta formativa ha lo scopo di aumentare le conoscenze in tema di fisiologia dell'allattamento materno e di gestione appropriata di comuni problemi che si possono presentare durante l'allattamento, di fornire indicazioni su come accedere a un'affidabile fonte di riferimento per la prescrizione di farmaci alle madri che allattano al seno e su come indirizzare le madri alle figure professionali più appropriate per l'aiuto e il sostegno all'allattamento.

Questo pacchetto formativo si inserisce tra le iniziative del progetto Pinc (Programma nazionale di informazione e comunicazione), coordinato dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità (Iss). Pinc è nato come attività di supporto a [Guadagnare Salute](#), con l'obiettivo di realizzare specifiche campagne di comunicazione sui temi di Guadagnare Salute e di offrire formazione e strumenti e prodotti comunicativi agli operatori sanitari impegnati nella promozione della salute.

La partnership tra il programma Guadagnare Salute e Unicef per la formazione degli operatori e la diffusione dell'iniziativa "Insieme per l'allattamento" ha permesso di sviluppare questo percorso a distanza.

Il pacchetto formativo si compone dei due dossier:
La promozione dell'allattamento al seno nell'ambito della strategia Guadagnare Salute
Allattamento al seno: tra arte, scienza e natura.

La lettura di questi due dossier, insieme alla risoluzione dei casi e la risposta alle domande finali comporta il raggiungimento degli 8 crediti Ecm previsti.



Per saperne di più

Per chi fosse interessato ad approfondire il tema della promozione dell'allattamento al seno e del contrasto alle malattie croniche sono inoltre disponibili i seguenti materiali integrativi:

- ▶ **Dossier Guadagnare Salute**
 - Dossier fumo. [aprile 2011]
 - Dossier attività fisica [maggio 2011]
 - Dossier alcol. [maggio 2011]
 - Dossier Alimentazione [giugno 2011]
 - Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale. [dicembre 2011].
 - Le competenze di counselling per una gestione consapevole delle reazioni personali e dei comportamenti dell'operatore. [giugno 2012].

- ▶ **Schede**
 - Istruzioni per fare un modello di seno in tessuto
 - Scheda per l'osservazione di una poppata
 - I bambini con bisogni speciali
 - Checklist prenatale – Alimentazione infantile
 - Checklist postnatale – Informazioni per le madri che allattano al seno
 - Checklist postnatale – Informazioni per le madri che utilizzano sostituti del latte materno

- ▶ **Materiali multimediali**
 - **La prevalenza dell'allattamento al seno: il caso della Norvegia.** Video tratto da *Breast is best* per gentile concessione del Movimento Allattamento Materno Italiano (Mami, www.mami.org).
www.youtube.com/watch?v=itOGOkQsefM&feature=youtu.be
 - **L'alimentazione guidata dal bambino.** Video tratto da *From bump to Breastfeeding di Best Beginnings* (www.bestbeginnings.org.uk/), pubblicato per gentile concessione sul sito Oms/Unicef.
www.unicef.org.uk/BabyFriendly/Resources/AudioVideo/Baby-led-feeding/
 - **L'accoglienza del neonato.** Video tratto da *Breast is best* per gentile concessione del Movimento Allattamento Materno Italiano (Mami, www.mami.org).
http://youtu.be/kS_R8XVom4E
 - **Iniziare l'allattamento al seno con il breast crawl.** Oms/Unicef.
<http://www.youtube.com/watch?v=X0J2G0mUkf4>.
 - **L'avvio dell'allattamento.** Video tratto da *Breast is best* per gentile concessione del Movimento Allattamento Materno Italiano (Mami, www.mami.org).
<http://youtu.be/o0T6y9aOZwg>
 - **Spremitura e conservazione del latte materno.** Video tratto da *Breast is best* per gentile concessione del Movimento Allattamento Materno Italiano (Mami, www.mami.org).
<http://youtu.be/1tgvYx64mBo>

NOTA

Nei documenti proposti sono stati utilizzati prioritariamente i termini di **allattamento al seno** (sinonimi "allattamento", "allattamento materno") e di **alimentazione artificiale** (sinonimi "alimentazione con latte di formula" "latte artificiale", "latte formulato", "formula", "alimento formulato", "sostituto del latte materno"). Alcuni termini non sono stati modificati quando riprendono testualmente dei documenti).

**Autori**

- **Maria Enrica Bettinelli** - Responsabile settore materno infantile, Asl di Milano, Coordinatore Iniziativa “Comunità amica dei bambini per l'allattamento materno” Bfci - Unicef Italia
- **Angela Giusti** - Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Iss, Roma, membro del Comitato tecnico scientifico Unicef per la Bfhi/Bfci

Revisori

- **Adriano Cattaneo** - Unità per la ricerca sui servizi Sanitari e la salute Internazionale, Centro collaboratore dell'Oms per la salute materno infantile, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste
- **Elise Chapin** - Responsabile Ospedali & Comunità amici dei bambini, Comitato Italiano per l'Unicef
- **Rosellina Cosentino** - consulente professionale in allattamento materno (lbcl) - Task Force Unicef Italia
- **Eloisa Del Curto** - Asl di Sondrio, coordinatore rete Bfci – Unicef Italia
- **Romana Proserpi Porta** - Università degli studi “Sapienza”, membro Bfci e presidente Il Melograno-Centro informazione, maternità e nascita di Roma
- **Leonardo Speri** - Ulss 20 Verona - responsabile progetti per l'allattamento della Regione Veneto e di “Genitoripiù”

Si ringraziano per la disponibilità e la cortese collaborazione

- **Graziella Cattaneo**, infermiera pediatrica, consulente professionale allattamento (lbcl) - Asl Milano
- **Sofia Colaceci**, ostetrica - Università degli studi di Roma Tor Vergata,
- **Laura Lauria** - Reparto salute della donna e dell'età evolutiva, Cnsp-Is, Roma
- **Miriam Lelli**, infermiera pediatrica, consulente professionale allattamento (lbcl) - Asl Milano,
- **Mirta Mattina**, psicologa e psicoterapeuta

- **Angela Spinelli** - Reparto salute della donna e dell'età evolutiva, Cnsp-Is, Roma, membro del Comitato tecnico scientifico Unicef per la Bfhi/Bfci

Si ringrazia il Movimento allattamento italiano per la disponibilità dei video tratti dalla versione italiana del Dvd “Breast is Best” del Centro Nazionale per l'Allattamento, Rikshospitalet University Hospital

Quando non diversamente indicato le immagini sono tratte da: Organizzazione mondiale della sanità, Unicef, Wellstart International. Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini - riveduta, aggiornata e ampliata per un approccio integrato alle cure. Sezione 3: Promozione e sostegno dell'allattamento al seno in un Ospedale amico dei bambini - Un Corso di 20 ore per il personale della maternità. Ginevra: Oms e Unicef, 2009.

Responsabile scientifico del corso

- **Barbara De Mei** - Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Iss, Roma, responsabile del progetto Pinc

Direttore Fad

- **Pietro Dri** - Zadig

Redazione

- **Maria Rosa Valetto** - Zadig

Coordinamento editoriale

- **Eva Benelli** - Zadig

Impaginazione e grafica

- **Corinna Guercini** - Zadig

©Editore Zadig

via Ampère 59 • 20131 Milano

tel. 02 7526 131

fax 02 7611 3040

via Arezzo 21 • 00161 Roma

www.zadig.it - segreteria@zadig.it



indice

INTRODUZIONE	1
1. Guadagnare Salute	5
▶ La strategia	
▶ Guadagnare Salute come strategia per la salute della mamma e del bambino	
▶ GenitoriPiù	
▶ I rischi associati al fumo e all'alcol	
2. Epidemiologia	16
▶ I dati sull'allattamento al seno	
▶ I determinanti dell'allattamento al seno e delle pratiche di alimentazione dei lattanti	
3. Allattamento al seno e salute	25
▶ I rischi del mancato allattamento al seno e dei sostituti del latte materno	
▶ L'importanza dell'allattamento al seno per la coppia mamma-bambino	
4. Strategie internazionali e nazionali di protezione, promozione e sostegno	33
▶ Le iniziative Oms-Unicef per promuovere l'allattamento	
▶ Le strategie internazionali	
▶ La normativa italiana	
▶ Allattamento al seno e lavoro	
▶ Allattamento al seno in pubblico	
▶ Il ruolo e la formazione degli operatori	
▶ La gestione dell'alimentazione dei lattanti nelle emergenze	
▶ Le associazioni per l'allattamento al seno	



1. GUADAGNARE SALUTE

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

Al termine di questo capitolo i partecipanti saranno in grado di:

- ▶ **Descrivere la strategia europea Guadagnare Salute e la sua applicazione in Italia**
- ▶ **Descrivere gli aspetti della strategia che riguardano l'alimentazione infantile e la salute della donna**
- ▶ **Descrivere i rischi alcol e fumo correlati in gravidanza e in allattamento**

IN SINTESI

Il programma Guadagnare Salute si inquadra in una collaborazione tra ministero della Salute e Regione europea dell'Oms, nella definizione di una strategia condivisa per la prevenzione e il controllo delle malattie degenerative di grande rilevanza epidemiologica attraverso la promozione di comportamenti e stili di vita salutari e l'intervento su 4 fattori di rischio modificabili: fumo, alcol, attività fisica, alimentazione. Guadagnare Salute si impegna a favore della tutela della salute della donna e del bambino anche promuovendo l'astensione da stili di vita non salutari, in particolare dall'uso di alcol e dal fumo. La promozione dell'allattamento al seno rappresenta uno dei punti chiave del programma e si avvale di una serie di interventi informativi, formativi e preventivi rivolti alle donne e agli operatori. In particolare si concentra sugli aspetti di una alimentazione più salubre, che inizia con il percorso nascita e prevede l'allattamento esclusivo al seno, come alimentazione normale dei neonati e dei bambini fino ai sei mesi di età, da sostenere tramite iniziative già avviate in Italia, come gli Ospedali & Comunità Amici dei Bambini.

La strategia

Il programma Guadagnare Salute si basa sulla collaborazione del ministero della Salute con la Regione Europea dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) nella definizione di una strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche di grande rilevanza epidemiologica, attraverso la promozione di comportamenti e stili di vita salutari. Questa strategia è stata approvata a Copenaghen il 12 settembre 2006 dal Comitato Regionale per l'Europa e denominata [Gaining health: the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases](#)¹ (disponibile anche in italiano: [Guadagnare Salute - La strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche](#)). Riprende la [Carta di Ottawa](#)² (presentata nel 1986 nel corso della Prima conferenza internazionale per la promozione della salute) e richiama, oltre alle responsabilità individuali nella promozione di stili di vita salutari, anche le responsabilità del sistema.

Il programma italiano [Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari](#)³ è stato approvato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DCPM) il 4 maggio 2007. **Si propone di intervenire su 4 fattori di rischio modificabili: fumo, alcol, attività fisica, alimentazione.**

La sua realizzazione rientra tra gli obiettivi del Sistema sanitario nazionale condivisi con Regioni, Province autonome e Comuni. Prevede la sinergia con ben 9 ministeri su interventi multisettoriali e multicomponenti con contenuto comunicativo, informativo ed educativo in modo da realizzare una sorta di "piattaforma nazionale della salute". Tutto ciò al fine di dare maggiore credibilità ai messaggi da veicolare, di consolidare il rapporto tra cittadini e istituzioni, di assicurare un'informazione univoca



e completa, di favorire conoscenza e sinergia. Guadagnare Salute si avvale inoltre di accordi trasversali e alleanze con aziende alimentari, con il mondo della scuola e del lavoro, associazioni sportive, interventi sui produttori e distributori di tabacco, bevande alcoliche e ristoratori.

In coerenza con il programma Guadagnare Salute è stata infatti istituita il 26 aprile 2007 e ratificata presso il ministero della Salute con [Decreto ministeriale 5 marzo 2010](#)⁴ la **Piattaforma nazionale su alimentazione, attività fisica e tabagismo** che ha il compito di formulare iniziative mirate e rappresenta uno strumento importante per il conseguimento degli obiettivi di Guadagnare Salute.

Di durata triennale, prevede la partecipazione di rappresentanti delle amministrazioni centrali interessate, delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano e delle associazioni firmatarie dei protocolli di intesa.

Questi protocolli sono stati stipulati tra il ministero della Salute e i rappresentanti di 22 organizzazioni del sindacato, delle imprese e dell'associazionismo per sviluppare iniziative concrete per la popolazione in un processo in continua evoluzione, con l'obiettivo di un profondo cambiamento di mentalità per riconoscere che un corretto stile di vita ne determina una buona qualità.

Nell'ambito del programma, **la comunicazione** è un elemento privilegiato in quanto strumento importante di conoscenza per cittadini e operatori, in grado di veicolare informazioni affidabili anche attraverso messaggi semplici.

Guadagnare Salute sviluppa tre tipi di comunicazione istituzionale:

- ▶ piani di comunicazione specifici per ogni intervento
- ▶ campagne informative per collocare il cittadino al centro delle scelte per la propria salute e impegnare i governi a rendere possibili le scelte di salute
- ▶ un programma specifico in collaborazione con il mondo della scuola.

È possibile accedere a ulteriore materiale informativo sul programma attraverso la [pagina istituzionale](#).

LA REALTÀ ITALIANA DI GUADAGNARE SALUTE

Tra gli accordi più significativi e già operativi si segnalano:

- ▶ l'iniziativa "Poco sale per... Guadagnare Salute", l'accordo sottoscritto nel 2010 tra i panificatori italiani e il ministero della Salute per la riduzione progressiva del sale nel pane (una delle principali fonti di sodio nell'alimentazione degli italiani)⁵ e il [progetto Minisal-Gircsi](#), messo a punto per ottenere informazioni attendibili sul consumo medio pro-capite di sodio, potassio e iodio nella popolazione italiana su base regionale, per classi di età e in relazione alla presenza di ipertensione arteriosa. Queste iniziative si collocano nell'ambito del [Progetto Cuore](#), coordinato dal Centro nazionale di epidemiologia sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità. Nato nel 1998 e dal 2005 integrato nei progetti del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie Ccm e nel programma Guadagnare Salute, il Progetto Cuore offre informazioni e strumenti per la gestione del rischio cardiovascolare che rappresenta la più importante causa di mortalità, morbosità e invalidità nella popolazione italiana. Il suo sito dedica un'ampia [sezione](#) alla prevenzione delle malattie cardiovascolari attraverso la riduzione del consumo quotidiano di sale⁶



- ▶ il progetto [Azioni, promuovere l'attività fisica per una vita in salute](#)⁷ che è stato affidato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) alla Regione Emilia-Romagna. Il progetto Azioni, al fine di tradurre in pratica i principi contenuti nei documenti programmatici, individuare le linee operative che consentano a Regioni e Province autonome di redigere piani d'azione coordinati, ha previsto la costituzione di alcune Reti di referenti esperti dell'eterogeneo settore della promozione dell'attività fisica. Nell'ambito delle iniziative del progetto, che prevede inoltre il supporto all'attuazione della Carta di Toronto, è disponibile anche il giornale divulgativo on line "[azioni quotidiane](#)"
- ▶ la campagna di comunicazione congiunta del ministero della Salute, del ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, dell'Istituto superiore di sanità e delle Regioni basata su diversi [materiali di comunicazione](#) (depliant per i genitori, il kit di "Canguro SaltaLaCorda" e di "Forchetta e Scarpetta" e i poster per gli studi dei pediatri di libera scelta) rivolti a specifici target (bambini della scuola primaria, genitori, insegnanti,⁸ realizzati in collaborazione con la Società italiana di pediatria e con la Federazione italiana dei medici pediatri ed elaborati nell'ambito del programma di sorveglianza OKkio alla Salute⁹ in collaborazione con il progetto "PinC")¹⁰
- ▶ il programma comunitario [Frutta nelle scuole](#), cui il ministero delle Politiche agricole, alimentari e forestali ha aderito a partire dal 2009, distribuendo frutta per la merenda ai bambini della scuola primaria.¹¹

Guadagnare Salute come strategia per la salute della mamma e del bambino

All'interno del programma Guadagnare Salute trova una sua specificità l'attenzione a un buon inizio di vita, a "rendere facili le scelte salutari" cominciando dal percorso della nascita.^{3,12}

In particolare, la promozione dell'allattamento al seno rientra nel sottoprogetto "*Guadagnare Salute rendendo più facile una dieta più salubre (alimentazione)*".³ La strategia prevede che l'allattamento esclusivo al seno, come alimentazione normale dei neonati e dei bambini fino ai sei mesi di età dovrebbe essere sostenuto, ampliando le iniziative che già sono in funzione in Italia, come gli Ospedali & Comunità Amici dei Bambini. Prevede inoltre: «il costante controllo del rispetto delle disposizioni legislative relative alla produzione e commercializzazione dei sostituti del latte materno, con particolare attenzione ai contenuti derivanti dal codice Oms»¹³ (vedi oltre).

L'impegno di Guadagnare Salute sull'allattamento al seno consiste in una serie di interventi:

- ▶ informazione adeguata alle donne (coordinamento: ministero della Salute)
- ▶ formazione degli operatori sanitari: ostetriche, medici di medicina generale, ginecologi, pediatri di libera scelta (coordinamento: ministero della Salute)
- ▶ programmazione e attuazione di interventi normativi a favore delle mamme che lavorano e devono allattare (coordinamento: altri ministeri ed enti nazionali)
- ▶ attuazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione (coordinamento: Regioni ed enti locali)
- ▶ accordi per evitare la distribuzione gratuita di latti artificiali nei reparti di ostetricia o nei consultori (coinvolgimento degli *stakeholder*)
- ▶ accordi con i professionisti coinvolti affinché promuovano l'allattamento al seno (coordinamento: società scientifiche e associazioni).



Nell'ambito della strategia globale del programma, la tutela della salute della donna durante la gravidanza e l'allattamento va presa in considerazione nel suo complesso. In particolare ogni momento di incontro, di ascolto e di informazione può essere l'occasione per gli operatori sanitari per promuovere l'allattamento al seno come stile di vita salutare nel suo insieme, contrastando luoghi comuni e false credenze sulle richieste nutrizionali e sulla necessità di uno stile di vita sedentario durante la gravidanza e l'allattamento.

Ci sono sempre maggiori evidenze, infatti, sull'importanza di interventi precoci di promozione della salute: già nel periodo preconcezionale, in gravidanza e nei primi anni di vita si creano condizioni più o meno favorevoli a un sano sviluppo psicofisico degli adulti del futuro. La tempestività e l'appropriatezza delle azioni rispetto al momento evolutivo sono essenziali, come la loro sinergia e l'ineludibile carattere intersettoriale.

Ogni intervento deve però riconoscere la specificità del bambino come soggetto in via di sviluppo, la sua forte interdipendenza con la madre e con l'ambiente di vita e, infine, il peso amplificato delle disuguaglianze in salute nell'avvio della vita.

L'allattamento in particolare costituisce un paradigma per diverse ragioni:

- ▶ per l'**empowerment**: le risorse, formidabili, su cui si conta sono quelle della madre e del bambino, l'intervento dell'operatore sanitario deve mirare a sostenere senza sostituirsi
- ▶ per l'**intersettorialità**, a più livelli:
 - la questione dell'allattamento non può essere appannaggio di un solo servizio: tutti gli attori istituzionali intorno a madre e bambino fin da prima del concepimento per tutto il percorso nascita e i primi anni di vita giocano un ruolo determinante
 - la protezione e il sostegno dell'allattamento non riguardano solo la sanità, ma implicano fortemente anche altri settori della società, per la protezione da ogni tipo di interferenza, per una organizzazione della vita e del lavoro consoni al compito biologico, per la promozione di una cultura favorente e di accoglimento (vedi oltre, "Dichiarazione degli Innocenti" 1990 e 2005)¹⁴⁻¹⁶
- ▶ per la **qualità dei progetti** di salute pubblica che lo promuovono. Le *Baby Friendly Hospital* e *Baby Friendly Community Initiative* dell'Oms-Unicef¹⁷ (vedi oltre) contengono tutti gli ingredienti per essere un vero e proprio modello di riferimento: prevedono il coinvolgimento attivo di tutte le componenti (madri, operatori, decisori), la dichiarazione formale degli obiettivi, l'informazione e la formazione, il cambiamento organizzativo, in particolare dei punti nascita, l'accessibilità per tutti e la valutazione.

GenitoriPiù¹⁸

La protezione, promozione e sostegno dell'allattamento non possono essere disgiunte da una complessiva promozione di una cultura della relazione e dal sostegno della genitorialità, in una visione unitaria dei bisogni di salute e delle risorse della coppia madre bambino e della famiglia.

L'allattamento al seno in questo senso ha un ruolo paradigmatico tra i determinanti promossi dal Programma [GenitoriPiù](#) che ha lo scopo di migliorare la salute della comunità fin dal concepimento attraverso 8 azioni integrate ([Tabella 1](#)) di dimostrata efficacia sui rischi prevalenti nei primi anni di vita, aumentando l'informazione e incrementando le competenze dei genitori e formando parallelamente gli operatori per scelte di salute consapevoli e praticabili.

Nato nel 2006 come campagna di comunicazione sociale con l'idea di superare modalità prescrittive



o paternalistiche sulla salute a favore di una scelta consapevole e partecipativa, il programma rappresenta oggi un'occasione di sensibilizzazione della popolazione e degli operatori sulle 8 azioni considerate da tempo prioritarie nell'ambito della salute perinatale e infantile, e con robuste evidenze di efficacia sulla salute.

TABELLA 1. LE 8 AZIONI DI GENITORIPIÙ¹⁸

Azioni	Proteggono nei confronti di
1. l'assunzione di adeguate quantità di acido folico nel periodo periconcezionale	Spina bifida, labiopalatoschisi, malformazioni congenite cardiache, urinarie, degli arti, ecc.
2. l'astensione dal consumo di bevande alcoliche in gravidanza e in allattamento	FAS, FASD, malformazioni congenite, basso peso alla nascita, SIDS, traumi da incidenti stradali e domestici, difficoltà cognitive e relazionali
3. l'astensione dal fumo di sigaretta durante la gravidanza e nei luoghi frequentati dal bambino	Basso peso neonatale, prematurità, mortalità perinatale, SIDS, patologie delle prime vie respiratorie
4. l'allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi di vita	Infezioni gastrointestinali, infezioni delle prime vie respiratorie, SIDS obesità, difficoltà cognitive e relazionali
5. la posizione supina nel sonno nel primo anno di vita	SIDS (Sindrome della morte in culla)
6. l'utilizzo di appropriati mezzi di protezione del bambino	Traumi da incidenti stradali e domestici
7. la promozione delle vaccinazioni	Specifiche malattie infettive
8. la promozione della lettura ad alta voce ai bambini già dal primo anno di vita	Difficoltà cognitive e relazionali, dislessia

Le 8 azioni, in cui sono le famiglie le vere protagoniste, vanno oltre il loro ruolo di fattori protettivi, perché in quanto "determinanti di salute" agiscono positivamente su molti indicatori di qualità della vita (**Figura 1** nella prossima pagina).

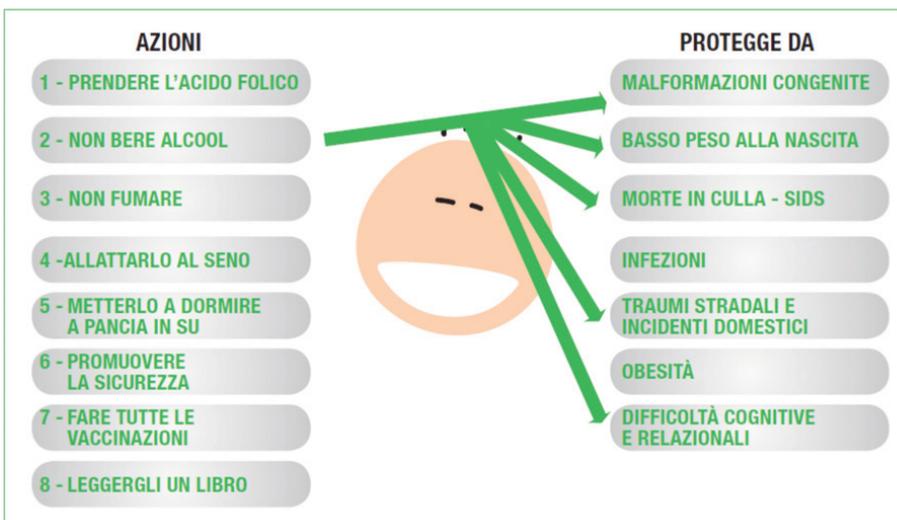
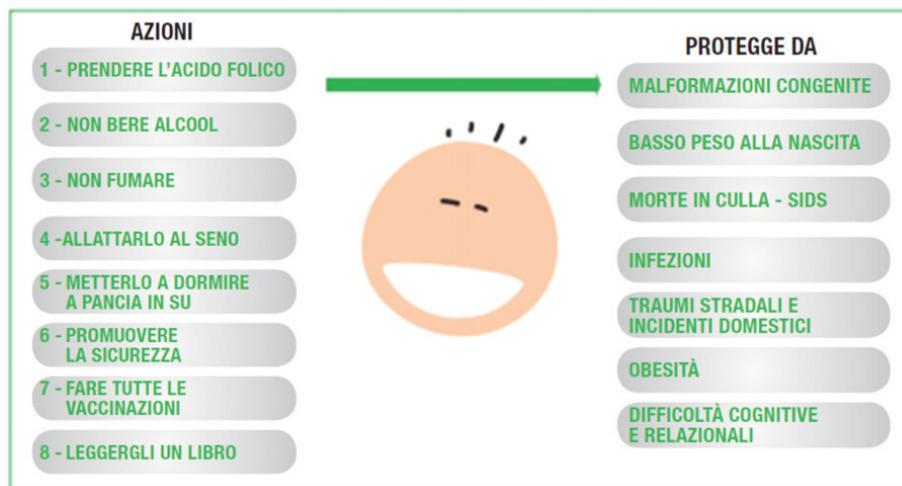
GenitoriPiù promuove simultaneamente pratiche che tendono a ridurre i diversi fattori di rischio e comportano effetti sinergici con un atteso miglior profilo costo/efficacia rispetto a interventi finalizzati a modificare singoli fattori, mostrando:

- ▶ l'efficacia di un singolo comportamento su un singolo problema
- ▶ l'efficacia di un singolo comportamento nella prevenzione di un più ampio spettro di problemi
- ▶ l'efficacia cumulativa di diversi comportamenti che concorrono a prevenire un singolo problema.



La letteratura scientifica disponibile sottolinea gli aspetti positivi di questi comportamenti sulla salute mostrando:

L'EFFICACIA DIRETTA DI UN SINGOLO COMPORTAMENTO SU UN SINGOLO PROBLEMA



L'EFFICACIA DI UN SINGOLO COMPORTAMENTO NELLA PREVENZIONE DI UN PIÙ AMPIO SPETTRO DI PROBLEMI

genitori più

L'EFFICACIA CUMULATIVA DI DIVERSI COMPORTAMENTI CHE CONCORRONO A PREVENIRE UN SINGOLO PROBLEMA

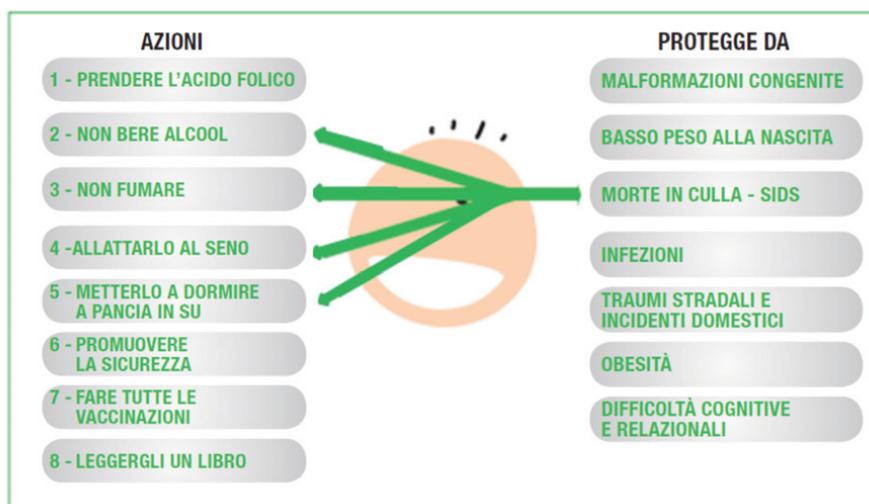


Figura 1. Efficacia cumulativa di comportamenti salutari¹⁸



La promozione sinergica delle azioni di GenitoriPiù comporta un'intersezione tra determinanti che, oltre ai citati effetti positivi, costituisce anche un'occasione per allineare gli interventi e superare una promozione centrata sul singolo determinante o fattore di rischio, a favore di un intervento armonizzato sulla persona e sulla fase di vita che sta attraversando.

Le raccomandazioni principali riguardano:

1. la protezione dalla SIDS, sindrome della morte improvvisa del lattante (*Sudden Infant Death Syndrome*): dato il contributo significativo offerto dall'allattamento nella protezione dalla SIDS è importante ricordare che l'uso del ciuccio, benché considerato protettivo della SIDS, può interferire in un corretto avvio dell'allattamento. In realtà dal punto di vista dell'indicazione che va fornita ai genitori non vi sono contraddizioni.

C'è consenso, infatti, tra chi si occupa di allattamento e chi si occupa di SIDS sul fatto che se si decide di impiegare il ciuccio ciò deve avvenire osservando le seguenti precauzioni:

- ▶ introdurlo solo dopo il primo mese di vita per evitare ogni possibile interferenza con l'allattamento al seno
- ▶ tenerlo sempre ben pulito
- ▶ evitare di immergerlo in sostanze edulcoranti
- ▶ non forzare il bambino se lo rifiuta
- ▶ non reintrodurlo necessariamente in bocca, se il bambino lo perde durante il sonno
- ▶ cercare di sospenderlo dopo il primo anno di vita.

Anche la condivisione del letto (*bed-sharing*), che favorisce l'allattamento a domanda e un buon avvio dello stesso, può comportare un aumentato rischio di SIDS.

Alla madre che sceglie di condividere il letto dovranno essere ricordate le situazioni in cui questa pratica è sconsigliata:

- ▶ genitori fumatori
- ▶ consumo di alcol da parte dei genitori o assunzione di farmaci che vadano ad alterare la capacità di risveglio
- ▶ condizioni di sovraffollamento in casa
- ▶ condizioni di stanchezza inusuali e tali da rendere difficile la risposta alle sollecitazioni del bambino.

2. L'astensione dall'uso di bevande alcoliche durante la gravidanza e durante l'allattamento. Nel caso di assunzione occasionale di modiche quantità durante l'allattamento è necessario far trascorrere almeno due ore e in ogni caso essere sobrie prima della poppata. Vi è infatti in generale la tendenza a sottovalutare i danni dell'alcol e alcune false convinzioni che possa essere salutare o galattagogo.

3. L'opportunità di continuare ad allattare anche nel caso la mamma non riesca ad astenersi dal fumo, incoraggiando eventualmente una diminuzione delle sigarette senza però scoraggiare l'allattamento e mantenendo una forte raccomandazione a proteggere il bambino dal fumo passivo.

I rischi associati al fumo e all'alcol

Oltre la promozione di stili alimentari salutari, è importante che la donna sia informata sui rischi associati al fumo e al consumo di alcol. Circa **il fumo**, tra gli obiettivi di Guadagnare Salute c'è quello di: «diffondere interventi di disassuefazione che coinvolgano la famiglia (perché il fumo dei genitori è fattore condizionante il fumo dei ragazzi), promuovere iniziative in particolare per le mamme e in generale per le donne in età fertile e/o in gravidanza».



La gravidanza è un momento in cui l'esposizione al fumo, anche passivo, è particolarmente critica perché si associa a un aumento del rischio di complicanze come gravidanza extrauterina, rottura di placenta, placenta previa, aborto spontaneo, parto prematuro.¹⁹⁻²² Inoltre, nei Paesi ad alto reddito è la principale causa di basso peso alla nascita, che, a sua volta, determina una maggiore morbilità e mortalità perinatale. Le sostanze contenute nel fumo di sigaretta, assorbite dalla madre, passano direttamente al nascituro attraverso il cordone ombelicale e la placenta. Nel sangue del feto giunge poi monossido di carbonio che impedisce un'assunzione adeguata di sostanze nutrienti, con conseguenze negative sullo sviluppo generale e dunque sulla salute del bambino.^{23,24}

L'esposizione al fumo passivo è inoltre associata a un aumento del rischio di malattie respiratorie, soprattutto nei bambini, mentre le conseguenze nocive del fumo durante la gravidanza includono un aumento del rischio di parto prematuro, basso peso alla nascita, mortalità perinatale e sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS).^{19,20,25}

Quanto al consumo di **alcol**, il programma Guadagnare Salute è particolarmente attento a tutelare i consumatori più a rischio, tra i quali figurano le donne, intrinsecamente più predisposte al danno da alcol rispetto agli uomini, e ancora più vulnerabili durante la gravidanza e l'allattamento.

L'esposizione prenatale all'alcol si associa infatti a un aumento del rischio di conseguenze negative come aborto spontaneo, parto prematuro e basso peso alla nascita, ma anche a disturbi che si manifesteranno successivamente nell'infanzia.²⁶ Il quadro completo alla nascita è la sindrome feto-alcolica (Fas, *Fetal Alcohol Syndrome*), caratterizzata da deficit della crescita pre e/o postnatale, anomalie cranio-facciali, anomalie cardiovascolari, disfunzioni del sistema nervoso centrale, con disturbi di tipo neurologico, cognitivo e comportamentale.

Nella maggior parte dei casi la gravità di questi effetti è correlata ai livelli di consumo alcolico materno, ma la difficoltà nel definire con precisione quantità soglia e periodi di vulnerabilità rende consigliabile un'astensione assoluta dal bere in tutte le fasi della gestazione e un consumo moderato nell'allattamento.²⁷⁻³²

Il consumo cronico di alcol non è compatibile con l'allattamento al seno. Il feto e il lattante non hanno capacità di metabolizzare l'alcol, che agisce come una sostanza tossica direttamente sull'organismo danneggiandolo gravemente. La donna è più vulnerabile all'azione negativa dell'alcol in quanto la sua capacità di metabolizzazione è dimezzata rispetto all'uomo. Le conseguenze più gravi e clinicamente riconoscibili si riscontrano nei casi di abituale consumo eccedente i limiti che l'organismo femminile può metabolizzare, pari circa a 20 grammi di alcol al giorno. È importante sapere che il consumo di elevate quantità di alcol (di solito 4-5 o più unità alcoliche) in un arco di tempo molto ravvicinato (noto come *binge drinking*) risulta essere più pericoloso del consumo della medesima quantità in un arco di tempo dilazionato.¹⁸

In caso di consumo occasionale non si dovrebbe superare una unità alcolica lontano dalla poppata: un bicchiere di vino (da 125 ml), una birra (da 330 ml) oppure un bicchiere di superalcolico (da 40 ml) contengono la stessa quantità di alcol pari a circa 12 gr (**Figura 2**). Va infatti ricordato che il rapporto plasma-latte è di 1:1 e che la quantità di alcol contenuto nel latte dipende quindi dal livello alcolico nel plasma materno. Per questo, si raccomanda di non allattare nelle due ore successive all'assunzione di bevande alcoliche.^{18,33} La birra, pur contenendo sostanze che possono stimolare la produzione di prolattina, non può essere in nessun caso considerata un galattagogo dato l'alto contenuto di alcol. Inoltre, l'alcol è un inibitore dell'ossitocina e può interferire con il riflesso di emissione del latte.³³

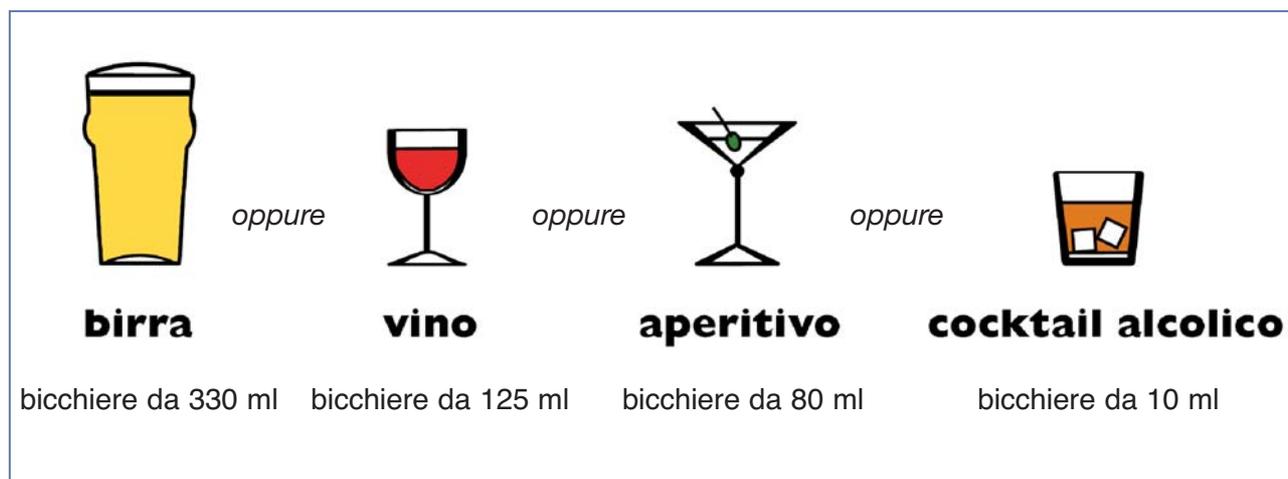


Figura 2. Dosi equivalenti di alcol (un bicchiere standard o unità alcolica corrisponde a 12 gr di alcol puro)³⁴

Alle donne sono dedicati i materiali informativi dell'Osservatorio nazionale Alcol del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità: a tutte le donne il libretto [Donna e alcol e Alcol: sei sicura?](#)³⁴ e alle donne in giovane età l'opuscolo [Alcol: sei sicura? e Le ragazze e l'alcol.](#)³⁵



BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Regional Office for Europe, Gaining Health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2006.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76526/E89306.pdf
Versione italiana:
Oms Europa, Guadagnare Salute. La strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche, 2006.
http://www.epicentro.iss.it/temi/croniche/pdf/Strategia_europea_italiano.pdf
2. The Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
Versione italiana:
La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute, 1986.
<http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgcs/italiano/speciali/sanita/Pdf/CartaOttawa.pdf>
3. Ministero della Salute. Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari.
www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf
4. Decreto ministeriale 5 marzo 2010.
http://www.trovanorme.salute.gov.it/normsan-pdf/0000/33199_1.pdf
5. Ministero della Salute, Poco sale per... Guadagnare Salute.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_23_allegato.pdf
6. Progetto Cuore. Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari. Istituto superiore di sanità. Sale e sodio nei cibi.
<http://www.cuore.iss.it/>
<http://www.cuore.iss.it/prevenzione/sale.asp>
7. Azioni, promuovere l'attività fisica per una vita in salute.
<http://www.azioniperunavitainalute.it/chi-siamo>
8. Ministero della Salute, Guadagnare Salute: materiali didattico-educativi "Forchetta e Scarpetta" e "Canguro SaltalaCorda", 2010.
<http://www.salute.gov.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=278>
9. OKkio alla Salute: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2010.
<http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/default.asp>
10. PinC. Programma nazionale di informazione e comunicazione.
<http://www.guadagnaresalute.it>
<http://www.guadagnaresalute.it/promozione/promozioneProgettoPinC.asp>
11. Programma Frutta nelle scuole.
<http://www.fruttanellescuole.gov.it/>
12. Guadagnare Salute... cominciando da piccoli.
<http://www.guadagnaresalute.it/convegni/veneziam2012ProgrammaParallela1A.asp>
13. Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno.
http://www.unicef.it/Allegati/Codice_sostituti_latte_materno_1.pdf
14. Dichiarazione degli Innocenti 1990.
http://mami.org/sito/wp-content/uploads/dichiarazione_innocenti_1990.pdf
15. Dichiarazione degli innocenti 2005.
http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_it_v.pdf
16. 1990-2005. Celebrazione della Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno. Risultati ottenuti, sfide presenti e la prospettiva futura per l'alimentazione del neonato e del bambino.
<http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/celebrating-it.pdf>
17. Ospedali&Comunità Amici dei Bambini, documenti per gli operatori.
<http://www.unicef.it/doc/1147/ospedali-e-comunita-amiche-dei-bambini-materiali-utili.htm>



18. Genitori più, prendiamoci cura della loro vita. Materiale informativo per gli operatori. Sette azioni per la vita del bambino, 2009.
<http://www.genitoripiu.it/>
<http://www.genitoripiu.it/pages/14>
19. Zuccaro P et al, Guida rapida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Aggiornamento 2008. Osservatorio fumo, alcol e droga. Istituto superiore di sanità, 2008.
<http://www.iss.it/ofad/>
20. Faggiano F et al, "Cessazione del fumo di tabacco. Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte". Commissione regionale anti-tabacco, Quaderno N. 3. Regione Piemonte, 2007.
<http://www.oed.piemonte.it/>
21. Lumley J et al, "Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy". In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Issue 3.
22. NICE public health guidance 10. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. National Institute for Clinical Excellence, 2008.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH010guidance.pdf>
23. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER package, 2008.
<http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/index.html>
24. World Health Organization, WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009. Implementing smoke-free environments, 2009.
<http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/index.html>
25. Forastiere et al, "Valutazione quantitativa dell'impatto sanitario dell'esposizione a fumo passivo in Italia", maggio 2001.
<http://www.epicentro.iss.it/temi/fumo/pdf/Forastiere%20-%20costi.pdf>
<http://www.iss.it/binary/ofad/cont/0007.1105443058.pdf>
26. O'Leary CM, Jacoby PJ, et al. Maternal alcohol use and Sudden Infant Death Syndrome and infant mortality excluding SIDS. *Pediatrics* 2013; 131:e770-e778.
27. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and primary health care. Clinical guidelines on identification and brief interventions. Department of health of the government of catalonia, Barcelona, 2005. Versione italiana: L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. A cura di: Scafato E, Gandin C, Patussi V. ed il gruppo di lavoro Ipib, 2010.
http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pres_linee_cliniche.asp
28. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva, World Health Organization, 2011.
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
29. Mattson SN, Schoenfeld AM, Riley EP. Teratogenic effects of alcohol on brain and behaviour. *Alcohol Research and Health* 2001;25:175-91.
30. Sood B, Delaney-Black V, et al. Prenatal alcohol exposure and childhood behaviour at age 6-7 years: dose response effect. *Paediatrics* 2001;108:34-5.
31. Albertsen A, Andersen AM, et al. Alcohol consumption during pregnancy and risk of preterm delivery. *American Journal of Epidemiology* 2004;159:155-61.
32. Bradley KA, Badrinath S, et al. Medical risks for women who drink alcohol. *Journal of General Internal Medicine*. 1998;13:627-39.
33. Hale TW. Medications and Mother's Milk 2012: A Manual of Lactational Pharmacology. Hale Publishing, 2012.
34. Osservatorio nazionale alcol-Cnesps, World Health Organization Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, Società italiana di alcolologia. Donna e Alcol. Alcol: sei sicura? Il libretto per conoscere e non rischiare. EpiCentro, 2011.
http://www.epicentro.iss.it/alcol/materiali/libretti/libretto_donna.pdf
35. Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, Società italiana di alcolologia. Alcol: sei sicura? Le ragazze e l'alcol. Il libretto per conoscere e non rischiare. EpiCentro, 2011.
http://www.epicentro.iss.it/alcol/materiali/opuscoli/opuscolo_ragazze_alcol.pdf



2. EPIDEMIOLOGIA

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

Al termine di questo capitolo i partecipanti saranno in grado di:

- ▶ Descrivere la prevalenza dell'allattamento al seno in Italia
- ▶ Definire le diverse modalità di alimentazione dei lattanti secondo le raccomandazioni Oms
- ▶ Definire le diverse modalità di allattamento secondo le raccomandazioni internazionali
- ▶ Descrivere i determinanti dell'esclusività e della durata dell'allattamento e le implicazioni per i servizi sanitari

IN SINTESI

I dati dell'Oms relativi ai Paesi europei individuano tassi di allattamento al seno complessivamente bassi, sia per quanto riguarda l'allattamento al seno esclusivo nei primi 6 mesi di vita, sia per il suo proseguimento fino al secondo anno di vita, con l'eccezione dei Paesi scandinavi. I dati italiani, assai limitati prima degli anni '90 e tuttora non supportati da un monitoraggio sistematico su tutto il territorio, mostrano una notevole variabilità su base regionale. Un importante contributo di informazioni proviene da una serie di indagini dell'Iss che mostrano come questa variabilità sia significativamente influenzata dai determinanti per l'allattamento al seno e per l'alimentazione infantile individuati e descritti dall'Oms. Uno dei dati più significativi che emerge è che solo un terzo dei bambini è alimentato secondo le raccomandazioni dell'Oms sull'allattamento esclusivo al seno e l'alimentazione nel primo anno di vita.

I dati sull'allattamento al seno

Secondo i [dati dell'Oms](#), a livello mondiale solo il 38% dei bambini con meno di 6 mesi di vita è allattato esclusivamente al seno e il 39% prosegue fino ai 20-23 mesi di vita.^{1,2}

Nei Paesi industrializzati, i tassi di allattamento al seno sono in generale bassi, anche se con un *trend* in aumento. Questa è la situazione di Francia, Italia, Paesi Bassi, Regno Unito, Spagna e Svizzera. La situazione è diversa invece nei Paesi scandinavi. In Svezia e Norvegia, ad esempio, i bambini comunque allattati sono oltre il 95% fin dai primi anni '90 (consigliamo la visione del video "La prevalenza dell'allattamento al seno: il caso della Norvegia").³

L'eterogeneità nelle definizioni utilizzate per l'alimentazione infantile ha reso difficile, negli anni, il confronto tra diverse realtà (sincronico) e nel tempo (diacronico) della prevalenza dell'allattamento al seno.



Per questo, dagli anni '90 l'Oms ha proposto un set di definizioni e di procedure per la raccolta dei dati epidemiologici sull'alimentazione infantile, ponendo l'allattamento al seno come standard di riferimento (**Tabella 2**).

TABELLA 2. DEFINIZIONI OMS SULL'ALIMENTAZIONE INFANTILE ⁴

adattata da: Indicators for assessing infant and young child feeding practices, Oms 2009

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

Al momento non esiste un sistema di monitoraggio nazionale delle prevalenze dell'allattamento al seno secondo le definizioni Oms. Alcune Regioni hanno i propri sistemi di rilevazione, in genere basati sulla somministrazione di questionari al momento delle vaccinazioni. Ne sono esempi le Regioni Friuli-Venezia Giulia,⁵ la Lombardia⁶ e l'Emilia-Romagna.⁷

Anche a livello europeo non esistono ancora indicatori, definizioni e metodi standardizzati condivisi per stimare i tassi di inizio, esclusività e durata dell'allattamento al seno, e questo rende difficile la comparabilità dei dati. Il programma d'azione europeo sollecita la messa a punto di criteri standardizzati per il monitoraggio e la valutazione non solo della prevalenza dell'allattamento al seno, ma anche per le pratiche dei servizi sanitari e sociali, la messa in atto di politiche, leggi e codici e la copertura ed efficacia delle attività di informazione, educazione e comunicazione e di formazione.^{8,9}

In linea con questa esigenza, tra il 2008 e il 2011 l'Istituto superiore di sanità^{10,11} ha condotto due diverse indagini nell'ambito del progetto "[il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi](#)", al fine di valutare gli indicatori assistenziali al percorso nascita. L'indagine prevedeva l'intervista dopo il parto e il follow up a 3, 6 e 12 mesi; la domanda sull'alimentazione del bambino faceva riferimento alle 24 ore precedenti l'intervista.

Rispetto alla **scelta di allattamento**, il 96,5% delle italiane e il 95,7% delle straniere ha dichiarato che era propria intenzione, prima del parto, di allattare al seno. I dati della **Tabella 3** sul **tipo di allattamento** si riferiscono alle indagini del 2008-2009 e 2010-2011, per le donne italiane e non italiane. Dai risultati emerge una bassa aderenza alle raccomandazioni e un precoce svezzamento già a 3 mesi, mentre l'allattamento continuato almeno fino all'anno di vita con aggiunta di altri alimenti, così come raccomandato, avviene solo nel 30% circa delle intervistate.¹¹



TABELLA 3. TIPO DI ALLATTAMENTO IN ITALIA (%) – INDAGINI 2008-2009 E 2010-2011 ¹¹

Allattamento al seno	Donne italiane				Donne non italiane			
	Al parto	A 3 mesi	A 6 mesi	A 12 mesi	Al parto	A 3 mesi	A 6 mesi	A 12 mesi
n.	6.189	5.320	5.135	4.917	753	586	532	501
Esclusivo	59,9	49,3	6,4	0,7	67,8	49,7	7,7	1,0
Predominante	7,3	7,3	1,6	0,2	3,3	6,5	1,3	0,1
Complementare	24,6	15,4	48,4	31,6	18,9	11,9	50,6	31,5
No allattamento	8,3	27,7	43,6	67,5	9,9	31,9	40,5	67,3

Le **Figure 3 e 4** illustrano gli indicatori relativi all'assistenza nel punto nascita e alla prevalenza dell'allattamento al seno per area di residenza.¹¹

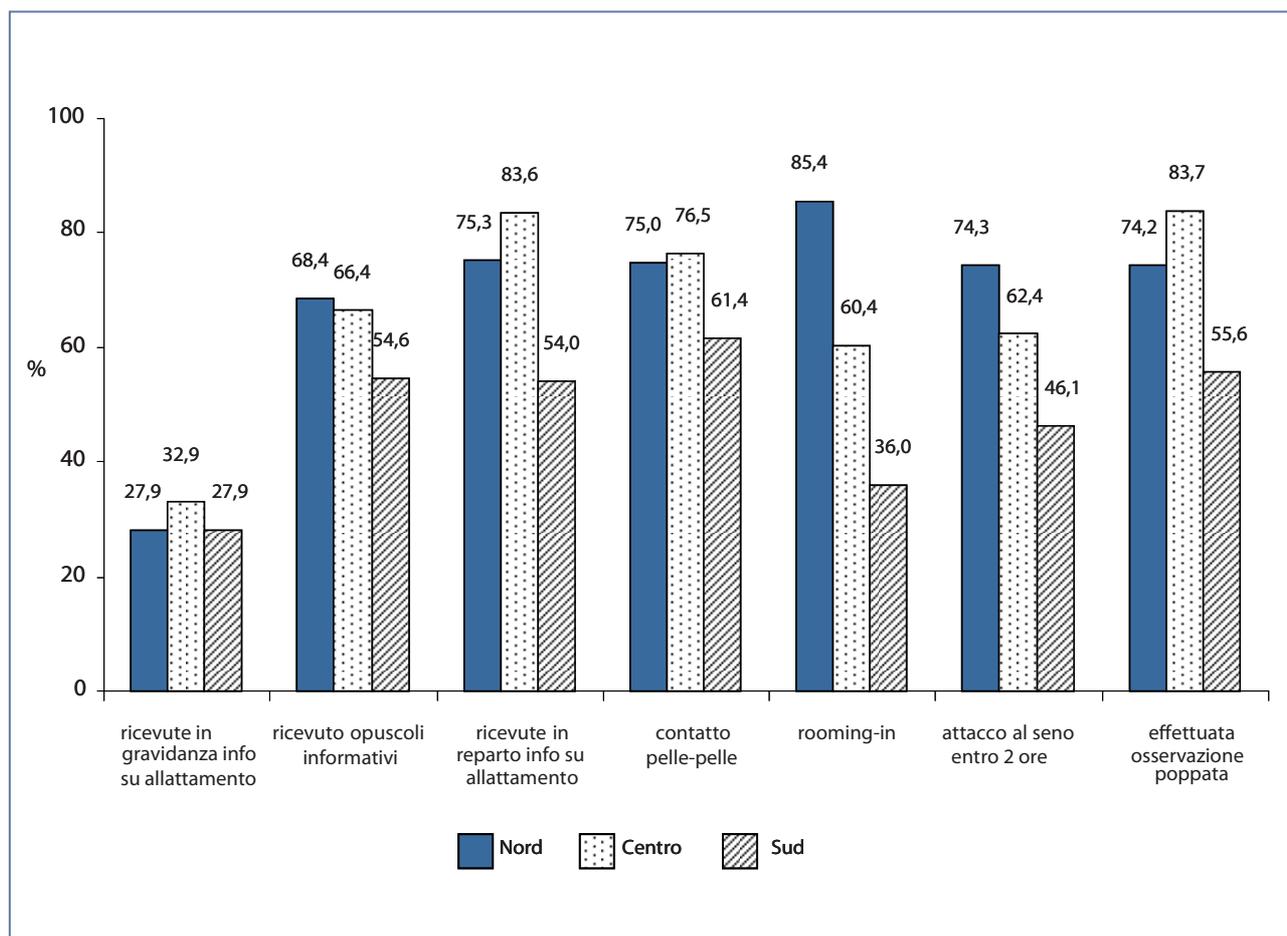


Figura 3. Indicatori assistenziali al percorso nascita per aree di residenza: assistenza nel punto nascita¹¹

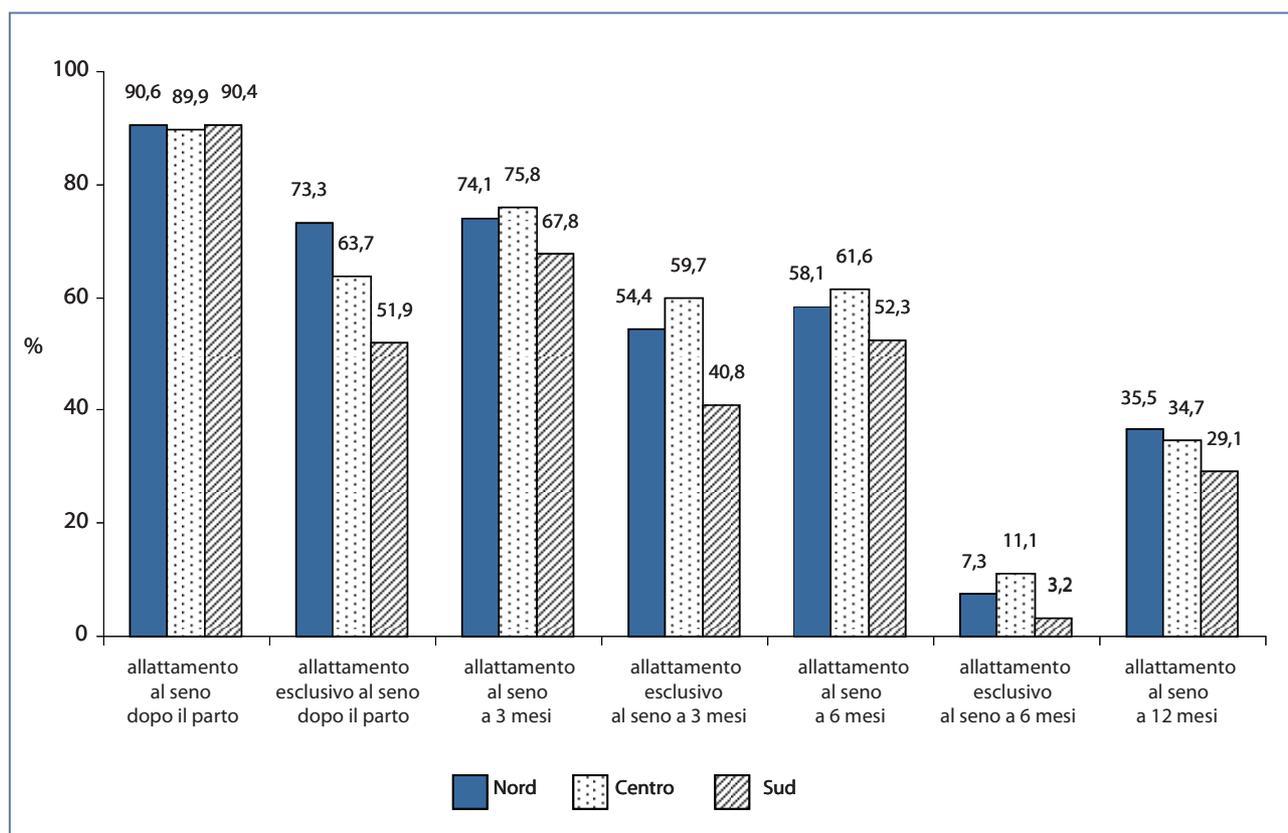


Figura 4. Indicatori assistenziali al percorso nascita per aree di residenza: prevalenza dell'allattamento al seno¹¹

Le ragioni del mancato allattamento mostrano una diversa distribuzione tra italiane e straniere (Tabella 4).¹¹

TABELLA 4. MOTIVO DEL MANCATO ALLATTAMENTO AL SENO (% DONNE)¹¹

Motivi	Donne italiane	Donne non italiane
Per scelta personale	10,5	45
Per problemi insorti durante l'allattamento	16,7	5,2
Per problemi di salute della madre	15,3	9,1
Per problemi di salute del bambino	27,6	19
Altro	29,9	21,7

Nei primi mesi dopo il parto, hanno avuto **problemi di allattamento** il 37,7% delle italiane e il 25,6% delle straniere. La **figura principale di riferimento** per i problemi nell'allattamento è il pediatra di libera scelta, consultato dal 40% circa delle donne di entrambe le cittadinanze. A seguire c'è l'ostetrica del consultorio familiare, citata dal 17,7% delle italiane e dal 24,4% delle straniere.¹¹

Hanno partecipato a **gruppi di sostegno dell'allattamento** al seno il 12,2% delle donne italiane e l'11,2% delle donne straniere. Hanno partecipato a **incontri di auto aiuto con altre mamme** il 17,8% delle italiane e il 14,1% delle straniere. A **sostenere la donna nell'allattamento** al seno, una volta rientrata a casa, è stato il marito/partner per il 30,7% delle italiane e il 26,5% delle straniere. Il 35,2% delle straniere vs il 27,1% delle italiane dichiara di non aver ricevuto alcun sostegno.¹¹

Per quanto riguarda **l'uso di latte artificiale**, la ragione principale per la quale al bambino è stato somministrato entro i 3 mesi è la percezione di mancanza di latte per circa il 33% delle donne di entrambe le cittadinanze. Risaltano in modo significativo le ragioni di lavoro per le straniere, 22,1% vs il 2,4% delle italiane. La ragione principale per cui è stato somministrato latte artificiale entro 6 ed entro 12 mesi è sempre la percezione di mancanza di latte per entrambe le cittadinanze. La **Figura 5** mostra le ragioni di somministrazione di latte artificiale nelle donne italiane.

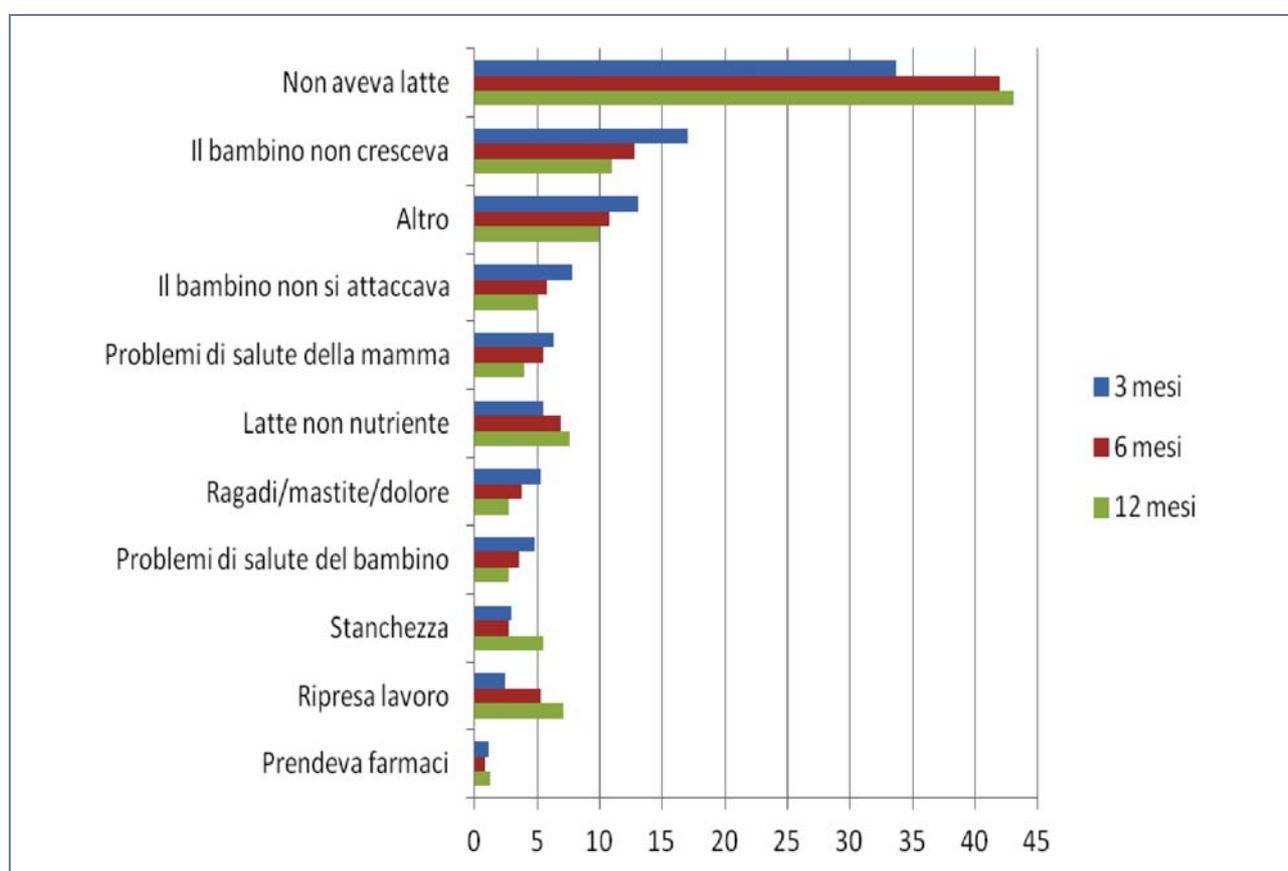


Figura 5. Motivo per cui al bambino è stato somministrato latte artificiale (% donne italiane)¹¹

A **consigliare il latte artificiale** è stato soprattutto il pediatra; per le straniere si tratta di una decisione presa autonomamente nel 24,1% dei casi vs il 7,7% delle italiane. La stessa domanda posta a 6 e 12 mesi mostra un aumento del riferimento al pediatra di libera scelta per entrambe le cittadinanze.¹¹



I determinanti dell'allattamento al seno e delle pratiche di alimentazione dei lattanti

Secondo un'indagine precedente dell'Iss (2002) sul percorso nascita¹² i fattori associati all'attacco al seno entro 2 ore sono:

- ▶ l'aver avuto un'assistenza pubblica
- ▶ l'aver partecipato a un corso di accompagnamento alla nascita nell'attuale o nella precedente gravidanza
- ▶ la possibilità del *rooming-in* (che consiste nel sistemare il neonato nella stessa stanza della madre dopo il parto in modo che trascorrono assieme 24 ore su 24 durante la permanenza in ospedale)
- ▶ la pluriparità.

Sono invece associati a una maggiore prevalenza di attacco al seno oltre 2 ore:

- ▶ lo stato di casalinga
- ▶ l'età gestazionale ≤ 36 settimane
- ▶ il peso alla nascita < 2.500 grammi
- ▶ la gemellarità
- ▶ il parto operativo o con taglio cesareo (sia con anestesia generale che con anestesia epidurale)
- ▶ il non aver avuto informazioni adeguate sull'allattamento in reparto
- ▶ la preferenza verso il parto con taglio cesareo e la residenza al Centro o al Sud.

La **Tabella 5** mostra i determinanti dell'allattamento esclusivo al seno tra le italiane, subito dopo il parto e a 3 mesi, secondo quanto rilevato nelle indagini 2009 e 2011.¹¹

TABELLA 5. DETERMINANTI DELL'ALLATTAMENTO AL SENO (% DONNE ITALIANE) ¹¹

Subito dopo il parto	<ul style="list-style-type: none"> • occupazione • pluriparità • parto spontaneo • seguite da un consultorio familiare e partecipazione a un corso di accompagnamento alla nascita (non significativo)
A 3 mesi	<ul style="list-style-type: none"> • istruzione superiore • occupate non ancora rientrate al lavoro • età più avanzata • pluriparità • parto spontaneo • seguite da un consultorio familiare • partecipato a un corso di accompagnamento alla nascita • in ospedale hanno avuto la possibilità di avere il bimbo sempre con loro • hanno partecipato a gruppi di sostegno in puerperio • partecipato a gruppi di incontro tra mamme

Dall'indagine emerge che tutti questi fattori sono presenti con frequenza minore al Sud rispetto al Nord, a conferma dei dati sulle prevalenze. I risultati dello studio Iss avvalorano, dunque, l'importanza di continuare a promuovere l'allattamento al seno secondo le raccomandazioni internazionali, confermando l'efficacia dell'implementazione del *Progetto obiettivo materno infantile* (vedi oltre) e delle suc-



cessive politiche a sostegno del percorso nascita e dell'adeguata alimentazione infantile. In questo senso, hanno un ruolo decisivo i consultori familiari che accompagnano i neo-genitori durante la gravidanza e nei primi anni di vita dei bambini.

Allo stesso modo, le strategie "Amiche dei bambini" (vedi oltre) contribuiscono a un aumento della consapevolezza dei genitori e si sono dimostrate efficaci per aumentare la prevalenza dell'allattamento al seno.^{13,14}

I dati di un'indagine condotta nell'ambito del programma GenitoriPiù¹⁵ conferma quanto già rilevato dalle precedenti indagini dell'Iss rispetto ai determinanti dell'alimentazione infantile. La modalità di alimentazione del bambino è influenzata significativamente da alcune variabili territoriali e socio-demografiche. Tra queste, hanno dimostrato importanti influenze sulle modalità di alimentazione del bambino:

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

Dai dati del **sistema di sorveglianza Passi**¹⁶ emerge che le donne che non allattano al seno sono quelle che riferiscono un maggiore disagio economico; questo colloca la promozione di pratiche adeguate di alimentazione infantile non solo tra le priorità di salute pubblica ma anche in una prospettiva di lotta alle disuguaglianze sociali.

I risultati delle indagini epidemiologiche forniscono importanti informazioni ai decisori e ai professionisti che si occupano dell'assistenza alle mamme e ai bambini. Le fasce più esposte al rischio di non allattare sono quelle con il livello di istruzione e socio-economico più basso e le primipare. Oltre all'offerta attiva di sostegno al percorso nascita generalizzata a tutte le coppie, è su queste categorie a rischio che dovrebbero essere concentrati gli interventi di ascolto e di sostegno, anche a domicilio, offerti dai servizi socio-sanitari, primi tra tutti i consultori familiari.

Secondo il modello Oms dei determinanti della scelta di allattamento (**Figura 6**) la pratica ottimale di allattamento al seno richiede la combinazione della scelta materna con l'abilità di attuare tale scelta, abilità che a sua volta è influenzata da fattori sociali, fisici e logistici. Questi fattori variano dalle politiche nazionali agli aspetti culturali e possono influenzare in modo determinante l'esperienza della madre in termini di sostegno o di ostacolo all'allattamento al seno.

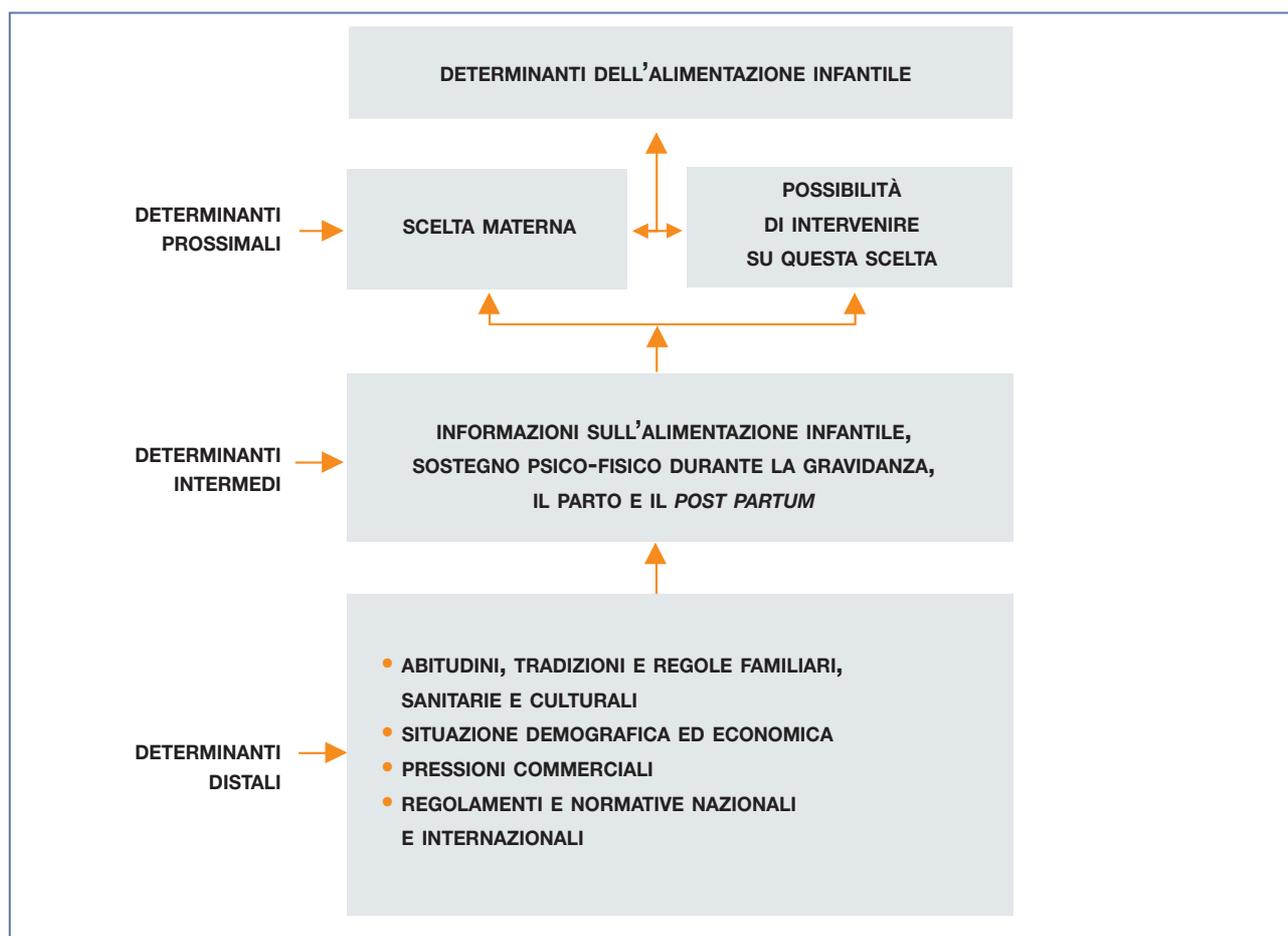


Figura 6. Determinanti della scelta dell'allattamento secondo il modello Oms^{17,18}

La scelta di allattamento non può essere ricondotta alla sola responsabilità individuale, ma risente delle variabili di contesto ostacolanti o favorenti. La Strategia Globale e le “*Iniziativa amiche dei bambini – Insieme per l'allattamento*” promuovono l'azione integrata e sinergica su tutti i determinanti, in linea con le indicazioni della Carta di Ottawa e di quelle, più recenti, della strategia europea Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari.



BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. 10 facts on breastfeeding.
<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/index.html>
2. Unicef. Breastfeeding.
http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html
3. World Health Organization. Highlights from the Global Data Bank on Breastfeeding.
https://apps.who.int/nut/db_bfd.htm
4. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part I: Definitions. Geneva, 2009.
<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241596664/en/>
5. Regione Friuli-Venezia Giulia. Monitoraggio dell'allattamento al seno.
www.ass5.sanita.fvg.it/reposASS5/SCHEDA_QUALITA/FVG_%20SINTESI_progetto_allattamento.pdf
6. Allattamento al Seno in Regione Lombardia: sorveglianza, 2011.
www.promozionesalute.regione.lombardia.it/shared/ccurl/238/774/protocollo%20operativo%202011%20-%20allattamento%20al%20seno%20sorveglianza.pdf
7. Prevalenza dell'allattamento al seno e altri interventi preventivi in Emilia-Romagna, 2011.
<http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/allattamento-al-seno-er-2011>
8. Cattaneo A. Significato della Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) per la promozione dell'allattamento al seno: le prove d'efficacia, VR 3-4.10.2002 In Speri L. "L'ospedale Amico dei Bambini". Masson, Milano 2004.
9. Commissione europea salute pubblica e valutazione del rischio Irccs Burlo Garofolo Trieste, Protezione, Ricerca sui servizi sanitari, epidemiologia e salute internazionale Centro Collaboratore dell'Oms per la salute materno infantile. Promozione e sostegno dell'allattamento al seno in Europa: un programma d'azione, 2008.
<http://www2.burlo.trieste.it/documenti/newblueprintit.pdf>
10. Grandolfo M, Lauria L, Lamberti A. Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi – Principali risultati dell'indagine sul percorso nascita.
www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/PDF_Convegno_28-Apr-2010/Lauria_Principali%20Risultati_.pdf
11. Rapporti ISTISAN 12/39. Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011.
http://www.iss.it/binary/publ/cont/12_39_web.pdf
12. Grandolfo M, Donati S, Giusti A. Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali. Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute.
<http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf>
13. Labbok MH. Global baby-friendly hospital initiative monitoring data: update and discussion. Breastfeed Med 2012;7:210-22; doi: 10.1089/bfm.2012.0066. PubMed PMID: 22861482.
14. Abrahams SW, Labbok MH. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. Int Breastfeed J 2009;29;4:11; doi: 10.1186/1746-4358-4-11.
15. Campostrini S, Porchia S. Pillole di valutazione. Sostenere l'allattamento materno.
http://www.genitoripiu.it/documents/uploads/manuale_2010/GenitoriPiu_Allattamento.pdf
16. Sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle aziende sanitarie progressi per la salute in Italia).
<http://www.epicentro.iss.it/passi/>
17. World Health Organization. Community-based strategies for breast feeding promotion and support in developed countries. 2003.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591218/en/index.html
18. Lutter CK. Breastfeeding promotion. Is its effectiveness supported by scientific evidence and global changes in breastfeeding behaviors? Advances in Experimental Medicine and Biology 2000;478:355-68.



3. ALLATTAMENTO AL SENO E SALUTE

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

Al termine di questo capitolo i partecipanti saranno in grado di:

- ▶ **Descrivere i rischi associati all'uso di sostituti del latte materno e al non allattamento**
- ▶ **Descrivere l'importanza dell'allattamento al seno per il bambino, per la madre e per la comunità**
- ▶ **Descrivere le attuali raccomandazioni sull'alimentazione infantile**

IN SINTESI

Nell'analizzare le ricadute positive sulla salute materna e infantile dell'allattamento al seno, è fondamentale l'assunzione che è questo che rappresenta la norma biologica e quindi lo standard di riferimento per il confronto con le altre alternative, delle quali vanno invece valutati gli eventuali rischi a breve, medio e lungo termine. È provato che l'allattamento al seno, in quanto in grado di fornire tutti i nutrienti necessari nelle prime fasi di vita del bambino in modo bilanciato e flessibile con il modificarsi delle esigenze, conferisce un vantaggio per la salute in tutti i contesti socio-economici. Sulla base di queste evidenze sono state sviluppate le raccomandazioni per l'alimentazione infantile da parte di Oms, Unicef e Ue. D'altra parte si stanno accumulando prove dei rischi del mancato allattamento o dell'allattamento artificiale. Anche queste informazioni vanno rese pubbliche e diffuse alle madri e agli operatori.

I rischi del mancato allattamento al seno e dei sostituti del latte materno

Le più recenti posizioni della comunità scientifica propongono di superare gli sforzi tesi a raccogliere prove a favore dell'allattamento al seno, sulla base del fatto che l'allattamento al seno è la norma biologica per la specie umana.^{1,2} Propongono quindi che l'allattamento al seno venga considerato come lo standard di riferimento per l'alimentazione del lattante, rispetto al quale devono confrontarsi le alternative, tra cui l'uso di alimenti formulati e il non allattamento. Di conseguenza, gli studi scientifici devono ricercare gli eventuali rischi a breve, medio e lungo termine dell'esposizione ad altre modalità di alimentazione che si discostano dalla norma biologica di riferimento.^{1,2} Queste informazioni devono poi essere messe a disposizione dei professionisti e dei genitori per poter prendere decisioni informate.³

I rischi della decisione di non allattare e gli svantaggi dell'alimentazione artificiale sono riassunti nelle raccomandazioni standard per l'Unione Europea (Ue) per l'alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a 3 anni.⁴ (vedi **Tabella 6**).

**TABELLA 6. I RISCHI DELLA DECISIONE DI NON ALLATTARE E GLI SVANTAGGI DELL'ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE****A. Rischi per il bambino**

- ▶ Aumentato rischio per numerose malattie infettive, soprattutto infezioni dell'apparato gastrointestinale e respiratorio, come pure per otite e infezioni urinarie⁵ ed altre infezioni in generale.⁶
- ▶ Aumentato rischio per numerose malattie non infettive e croniche, soprattutto legate a disordini metabolici e immunitari (per esempio, diabete mellito di tipo I e II, allergie), ma anche per sindrome da morte improvvisa del lattante (SIDS), ipertensione e alcune forme di cancro (linfoma, leucemia, malattia di Hodgkin).⁶
- ▶ Aumentato rischio per malnutrizione, compresa la denutrizione proteico-calorica nelle popolazioni a basso reddito e il sovrappeso e l'obesità in popolazioni sia a basso sia ad alto reddito, con tutte le relative conseguenze per la salute, lo sviluppo, la società e l'economia.⁶
- ▶ Aumentato rischio per malocclusione dentale.^{7,8}
- ▶ Aumentato rischio di mortalità sotto i 5 anni nei Paesi a basso reddito e di mortalità postneonatale in Paesi ad alto reddito.^{9,10}
- ▶ Aumentato rischio di ospedalizzazione in Paesi a basso e ad alto reddito.^{11,12}
- ▶ Peggior sviluppo del cervello^{13,14} e performance peggiori in test per lo sviluppo cognitivo.^{15,16}

B. Rischi per la madre¹⁷

- ▶ Aumentato rischio di emorragia post-partum e involuzione più lenta dell'utero.
- ▶ Riduzione degli intervalli tra le nascite e aumento delle perdite di sangue con le mestruazioni.¹⁸
- ▶ Ritardato ritorno al peso pre-gravidanza.
- ▶ Aumentato rischio di cancro del seno e dell'ovaio.¹⁹
- ▶ Aumentato rischio di osteoporosi e di frattura dell'anca dopo la menopausa.

C. Altri svantaggi dell'alimentazione artificiale per le donne, le famiglie e la collettività

- ▶ Aumento dei costi per l'acquisto del latte artificiale, con i prodotti pronti all'uso ben più costosi dei latti in polvere.
- ▶ Costi per l'acquisto di biberon, tettarelle, combustibile, acqua, prodotti e attrezzature per la sterilizzazione.
- ▶ Tempo necessario per la preparazione e la somministrazione, meno tempo da dedicare ad altri figli e ad altre questioni familiari.
- ▶ Aumento dei costi dell'assistenza sanitaria per la famiglia e i servizi sociali e sanitari.²⁰⁻²³
- ▶ Aumento delle assenze dei genitori dal lavoro.²⁴
- ▶ Bilancia nazionale degli alimenti negativa e significativa perdita per l'economia.^{25,26}
- ▶ Aumento della quantità e della spesa per i rifiuti e l'energia, con le relative conseguenze per l'ambiente.²⁷

La Strategia globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini Oms-Unicef riporta: «la mancanza dell'allattamento al seno, e in particolare di quello esclusivo, nei primi sei mesi di vita, comporta seri fattori di rischio in termini di salute se si introduce un'alimentazione complementare inappropriata, i rischi di morbilità e di mortalità diventano più gravi ancora. Le conseguenze tra cui basso rendimento scolastico, scarsa produttività, carenze nello sviluppo intellettuale e sociale, durano per tutta la vita».²⁸

Secondo le ultime stime, ogni ora la morte di 95 bambini potrebbe essere evitata (830 mila all'anno) se le madri allattassero subito dopo il parto. Nel 2008 le pratiche di alimentazioni infantile sub-ottimali (ad esempio alimentazione con sostituti del latte materno nei primi 6 mesi di vita o interruzione dell'allattamento al primo anno) hanno causato la morte di 1,4 milioni di bambini. Tra i determinanti di questi decessi ci sono le discutibili pratiche di *marketing* adottate da alcune aziende, soprattutto nei mercati emergenti.²⁹

I principali enti e società scientifiche raccomandano la corretta comunicazione dei rischi associati al mancato allattamento al seno e all'alimentazione artificiale, sia ai professionisti della salute sia alla popolazione generale.^{6,30-35} In assenza di informazioni accessibili, affidabili, complete e adeguatamente comunicate non è possibile, per i genitori, decidere cosa sia meglio per sé e per i propri bambini.



Le raccomandazioni Ue⁴ prevedono che le madri che alimentano i loro figli con latte artificiale ricevano tutto il sostegno necessario per sfruttare al massimo le occasioni di stabilire un legame col bambino (per esempio, usando il momento dell'allattamento per uno stretto contatto pelle-a-pelle con il bambino, senza delegare questo momento ad altri che non sia un intimo familiare, quando possibile). A questo si aggiungono le raccomandazioni Unicef che prevedono che tutte le madri che ricorrono all'alimentazione artificiale ricevano informazioni sulla corretta preparazione.

Questi aspetti, così come le ragioni mediche per l'uso di sostituti del latte materno, sono trattati in dettaglio nel secondo dossier.

L'importanza dell'allattamento al seno per la coppia mamma-bambino

Il latte materno rappresenta il miglior alimento per i neonati, perché fornisce tutti i nutrienti di cui hanno bisogno nella prima fase della loro vita, come per esempio certi acidi grassi polinsaturi, proteine, ferro assimilabile. Non è un semplice nutrimento, ma un tessuto vivo che si modifica sulla base delle esigenze del singolo bambino. Contiene poi sostanze bioattive e immunologiche che non si trovano nei sostituti artificiali e che invece sono fondamentali sia per proteggere il bambino da eventuali infezioni batteriche e virali, sia per favorire lo sviluppo intestinale.

L'allattamento al seno rappresenta lo strumento principale per limitare gli esiti negativi di salute sia nei Paesi a basso reddito, sia nelle categorie svantaggiate dal punto di vista socio-economico che vivono nei Paesi ad alto reddito.³⁶ I bambini nati in situazioni di svantaggio socio-economico che grazie all'allattamento al seno ricevono uno svezzamento più tardivo hanno esiti simili a quelli di bambini nati in classi più abbienti che ricevono l'alimentazione artificiale e cibi complementari dopo i 6 mesi compiuti.³⁷ Rispetto a qualsiasi altro intervento sanitario di prevenzione, l'allattamento al seno fino ai 2 anni ha il maggiore impatto potenziale sulla sopravvivenza.²⁹

Inoltre, l'allattamento al seno aumenta di almeno 6 volte la probabilità di sopravvivenza nei primi 6 mesi di vita e riduce la mortalità per infezioni respiratorie e diarrea, due delle più frequenti cause di decesso in età pediatrica.³⁸

Anche nelle nazioni ad alto reddito, i neonati allattati al seno sono a minor rischio di mortalità. A questo proposito, già nel 1994 *The Lancet* pubblicò un famoso editoriale dal titolo: "*La catena calda per l'allattamento al seno*":³⁹

«Se si rendesse disponibile un nuovo vaccino che prevenisse un milione o più di morti infantili all'anno, e che fosse oltretutto poco costoso, sicuro, somministrabile per bocca, e non richiedesse catena del freddo, diventerebbe immediatamente un imperativo di salute pubblica. L'allattamento al seno può fare questo e altro, ma richiede una sua *catena calda* di sostegno e cioè assistenza competente alle madri perché possano avere fiducia in se stesse e per mostrare loro cosa fare, e protezione da pratiche dannose. Se questa catena calda si è persa nella nostra cultura, o ha dei difetti, è giunto il tempo di farla funzionare»

Allora come oggi, protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno sono considerati priorità di salute pubblica.



L'importanza dell'allattamento al seno è stata oggetto di numerose pubblicazioni. La **Tabella 7** dell'*American Academy of Pediatrics* sintetizza questi vantaggi in termini di dose-risposta.⁴⁰

TABELLA 7. BENEFICI DELL'ALLATTAMENTO AL SENO (AAP 2012, MODIFICATA) ⁴⁰

Condizione	% riduzione del rischio*	Tipo di allattamento al seno	Commenti	Odds ratio§	IC 95%
Otite media ⁴¹	23	qualsiasi	–	0,77	0,64-0,91
Otite media ⁴¹	50	≥3 o 6 mesi	allattamento al seno esclusivo	0,5	0,36-0,7
Otite media ricorrente ⁴²	77	esclusivo ≥6 mesi [°]	vs allattamento al seno per 4-6 mesi	1,95	1,06-3,59
Infezioni delle alte vie respiratorie ⁴³	63	≥6 mesi	allattamento al seno esclusivo	0,3	0,18-0,74
Infezioni delle alte vie respiratorie ⁴¹	72	≥4 mesi	allattamento al seno esclusivo	0,28	0,14-0,54
Infezioni delle alte vie respiratorie ⁴²	77	esclusivo ≥6 mesi [°]	vs allattamento al seno per 4-6 mesi [°]	4,27	1,27-14,35
Asma ⁴¹	40	≥3 mesi	storia familiare di atopia	0,6	0,43-0,83
Asma ⁴¹	26	≥3 mesi	non storia familiare di atopia	0,74	0,6-0,92
Bronchiolite da virus respiratorio sinciziale ⁴⁴	74	>4 mesi	–	0,26	0,074-0,9
Enterocolite necrotizzante ⁴⁵	77	ricovero in unità di terapia intensiva neonatale	neonati pretermine latte umano esclusivo	0,23	0,51-0,94
Dermatite atopica ⁴⁶	27	>3 mesi	storia familiare negativa per allattamento al seno esclusivo	0,84	0,59-1,19
Dermatite atopica ⁴⁶	42	>3 mesi	storia familiare positiva per allattamento al seno esclusivo	0,58	0,41-0,92
Gastroenterite ^{41,47}	64	qualsiasi	–	0,36	0,32-0,4
Malattia infiammatoria cronica intestinale ⁴⁸	31	qualsiasi	–	0,69	0,51-0,94
Obesità ⁴¹	24	qualsiasi	–	0,76	0,67-0,86
Malattia celiaca ⁴⁹	52	>2 mesi	esposizione al glutine durante l'allattamento al seno	0,48	0,4-0,89
Diabete di tipo 1 ^{41,50}	30	>3 mesi	allattamento al seno esclusivo	0,71	0,54-0,93
Diabete di tipo 2 ^{41,51}	40	qualsiasi	–	0,61	0,44-0,85
Leucemia linfatica acuta ^{41,52}	20	>6 mesi	–	0,8	0,71-0,91
Leucemia mieloide acuta ^{41,53}	15	>6 mesi	–	0,85	0,73-0,98
Sindrome da morte improvvisa del lattante ⁴¹	36	qualsiasi >1 mese	–	0,64	0,57-0,81

*vs alimentazione con latte artificiale o gruppi di confronto altrimenti specificati;

§ aumento del rischio vs alimentazione artificiale; °gruppo di confronto: allattamento al seno esclusivo ≥6 mesi.



L'Oms, l'Unicef e più recentemente l'Ue e i governi nazionali hanno prodotto delle raccomandazioni per l'alimentazione infantile che sono state oggetto di sviluppi e modifiche nel corso dell'ultimo ventennio. La **Tabella 8** descrive le **attuali raccomandazioni per l'alimentazione infantile**.

TABELLA 8. RACCOMANDAZIONI PER L'ALIMENTAZIONE INFANTILE ^{28,36,54}

- ▶ Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a riconoscere quando il neonato è pronto per allattare al seno, offrendo aiuto se necessario.

- ▶ Nei primi 6 mesi di vita, alimentare i bambini esclusivamente con latte materno.

- ▶ Oltre i 6 mesi, per soddisfare il crescente fabbisogno nutrizionale, la dieta va integrata con cibi complementari idonei e sicuri, proseguendo l'allattamento fino all'età di due anni o oltre, secondo il desiderio della mamma e del bambino.

- ▶ L'alimentazione complementare dovrebbe essere tempestiva, adeguata, sicura, correttamente offerta, a richiesta e guidata dal bambino secondo i propri tempi e modi.

Le raccomandazioni sull'alimentazione infantile sono state integrate all'interno delle principali politiche nazionali e regionali: dal Progetto-obiettivo materno infantile alle linee guida nazionali, il Piano sanitario nazionale, il Piano nazionale e i piani regionali di prevenzione, la strategia Guadagnare Salute.

Di recente l'Oms ha divulgato una nuova presa di posizione sull'uso dei "latti di proseguimento" e ribadito la raccomandazione di allattare esclusivamente per i primi 6 mesi di vita del bambino e proseguire poi l'allattamento al seno integrandolo con i cibi della famiglia. Le formule di proseguimento e di crescita non sono necessarie. Inoltre, questi latti formulati sono inadatti a sostituire il latte materno oltre i 6 mesi di vita del bambino a causa della loro composizione, che porta a un'eccessiva assunzione di proteine e a un ridotto apporto di acidi grassi essenziali, ferro, zinco e vitamina B. I latti di proseguimento e di crescita, quando vengono presentati come sostituti parziali o totali del latte materno oltre i 6 mesi di vita del bambino, sono soggetti alle regole di commercializzazione definite dal Codice Internazionale e dalla legge italiana⁵⁵.



BIBLIOGRAFIA

1. Giusti A. La comunicazione sull'alimentazione dei lattanti dal punto di vista della ricerca scientifica. *Settimana Mondiale dell'Allattamento*, 2011.
<http://www.epicentro.iss.it/argomenti/allattamento/pdf/GiustiSam2011.pdf>
2. McNeil ME, Labbok MH, Abrahams SW. What are the risks associated with formula feeding? A re-analysis and review. *Birth* 2010 Mar;37:50-8.
3. Giusti A. Lo strano caso della comunicazione scientifica sull'alimentazione dei lattanti. *Medico e Bambino* 2013;32:42-6.
4. Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea – European Commission, Directorate Public Health and Risk, 2006.
http://www.unicef.it/Allegati/Raccomandazioni_UE_alimentazione_lattanti.pdf
5. Marild S, Hansson S, et al. Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatr* 2004;93:164-8.
6. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.
7. Labbok MH, Hendershot GE. Does breast-feeding protect against malocclusion? An analysis of the 1981 Child Health Supplement to the National Health Interview Survey. *Am J Prev Med* 1987;3:227-32.
8. Viggiano D, Fasano D, et al. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. *Arch Dis Child* 2004;89:1121-3.
9. WHO Collaborative Study Team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000;355:451-5.
10. Chen A, Rogan WJ. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics* 2004;113:e435-9.
11. Cesar JA, Victora CG, et al. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ* 1999;318:1316-20.
12. Bachrach VR, Schwarz E, Bachrach LR. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:237-43.
13. Khedr EM, Farghaly WM, et al. Neural maturation of breastfed and formula-fed infants. *Acta Paediatr* 2004;93:734-8.
14. Wang B, McVeagh P, et al. Brain ganglioside and glycoprotein sialic acid in breastfed compared with formula-fed infants. *Am J Clin Nutr* 2003;78:1024-9.
15. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999;70:525-35.
16. Mortensen EL, Michaelsen KF, et al. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA* 2002;287:2365-71.
17. Labbok MH. Health sequelae of breastfeeding for the mother. *Clin Perinatol* 1999;26:491-503.
18. Labbok MH, Hight-Laukaran V, et al. Multicenter study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): I. Efficacy, duration, and implications for clinical application. *Contraception* 1997;55:327-36.
19. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet* 2002;360:187-95.
20. Weimer J. The economic benefits of breastfeeding: a review and analysis. Food and Rural Economics Division, Economic Research Service, US Dept of Agriculture. Food and Nutrition Research Report n. 13, Washington DC, 2001.
21. Ball TM, Bennett DM. The economic impact of breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:253-62.
22. Cattaneo A, Ronfani L, et al. Infant feeding and cost of health care: a cohort study. *Acta Paediatr* 2006;95:540-6.



23. Smith JP, Thompson JF, Ellwood DA. Hospital system costs of artificial infant feeding: estimates for the Australian Capital Territory. *Aust N Z J Public Health* 2002;26:543-51.
24. Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. *Am J Health Promot* 1995;10:148-53.
25. FAO. The economic value of breast-feeding. *FAO Food Nutr Pap* 1979;11:1-89.
26. Smith JP, Ingham LH. Mothers' milk and measures of economic output. *Feminist economics* 2005;11:41-62.
27. Radford A. The ecological impact of bottle feeding. *Breastfeed Rev* 1992;11:204-8.
28. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, 2003.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf>
Versione italiana:
http://www.unicef.it/Allegati/Strategia_globale_alimentazione_neonati_bambini.pdf
29. Save the Children. Superfood for babies. How overcoming barriers to breastfeeding will save children's lives.
<http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/superfood-babies>
http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/images/Superfood_for_Babies_UK_version.pdf
http://www.who.int/pmnch/media/news/2013/20130218_save_the_children/en/index.html
30. Horta BL, Bahl R, et al. Evidence of the long-term effects of breastfeeding Geneva WHO 2007.
http://www.unicef.it/Allegati/Strategia_globale_alimentazione_neonati_bambini.pdf
31. Sterken E. Risks of formula feeding. A brief annotated bibliography. INFACT Canada, 2006.
<http://www.infactcanada.ca/RisksofFormulaFeeding.pdf>
32. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003517.pub2/abstract>
33. Ip S, Chung M, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153. Agency for Healthcare Research and Quality, April 2007.
<http://www.cdph.ca.gov/HealthInfo/healthyLiving/childfamily/Documents/MO-BFP-16HLW-BBC03-IpAHRO2007ExecutiveSummary.pdf>
34. Eu Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised). European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008.
<http://www2.burlo.trieste.it/documenti/revisedblueprint07.pdf>
35. Dichiarazione degli innocenti 2005.
http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_it_v.pdf
36. World Health Organization. Combined course on growth assessment and IYCF counselling. 2012.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77944/1/9789241504812_Directors_guide_eng.pdf
37. Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalisation for diarrhoeal and respiratory infection in the UK millennium cohort study. *Paediatrics* 2007;119:e837-42.
38. Arifeen S, Black RE, et al. Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums. *Pediatr* 2001;108:e67.
39. A warm chain for breastfeeding. *The Lancet* 1994;344:1239-41.
40. American Academy of Pediatrics 2012. Policy statement. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827-42.
<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/02/22/peds.2011-3552.full.pdf+html>
41. Ip S, Chung M, et al; Tufts-New England Medical Center Evidence-based Practice Center. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2007;153(153):1-186.
42. Chantry CJ, Howard CR, Auinger P. Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. *Pediatrics* 2006;117:425-32.



43. Duijts L, Jaddoe VW, et al. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics* 2010;126(1).
www.pediatrics.org/cgi/content/full/126/1/e18
44. Nishimura T, Suzue J, Kaji H. Breastfeeding reduces the severity of respiratory syncytial virus infection among young infants: a multi-center prospective study. *Pediatr Int* 2009;51:812-6.
45. Sullivan S, Schanler RJ, et al. An exclusively human milk-based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products. *J Pediatr* 2010;156:562-7,e1.
46. Zutavern A, Brockow I, et al; LISA Study Group. Timing of solid food introduction in relation to atopic dermatitis and atopic sensitization: results from a prospective birth cohort study. *Pediatrics* 2006;117:401-11.
47. Ip S, Chung M, et al. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Med* 2009;4(suppl 1):S17-S30.
48. Barclay AR, Russell RK, et al. Systematic review: the role of breastfeeding in the development of pediatric inflammatory bowel disease. *J Pediatr* 2009;155:421-6.
49. Akobeng AK, Ramanan AV, et al. Effect of breast feeding on risk of celiac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arch Dis Child* 2006;91:39-43.
50. Rosenbauer J, Herzig P, Giani G. Early infant feeding and risk of type 1 diabetes mellitus. A nationwide population-based case-control study in pre-school children. *Diabetes Metab Res Rev* 2008;24:211-22.
51. Das UN. Breastfeeding prevents type 2 diabetes mellitus: but, how and why? *Am J Clin Nutr* 2007;85:1436-7.
52. Kwan ML, Buffler PA, Abrams B, Kiley VA. Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: a meta-analysis. *Public Health Rep* 2004;119:521-35.
53. Rudant J, Orsi L, Menegaux F, et al. Childhood acute leukemia, early common infections, and allergy: The ESCALE Study. *Am J Epidemiol* 2010;172:1015-27.
54. Organizzazione mondiale della sanità, Unicef, Wellstart International. Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini - riveduta, aggiornata e ampliata per un approccio integrato alle cure. Sezione 3: Promozione e sostegno dell'allattamento al seno in un Ospedale amico dei bambini - Un Corso di 20 ore per il personale della maternità. Ginevra: Oms e Unicef, 2009.
http://www.unicef.it/Allegati/Corso_20_Ore_7ott10.pdf
55. Oms. Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020, Vienna, luglio 2013.
[/www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/193253/CONSENSUS-Vienna-Declaration-5-July-2013.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/193253/CONSENSUS-Vienna-Declaration-5-July-2013.pdf)



4. STRATEGIE INTERNAZIONALI E NAZIONALI DI PROTEZIONE, PROMOZIONE E SOSTEGNO

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

Al termine di questo capitolo i partecipanti saranno in grado di:

- ▶ Descrivere le attuali strategie internazionali e nazionali per l'alimentazione dei lattanti
- ▶ Descrivere i principi generali delle Iniziative Amiche dei Bambini
- ▶ Descrivere i principi generali del Codice Oms per la commercializzazione dei sostituti del latte materno
- ▶ Offrire informazioni sulla normativa a tutela delle donne lavoratrici che desiderano allattare e sull'allattamento nei luoghi pubblici
- ▶ Descrivere le linee d'azione per l'alimentazione infantile nelle emergenze
- ▶ Promuovere la cultura dell'allattamento al seno

IN SINTESI

L'impostazione di politiche sanitarie sostenute da specifici pronunciamenti di enti e organizzazioni internazionali per la protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno, ha avuto luogo a partire dall'inizio degli anni '90. Di grande rilievo sono le dichiarazioni e i documenti programmatici congiunti Oms-Unicef. Questi documenti si sono concretizzati in iniziative a livello di strutture sanitarie e di comunità. In Italia, che già aveva previsto nei propri piani sanitari programmi di promozione e sostegno dell'allattamento al seno, le iniziative Oms-Unicef sono state diffusamente recepite e sono tuttora in crescita. Per la loro affermazione è essenziale la formazione degli operatori e la partecipazione della comunità, secondo una nuova cultura dell'allattamento al seno. Aspetti cruciali e non ancora del tutto risolti sono l'allattamento per la donna che lavora e l'allattamento al seno in pubblico. Fondamentale è il ruolo di associazioni e di gruppi di mamme di sostegno.

Le strategie internazionali

Il [Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno](#)¹ (Figura 7) è stato pubblicato nel 1981 dall'Oms per proteggere le madri e orientare i professionisti rispetto alle pressioni commerciali delle ditte produttrici. Pressioni che hanno un impatto negativo sull'allattamento al seno e, come afferma il Codice: «la commercializzazione dei sostituti del latte materno richiede un trattamento speciale che rende le pratiche usuali di *marketing* inadatte a questi prodotti». Nel corso di oltre 30 anni l'Assemblea mondiale della sanità (Ams) ha modificato il Codice e adottato nuove risoluzioni, che rappresentano parti integranti del documento originario.

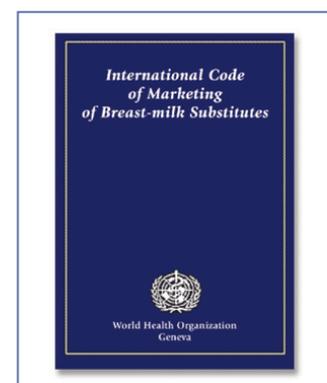


Figura 7. Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno



Il Codice rappresenta il requisito minimo per proteggere la salute infantile, pertanto l'Oms raccomanda che venga messo in pratica integralmente e tradotto in leggi nazionali dagli Stati membri. A oggi tutti i firmatari del documento, dopo un primo momento protrattosi fino al 1994 in cui gli Stati Uniti non l'avevano ratificato, lo hanno adottato. Il Codice è stato anche firmato dalle maggiori compagnie produttrici di alimenti per l'infanzia, che si sono impegnate a rispettarlo indipendentemente dalle leggi nazionali.

Il Codice si applica a:

- ▶ tutti i lattini artificiali sia in polvere che liquidi, le formule speciali, i cosiddetti "lattini di proseguimento"
- ▶ tutti i prodotti che possano in tutto o in parte sostituirsi al latte materno, (come tisane, the, acqua minerale, preparati liofilizzati, omogeneizzati, creme, biscotti) quando presentati come adatti a bambini di età inferiore a 6 mesi
- ▶ i biberon e le tettarelle.

A partire dal 1989, con la [dichiarazione congiunta](#),² Oms e Unicef hanno avviato un programma per la protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno. Nel 1990 viene elaborata la [Dichiarazione degli Innocenti](#)³ (poi aggiornata nel 2005)⁴ durante il meeting internazionale *Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative*, promosso dall'Agenzia per lo sviluppo internazionale degli Stati Uniti (Usaid) e dall'Autorità svedese per lo sviluppo internazionale (Sida) e tenutasi presso lo Spedale degli Innocenti a Firenze dal 30 luglio al 1° agosto 1990.

La dichiarazione originaria si basava su 4 obiettivi:

1. designare un coordinatore nazionale per l'allattamento materno, dotato di adeguati poteri, e istituire un comitato nazionale multisettoriale per l'allattamento materno, composto dai rappresentanti dei ministeri competenti, da Ong e dalle associazioni di professionisti della salute
2. assicurare che tutte le strutture fornitrici di servizi di maternità mettano pienamente in pratica tutti i "Dieci passi per allattare al seno con successo", illustrati nella dichiarazione congiunta Oms-Unicef sulla "Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno: il ruolo speciale dei servizi di maternità"²
3. intraprendere azioni volte ad attuare nella loro integrità i principi e gli obiettivi di tutti gli articoli del Codice internazionale sulla commercializzazione dei prodotti sostitutivi del latte materno¹ (vedi oltre) e delle successive e relative risoluzioni adottate dall'Ams
4. emanare leggi all'avanguardia per tutelare il diritto all'allattamento al seno delle donne che lavorano, e istituire meccanismi per la loro applicazione.

A questi obiettivi se ne sono aggiunti molti altri nel tempo. Alla 44^a Ams, nel 1991, la Dichiarazione è stata accolta come «una base per le politiche e gli interventi internazionali sulla salute» (risoluzione WHA44.33).⁵

Nel 1992 Oms e Unicef hanno lanciato congiuntamente l'iniziativa *Ospedali amici dei bambini* (vedi oltre).

Oltre vent'anni dopo, nel 2003 l'Oms e l'Unicef hanno lanciato la [Strategia globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini](#) (*Global strategy for infant and young child feeding*),⁶ con l'obiettivo di: «riportare l'attenzione del mondo sugli effetti delle pratiche alimentari sullo stato nutrizionale, la crescita, lo sviluppo, la salute e, in ultima analisi, sulla sopravvivenza stessa dei neonati e dei bambini». Il messaggio dominante è l'importanza dell'alimentazione dei primi mesi e anni di vita come determinante per la buona salute. Sul fronte opposto, sono presentate le conseguenze negative del mancato allattamento al seno, in particolare esclusivo, nei primi sei mesi di vita, in termini di morbilità e mortalità (vedi capitolo 3 di questo dossier).



La Strategia globale si è proposta come una guida all'azione fondata sui dati scientifici ed epidemiologici più affidabili, ed è il risultato di un ampio processo partecipativo durato due anni. Ha rappresentato l'occasione per rivedere i principali fattori che influenzano le pratiche di alimentazione dei neonati e dei bambini e per rinnovare l'impegno a un lavoro comune.

Una delle sostanziali novità della Strategia globale è stato proiettare il coinvolgimento anche al di là degli attori sanitari al fine di:

- ▶ diffondere la consapevolezza dei problemi legati all'alimentazione infantile, individuare possibili approcci risolutivi e fornire un quadro degli interventi essenziali
- ▶ far crescere l'impegno dei governi, delle organizzazioni internazionali e delle altre parti interessate in favore di pratiche di alimentazione ottimali per neonati e bambini
- ▶ creare un ambiente in cui le madri, le famiglie e i prestatori di cure in genere possano fare e attuare scelte informate in merito all'alimentazione ottimale per neonati e bambini.

La Strategia ha anche individuato gli interventi fondamentali necessari per disegnare un piano efficace per l'alimentazione infantile, secondo tre direttrici: protezione promozione e sostegno (**Tabella 9 e Figura 8**).



Figura 8. Misure della Strategia globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini⁶

**TABELLA 9. MISURE DELLA STRATEGIA GLOBALE PER L'ALIMENTAZIONE DEI NEONATI E DEI BAMBINI ⁶****Misure di protezione**

- ▶ adottare e monitorare l'applicazione di un piano di agevolazioni alla maternità, secondo la Convenzione e la Raccomandazione sulla protezione della maternità dell'ILO (International Labour Organization), per favorire l'allattamento sul luogo di lavoro, anche nel caso di lavori dipendenti statisticamente atipici, come il *part-time*, il lavoro domestico e il lavoro occasionale
- ▶ garantire che gli alimenti complementari di produzioni industriali siano venduti con indicazioni sull'età d'uso, e che siano sicuri, culturalmente accettabili, economicamente accessibili e di adeguato valore nutritivo, nel rispetto degli standard del *Codex Alimentarius*
- ▶ implementare e monitorare le misure esistenti per dare attuazione al Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno e le conseguenti risoluzioni dell'Asm, eventualmente rafforzandole o adottandone di nuove.

Misure di promozione

- ▶ garantire che tutti coloro incaricati della comunicazione con il pubblico, comprese le autorità scolastiche e i media, forniscano informazioni corrette e complete sulle migliori pratiche di alimentazione dei bambini, considerando le prevalenti circostanze sociali, culturali e ambientali.

Misure di sostegno a livello di sistema sanitario

- ▶ fornire consulenza e assistenza qualificata per l'alimentazione dei neonati e dei bambini, ad esempio nei consultori familiari, durante l'effettuazione di vaccinazioni, nelle strutture di day hospital pediatrico, nelle mense e nelle strutture per la salute riproduttiva e la maternità
- ▶ garantire che le procedure ospedaliere siano sempre di sostegno all'allattamento, attraverso la partecipazione all'Iniziativa Ospedali Amici dei Bambini, monitorare e valutare le strutture che già partecipano all'iniziativa ed estenderla alle cliniche, ai centri di salute e ai centri pediatrici
- ▶ migliorare l'accesso alle cure prenatali e alle informazioni sull'allattamento, alle tecniche di parto che favoriscono l'allattamento e alle cure postnatali che aiutino a prolungare l'allattamento
- ▶ promuovere un'alimentazione sana per le gestanti e le donne che allattano
- ▶ controllare la crescita e lo sviluppo dei neonati e dei bambini come prassi regolare, riservando speciale attenzione ai bambini malati o con scarso peso alla nascita e ai nati da madre sieropositiva, e assicurare che le madri e le famiglie ricevano la consulenza necessaria
- ▶ fornire orientamenti sull'alimentazione complementare appropriata, promuovendo l'uso di prodotti di origine locale, da preparare e somministrare in modo corretto
- ▶ promuovere l'assunzione dei nutrienti essenziali in quantità sufficiente attraverso idonei prodotti di provenienza locale, eventualmente arricchiti e, se necessario, integrati con micronutrienti
- ▶ consentire alle madri di rimanere con i bambini ricoverati in ospedale, per continuare l'allattamento e l'alimentazione complementare e, se possibile, permettere alle donne ricoverate di tenere con sé i figli lattanti
- ▶ garantire un'adeguata alimentazione terapeutica ai bambini malati o denutriti e, se richiesto, offrire sostegno qualificato all'allattamento
- ▶ fornire agli operatori sanitari che assistono le madri, i bambini e le famiglie una preparazione che comprenda: le conoscenze necessarie per offrire consulenza e assistenza sull'allattamento, sull'alimentazione complementare, sull'Hiv in rapporto all'alimentazione infantile e, se necessario, sull'uso dei sostituti del latte materno; informazioni sull'alimentazione dei bambini malati; informazioni sulle responsabilità degli operatori sanitari secondo il Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno
- ▶ rivedere e riformare i percorsi formativi degli operatori sanitari, dei nutrizionisti e degli altri esperti in modo da comprendere informazioni sull'alimentazione infantile utilizzabili dalle famiglie e da tutti coloro interessati a qualunque titolo all'alimentazione dei neonati e dei bambini.

Misure di sostegno a livello di comunità

- ▶ favorire lo sviluppo, a livello di comunità, di associazioni di sostegno che promuovano l'alimentazione infantile appropriata, come i gruppi di mutua assistenza tra madri, peer counsellor o "consulenti laici" ai quali le strutture sanitarie possano indirizzare le madri all'atto del rilascio dall'ospedale
- ▶ garantire che le associazioni di sostegno della comunità siano non solo accettate dal sistema sanitario ma anche ammesse a contribuire attivamente alla programmazione e alla fornitura dei servizi.



TABELLA 9. MISURE DELLA STRATEGIA GLOBALE PER L'ALIMENTAZIONE DEI NEONATI E DEI BAMBINI ⁶

Misure di sostegno all'alimentazione infantile in situazioni di estremo disagio

- ▶ garantire che gli operatori sanitari siano perfettamente aggiornati sulle pratiche e i metodi di alimentazione infantile e che posseggano le conoscenze e competenze specifiche per assistere sia i prestatori di cure che i bambini in ogni aspetto relativo all'alimentazione dei neonati e dei bambini che si trovano in situazioni di estremo disagio
- ▶ creare condizioni favorevoli all'allattamento esclusivo, fornendo, ad esempio, idonei servizi per la maternità, razioni aggiuntive di cibo e di acqua alle gestanti e alle donne che allattano, e personale preparato sull'allattamento
- ▶ garantire l'utilizzo di alimenti complementari idonei e possibilmente di produzione locale, selezionati in relazione all'età e ai bisogni nutrizionali dei bambini più grandi
- ▶ provvedere attivamente a individuare i neonati e i bambini denutriti, perché possano essere curati e nutriti adeguatamente e si possa offrire sostegno alle persone che ne hanno cura
- ▶ fornire orientamento sull'individuazione dei bambini che possano essere nutriti solo con sostituti del latte materno, assicurare la disponibilità dei sostituti idonei e la loro corretta somministrazione per tutto il tempo necessario, evitando eventuali "effetti di diffusione" dell'alimentazione artificiale sulla popolazione generale
- ▶ assicurare la disponibilità di operatori sanitari preparati in ogni aspetto dell'allattamento e dell'alimentazione sostitutiva per fornire consulenza alle donne sieropositive
- ▶ adattare l'iniziativa *Ospedali Amici dei Bambini* per tenere conto dell'Hiv-Aids, e garantire che le persone incaricate di gestire le emergenze siano sufficientemente preparate sulle pratiche alimentari compatibili con i principi universali dell'iniziativa
- ▶ garantire che quando per motivi sociali o medici si renda necessario il ricorso ai sostituti del latte materno, come nel caso dei bambini orfani o figli di madre sieropositiva, questi prodotti siano somministrati per tutto il tempo necessario.

A governi, organizzazioni internazionali e alle altri parti interessate spetta la responsabilità di garantire la realizzazione del diritto dei bambini di godere del miglior stato di salute possibile, e del diritto delle donne a informazioni complete e affidabili, all'assistenza sanitaria e a un'alimentazione adeguata. Una delle più importanti posizioni della Strategia globale Oms-Unicef è l'invito a tutti gli Stati ad «attuare il Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno^{1,6} e le conseguenti risoluzioni dell'Ams, nella loro interezza». Una delle caratteristiche fondamentali della Strategia globale è l'approccio completo e di sistema a promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno. Infatti per ottenere risultati è necessario un approccio integrato che coinvolga le politiche sanitarie, gli interventi di comunità e i servizi sanitari (Figura 9). È importante che questo approccio derivi dall'esperienza raccolta in diversi contesti e, altrettanto, che sia applicabile in ogni contesto.^{6,7}



Figura 9. Approccio integrato promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno^{8,9}



Nel 2006 sono state pubblicate le [Raccomandazioni standard per l'Ue](#) sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini¹⁰ che recitano: «il latte deve continuare a essere parte integrante della dieta durante l'alimentazione complementare e si raccomanda di continuare con l'allattamento al seno fino a due anni e oltre.» Anche in questo caso, le raccomandazioni sono state prodotte sulla base delle prove scientifiche disponibili e proposte nell'ambito del progetto Eunutnet (European Network for Public Health Nutrition: Networking, Monitoring), finanziato dalla Commissione Europea e coordinato dal Karolinska Institute di Stoccolma.

Le strategie nazionali

In Italia già nel 2000, il [Progetto obiettivo materno infantile](#)¹¹ (Pomi D.M. 24-4-2000) raccomandava l'implementazione di buone pratiche per l'allattamento al seno, come l'offerta attiva di incontri di accompagnamento alla nascita, l'attacco precoce subito dopo la nascita, il *rooming-in*, il sostegno a domicilio per il puerperio e la presa in carico precoce del neonato da parte del pediatra di libera scelta. Nell'ambito dell'assistenza al percorso nascita il Pomi identifica quali prioritari i seguenti obiettivi:

1. “umanizzazione” del percorso nascita, attraverso la promozione dei corsi pre-parto, la qualificazione del personale, la sperimentazione di percorsi di demedicalizzazione del parto, la presenza di una persona scelta dalla donna durante il travaglio e il parto, l'attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino, la promozione del *rooming-in* e l'assistenza in puerperio
2. favorire l'avvicinamento e il contatto puerpera-neonato (anche patologico), attraverso il collegamento funzionale-strutturale tra area ostetrico-ginecologica e area pediatrico-neonatologica e l'adeguamento strutturale al fine di facilitare il *rooming-in* e l'allattamento al seno
3. realizzare dimissioni protette e dimissioni precoci attraverso l'attivazione della rete sanitaria ospedaliera territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del bambino
4. promuovere l'allattamento al seno, attraverso corsi pre-parto e di assistenza post-nascita
5. incrementare la percentuale di allattamento precoce al seno attraverso la qualificazione del personale e l'attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino
6. verificare iniziative di promozione della pratica dell'allattamento al seno oltre il terzo mese.

I [Livelli essenziali di assistenza](#)¹² (Lea, Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n.19 del 23 gennaio 2002 – Serie generale, pag. 37) fanno esplicito riferimento al Pomi.

Il [Piano nazionale di prevenzione 2005-2007](#)¹³ ha previsto l'adozione di interventi «da considerarsi come maggiormente efficaci in termini di salute pubblica», tra i quali figurava quello di: «promuovere, sostenere e proteggere» l'allattamento al seno presso i genitori e le donne in età fertile. Era espressamente citato il coinvolgimento degli *stakeholder* non sanitari, per esempio delle associazioni di sostegno da mamma a mamma nella comunità. Il [Piano nazionale della prevenzione 2010-2012](#)¹⁴ (prorogato anche al 2013) ha riproposto e rinforzato la strategia di promozione dell'allattamento al seno come stile di vita salutare. Seguendo le indicazioni nazionali, i [Piani regionali di prevenzione](#)¹⁵ stanno rendendo operativi i progetti di promozione della salute che includono il sostegno dell'allattamento al seno.

Le [linee di indirizzo nazionali](#),¹⁶ emanate nel 2007, hanno ribadito l'importanza delle azioni di «protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno, uno degli interventi di salute pubblica più rilevanti in termini di efficacia e di rapporto costo/beneficio». In particolare, il ministero della Salute raccomanda: «come misura di salute pubblica, che i bambini siano allattati esclusivamente al seno fino a sei mesi e che l'allattamento al seno continui poi, con adeguati alimenti complementari fino a che la madre e il bambino lo desiderino, anche dopo l'anno di vita».

Tra le novità introdotte dalle linee di indirizzo, vanno segnalati il recepimento degli standard per le buone pratiche previsti dall'iniziativa Oms-Unicef *Ospedali amici dei bambini*, l'anticipo di alcuni stan-



dard dell'iniziativa *Comunità amica dei bambini* e la proposta di una serie di indicatori di monitoraggio. Nello specifico, le raccomandazioni nazionali del 2007 indicano che:¹⁶

- tutte le future madri **ricevano informazioni corrette, complete, comprensibili e indipendenti da interessi commerciali** sui benefici e sulla pratica dell'allattamento al seno, sugli svantaggi legati al fatto di non allattare al seno e sull'uso corretto dei latti artificiali per l'infanzia, qualora sia impossibile la pratica dell'allattamento al seno
- le madri, al momento del parto, siano aiutate nello stabilire un **contatto pelle a pelle immediato e prolungato con il neonato** per favorire la prima poppata e l'inizio dell'allattamento al seno. Gli operatori sanitari incoraggino e sostengano questa pratica adattando, di conseguenza, le loro pratiche di assistenza al parto. Per favorire il processo di attaccamento madre-bambino, il contatto pelle-pelle immediato e prolungato deve essere proposto anche per le madri che non allattano al seno
- le madri che allattano al seno ricevano, **subito dopo il parto, aiuto pratico per attaccare correttamente il neonato al seno e iniziare l'allattamento secondo le raccomandazioni dell'Oms e dell'Unicef**, assicurando la pratica del *rooming-in*, e quindi dell'allattamento a richiesta, e dell'apprendimento delle modalità di spremitura del latte in caso di necessità, evitando l'uso di ciucci e tettarelle. **La pratica del *rooming-in* deve essere facilitata** anche per le donne che non allattano al seno
- **soluzioni glucosate e latti formulati siano somministrati solo su precisa e motivata prescrizione scritta** del pediatra o del neonatologo del punto nascita. Nella lettera di dimissione sia prescritto o consigliato un latte formulato solo per quelle madri che non allattano al seno
- operatori competenti del punto nascita e dei servizi consultoriali, ginecologi e pediatri di libera scelta formati, gruppi di aiuto mamma a mamma **siano a disposizione di tutte le mamme in particolare nei primi mesi di vita del neonato**, cruciali per l'assestamento dell'allattamento al seno perché in questo periodo, e soprattutto nella prima settimana, possono insorgere difficoltà nella pratica dell'allattamento. Un adeguato sostegno per favorire la relazione madre bambino e più in generale la piena espressione delle capacità genitoriali deve comunque essere offerto a tutte le mamme, anche a quelle che non allattano al seno. Gli operatori sanitari e sociali del settore, ospedalieri e territoriali, compresi i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale dovranno essere formati e aggiornati con **appositi corsi Ecm dedicati all'argomento**, con numero di ore adeguato agli standard internazionali
- le madri siano sostenute **nell'allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi compiuti**, eccetto scelte in altro senso per prescrizione medica o decisione informata della madre. Nel caso di forzata separazione dal bambino (per esempio per ragioni di lavoro), la madre sia aiutata a mantenere la produzione di latte mediante spremitura manuale o meccanica e sia istruita sulla corretta conservazione del latte raccolto. Devono essere fornite tutte le informazioni sulle disposizioni di legge che consentono la presenza a casa della madre e del padre nei primi anni di vita
- dopo i primi sei mesi, le madri siano **incoraggiate e sostenute a continuare ad allattare fino a quando lo desiderino, anche oltre l'anno di vita** (la raccomandazione Oms-Unicef² e la raccomandazione europea fanno esplicito riferimento all'allattamento al seno fino a due anni e oltre, secondo il desiderio della mamma e del bambino).¹ Alimenti complementari adeguati e sicuri siano introdotti quando il bambino dimostri interesse per gli stessi, ordinariamente **dopo i primi sei mesi compiuti**. Gli operatori, in particolare, si impegnino affinché le madri e future madri ricevano informazioni e consigli in accordo con le linee di indirizzo nazionali; inoltre, nelle strutture del Sistema sanitario nazionale, comprese quelle in convenzione, non siano usate informazioni e consigli forniti da produttori e distributori di alimenti per la prima infanzia e di biberon e tettarelle. Questi alimenti devono recare indicazioni precise e chiare circa l'epoca in cui possono essere usati: «dopo il sesto mese di vita»
- i servizi sanitari e sociali, con i loro operatori, e i produttori e distributori di sostituti del latte materno, di biberon e di tettarelle, **rispettino pienamente lo spirito e la lettera del Codice internazionale¹** sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno e le successive risoluzioni rilevanti dell'Ams, sottoscritte dall'Italia.



Un'ulteriore novità delle linee di indirizzo è il primo esplicito riferimento al **diritto delle donne e dei bambini di allattare in pubblico** (vedi oltre).

L'istituzione, nel 2008, del [Comitato nazionale multisettoriale per l'allattamento al seno](#)¹⁷ con funzioni di proposta e orientamento allo scopo di facilitare il buon funzionamento di una rete nazionale di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno ha rappresentato un ulteriore, importante, progresso. Così come la pubblicazione delle [Linee di indirizzo per il percorso nascita](#)¹⁸ che hanno individuato 10 linee di azione mirate a promuovere qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo.

Le iniziative Oms-Unicef per promuovere l'allattamento

L'Oms e l'Unicef portano avanti congiuntamente [iniziative](#) per promuovere in tutto il mondo l'allattamento materno. Si tratta di iniziative tra loro complementari, con molti punti di contatto, integrazione e sinergia che hanno l'obiettivo di promuovere standard di buona pratica per l'allattamento materno da parte di tutti gli operatori a contatto con donne in gravidanza, sia negli ospedali sia sul territorio. Hanno il grande merito di portare l'attenzione sull'impatto che le pratiche di alimentazione infantile hanno sulla salute delle popolazioni e di proporre interventi efficaci e strumenti per la loro applicazione e valutazione.

La prima iniziativa *Ospedali amici dei bambini* (Bfhi, *Baby Friendly Hospital Initiative*) è stata avviata nel 1992, a San Diego da Unicef e Oms ([Figura 10](#)). L'intento è quello di creare le condizioni affinché tutti gli ospedali accolgano nel migliore modo possibile i neonati e divengano centri di sostegno per l'allattamento al seno. Per diventare *Ospedale Amico dei Bambini*, una struttura deve applicare i 10 passi contenuti nella dichiarazione di Ginevra.^{19,20} Anche in base alle prove di efficacia, la Bfhi può essere definita come la «**spinta maggiore che ci sia mai stata, nella storia della sanità pubblica, per la promozione dell'allattamento al seno**».^{21,22} Per questo i contenuti del programma *Ospedali amici dei bambini* sono inseriti tra le priorità del Piano sanitario nazionale e di Guadagnare Salute, e sono inoltre uno degli obiettivi principali delle Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno.

Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini per l'Allattamento Materno

Per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno nei servizi per la maternità

1. Definire una politica aziendale e dei protocolli scritti per l'allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale sanitario
2. Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo
3. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno
4. Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto a poppare, offrendo aiuto se necessario
5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati
6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica
7. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (*rooming-in*) in modo che trascorrono insieme ventiquattr'ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale
8. Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento
9. Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento
10. Promuovere la collaborazione tra il personale della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall'ospedale.

Figura 10. I 10 passi Bfhi per l'allattamento al seno²³



Va sottolineato che ogni *passo* è frutto di un'accurata revisione della letteratura scientifica e costituisce quindi, al momento, la migliore pratica in tema di accoglienza e alimentazione dei bambini. La rapida diffusione a livello mondiale delle iniziative *Amiche dei Bambini* si è accompagnata a una continua e progressiva revisione di alcune strategie e obiettivi. Un primo cambiamento di grande portata è stato il passaggio da un'attenzione prevalente alla fase ospedaliera di avvio dell'allattamento, alla comunità in quanto contesto culturale e di vita quotidiana delle mamme, dei bambini e delle famiglie. Così, dopo una prima esperienza nel Regno Unito, nel 2007 anche in Italia è stata attivata l'iniziativa *Comunità amica dei bambini* (Bfci, *Baby Friendly Community Initiative*), con una focalizzazione sui servizi territoriali e una spiccata attenzione al sostegno della genitorialità (Figura 11).

Iniziativa Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno

Per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno nelle strutture socio-sanitarie territoriali

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

In tutte e due le iniziative le Strutture devono inoltre garantire il rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e le successive pertinenti Risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità

Figura 11. I 7 passi Bfci per l'allattamento al seno²⁴

Un ospedale è **nominato "Amico dei Bambini"** quando ha intrapreso con successo una trasformazione dell'assistenza a mamme e bambini nel proprio Punto nascita, applicando i 10 passi per la promozione, la protezione e il sostegno dell'allattamento materno. Un gruppo di operatori che sceglie questo percorso ha davanti a sé una strada che comporta la redazione e l'assunzione formale di impegni scritti, una formazione adeguata e il miglioramento delle routine assistenziali. Gli ospedali e i dipartimenti materno-infantili interessati possono scaricare gli "Standard per le buone pratiche"²⁵⁻²⁷ e i relativi documenti e registrarsi sul sito Unicef per ricevere lo "Strumento di autovalutazione", per verificare fino a che punto i loro metodi attuali siano all'altezza di quanto richiesto dai 10 passi.

Il percorso di riconoscimento prevede varie tappe ed è guidato e accompagnato dai materiali e dai tutor dell'Unicef. Ogni tappa ha dei sottostandard che devono essere superati per avere il riconoscimento finale.

Il processo di valutazione è molto rigoroso e prevede non solo interviste agli operatori sanitari (sia riguardo alle competenze pratiche a sostegno delle madri, sia riguardo alle conoscenze teoriche), ma anche interviste alle madri stesse per accertare che abbiano recepito le informazioni necessarie per un allattamento di successo.²⁸



Tra gli elementi essenziali per il riconoscimento figurano inoltre l'impegno della struttura a non accettare campioni gratuiti o a buon mercato di sostituti del latte materno, biberon o tettarelle nel rispetto del Codice internazionale e lo sviluppo da parte di tutto il personale di una cultura che pone al centro della propria attenzione la coppia mamma-bambino, i padri, la famiglia intorno a loro, nel segno della concreta applicazione dei diritti dell'infanzia promossi dall'Unicef.

Recentemente le strategie *Baby Friendly* sono state riviste e aggiornate sulla base dei risultati di numerose esperienze che da una parte ne hanno confermato l'efficacia e, dall'altra, hanno rilevato le aree di possibile miglioramento.²⁹ Oltre a una sostanziale revisione dei pacchetti formativi e di alcuni punti chiave della strategia, si è posto l'accento sulla necessità di un approccio sinergico e integrato delle iniziative all'interno dei servizi e della comunità, noto in Italia come iniziativa "*Insieme per l'allattamento*".³⁰

Un punto di debolezza della strategia *Amica dei Bambini* dei primi anni era quello di occuparsi della salute del bambino solo dopo la nascita, considerando la mamma e il bambino come due entità separate e trascurando il processo del travaglio e del parto e le pratiche che potevano interferire nella diade mamma-bambino. Nel tempo, l'iniziale raccomandazione di attaccare il bambino al seno entro la prima ora dal parto (passo 4) si è trasformata in contatto pelle-a-pelle immediato e per almeno un'ora. L'attenzione al sostegno delle donne che non allattano è stata ampliata e sviluppata per permettere a queste di fare una scelta informata e, in seguito, di sapere preparare, somministrare e conservare il sostituto in sicurezza. I materiali Bfhi e Bfci sono stati integrati con le **Cure Amiche della Madre** per il travaglio di parto, considerate essenziali «per aiutare le madri a sentirsi sostenute, competenti, in grado di controllare ciò che succede e preparate a interagire in maniera vigile con il bambino». ³¹ Questo aspetto dell'iniziativa riprende e riporta all'attenzione dei servizi sanitari la raccomandazione dell'Oms del 1985 sull'appropriatezza dell'assistenza alla nascita.³²

Gli [standard per le buone pratiche per gli ospedali](#)²⁵ che riguardano le *Cure Amiche* richiedono un approccio alla nascita centrato sul nucleo familiare e comprendono una serie di condizioni come:

- ▶ la presenza continua di una persona di fiducia della donna durante il travaglio e il parto
- ▶ la possibilità di bere e mangiare durante il travaglio
- ▶ la possibilità di muoversi e scegliere le posizioni di gradimento della donna durante il travaglio e il parto
- ▶ l'offerta attiva di metodi non farmacologici per gestire il dolore
- ▶ evitare le pratiche non basate su prove di efficacia (tricotomia, clisma evacuativo, cateterismo vescicale)
- ▶ evitare procedure invasive quando non strettamente necessarie, come il monitoraggio continuo cardiocografico, la rottura delle membrane, l'episiotomia, l'induzione o accelerazione del travaglio, parti strumentali, tagli cesarei.

Dal 2009, le due strategie, *Ospedali & Comunità Amiche dei Bambini*, vengono promosse in modo integrato. Nello stesso anno l'Unicef ha pubblicato i nuovi standard per le buone pratiche per gli ospedali²⁶ e la comunità.^{26,27} In entrambi i casi viene adottato un sistema di valutazione che prevede un accompagnamento delle strutture interessate e tre momenti valutativi: sulla documentazione, sulla formazione del personale, e sul risultato finale con le mamme.

Intraprendere il percorso di riconoscimento richiede alle strutture la gestione di un complesso processo di cambiamento. Basti pensare alle implicazioni che può avere passare dalla gestione del nido ospedaliero e dell'allattamento scandito rigidamente a orari al *rooming-in* 24/24 ore, in cui mamme e bambini rimangono insieme nella stessa stanza per tutta la durata della degenza senza essere mai separati.



È vero che quarant'anni fa, quando i nidi ospedalieri sono stati istituiti, nessuno ha chiesto alle donne o agli operatori che cosa ne pensassero né tantomeno ci si è chiesti se questa separazione e l'imposizione di rigidi orari per i pasti dei neonati fossero pratiche prive di rischi. Ma quarant'anni di cultura di nido ospedaliero, ancora oggi ampiamente diffusa attraverso la televisione e il cinema, hanno portato le persone a considerarla una pratica normale. Sono quindi comprensibili le resistenze degli operatori e delle stesse mamme e papà che guardano con sospetto all'offerta di tenere il bambino in stanza durante tutta la degenza.

Per quanto riguarda l'attuazione delle iniziative *Amiche dei Bambini* in Italia, in 10 anni circa gli *Ospedali Amici dei bambini* sono passati da poche unità agli attuali 21 certificati, 34 impegnati nelle varie fasi e 103 iscritti al percorso di riconoscimento, pari al 22% dei 700 punti nascita italiani. A questi, si aggiungono 2 *Comunità Amiche dei Bambini* già riconosciute, 8 impegnate nelle varie fasi e 8 iscritte al percorso (dati aggiornati ad aprile 2013).

Alcune iniziative del gruppo di lavoro italiano della Bfci, istituito dal Comitato italiano per l'Unicef e composto da operatori di diverse professionalità, meritano di essere citate:

- ▶ la strategia italiana *Insieme per l'allattamento*, presentata nel 2010 a Milano nell'ambito della [Conferenza nazionale della famiglia](#)³³
- ▶ l'iniziativa della Asl di Milano e Unicef Italia [Baby pit stop Milano](#) nata per creare degli ambienti in cui le madri con i loro bambini si sentano le benvenute ad allattare al seno in pubblico. Il *baby pit stop* è un'area allestita all'interno di un esercizio o spazio pubblico (bar, farmacia, ristorante, supermercato, biblioteca, università, stazione, ecc.), dove la mamma che allatta è la benvenuta e dove sono garantiti accoglienza, riserbo e discrezione. È un servizio gratuito, non obbliga all'utilizzo commerciale della struttura e la sua organizzazione e idoneità sono garantite da Asl e Unicef con una verifica periodica da parte di un'associazione dei consumatori, Baby Consumers, in modo che l'allattamento materno ritorni ad essere una pratica naturale e pubblica
- ▶ sulla stessa linea si muove [Farmacia amica dell'allattamento materno](#) (Faam), nata a Verona per iniziativa di un farmacista e di operatrici dell'associazione Il Melograno, Centro informazione maternità e nascita, e patrocinato dall'Unicef, dall'Ordine dei farmacisti e dalla Ulss 20 di Verona. L'obiettivo primario di questo progetto è quello di sostenere le madri nel proseguire l'allattamento al seno esclusivo a 6 mesi e mettere a punto un meccanismo di rete tra operatori sanitari che, operando abitualmente nelle vicinanze della farmacia, partecipano al progetto. Essendo la farmacia un presidio sanitario sempre aperto, diffuso in modo capillare sul territorio e dotato di personale sanitario formato e preparato *ad hoc*, può, dedicando uno spazio di accoglienza alle madri che allattano, contribuire al sostegno e alla promozione dell'allattamento materno nel rispetto del Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno. Fino ad ora i farmacisti che sono stati formati secondo lo standard Oms-Unicef sono 140 e le farmacie certificate sono 22³⁴
- ▶ l'iniziativa [Scuole materne e asili nidi amici dei bambini](#)³⁵ che riprende un modello cileno, promossa da [www.mami.org](#) (vedi oltre), sostenuta da un [protocollo](#) per la conservazione del latte materno al nido già sperimentato presso l'Asl di Ferrara.³⁶

La normativa italiana

La legge italiana ha recepito solo parzialmente il Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno¹. La [circolare del 24 ottobre 2000, n. 16](#)³⁷ si limitava a invitare i servizi sanitari a non indicare una marca di latte nel cartellino di dimissione ospedaliera dei bambini allattati al seno.



La [direttiva europea 2006/141/CE](#)³⁸ è stata recepita per la parte riguardante gli alimenti per lattanti e gli alimenti di proseguimento destinati alla Comunità europea e all'esportazione presso Paesi terzi nel [decreto ministeriale del 9 aprile 2009, n.82](#).³⁹ Sono vietate donazioni, pubblicità e sconti per i latti formulati di tipo 1 (quello che si utilizza nei neonati di 0-6 mesi), ma non per i latti di tipo 2 (o di proseguimento, quelli proposti per i lattanti di 7-12 mesi), per i latti cosiddetti di crescita (pubblicizzati per bambini dopo l'anno di età), per i latti speciali, o per gli altri prodotti coperti dal Codice, compresi tisane, biberon e tettarelle. Ciò lascia spazio al *marketing* dei latti di proseguimento e di crescita, che influenzano indirettamente le vendite di tutti i tipi di latte artificiale.

Tra le novità introdotte dal decreto 2009, n. 82 c'è il richiamo alle istituzioni a «vigilare affinché al momento della dimissione dal reparto maternità non vengano forniti in omaggio prodotti o materiali in grado di interferire in qualunque modo con l'allattamento al seno. **Le lettere di dimissione per i neonati non devono prevedere uno spazio predefinito per le prescrizioni dei sostituti del latte materno.** Nei casi in cui tali prescrizioni si rendano necessarie per cause materne o neonatali, esse devono riportare l'indicazione all'uso del sostituto del latte materno nonché le informazioni congrue al suo più corretto utilizzo». Con il successivo [decreto legislativo del 19 maggio 2011, n.84](#)⁴⁰ sono state introdotte anche le sanzioni per le violazioni.

Allattamento al seno e lavoro

Nel programma nazionale Guadagnare Salute⁴¹ si fa specifico riferimento sia al rispetto del Codice, sia alla tutela del diritto all'allattamento delle donne lavoratrici, invitando ministeri ed enti nazionali a «programmare e attuare interventi normativi a favore delle mamme che lavorano e devono allattare». Si tratta di un diritto della donna lavoratrice che decide di allattare che non ha trovato finora adeguata tutela. Infatti, allo stato attuale della normativa sulla maternità esiste il rischio che la donna sia comunque indotta a interrompere l'allattamento o a introdurre il latte artificiale più precocemente rispetto alle indicazioni ottimali per la salute del bambino. Molte madri lavoratrici non sono messe nelle condizioni di poter scegliere se prendersi cura del proprio bambino a casa (ricorrendo alla riduzione delle ore lavorative o al telelavoro) o se portarlo sul luogo di lavoro (usufruendo del nido o delle stanze per l'allattamento) senza rischiare di essere penalizzate dal punto di vista professionale, in termini di avanzamento di carriera, o dell'accudimento del proprio figlio. Allo stesso modo, per le madri che decidono di occuparsi a tempo pieno dei propri figli non sono previste forme di tutela (ad esempio ai fini pensionistici) o riconoscimenti che consentano poi l'ingresso nel mondo del lavoro a pari opportunità.

La prima cosa su cui la donna che lavora deve essere informata è che è possibile conciliare l'allattamento al seno con la ripresa lavorativa. Alcune madri riescono a farlo da sole, mentre altre sperimentano frustrazione, disappunto, di solito per scarso sostegno, mancanza di luoghi o strumenti per tirarsi il latte, poco tempo, con conseguente riduzione della produzione di latte. I pediatri, le ostetriche e gli altri operatori sanitari sono molto importanti nel sostenere le madri incoraggiandole a continuare ad allattare al seno e offrendo loro aiuto competente nel momento del rientro al lavoro.⁴²

Resta cruciale il riconoscimento del congedo obbligatorio di maternità fino al sesto mese. La normativa italiana è una tra le più protettive a livello europeo, anche se spesso le donne non conoscono a fondo i loro diritti (per esempio i permessi allattamento) e copre solo parzialmente, con livelli di garanzia differenti, alcune categorie di lavoratrici (come libere professioniste e precarie).

A supporto della legislazione italiana in materia di tutela della maternità e della paternità la legge del 28 giugno 2012, n.92⁴³ ha introdotto il congedo di paternità obbligatorio di un giorno, spettante al padre lavoratore entro i 5 mesi dalla nascita del figlio, e quello facoltativo di 2 giorni in sostituzione della madre durante il periodo di astensione obbligatoria. La legge di stabilità 2013,⁴⁴ consente la fruizione dei congedi parentali anche a ore, secondo le disposizioni adottate dai Contratti collettivi nazionali del lavoro (Ccnl).



Sono in via di studio progetti, programmi e soluzioni per rendere il luogo di lavoro sempre più in grado di rispondere alle esigenze della donna che allatta, tutte basate sull'importanza del sostegno e della promozione di interventi specifici sul luogo di lavoro. Tra questi sono stati individuati la possibilità di tenere il bambino con sé al lavoro, i permessi di uscita per l'allattamento nel corso della giornata lavorativa, gli orari flessibili e *part-time*, la creazione di centri per l'infanzia/asili nido sul luogo o nelle vicinanze, il telelavoro.^{42,45}

Negli Stati Uniti, meno della metà delle madri che lavorano a tempo pieno allatta al seno il proprio bambino in modo esclusivo. La ripresa del lavoro infatti interferisce con la durata dell'allattamento al seno, come risulta dal fatto che se tra le madri impiegate *part-time* a tre mesi dopo la nascita la prevalenza dell'allattamento al seno era solo di poco inferiore di quello delle madri casalinghe, la prevalenza era invece sostanzialmente ridotta nelle madri che riprendevano il lavoro *full-time*.²² Peraltro, l'assenteismo dei genitori è tre volte più alto nel gruppo dei bambini alimentati con latte artificiale rispetto a quelli alimentati al seno.^{35,46} Le aziende che adottano un programma di sostegno per le donne che allattano al seno, sperimentano inoltre meno *turnover* e minori abbandoni di personale femminile esperto dopo il parto. Inoltre queste aziende sono gratificate da un più alto grado di soddisfazione, lealtà e motivazione delle lavoratrici.⁴⁷

Allattamento al seno in pubblico

Molto discussa è anche la questione dell'allattamento al seno in pubblico che a volte guadagna gli onori delle cronache in occasione di episodi presentati con particolare eco dai *media*. Nonostante alcuni segnali di intolleranza, le politiche nazionali incoraggiano l'allattamento al seno anche in pubblico: non sono necessarie leggi per renderlo possibile né, tantomeno, ci sono leggi che lo proibiscono. Per la maggior parte delle persone l'allattamento al seno in pubblico non desta stupore né scalpore, al massimo solo curiosità per un gesto divenuto raro da noi, c'è comunque qualcuno che si scandalizza e si domanda in modo più o meno esplicito se allattare in pubblico sia proprio necessario. La rappresentazione sociale dell'alimentazione infantile oggi è legata all'uso del biberon, agli orari e alla doppia pesata ed è difficile, soprattutto per i più giovani, immaginare che l'alimentazione normale dei bambini sia al seno. I film per bambini, cartoni animati e gli stessi giocattoli con cui crescono generazioni di bambini presentano un neonato corredato di ciuccio e di biberon.

Ci sono almeno tre buone ragioni per cui l'allattamento in pubblico andrebbe incoraggiato,⁴⁸ una fisiologica, una giuridica e una culturale. La prima si ricollega alle raccomandazioni più avanzate in termini di allattamento che si ispirano all'unicità di ciascuna coppia mamma-bambino e giustificano quindi la necessità di personalizzare il più possibile modalità, tempi, frequenza e numero delle poppate. La seconda ragione va ricondotta ai principali pronunciamenti, come la Convenzione sui diritti del bambino dell'Unicef,⁴⁹ la Strategia globale,⁶ le raccomandazioni standard dell'Ue sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni,¹⁰ e le numerose politiche nazionali, come visto in precedenza. Infine, una buona ragione per promuovere l'allattamento al seno in pubblico è l'impatto positivo sulla cultura dell'alimentazione infantile, che ha vissuto negli anni '70 una fase di negazione dell'immagine materna e quindi anche dell'allattamento. Va ricordato che, mentre nel bambino la competenza ad allattare è innata, per la madre è acquisita culturalmente, osservando altre donne che allattano.

Il ruolo e la formazione degli operatori

I professionisti sanitari hanno un ruolo importante nell'accompagnare i genitori nella scelta e nel mantenimento per i tempi raccomandati dell'allattamento al seno. È quindi importante che abbiano adeguate conoscenze dell'importanza dell'allattamento stesso e competenze per sostenere la donna che allatta, a partire dalla fisiologia dell'allattamento.^{50,51}



Il loro impegno nella protezione, nella promozione e nel sostegno dell'allattamento materno può essere declinato nelle seguenti azioni:⁴²

- ▶ promuovere attivamente l'allattamento al seno esclusivo
- ▶ assicurare alla donna e alla coppia l'informazione più accurata e affidabile, già in epoca prenatale, in modo che possano fare scelte libere e consapevoli
- ▶ dare appoggio e suggerimenti pratici alle donne che allattano e attivarsi per acquisire le necessarie conoscenze, competenze e abilità di counselling
- ▶ fare in modo che i servizi in cui lavorano, ospedale compreso, siano organizzati per favorire l'allattamento al seno e vengano evitate pratiche che lo scoraggiano
- ▶ promuovere l'allattamento al seno come una parte normale della vita di tutti i giorni, incoraggiando il supporto sociale e familiare
- ▶ favorire la creazione di gruppi di sostegno ai quali indirizzare le famiglie
- ▶ non fungere da canale di promozione di messaggi o prodotti che possono minare l'allattamento.

Il ruolo degli operatori sanitari è particolarmente importante quando la donna dubita di essere in grado di assicurare quantità adeguate di latte al bambino. In realtà sono davvero poche le donne con problemi di produzione di latte. La stragrande maggioranza delle donne è in grado di allattare, ma non è adeguatamente informata o sostenuta, o riceve informazioni non coerenti con l'ottimale gestione dell'allattamento. Accade ancora che alle donne venga detto di attaccare il bambino al seno ogni tre ore, 10 minuti per parte, di fare la doppia pesata a ogni poppata o di somministrare tisane tra una poppata e l'altra. Queste informazioni sono oramai superate dalle nuove conoscenze scientifiche e possono compromettere il successo dell'allattamento al seno.

I professionisti dovrebbero accompagnare ogni donna nel suo percorso, aiutandola ad avere fiducia nelle proprie capacità, a osservare il proprio bambino, a capirne i bisogni e a trovare informazioni affidabili in caso di bisogno. Oltre al sostegno di base, che deve essere offerto attivamente a tutte le donne, i professionisti sanitari si occupano poi dei problemi complessi della gestione dell'allattamento, che necessitano competenze avanzate.

La formazione degli operatori per la protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno è uno dei punti-chiave delle iniziative Oms-Unicef (vedi paragrafo precedente), prevista e illustrata nella [Guida all'applicazione dei passi](#).²⁵ I professionisti che entrano a qualsiasi titolo nel percorso della nascita, devono ricevere una formazione secondo quanto previsto dagli standard per le buone pratiche per gli ospedali e le comunità amiche dei bambini^{25,26} A questo scopo vengono distinti in *informati*, *coinvolti* e *dedicati*, secondo il loro ruolo e il conseguente livello di competenza richiesto.

Gli operatori *informati*, per esempio il personale ausiliario e il personale amministrativo a contatto con il pubblico, devono avere delle competenze di carattere generale, in modo da indirizzare la madre alla figura adeguata. Il corso deve avere una durata minima di ore 2 e deve coincidere con il corso di orientamento richiesto per tutti i nuovi operatori.

Gli operatori *coinvolti*, devono avere le conoscenze teoriche sull'allattamento al seno, e sapere a chi indirizzare per ulteriori approfondimenti. Tra gli operatori coinvolti rientrano gli anestesisti (Bfhi) e i medici di medicina generale (Bfci). Richiedono una formazione sull'allattamento al seno e l'alimentazione infantile per sostenere le madri che allattano al seno e i loro bambini. Circa questi ultimi, è responsabilità dell'Azienda fornire loro un adeguato pacchetto di formazione/informazione, che dovrebbe riguardare: l'importanza dell'allattamento esclusivo, la gestione appropriata di comuni problemi del seno, come accedere a un'affidabile fonte di riferimento per la prescrizione di farmaci alle madri che allattano al seno, come indirizzare le madri alle figure professionali più appropriate per l'aiuto e il sostegno all'allattamento (particolarmente quando un bambino non cresce bene).



Gli operatori **dedicati** sono quelli che hanno, oltre alle conoscenze teoriche, anche le competenze pratiche per aiutare le madri. Il corso deve essere di almeno 20 ore complessive, compreso un minimo di quattro ore e mezza di esperienza clinica supervisionata e deve riguardare gli argomenti delineati nel corso delle 20 ore.

Ogni struttura dovrà indicare le categorie di appartenenza di ogni operatore. Nella Bfci, i pediatri di famiglia sono da considerare degli operatori dedicati. È auspicabile che partecipino ai corsi delle 20 ore organizzati in modo multiprofessionale. In alternativa, devono dimostrare di avere le conoscenze e le competenze derivabili da un corso di 20 ore. Le modalità della trasmissione di queste informazioni/formazione dovrebbero rispecchiare le necessità locali e devono contenere in ogni caso le ore di pratica clinica. Possono essere previsti moduli frontali o altre forme alternative. È fondamentale per tutti l'aggiornamento periodico.

I corsi di formazione in presenza possono essere affiancati a momenti di formazione a distanza attraverso piattaforme web. Questa strategia formativa consente di offrire a un gran numero di partecipanti contenuti tecnico-scientifici che richiedono uno studio individuale; in questo modo, i momenti in presenza possono essere dedicati ad attività pratiche di sostegno, di sviluppo di competenze comunicative e di counselling e allo studio di casi.

Ma la questione della specifica competenza degli operatori non può limitarsi alla formazione *in-service*, Ecm, sul posto di lavoro. Attivare percorsi formativi validati già **durante i corsi di laurea** produrrebbe nuove generazioni di operatori preparati alla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno. Un'esperienza significativa in questo senso è quella avviata nel 2003 dalla Federazione nazionale dei Collegi delle ostetriche in collaborazione con l'Iss, riproposta in seguito dal Collegio provinciale delle ostetriche di Roma. Tra il 2003 e il 2013 sono state realizzate 5 edizioni del percorso di formazione dei formatori (80 ore) a cui hanno partecipato docenti e coordinatrici di corsi di laurea in ostetricia e membri dei consigli direttivi del Collegi delle ostetriche, con l'obiettivo di introdurre il corso Oms-Unicef "Allattamento al seno: corso pratico di counselling" di 40 ore in tutti i corsi di laurea triennale.

Un ulteriore passo in avanti è l'iniziativa di Unicef UK *Baby Friendly Initiative University Standards*, un percorso di accreditamento per i corsi di laurea che prevede la formazione sul campo delle future ostetriche, infermiere pediatriche e assistenti sanitarie secondo gli standard della Bfi. Questa iniziativa è in fase di studio preliminare in Italia, con l'obiettivo di implementarla nei prossimi anni anche nel nostro Paese.

La gestione dell'alimentazione dei lattanti nelle emergenze

L'alimentazione dei bambini piccoli è uno degli aspetti critici nella gestione complessiva delle situazioni di emergenza. I lattanti (intesi come bambini fino a 12 mesi), i bambini sotto i 2 anni di età e le donne in gravidanza sono infatti i gruppi più vulnerabili e a più a rischio di ammalarsi e di morire, in quanto hanno bisogni specifici ai quali è necessario rispondere con immediatezza e in modo adeguato. In particolare i bambini sono tanto più a rischio quanto più sono piccoli e pratiche alimentari inadeguate aumentano ulteriormente questo rischio.⁵²

Le esperienze oramai numerose di gestione delle emergenze a livello internazionale hanno insegnato che ci sono alcune azioni prioritarie a salvaguardia della vita dei più piccoli.

In un documento del 2004, l'Oms delinea i 10 principi-guida per l'alimentazione dei lattanti e dei bambini piccoli durante le emergenze.⁵³ Il primo di essi riguarda l'allattamento al seno e raccomanda che tutti i bambini dovrebbero essere allattati esclusivamente al seno fino a 6 mesi di vita, soprattutto quelli che nascono in una situazione di emergenza, «facendo ogni sforzo possibile per individuare modalità alternative per allattare al seno i lattanti le cui madri biologiche non sono reperibili».



Per quanto riguarda **la madre che partorisce in una situazione di emergenza**, può accadere che, esposta a livelli molto alti di ansia e di stress, non si senta in grado di allattare il proprio bambino. In questo caso, la donna va rassicurata sul fatto che non c'è alcuna ragione per cui il latte non debba essere prodotto in quantità sufficiente per il proprio bambino e che, al contrario, essere allattato al seno è per il piccolo la migliore garanzia di avere accesso al cibo in qualsiasi momento in quantità e qualità adeguata. Il mancato avvio dell'allattamento o l'interruzione prematura andrebbero evitati, soprattutto nelle situazioni in cui il rischio di irregolarità nell'accesso al cibo e di esposizione alle infezioni è aumentato. Vanno sfatate le credenze sull'allattamento in situazione di stress, secondo le quali il latte "si asciuga", "torna indietro" o "non è nutriente" in seguito a uno spavento o a un'emozione forte provata dalla madre. Questa affermazione non ha fondamento scientifico e una mamma produce latte in quantità sufficiente a condizione che il bambino venga attaccato frequentemente al seno secondo la sua richiesta.⁵⁴

Per quanto riguarda **i bambini già alimentati con sostituti del latte materno** al momento dell'emergenza, i latti in formula dovrebbero essere garantiti in quantità adeguata insieme agli ausili necessari per la loro preparazione come l'acqua potabile. Sono fattori determinanti per la sopravvivenza di questi bambini e sono fra le azioni prioritarie in situazione di emergenza, da gestire in modo coordinato e seguendo le specifiche raccomandazioni formulate in ambito internazionale. «La quantità, distribuzione e uso dei sostituti del latte materno nei luoghi dell'emergenza dovrebbe essere rigorosamente controllata e la somministrazione dovrebbe avvenire con la tazzina. L'uso di biberon, tettarelle e ciucci durante le emergenze dovrebbe essere attivamente scoraggiato», per evitare rischi di contaminazione dovuti alla precarietà delle condizioni igieniche.^{54,55}

Se ci sono madri che **alimentano i bambini in modo complementare**, con latte materno e aggiunte di latte artificiale, vanno incoraggiate a recuperare l'allattamento esclusivo al seno. Anche nei Paesi più ricchi una situazione di emergenza può compromettere la salute dei più piccoli. Un esempio recente e vicino è fornito dai terremoti de L'Aquila e dell'Emilia, che hanno sollevato la questione della *preparedness* sull'alimentazione infantile nelle emergenze, soprattutto degli enti deputati all'assistenza alle popolazioni vittime di catastrofi naturali. Esistono linee di indirizzo internazionali e pacchetti formativi che potrebbero essere utilizzati a questo scopo, ma ancora poco diffusi.^{54,55}

Bisogna tenere conto che nelle situazioni di emergenza la comunità nazionale e internazionale non colpita si mobilita per offrire il proprio supporto.

I *media* hanno un ruolo fondamentale nella diffusione di informazioni che contribuiscano a proteggere i bambini nelle situazioni di emergenza.⁵² È importante offrire al grande pubblico strumenti per capire perché in queste situazioni sia vitale proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento al seno e quali siano le ragioni per cui **donare in modo indiscriminato latte artificiale, seppur con le migliori intenzioni, può essere dannoso**.⁵⁶

Il sistema socio-sanitario, con i suoi operatori appartenenti alle diverse professioni può essere chiamato a collaborare. Si tratta spesso di interventi mirati a specifici bisogni della popolazione. Nel caso dell'alimentazione infantile, pediatri, ostetriche, infermieri, psicologi, consulenti in allattamento e altri professionisti esperti o adeguatamente formati possono fornire assistenza mirata alle madri e ai *care-giver* di lattanti e bambini piccoli.^{54,55} Le associazioni sono una risorsa che deve essere utilmente impiegata nelle situazioni di emergenza, soprattutto quelle che si occupano nello specifico di alimentazione infantile.



Le associazioni per l'allattamento al seno

Esistono varie associazioni che si dedicano all'alimentazione infantile:

- ▶ [Ibfan Italia](#),⁵⁷ associazione italiana che fa capo all'*International Baby Food Action Network*, si occupa del monitoraggio dell'applicazione del Codice internazionale
- ▶ [Mami](#),⁵⁸ gruppo italiano che fa capo alla *World Alliance for Breastfeeding Action*,⁵⁹ rete internazionale di organizzazioni
- ▶ la [Leche League Italia](#),⁶⁰ onlus che offre sostegno da mamma a mamma durante l'allattamento
- ▶ l'associazione [Il Melograno](#), Centro informazione maternità e nascita con la sua rete nazionale dal 1981 lavora a sostegno delle neo-mamme, dei loro bambini e della loro "nuova famiglia"⁶¹
- ▶ **gruppi di mamme di sostegno**: ne esistono oramai tanti, composti da mamme con un vissuto personale e una specifica formazione che si offrono per il sostegno tra pari (*peer counseling*). Esiste un [elenco](#) (a cura del Mami) dei gruppi esistenti sul territorio nazionale, che viene costantemente aggiornato.



BIBLIOGRAFIA

1. Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno.
http://www.unicef.it/Allegati/Codice_sostituti_latte_materno_1.pdf
2. Dichiarazione congiunta Oms/Unicef. L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità. Oms. Ginevra, 1989.
http://www.unicef.it/Allegati/Dichiarazione_congiunta_Oms-Unicef_1989_1.pdf
3. Dichiarazione degli Innocenti 1990.
http://mami.org/sito/wp-content/uploads/dichiarazione_innocenti_1990.pdf
4. Dichiarazione degli innocenti 2005.
http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_it_v.pdf
5. Forty-fourth World Health Assembly. Resolution WHA 44.33 on the World Summit of Children: Follow-up action. May 1991.
6. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, 2003.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf>
Versione italiana:
http://www.unicef.it/Allegati/Strategia_globale_alimentazione_neonati_bambini.pdf
7. Oms-Unicef. The Baby Friendly Initiative. Developing a breastfeeding strategy.
<http://stage.unicef.org.uk/BabyFriendly/Resources/Guidance-for-Health-Professionals/Writing-policies-and-guidelines/Developing-a-breastfeeding-strategy/>
8. World Health Organization. Community-based strategies for breast feeding promotion and support in developed countries. Geneva, 2003.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591218/en/index.html
9. Wellstart International. Community-based breastfeeding support: a planning manual. Washington, DC, Wellstart, 1996.
10. Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea.
http://www.unicef.it/Allegati/Raccomandazioni_UE_alimentazione_lattanti.pdf
11. Ministero della Sanità, D.M. 24/4/2000.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1548_allegato.pdf
Estratto dal Pomi, Gazzetta Ufficiale n. 131 del 7 giugno 2000.
<http://www.epicentro.iss.it/focus/consultori/grandolfo.asp>
12. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n.19 del 23 gennaio 2002 – Serie generale, pag. 37.
http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2013-02-08&atto.codiceRedazionale=13A01081
13. Piano nazionale di prevenzione 2005-2007.
http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/normativa/Linee_operative_2.pdf
14. Piano nazionale di prevenzione 2010-2012.
http://www.comunitapnp.it/file.php/1/Allegato1_PNP_10-12.pdf
15. Piani regionali di Prevenzione 2010-2012.
http://www.ccm-network.it/Pnp_2010-2012_piani-regionali
16. Linee guida di indirizzo nazionale per l'alimentazione nella prima infanzia e l'allattamento al seno.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1549_allegato.pdf
17. Comitato nazionale multisettoriale per l'allattamento materno.
<http://www.salute.gov.it/nutrizione/paginaInternaMenuNutrizione.jsp?id=1469&lingua=italiano&menu=allattamento>
18. Linee di indirizzo per il percorso nascita.
www.salute.gov.it/saluteDonna/newsSaluteDonna.jsp?id=1321&menu=inevidenza&lingua=italiano
19. WHO. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. World Health Organization. Geneva, 1998.



20. Accademia Americana di Pediatria AAP Endorsement of the Who/Unicef Ten Steps to Successful Breastfeeding. August 25, 2009.
<http://www.aap.org/breastfeeding/files/pdf/TenStepswoisig.pdf>
21. Cattaneo A. Significato della Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) per la promozione dell'allattamento al seno: le prove d'efficacia, VR 3-4.10.2002 In Speri L. "L'ospedale Amico dei Bambini". Masson, Milano 2004.
22. Fein SB, Roe B. The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding. American Journal of Public Health 1998;88:1042-6.
23. Ospedali Amici dei Bambini, 10 passi per l'allattamento al seno.
<http://www.unicef.it/doc/150/dieci-passi-per-allattamento-al-seno.htm>
24. La Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento materno. Iniziativa dell'Unicef Italia per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno nelle strutture socio-sanitarie territoriali.
http://unicef.it/Allegati/7_passi_BFCI.pdf
25. Ospedali&Comunità Amici dei Bambini, uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno. Standard per le buone pratiche per gli ospedali.
http://www.unicef.it/Allegati/Standard_BFHI_2mag12.pdf
26. Ospedali&Comunità Amici dei Bambini, uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno. Standard per le buone pratiche per la comunità.
http://www.unicef.it/Allegati/Standard_BFCI_18feb11.pdf
27. Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised Updated and Expanded for Integrated Care.
http://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_2009_s3.1and2.pdf
28. Ospedale amico dei bambini. Iniziativa Oms-Unicef per la promozione dell'allattamento materno. Linee guida per il riconoscimento della struttura sanitaria.
http://www.unicef.it/Allegati/Ospedali_Amici_Procedura.pdf
29. Saadeh R, Casanovas C. Implementing and revitalizing the Baby-Friendly Hospital Initiative, 2010.
<http://www.worldbreastfeedingweek.net/wbw2010/pdf/wbw2010-ur-implementing-bfhi.pdf>
30. Ospedali&Comunità Amici dei Bambini, documenti per gli operatori.
<http://www.unicef.it/doc/1147/ospedali-e-comunita-amiche-dei-bambini-materiali-utili.htm>
31. Ospedali&Comunità Amici dei Bambini uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno. Guida all'applicazione dei Passi.
http://www.unicef.it/Allegati/Guida_applicazione_Passi_16mag12.pdf
32. Appropriate technology for birth. Lancet 1985;2:436-7.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457?dopt=Abstract>
33. Strategia italiana per l'allattamento.
www.conferenzafamiglia.it/media/2114/Maria%20Enrica%20Bettinelli%20BFCI-UNICEF.pdf
34. Delaini P, Cattaneo A, et al. Farmacie e sostegno dell'allattamento materno un approccio di rete tra operatori sanitari. Dialogo sui farmaci 2009;2:79-80.
<http://progettofaam.org>
35. Movimento Allattamento Materno Italiano (mami). Scuole materne e asili nido Amici dei Bambini.
<http://www.mami.org/altrepag/scuolamat.htm>
36. Asl di Ferrara. Protocollo per la conservazione del latte materno al nido.
http://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDEQfjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mami.org%2FDocs%2FProtocollo%2520allattamento%2520FE.doc&ei=V6I9UeKYFlz5sgbLpoHYCg&usq=AFOjCNFdztS22ZePOkRzAiBBJg6X5men3A&sig2=d_-Cl6CH0bJaXs_btg3S1O
37. Ministero della Sanità. Circolare n. 16 del 24 ottobre 2000. Promozione e tutela dell'allattamento al seno.
www.trovanorme.salute.gov.it/dettaglioAtto.spring.jsessionid=SuOAFTc06TCW7cfy+vXSEO**?id=18133
38. Commissione europea, direttiva europea 2006/141/CE.
http://www.trovanorme.salute.gov.it/normsan-pdf/CEE/2007/23443_1.pdf



39. Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali, decreto 9 aprile 2009.
<http://www.trovanorme.salute.gov.it/dettaglioAtto.spring?id=29174>
40. Decreto legislativo 19 maggio 2011.
<http://www.trovanorme.salute.gov.it/dettaglioAtto.spring?id=38502&articolo=1>
41. Ministero della Salute. Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari.
www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf
42. GenitoriPiù, prendiamoci cura della loro vita. Manuale informativo per gli operatori.
http://www.genitoripiu.it/documents/uploads/manuale_2010/GenitoriPiu_Allattamento.pdf
43. Legge n.92 del 28 giugno 2012. Disposizioni in materia di riforma del mercato del lavoro in una prospettiva di crescita.
http://www.lavoro.gov.it/Lavoro/Notizie/20120704_Legge+riforma+lavoro.htm
44. Legge n. 228 del 24 dicembre 2012. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013). (12G0252) (Gazzetta Ufficiale n.302 del 29 dicembre 2012 - Suppl. Ordinario n. 212).
http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2012-12-29&atto.codiceRedazionale=012G0252
45. Bettinelli ME. Breastfeeding policies and breastfeeding support programs in the mother's workplace. J Matern Fetal Neonatal Med 2012;25:81-2.
46. Cohen, R. Mrtek, MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. American Journal of Health Promotion 1995;10:148-5.
47. United States Breastfeeding Committee. Workplace Breastfeeding Support [issue paper]. Raleigh, NC: United States Breastfeeding Committee; 2002.
48. Giusti A. Allattare al seno in pubblico è davvero necessario?
<http://www.epicentro.iss.it/discussioni/allattamento/giusti.asp>
49. Convention on the Rights of the Child, Unicef 1989.
<http://www.unicef.org/crc/>
50. Freed GL Clark SJ, et al. Breastfeeding education and practice in family medicine. J Fam Pract 1995;40:263-9.
51. Gannon L. breast feeding: an update. BMJ learning.
http://learning.bmj.com/learning/module-intro/breast-feeding.html?locale=en_GB&moduleId=5003232
52. IFE Core Group. Infant and young child feeding in emergencies. Operational guidance for emergency relief staff and programme managers. Version 2.1. February 2007.
Versione italiana:
L'alimentazione di lattanti e bambini piccoli nelle emergenze. Guida Operativa per personale di Primo Soccorso nelle emergenze e per i Direttori di progetto. Sviluppato dall'IFE Core Group. Versione 2.1 – Febbraio 2007.
http://www.mami.org/sito/wp-content/uploads/Guida_Op_A4.pdf
53. World Health Organization. Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva, 2004.
Versione italiana:
Principi-guida per l'alimentazione dei lattanti e dei bambini durante le emergenze, Organizzazione mondiale della sanità, 2004.
http://www.epicentro.iss.it/focus/terremoti/pdf/principi-guida_Oms.pdf
54. Giusti A. L'alimentazione infantile nelle emergenze, 9 aprile 2009.
<http://www.epicentro.iss.it/focus/terremoti/alimentazioneinfantile.asp>
55. Giusti A. L'alimentazione dei bambini durante le emergenze, 11 marzo 2010.
<http://www.epicentro.iss.it/temi/materno/infantileEmergenze.asp>
56. Proteggere i bambini piccoli nelle emergenze: informazioni per i media.
http://www.mami.org/sito/wp-content/uploads/IFE_Media_italiano.pdf
<http://www.enonline.net/pool/files/ife/ife-media-guide-italiano.pdf>



57. Ifban Oitalia
<http://www.ibfanitalia.org/>
58. Movimento Allattamento Materno Italiano, MAMI
<http://www.mami.org/>
59. World Alliance for Breastfeeding Action WABA,
<http://www.waba.org.my/>
60. La Leche League
<http://www.laleche.org>
per l'Italia:
<http://www.lilitalia.org>
61. Il Melograno, Associazione Nazionale fra i Centri Informazione Maternità e Nascita.
<http://www.melograno.org/sito19/main.php?l=1>