

INSIEME PER L'ALLATTAMENTO

uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento

Guida all'Applicazione dei Passi



EDIZIONE 2016

Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus

Via Palestro, 68 - 00185 ROMA

Tel. 06/478091 - Fax 06/4780927

www.unicef.it

© 2015 Comitato Italiano per l'UNICEF

La presente pubblicazione *Guida all'Applicazione dei Passi della BFHI/BFCI* deriva da due pubblicazioni:

- Organizzazione Mondiale della Sanità, UNICEF, & Wellstart International (2009). *Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini - riveduta, aggiornata ed ampliata per un approccio integrato alle cure: Sezione 1 - motivazioni ed applicazione*. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità e UNICEF.
- *UNICEF UK Baby Friendly Initiative Implementation Guidance* dell'UNICEF del Regno Unito.

I materiali sono usati con permesso.

Immagine in copertina da <http://www.tpdkdesign.net> Free for non-commercial use.

Aggiornamento 2015 a cura di Elise Chapin, Stefania Sani, Romana Prosperi Porta, Raffaele Domenici, Barbara Zapparoli.

L'adattamento della versione 2011 è stato fatto da Maria Enrica Bettinelli, Elise Chapin, Rosellina Cosentino, Stefania Sani e Leonardo Speri - UNICEF Italia. Si ringrazia Romana Prosperi Porta per la collaborazione sul capitolo della Cure Amiche della Madre e Miriam Lelli e Graziella Cattaneo per la parte riguardante la BFCI. Traduzione delle linee guida sull'ipoglicemia a cura di Enrico Baiocchi, Mario Cirulli, Tiziana Catanzani. La traduzione delle *Ragioni mediche accettabili per l'uso di sostituti del latte materno* è a cura di Adriano Cattaneo.

L'iniziativa "Insieme per l'Allattamento: Ospedali&Comunità Amici dei Bambini uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento" fa parte di quei programmi internazionali che aiutano i servizi sanitari a migliorare le pratiche assistenziali rendendo protagonisti i genitori e sostenendoli nelle scelte per l'alimentazione e le cure dei propri bambini. La struttura sanitaria che adotta pratiche per sostenere l'allattamento può ricevere il riconoscimento prestigioso dell'OMS/UNICEF "Amica dei Bambini". In Italia, l'iniziativa è coordinata dal:

Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus
Via Palestro, 68 - 00185 ROMA
Tel. 06/478091 - Fax 06/4780927
www.unicef.it Email: allattamento@unicef.it

Indice

I Passi per l'iniziativa Insieme per l'Allattamento	3
<i>Ospedale Amico dei Bambini per l'Allattamento</i>	4
<i>Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento</i>	4
Introduzione ai Criteri Globali	6
Criteri per il Passo 1 BFHI/BFCI	8
<i>Esempio di versione sintetica di Politica aziendale per l'allattamento e l'alimentazione dei bambini per i servizi ospedalieri e territoriali</i>	12
<i>Allegato: Checklist per la Politica di un punto nascita</i>	14
<i>Allegato: Checklist per la Politica dei servizi territoriali</i>	17
Criteri per il Passo 2 BFHI/BFCI	26
<i>Allegato: Argomenti di formazione</i>	31
<i>Allegato: Tabella della Formazione</i>	35
<i>Allegato: Registro Formazione degli Operatori</i>	36
<i>Allegato: Contenuti della Formazione</i>	38
Criteri per il Passo 3 BFHI/BFCI	39
<i>Allegato: Checklist prenatale – Alimentazione infantile</i>	41
<i>Allegato: Checklist prenatale - Alimentazione con sostituti del latte materno</i>	42
Criteri per il Passo 4 BFHI e parte del Passo 4 BFCI	43
<i>Allegato - Checklist Postnatale - Informazioni per le madri che allattano</i>	52
<i>Allegato - Checklist Postnatale - Informazioni per le madri che utilizzano sostituti del latte materno</i>	53
Criteri per il Passo 5 BFHI e parte del Passo 4 BFCI	54
Criteri per il Passo 6 BFHI e Passo 5 BFCI	62
<i>Ragioni mediche accettabili per l'uso di sostituti del latte materno</i>	69
<i>Linee guida per l'ipoglicemia</i>	75
Criteri per il Passo 7 BFHI e parte del Passo 4 BFCI	88
Criteri per il Passo 8 BFHI e parte del Passo 4 BFCI	92
Criteri per il Passo 9 BFHI e parte del Passo 4 BFCI	95
Criteri per il Passo 10 BFHI o Passo 7 BFCI	99
<i>Allegato: Indicazione dalla Rete BFH per la dimissione dall'ospedale</i>	104
Criteri per il Passo 6 BFCI	108
Criteri per il Rispetto del Codice Internazionale	111
<i>Allegato - Riassunto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e il ruolo dei dirigenti e del personale nel rispettare e far rispettare il Codice</i>	116
<i>Allegato - Rispetto del Codice sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno</i>	118
<i>Le FAQ sul Codice</i>	120
<i>Sviluppo procedura acquisti prodotti coperti dal Codice</i>	122
<i>Allegato - Lettera di Adesione al Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno dell'OMS</i>	125
Criteri per le Cure Amiche della Madre	126
Risorse, Riferimenti e siti web	131

I Passi per l'iniziativa Insieme per l'Allattamento

Ospedale Amico dei Bambini per l'Allattamento

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

1. Definire una politica aziendale e dei protocolli scritti per l'allattamento 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
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 per 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 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.

Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento

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

1. Definire una politica aziendale per l'allattamento 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
4. Sostenere le madri e proteggere l'avvio e il mantenimento dell'allattamento
5. Promuovere l'allattamento esclusivo fino ai 6 mesi compiuti, l'introduzione di adeguati alimenti complementari oltre i 6 mesi e l'allattamento continuato
6. Creare ambienti accoglienti per favorire la pratica dell'allattamento
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 della Assemblea Mondiale della Sanità.

OSPEDALI & COMUNITÀ AMICI DEI BAMBINI



PER UNA CULTURA DELL'ALLATTAMENTO

Per promuovere la pratica dell'allattamento è necessario costruire una "cultura dell'allattamento", nel contesto più ampio di una "cultura dei diritti dell'infanzia" a partire dal diritto alla salute sancito dall'art. 24 della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza. L'UNICEF Italia è impegnato nella promozione di questo programma che si inserisce nel quadro più ampio del Programma Italia Amica dei Bambini, che include il lavoro con strutture sanitarie, scuole, municipalità e mondo dello sport.

OSPEDALI AMICI DEI BAMBINI

L'iniziativa internazionale "Ospedale Amico dei Bambini" (BFHI dalla Baby Friendly Hospital Initiative), lanciata dall'UNICEF e dall'OMS nel 1991, incoraggia le buone pratiche basate sulle evidenze scientifiche per la promozione e il sostegno dell'allattamento e il rispetto della naturalità dell'evento nascita.

I Dieci Passi per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento nei servizi per la maternità

1. Definire una politica aziendale e dei protocolli scritti per l'allattamento 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.
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 per 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 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.

Cure Amiche della Madre - rispettare la fisiologia del travaglio e parto.

COMUNITÀ AMICHE DEI BAMBINI

L'iniziativa Comunità Amica dei Bambini (BFCI, dalla Baby Friendly Community Initiative) è stata sviluppata adattando ai servizi territoriali socio-sanitari l'iniziativa "Ospedale Amico dei Bambini" (BFHI), nella consapevolezza che non può esistere un "Ospedale Amico dei Bambini" senza una "Comunità Amica dei Bambini" e viceversa.

I Sette Passi per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento nelle strutture socio-sanitarie territoriali.

1. Definire una politica aziendale per l'allattamento 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.
4. Sostenere le madri e proteggere l'avvio e il mantenimento dell'allattamento.
5. Promuovere l'allattamento esclusivo fino ai 6 mesi compiuti, l'introduzione di adeguati alimenti complementari oltre i 6 mesi e l'allattamento prolungato.
6. Creare ambienti accoglienti per favorire la pratica dell'allattamento.
7. Promuovere la collaborazione tra il personale sanitario, i gruppi di sostegno e la comunità locale.

Cure Amiche della Madre - informazioni sul rispetto della fisiologia del travaglio e parto

Tutte le strutture devono garantire il rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e le successive pertinenti risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità.



www.unicef.it/allattamento



Introduzione ai Criteri Globali

I Criteri Globali per l'Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini (BFHI) o Comunità Amica dei Bambini (BFCI) servono come standard con il quale si misura l'applicazione di ognuno dei *Dieci Passi* o dei *Sette Passi*, del *Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno* e le successive pertinenti Risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità¹ e delle Cure Amiche della Madre. I criteri elencati sotto per ognuno dei *Passi*, del *Codice* e delle Cure Amiche rappresentano il livello minimo globale per il riconoscimento come Ospedale Amico dei Bambini o Comunità Amica dei Bambini. Criteri supplementari sono disponibili per "HIV e alimentazione dei lattanti", obbligatori solo per i punti nascita con un tasso di madri HIV+ superiore al 20%.

Lo Strumento di Autovalutazione consente ai reparti di maternità e ai servizi territoriali di fare una prima fotografia del livello di applicazione dei *Passi*, dell'applicazione del *Codice*, e del rispetto di altri criteri riguardanti le Cure Amiche della Madre ed eventualmente l'HIV e l'alimentazione neonatale.

I criteri di questa *Guida* sono finalizzati a chiarire nel dettaglio alcuni passaggi per le strutture che sono orientate a diventare Ospedali Amici dei Bambini (BFH) oppure Comunità Amiche dei Bambini (BFC), preparando il terreno alla valutazione esterna. I *Passi* sono accompagnati da suggerimenti operativi ed alcuni aspetti essenziali vengono approfonditi. I *Criteri* sono elencati in questo documento, onde facilitarne la consultazione durante il processo di preparazione alla valutazione.

È importante che le strutture prendano in considerazione la raccolta informatizzata di dati sull'alimentazione e sull'applicazione dei *Passi*, se non già previsti. Funziona meglio quando la raccolta dati viene integrata nei sistemi già esistenti. Se la struttura ha bisogno di informazioni su come effettuare la raccolta dati o di moduli tipo, può fare riferimento agli strumenti disponibili per la raccolta dati nel documento *Monitoraggio degli Ospedali&Comunità Amici dei Bambini*.

La revisione dei materiali per l'iniziativa *Insieme per l'Allattamento: Ospedali&Comunità Amici dei Bambini uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento* ha permesso di introdurre nel 2009 un sistema di valutazione a tappe, illustrato nella pagina seguente, con una serie di tre fasi di valutazione:

- Valutazione Fase 1- Visita alla struttura e verifica documentazione
- Valutazione Fase 2 - Competenze degli operatori
- Valutazione Fase 3 - Assistenza alle donne

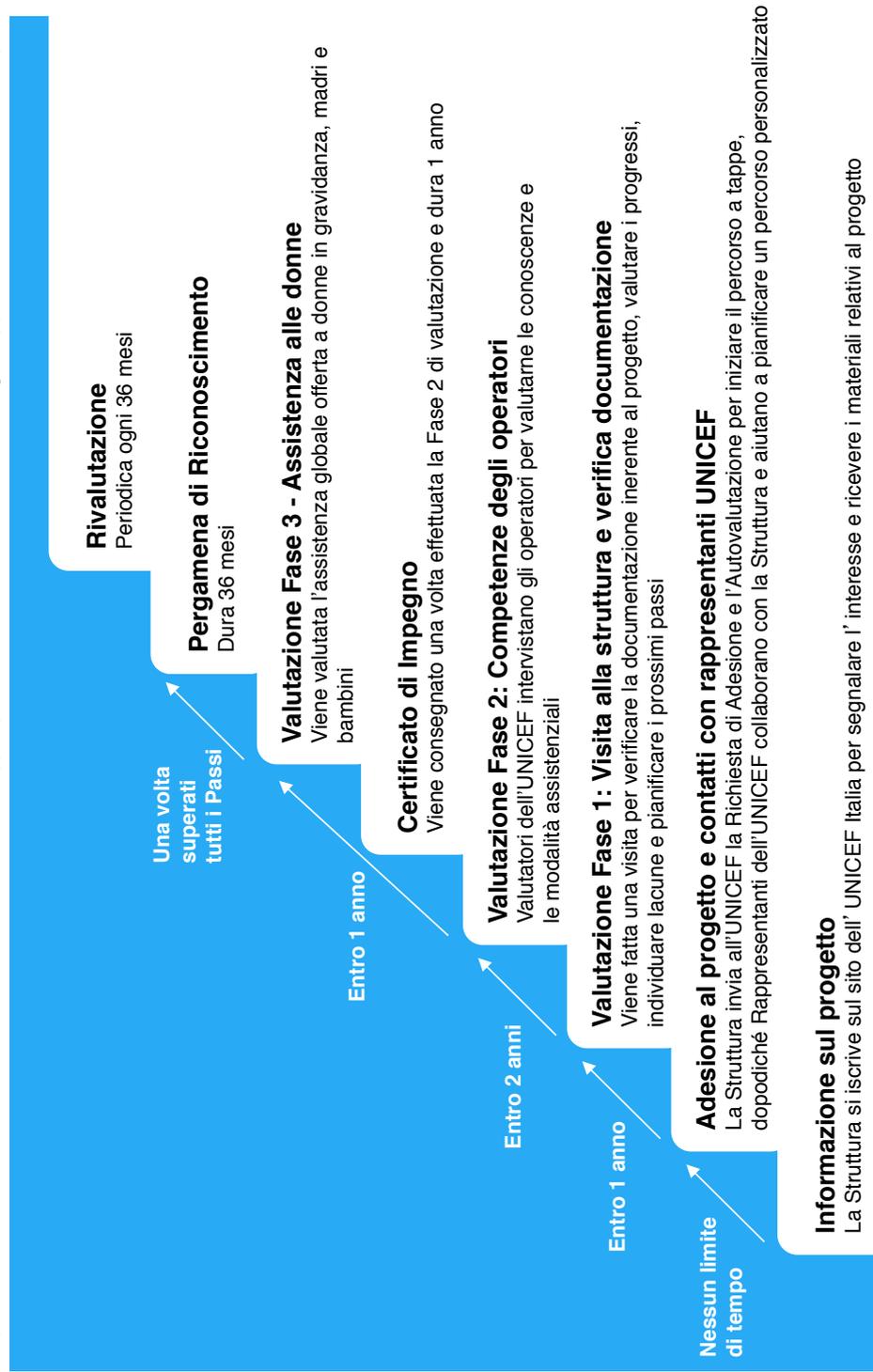
il tutto accompagnato da contatti regolari con rappresentanti dell'UNICEF.

Due tabelle alla fine di questo documento illustrano i criteri applicati ad ogni momento della valutazione: un *Riassunto delle Fasi 1-2-3 delle Valutazioni* di un punto nascita e di una comunità.

¹ di seguito abbreviato come "Codice" o "Codice Internazionale", quando si intende il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e tutte le successive pertinenti Risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità (AMS)

Le tappe del percorso di riconoscimento di “Ospedale Amico dei Bambini per l’allattamento” e “Comunità Amica dei Bambini per l’allattamento”

Il percorso verso il riconoscimento avviene attraverso varie tappe: per avere ulteriori informazioni su ogni tappa, consulta le Indicazioni Operative.



Applicazione del Passo 1 H/C

Criteria per il Passo 1 BFHI/BFCI

L'Azienda² deve disporre di una *Politica aziendale sull'allattamento e l'alimentazione dei bambini*³, che prevede tutti i *Dieci o Sette Passi* e le *Cure Amiche della Madre* e protegge l'allattamento attraverso il rispetto del *Codice*. Ulteriori linee guida o protocolli che possono influenzare l'assistenza alla madre che allatta o ai bambini devono essere precisi e basati su prove di efficacia. La *Politica* deve essere formulata in maniera semplice, chiara e non ambigua e l'adesione agli standard della *Politica* sarà obbligatoria per tutti. L'Azienda deve avere una versione sintetica e in un linguaggio comprensibile della *Politica* aziendale che illustra, come minimo, i *Dieci/Sette Passi*, le *Cure Amiche* e il *Codice*, affissa in modo visibile in tutti i reparti della struttura, ovunque venga offerta assistenza alle donne in gravidanza e alle madri con neonati, nella lingua (o nelle lingue) di maggior diffusione tra i pazienti e gli operatori.

L'applicazione della *Politica* aziendale deve essere monitorata nel tempo. La struttura deve dotarsi di strumenti che permettano di verificare se la *Politica* viene rispettata, o quali punti siano eventualmente da consolidare e migliorare.

Le procedure attraverso le quali vengono messi in pratica i principi contenuti nella *Politica* aziendale, devono essere raccolte in un apposito *Manuale o Protocollo per gli Operatori* al quale devono attenersi tutti gli operatori che vengono a contatto con gestanti o con madri. Il *Manuale o Protocolli per gli Operatori* deve contenere anche un protocollo specifico sulla prevenzione e terapia dell'ipoglicemia per i punti nascita e un protocollo sull'alimentazione complementare per i servizi territoriali. Tutta la documentazione deve essere disponibile in modo che tutti gli operatori possano consultarla agevolmente in caso di necessità.

Guida per l'applicazione del Passo 1 BFHI e BFCI

1. Lo sviluppo della *Politica*

*La **Politica** va firmata dal Direttore Generale*

Si intende per "Politica aziendale" una dichiarazione scritta, pubblica e condivisa da parte della dirigenza della struttura interessata e firmata dal legale rappresentante dell'Ente (Direttore Generale) e dai responsabili delle unità operative interessate, sull'impegno assunto per proteggere, promuovere, e sostenere l'allattamento.

*Il gruppo di lavoro multiprofessionale è fondamentale per la stesura della **Politica***

È molto importante che il gruppo di lavoro multiprofessionale che, dovrà scrivere, coinvolgendo una rappresentanza di gruppi di mamme, la *Politica* aziendale, traduca poi i principi dei *Dieci/Sette Passi*, *Codice* e *Cure Amiche* nella propria realtà operativa. Questo è anche un importante passaggio per l'interiorizzazione e la condivisione dei significati dei passi. Lo stesso gruppo di lavoro attraverso incontri periodici e strumenti appropriati dovrebbe monitorare la qualità della applicazione della *Politica*, utilizzando tutti i dati qualitativi utili allo scopo (Vedi il documento *Monitoraggio degli Ospedali&Comunità Amici dei Bambini*).

*L'impegno del rispetto del **Codice** va esplicitato*

Si ricorda che nella *Politica* aziendale, va previsto un esplicito impegno della struttura al rispetto del *Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno* e delle successive pertinenti Risoluzioni dell'Assemblea Mondiale di Sanità. Deve essere reso esplicito come il rispetto del *Codice* non consenta all'intera struttura, compresi i consultori e le altre strutture territoriali (e quindi non solo al reparto di maternità e quello di neonatologia) di accettare forniture gratis o a basso costo di latte artificiale, biberon, tettarelle, ciucci e paracapezzoli. Non è permessa l'affissione di manifesti pubblicitari di sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, ciucci e paracapezzoli, né la creazione di gruppi che istruiscano le madri all'uso del latte artificiale, ricordando che nel caso una madre decida di nutrire il suo neonato con latte artificiale, la stessa madre verrà consigliata in modo individualizzato.

² il termine "Azienda" comprende qualsiasi ente pubblico o privato che eroghi l'assistenza prevista nel progetto BFHI/BFCI

³ di seguito abbreviata come "Politica" o "Politica aziendale"

Guida per l'applicazione del Passo 1 BFHI e BFCI

Le Cure Amiche nei punti nascita e nei corsi di accompagnamento alla nascita

Dal 1 gennaio 2012, le Cure Amiche della Madre fanno parte integrale dell'iniziativa. L'impegno per i punti nascita è quello della messa in pratica delle Cure Amiche (vedi criteri per le Cure Amiche), mentre per i servizi territoriali riguarda la diffusione delle informazioni durante i corsi di accompagnamento alla nascita, come da *Checklist Prenatale*.

2. L'impegno della Direzione aziendale

La direzione aziendale e quella del Dipartimento Materno-Infantile (DMI) devono garantire al referente del progetto la partecipazione agli incontri della Rete Ospedali&Comunità Amici dei Bambini per l'allattamento e a tutte le iniziative relative al Progetto promosse dall'UNICEF.

La *Politica* deve essere sottoscritta dal Direttore Generale (DG), dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario, dal Direttore del Presidio, dal Direttore dei Servizi Infermieristici ed Ostetrici, dal Direttore del DMI e dai Direttori delle UU.OO. che afferiscono al DMI e che partecipano al progetto.

In caso di nuova nomina di un Direttore, la Direzione Aziendale dovrà formalizzare, attraverso la presentazione della *Politica* e la richiesta di sottoscrizione al nuovo Direttore, la sua assunzione di responsabilità nei confronti del progetto.

In caso di nomina di un nuovo DG a questi verrà ufficialmente richiesta dal Comitato italiano per l'UNICEF la disponibilità a proseguire nel progetto, in caso di struttura in fase di valutazione, o a mantenere il progetto stesso, in caso di struttura già riconosciuta Amica dei Bambini. L'impegno del nuovo DG verrà formalizzato con la sottoscrizione della *Politica*.

3. La Politica e le linee guida annesse

Una Politica rigorosa aiuta a garantire le buone pratiche ed elevati standard di assistenza

Avere una *Politica aziendale* non è fine a sé stesso: una *Politica* rigorosa contribuisce a garantire una buona prassi e standard elevati di assistenza, e quindi è alla base di tutte le altre norme delle iniziative Ospedali&Comunità Amici dei Bambini: uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento. Tuttavia, perché sia utile, la conformità delle azioni con la *Politica* deve essere obbligatoria. Scostamenti dalla *Politica* dovrebbero avvenire solo nel caso di un pericolo per la salute o la sicurezza della madre o del bambino, oppure quando la madre, dopo una spiegazione dettagliata della *Politica*, sceglie in maniera informata di seguire una pratica che devia da quanto atteso.

Nei materiali per le iniziative "Amiche dei Bambini" viene messa a disposizione una Checklist per la Politica

Nei materiali per le iniziative "Amiche dei Bambini" viene messa a disposizione una *Checklist per la Politica* come quadro di riferimento per lo sviluppo o l'aggiornamento di una *Politica*. Le strutture possono consultarsi con altre strutture che hanno fatto lo stesso percorso per avere ulteriori spunti e politiche. È fondamentale ricordare che tutti gli argomenti della *Checklist per la Politica* vanno descritti nella *Politica*, e la mancanza di uno di questi comporterà il mancato raggiungimento degli standard del Passo 1.

È importante distinguere tra la Politica e i protocolli operativi

Occorre fare una distinzione tra la *Politica* e i protocolli operativi (per la BFHI, sulla prevenzione e terapia dell'ipoglicemia e per la BFCI, sull'alimentazione complementare). Una *Politica* stabilisce obiettivi e principi generali; i protocolli forniscono ulteriori informazioni a sostegno delle modalità di applicazione o interpretazione della *Politica*.

Tutti i protocolli dovrebbero essere basati sulle prove scientifiche ed efficaci.

Protocolli sono comunemente adottati per la gestione dei problemi più frequenti nell'allattamento. Tutti i protocolli devono essere basati sulle evidenze scientifiche e sulle prove di efficacia e non devono entrare in conflitto con i principi fondamentali della *Politica*. Lo scopo dei protocolli è quello di individuare le migliori prassi e indicare come attuarle all'interno della struttura, con lo scopo finale di garantire la coerenza delle informazioni per le madri.

Si consiglia di controllare che la *Politica* rispecchi tutti i criteri per il Passo 1 prima di inviarla la prima volta, ed ogni volta che viene aggiornata. A questo fine, si può consultare la *Checklist per la Politica*. Un facsimile della versione sintetica è disponibile su richiesta.

4. Comunicare la Politica

La Politica deve essere comunicata agli utenti in modo che conoscano quali standard di cura verranno loro garantiti

I punti essenziali della *Politica* vanno comunicati agli utenti in modo che conoscano quali standard di cura verranno loro garantiti. Normalmente questa comunicazione avviene attraverso lo sviluppo di una versione sintetica della *Politica*. Si tratta di una versione più schematica della *Politica*, comunque completa, che sostanzialmente coincide con una breve presentazione dei *Passi*.

Si ricorda che anche nella versione sintetica della *Politica* vanno rese esplicite le posizioni dell'Azienda sul rispetto del *Codice Internazionale*.

La versione sintetica per genitori va mostrata in modo accattivante e nelle principali lingue utilizzate

È molto importante che la versione sintetica sia ben visibile in tutti i punti "strategici" della struttura e che sia esposta anche una sua traduzione in tutte le lingue maggiormente utilizzate, in modo da far conoscere a tutti l'orientamento dell'ospedale circa l'allattamento. Un design accattivante, utilizzando il colore e illustrazioni (importanti anche per superare barriere linguistiche), ma sempre rigoroso nei contenuti (corretto attacco al seno, ecc), contribuirà a garantire che la versione sintetica non venga 'persa' fra altri annunci.

La versione sintetica per genitori va affissa in tutti i luoghi frequentati da madri e bambini

La versione sintetica sarà affissa in modo visibile in tutti i locali del servizio sanitario, ovunque venga offerta assistenza alle gestanti e alle madri con neonati. Queste aree comprendono gli ambulatori per visite durante il percorso nascita, le zone travaglio e parto, il reparto di ostetricia e le stanze di degenza, tutte le stanze di accudimento o visita dei neonati, compresi eventuali nidi, e i reparti di patologia neonatale e di cure intensive neonatali, nonché tutte le strutture territoriali (es. consultorio pediatrico, ginecologico, ecc). Un'eccezione all'esposizione della versione sintetica va fatta ovviamente per gli spazi dove vengono accolte donne con patologie della gravidanza o altri problemi che rendano inopportuno questo tipo di comunicazione. La struttura può anche dotarsi di un opuscolo da consegnare ad ogni donna in gravidanza o madre, e di ogni altro strumento appropriato di comunicazione.

Inoltre nelle strutture è bene che sia segnalato in modo evidente alle mamme e a tutto il pubblico che "L'allattamento è benvenuto" (Passo 6 BFCI).

5. Revisione della Politica

Una revisione annuale di conformità con la Politica è necessario dopo il riconoscimento

L'applicazione della *Politica* deve essere monitorata nel tempo; pertanto, una volta finita il riconoscimento, è necessaria una sua revisione annuale. La struttura deve dotarsi di strumenti che permettano di verificare l'applicazione della *Politica* aziendale e monitorare eventuali scostamenti. Si consiglia di consultare il documento UNICEF *Come preparare la Politica aziendale per l'allattamento e l'alimentazione dei bambini*.

Riferimenti bibliografici per il Passo 1 BFHI/BFCI

1. UNICEF UK Baby Friendly Initiative (2009). Developing a breastfeeding strategy. London: UNICEF UK Baby Friendly Initiative. Disponibile a http://www.babyfriendly.org.uk/pdfs/developing_a_breastfeeding_strategy.pdf

Informazioni sull'ipoglicemia sono reperibili presso le seguenti fonti:

1. Wight, Nancy, and Kathleen A Marinelli. "ABM Clinical Protocol #1: Guidelines for Blood Glucose Monitoring and Treatment of Hypoglycemia in Term and Late-Preterm Neonates, Revised 2014." *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine* 9, no. 4 (2014): doi:10.1089/bfm.2014.9986

Informazioni sull'alimentazione complementare

1. Organizzazione Mondiale della Sanità & UNICEF (2003, Maggio). *La Strategia Globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini*. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità. Disponibile a <http://www.unicef.it/doc/2595/strategia-globale-per-l'alimentazione-dei-neonati-e-dei-bambini.htm>
2. European Commission (2006). *Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: Raccomandazioni standard per l'Unione Europea*. Disponibile a <http://www.aicpam.org/docs/EUpolicy06it.pdf>

PUNTI CHIAVE PER OGNI FASE DELLA VALUTAZIONE - PASSO 1

L'esame della *Politica* sarà il primo momento del percorso a tappe. Nelle fasi successive di valutazione, la *Politica* sarà oggetto di continuo riesame.

Verifiche attuate nella fase Adesione al progetto e contatti con rappresentanti UNICEF:

- L'Autovalutazione/Piano d'Azione verrà esaminato al fine di garantire che esso impegni e indichi agli operatori come attuare la *Politica* aziendale, espliciti le modalità di trasmissione e ne preveda la verifica annuale.
- Se la struttura possiede già una *Politica* sull'allattamento e sull'alimentazione infantile e/o dei protocolli verranno presi in considerazione già in questa fase.
- Verrà accertata l'avvenuta nomina di un Responsabile del progetto e della verifica dell'applicazione del Piano d'Azione.

Fase 1: Visita alla struttura e verifica documentazione

La *Politica* sarà esaminata al fine di verificare che:

- copre tutti i *Dieci/Sette Passi* e le Cure Amiche della Madre e prevede il rispetto del *Codice*;
- esiste una bozza della versione sintetica e in un linguaggio comprensibile della *Politica* aziendale;
- la struttura possiede protocolli operativi riguardanti la gestione dell'allattamento, tra cui un protocollo specifico sulla prevenzione e terapia dell'ipoglicemia (BFHI) o l'alimentazione complementare (BFCl), in linea con i più recenti standard basati sulle evidenze scientifiche;
- esplicita come viene rispettato il *Codice*.

Verrà accertata l'avvenuta formalizzazione della *Politica* da parte del Direttore Generale e dei responsabili delle relative Unità Operative.

Si chiede al Responsabile del progetto di descrivere la procedura adottata per garantire:

- che la *Politica* venga comunicata alle donne in gravidanza e ai genitori in modo adeguato ed efficace;
- che informazioni sulla *Politica* aziendale relativa all'allattamento vengano diffuse a tutte le strutture di riferimento per la popolazione, ed anche ai farmacisti e chi è responsabile per l'acquisto dei sostituti del latte materno;
- che esiste una bozza della versione sintetica della politica verrà esposta in modo visibile in tutti i reparti della struttura;
- che all'interno ed all'esterno della struttura avvenga una comunicazione periodica di informazioni sul sostegno dell'allattamento e sulle attività correlate;
- la continuità dell'assistenza tra i servizi ospedalieri e territoriali e tra operatori territoriali che si occupano di donne in gravidanza, madri e bambini;
- la verifica dell'effettiva applicazione della *Politica*, tramite l'autovalutazione annuale;
- un sistema di monitoraggio dei dati sull'allattamento.

Fase 2: Competenze degli operatori

- I valutatori verificheranno che eventuali modifiche alla *Politica* non ne pregiudichino il contenuto di fondo né l'impegno al suo rispetto
- Si chiede al Responsabile del progetto di confermare che una versione sintetica della *Politica* viene esposta o messa in evidenza in ogni ambiente dei servizi socio-sanitari territoriali frequentati da donne in gravidanza o madri con neonati o bambini;
- Tutti gli operatori devono essere in grado di descrivere le pratiche che sostengono l'allattamento adottate nella struttura

Fase 3: Assistenza alle donne

I valutatori verificheranno:

- che eventuali modifiche alla *Politica* non ne pregiudichino il contenuto di fondo né l'impegno al suo rispetto
- l'accessibilità della *Politica* e la sua effettiva comunicazione, anche in forma sintetica e multilingue alle donne in gravidanza e ai genitori.

Dopo il riconoscimento

- I risultati del monitoraggio annuale vanno inviati all'UNICEF

* Un'eccezione all'esposizione della versione sintetica va fatta ovviamente per gli spazi dove vengono accolte donne con patologie della gravidanza o altri problemi che rendono inopportuno questo tipo di comunicazione.

Esempio di versione sintetica di Politica aziendale per l'allattamento e l'alimentazione dei bambini per i servizi ospedalieri e territoriali

INSIEME PER L'ALLATTAMENTO: PROTEZIONE, PROMOZIONE E SOSTEGNO.

Allattare secondo natura.

L'allattamento è il modo naturale per una madre di alimentare il suo bambino ed è importante per la salute della madre, del bambino e per la società.

Essere protetti dalla pubblicità.

L'Azienda partecipa all'Iniziativa OMS/UNICEF "Insieme per l'allattamento", aderendo alle Buone Pratiche previste per le strutture sanitarie. L'Azienda ha sottoscritto il *Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei sostituti del latte materno* che protegge le famiglie da qualsiasi tipo di promozione o pubblicità di sostituti del latte materno, biberon, e tettarelle. Gli operatori forniscono sostegno e informazioni pratiche, indipendenti da interessi commerciali.

Essere sostenuti da operatori formati.

Per aiutarvi nell'alimentazione del vostro bambino tutti gli operatori hanno ricevuto una formazione specifica sull'allattamento e l'alimentazione dei bambini.

Scegliere informati.

Tutti i genitori hanno il diritto di scegliere l'alimentazione del proprio bambino.

Già dal momento della gravidanza riceverete dai nostri operatori tutte le informazioni e l'aiuto pratico necessario per allattare il bambino. Ci sono delle gravi ragioni che impediscono l'allattamento? La vostra scelta è diversa? Riceverete informazioni e sostegno per alimentare in tutta sicurezza il vostro bambino con il latte artificiale.

Partorire secondo natura.

In ospedale, il giorno del parto puoi essere accompagnata dal tuo partner o da una persona di tua fiducia. Durante il travaglio puoi camminare, bere e mangiare cibi leggeri e scegliere di alleviare il dolore senza l'uso di farmaci. Durante il parto puoi assumere le posizioni che preferisci. Promuoviamo il parto naturale: pratiche cliniche che possono interferire saranno utilizzate solo se necessario e sarai sempre informata prima.

Stare vicini ... da subito.

Faremo in modo che tu possa tenere il tuo bambino subito vicino a te, nudo a contatto "pelle a pelle". In ospedale i nostri operatori saranno lì vicino a te per sostenerti ed aiutarti con la prima poppata, senza nessuna fretta. Questa possibilità ti verrà offerta anche in caso di taglio cesareo con anestesia loco-regionale (epidurale).

Allattare ... naturalmente.

Nei nostri servizi riceverai tutto l'aiuto che ti serve per trovare la posizione più adatta per attaccare correttamente il tuo bambino al seno e per capire se prende abbastanza latte. Ti incoraggeremo ad allattarlo tutte le volte che dimostrerà di aver fame. I nostri operatori ti daranno tutte le informazioni su come spremere il latte dal seno, una pratica che è molto utile (es. seno troppo pieno e dolente).

Stare sempre insieme ...

Abbiamo fatto in modo che tu possa tenere il tuo bambino sempre vicino perché tu scopra le sue reazioni e possa rispondere prontamente ai suoi segnali di fame. Anche dopo la dimissione sarà importante tenere il tuo bambino vicino e farlo dormire nella tua stessa stanza.

... senza interferenze.

Ti sconsigliamo di usare ciucci, tettarelle e paracapezzoli mentre il bambino sta imparando a poppare , perché può complicare l'allattamento nel periodo di avvio.

Allattare esclusivamente per 6 mesi e poi ... continuare.

Allattare in modo esclusivo fino ai sei mesi compiuti è molto importante. Ti aiuteremo a capire quando il tuo bambino è pronto per i cibi solidi e ti spiegheremo come introdurli. È importante proseguire l'allattamento anche fino ai 2 anni e oltre, se tu e il tuo bambino lo desiderate.

Trovare aiuto per essere sostenuti.

Le nostre strutture sono sempre a tua disposizione: ti forniremo le indicazioni necessarie per contattarci. Ti daremo un elenco di persone (gruppi di mamme e operatori) che ti saranno di aiuto e sostegno nell'allattamento, nell'alimentazione e in generale nella cura del tuo bambino. Se hai bisogno non esitare a chiedere aiuto.

Poter allattare ed essere bene accolte ... ovunque.

L'allattamento è benvenuto in ogni spazio pubblico di questa azienda sanitaria. Siamo impegnati ad incoraggiare l'accoglienza della mamma che allatta in ogni spazio pubblico della comunità.

*Questa è una versione breve della Politica aziendale per l'allattamento e l'alimentazione dei bambini basata su i "Dieci Passi per il successo allattamento al seno" e sui "Sette Passi per una Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento" -
OMS / UNICEF*

Per avere la versione integrale rivolgetevi ad un operatore.

Allegato: Checklist per la Politica di un punto nascita ⁴

Nota: una politica non dev'essere troppo lunga; politiche nella forma più agile possibile sono generalmente più efficaci, mentre documenti più lunghi rischiano di non essere letti.

Questa *Checklist per la Politica* andrebbe utilizzata insieme alle note di orientamento. Ogni punto della *Checklist* fa riferimento alla corrispondente nota di orientamento numerata nella colonna a destra.

Se siete convinti che la vostra *Politica* raggiunga l'obiettivo in pieno, barrate la casella "sì". Se non lo raggiunge, barrate la casella "no", oppure "poco chiaro" se affronta solo una parte del criterio, o se lo fa in modo ambiguo.

Le note della terza colonna si possono trovare nella sezione successiva *Note di Orientamento*.

La politica del punto nascita deve contemplare chiaramente i seguenti punti:	Il punto è trattato in modo chiaro?	Nota numero
Preambolo		
Obbligatorietà della sua applicazione.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	1
L'impegno alla promozione di una cultura dell'allattamento e il sostegno a tutte le madri comprese quante scelgano in maniera pienamente informata di utilizzare sostituti del latte materno.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	2
Informazioni comprensibili, accurate, efficaci e indipendenti.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	3
Passo 1		
La modalità con cui viene garantito un coinvolgimento multi-professionale, compresi i gruppi di sostegno di madri nella stesura delle politiche istituzionali riguardanti l'allattamento e l'alimentazione dei bambini.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	4
Le modalità di una sistematica diffusione della <i>Politica</i> a tutti gli operatori.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	5
L'indicazione della necessità di esporre un riassunto della politica sui <i>10 Passi</i> e sul sostegno per tutte le madri in luoghi appropriati.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	6
Passo 2		
La frequenza ad un <i>Corso di Orientamento</i> da parte di tutti gli operatori entro una settimana dall'inizio dell'attività.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	7
La formazione di tutti gli operatori, secondo il ruolo	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	8
I seguenti contenuti della formazione: la gestione dell'allattamento; l'alimentazione del bambino non allattato; il rispetto del <i>Codice Internazionale</i> e le <i>Cure Amiche</i> .	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	8
La formazione dei nuovi operatori <i>coinvolti</i> e <i>dedicati</i> nei 6 mesi successivi all'inizio attività.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	9
Passo 3		
L'informazione di tutte le donne in gravidanza su:		
Gli elementi essenziali di gestione dell'allattamento e delle pratiche assistenziali;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	11
- I rischi della somministrazione di supplementi nei primi 6 mesi.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	11
La garanzia di una consulenza personalizzata per bisogni specifici.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	12
L'indicazione di interventi mirati per gruppi specifici, dove appropriato	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	13
Passo 4		
L'indicazione operativa per garantire a tutte le madri e i neonati:		
- Il contatto pelle a pelle immediatamente dopo il parto per almeno 60 minuti (anche in caso di taglio cesareo con anestesia locoregionale);	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	14

⁴ Tratto e adattato dal *Corso delle 20 Ore* (UNICEF, Organizzazione Mondiale della Sanità, Wellstart International. Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini: Riveduta, aggiornata ed ampliata per un approccio integrato alle cure. Sezione 3: Promozione e sostegno dell'allattamento in un Ospedale Amico dei Bambini: Un corso di 20 ore per il personale della maternità, Organizzazione Mondiale della Sanità e UNICEF, Ginevra.). Per ulteriori informazioni, consultare il documento "Come preparare la Politica aziendale per l'allattamento e l'alimentazione dei bambini"

La politica del punto nascita deve contemplare chiaramente i seguenti punti:	Il punto è trattato in modo chiaro?	Nota numero
- L'incoraggiamento a riconoscere quando i loro figli sono pronti per attaccarsi e l'offerta di aiuto, quando necessario.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	15
Passo 5		
L'indicazione operativa per garantire alle madri che allattano aiuto entro 6 ore dalla nascita.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	16
L'insegnamento delle basi della buona posizione e dell'attacco.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	17
L'insegnamento della spremitura manuale del seno.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	18
L'indicazione operativa per garantire alle madri che allattano una corretta osservazione della poppata	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	19
L'indicazione operativa per garantire a tutte le madri che decidono di non allattare:		
Informazioni sui rischi e sulla gestione delle alternative possibili AFASS nonché un aiuto personalizzato nella decisione circa l'alternativa ottimale nel loro caso;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	20
Istruzioni su come preparare i pasti in modo appropriato rispetto all'opzione adottata.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	21
L'indicazione operativa per garantire a tutte le madri per cui si è reso necessario un ricovero:		
- Un aiuto entro 6 ore dalla nascita del bambino per iniziare ad allattare, o per spremere il latte, e per mantenere una produzione di latte sufficiente;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	16 e 22
Una dimostrazione su come spremere il latte e la comunicazione dell'importanza di allattare o spremere almeno 8 volte nelle 24 ore per mantenere la produzione;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	23
Informazioni sui rischi ed i benefici delle varie alternative all'allattamento e su come aver cura dei seni se decidono di non allattare.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	21
Passo 6		
L'indicazione operativa per incoraggiare le madri che allattano di:		
- Allattare esclusivamente ;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	25
- Non introdurre altri cibi o bevande prima dei sei mesi;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	26
- Continuare ad allattare anche per due anni e oltre.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	26
L'indicazione operativa sui criteri per l'introduzione di alimenti alternativi o aggiunte ai neonati esplicitando la necessità di:		
- Una chiara indicazione medica;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	27
- Una decisione pienamente informata da parte delle madri dopo essere state consigliate sulle varie alternative e i rispettivi rischi e benefici.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	28
Una documentazione che registra le ragioni di un'eventuale supplementazione.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	29
Passo 7		
L'indicazione operativa che madri e neonati stiano assieme nella stessa stanza, anche di notte.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	30
L'indicazione operativa per garantire che la separazione di madri e neonati avvenga solo per ragioni motivate e documentate per iscritto.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	31
Passo 8		
L'insegnamento alle madri su come riconoscere i segnali di fame e di sazietà del neonato.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	32
L'indicazione operativa per permettere che le poppate avvengano senza restrizioni della frequenza e della durata.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	32
Passo 9		
L'indicazione operativa per garantire che i neonati allattati non usino biberon, ciucci e tettarelle.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	34

La politica del punto nascita deve contemplare chiaramente i seguenti punti:	Il punto è trattato in modo chiaro?	Nota numero
Le informazioni alle madri sui rischi dell'uso del biberon e del ciuccio nell'avvio dell'allattamento.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	35
Passo 10		
Le informazioni alle madri su come ottenere tempestivamente aiuto per eventuali problemi di alimentazione dei figli subito dopo la dimissione.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	36
L'indicazione operativa per garantire che la madre venga informata su dove trovare aiuto e sostegno per l'allattamento e l'alimentazione dopo la dimissione.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	37
Le modalità con cui il punto nascita promuove la collaborazione tra gli operatori 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.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	38
Rispetto del Codice		
L'impegno formale al rispetto dei principi e delle finalità del Codice anche se non compreso nella legislazione nazionale o regionale vigente.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	
L'indicazione che esplicita che l'Azienda sanitaria proibisce nella proprie strutture:		42
- La promozione dei sostituti del latte materno;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	
- La promozione di biberon, tettarelle, ciucci e paracapezzoli;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	
- Campioni regalo o pacchi con sostituti del latte materno, biberon, e tettarelle, o altri materiali, attrezzature, denaro o sostegno per corsi o congressi da parte di produttori o distributori di sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, ciucci e paracapezzoli sia per gli operatori che per le madri o i loro familiari.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	
- Le dimostrazioni di gruppo di preparazione del latte artificiale.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	
Una procedura per gli acquisti che assicura una gara aperta, una pluralità significativa delle ditte fornitrici, una suddivisione equa del fabbisogno fra queste, un prezzo d'acquisto non simbolico con gli eventuali criteri di esclusione di una ditta che vengono resi noti e motivati.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	43
Le modalità di un sistema di monitoraggio quali-quantitativo dei consumi dei sostituti.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	44
Cure Amiche della Madre		
L'adozione delle raccomandazioni previste dal progetto Mother-Friendly Childbirth Initiative (MFCI - Ospedale Amico di Mamme e Neonati), in particolare:		45
- Un approccio alla nascita centrato sul nucleo familiare, con il coinvolgimento del padre e di altri familiari;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	
- Sostegno emotivo durante il travaglio e il parto;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	
- Riduzione degli interventi invasivi, compresi i tagli cesarei;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	
- Attenzione agli effetti della sedazione del dolore;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	
- Offrire cibi e bevande leggeri.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	
HIV (obbligatorio solo per i punti nascita con un tasso di madri HIV+ superiore al 20%)		
L'indicazione operativa per garantire a tutte le madri HIV positive un counselling adeguato, incluse informazioni sui rischi e i benefici delle alternative possibili per l'alimentazione dei figli e orientamento specifico circa l'opzione ottimale nel loro caso.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	46
L'indicazione operativa per garantire la formazione specifica degli operatori che danno sostegno alle donne HIV positive.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	47

Allegato: Checklist per la Politica dei servizi territoriali⁵

Nota: una politica non dev'essere troppo lunga; politiche nella forma più agile sono generalmente più efficaci, mentre documenti più lunghi rischiano di non essere letti.

Questa *Checklist per la Politica* andrebbe utilizzata insieme alle note di orientamento. Ogni punto della *Checklist* fa riferimento alla corrispondente nota di orientamento numerata nella colonna a destra.

Se siete convinti che la vostra *Politica* raggiunga l'obiettivo in pieno, barrate la casella "sì". Se non lo raggiunge, barrate la casella "no", oppure "poco chiaro" se affronta una parte del criterio, oppure se lo fa in modo ambiguo.

Le note della terza colonna si possono trovare nella sezione successiva *Note di Orientamento*.

La politica dei servizi territoriali deve contemplare chiaramente i seguenti punti:	Il punto è trattato in modo chiaro?	Nota numero
Preambolo		
Obbligatorietà della sua applicazione.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	1
L'impegno alla promozione di una cultura dell'allattamento e il sostegno a tutte le madri comprese quante scelgano in maniera pienamente informata di utilizzare sostituti del latte materno.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	2
Informazioni comprensibili, accurate, efficaci e indipendenti.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	3
Passo 1		
La modalità con cui viene garantito un coinvolgimento multi-professionale, compresi i gruppi di sostegno di madri nella stesura delle politiche istituzionali riguardanti l'allattamento e l'alimentazione dei bambini.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	4
Le modalità di una sistematica diffusione della <i>Politica</i> a tutti gli operatori.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	5
L'indicazione della necessità di esporre un riassunto della politica sui <i>7 Passi</i> e sul sostegno per tutte le madri in luoghi appropriati.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	6
Passo 2		
La frequenza ad un <i>Corso di Orientamento</i> per tutti gli operatori entro una settimana dall'inizio dell'attività.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	7
La formazione di tutti gli operatori, secondo il ruolo.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	8
I seguenti contenuti della formazione: la gestione dell'allattamento; l'alimentazione del bambino non allattato; il rispetto del <i>Codice Internazionale e Cure Amiche</i> .	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	8
La formazione dei nuovi operatori <i>coinvolti</i> e <i>dedicati</i> nei 6 mesi successivi all'inizio attività.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	9
Formazione fornita ai Pdf/MMG.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	10
Passo 3		
L'informazione di tutte le donne in gravidanza su:		
Gli elementi essenziali di gestione dell'allattamento e delle pratiche assistenziali;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	11
- I rischi della somministrazione di supplementi nei primi 6 mesi.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	11
- Le informazioni sulle <i>Cure Amiche</i> della Madre	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	43
La garanzia di una consulenza personalizzata per bisogni specifici.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	12
L'indicazione di interventi mirati per gruppi specifici, dove appropriato.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	13
Passo 4		
L'indicazione operativa per garantire a tutte le coppie madre-bambino una valutazione dell'alimentazione alla prima visita, compresa una corretta osservazione della poppata per le madri che allattano.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	19
L'indicazione operativa per garantire informazioni su:		
Le basi della buona posizione e dell'attacco;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	17

⁵ Per ulteriori informazioni, consultare il documento "Come preparare la Politica aziendale per l'allattamento e l'alimentazione dei bambini"

La politica dei servizi territoriali deve contemplare chiaramente i seguenti punti:	Il punto è trattato in modo chiaro?	Nota numero
Come riconoscere i segnali di fame e di sazietà del neonato;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	15 e 32
- I segni di una sufficiente assunzione di latte;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	19
- Come riconoscere i segni iniziali di complicazioni al seno.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	19
L'indicazione operativa per garantire a tutte le mamme una discussione su:		
L'importanza di tenere vicino il bambino;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	14 e 30
L'importanza e la gestione in sicurezza dei pasti notturni;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	33
L'uso appropriato di tettarelle e ciucci;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	35
L'importanza della spremitura manuale e il sostegno all'apprendimento;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	18
Il mantenimento dell'allattamento alla ripresa del lavoro.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	24
L'indicazione operativa per garantire a tutte le madri che decidono di non allattare:		
Informazioni sui rischi e sulla gestione delle alternative possibili AFASS nonché un aiuto personalizzato nella decisione circa l'alternativa ottimale nel loro caso;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	20
Istruzioni su come preparare i pasti in modo appropriato rispetto all'opzione adottata.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	21
Passo 5		
L'indicazione operativa per incoraggiare le madri che allattano a:		
- Allattare esclusivamente ;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	25
- Non introdurre altri cibi o bevande prima dei sei mesi;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	26
- Continuare ad allattare anche per due anni e oltre.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	26
L'indicazione operativa sui criteri per l'introduzione di alimenti alternativi o aggiunte ai neonati esplicitando la necessità di:		
- Una chiara indicazione medica;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	27
- Una decisione pienamente informata da parte delle madri dopo essere state consigliate sulle varie alternative e i rispettivi rischi e benefici.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	28
Una documentazione che registra le ragioni di un'eventuale supplementazione.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	29
Passo 6		
L'informazione che le madri hanno la possibilità di allattare in aree pubbliche aziendali.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	39
Indicazioni chiare a riguardo.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	40
L'indicazione operativa per informare le madri sull'allattamento fuori casa.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	41
Passo 7		
Le informazioni alle madri su come ottenere tempestivamente aiuto per eventuali problemi di alimentazione dei figli subito dopo la dimissione.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	36
L'indicazione operativa per garantire che la madre venga informata su dove trovare aiuto e sostegno per l'allattamento e l'alimentazione dopo la dimissione.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	37
Le modalità con cui il punto nascita promuove la collaborazione tra gli operatori 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.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	38
Rispetto Codice		
L'impegno formale al rispetto dei principi e delle finalità del Codice anche se non compreso nella legislazione nazionale o regionale vigente.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	
L'indicazione esplicita che l'Azienda sanitaria proibisce nelle proprie strutture:		42
- La promozione dei sostituti del latte materno;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	
- La promozione di biberon, tettarelle, ciucci e paracapezzoli;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	

La politica dei servizi territoriali deve contemplare chiaramente i seguenti punti:	Il punto è trattato in modo chiaro?	Nota numero
- Campioni regalo o pacchi con sostituti del latte materno, biberon, e tettarelle, o altri materiali, attrezzature, denaro o sostegno per corsi o congressi da parte di produttori o distributori di sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, ciucci e paracapezzoli i sia per gli operatori che per le madri o i loro familiari;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	
- Le dimostrazioni di gruppo di preparazione del latte artificiale.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	
Una procedura per gli acquisti che assicura una gara aperta, una pluralità significativa delle ditte fornitrici, una suddivisione equa del fabbisogno fra queste, un prezzo d'acquisto non simbolico con gli eventuali criteri di esclusione di una ditta che vengono resi noti e motivati	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	43
Le modalità un sistema di monitoraggio quali-quantitativo dei consumi dei sostituti	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	44
Cure Amiche della Madre		
La diffusione di informazioni sulle raccomandazioni previste dal progetto Mother-Friendly Childbirth Initiative (MFCI - Ospedale Amico di Mamme e Neonati), in particolare:		45
- Un approccio alla nascita centrato sul nucleo familiare, con il coinvolgimento del padre e di altri familiari;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	
- Sostegno emotivo durante il travaglio e il parto;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	
- Riduzione degli interventi invasivi, compresi i tagli cesarei;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	
- Attenzione agli effetti della sedazione del dolore;	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	
- Offrire cibi e bevande leggeri.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	
HIV (obbligatorio solo per i territori con un tasso di madri HIV+ superiore al 20%)		
L'indicazione operativa per garantire a tutte le madri HIV positive un counselling adeguato, incluse informazioni sui rischi e i benefici delle alternative possibili per l'alimentazione dei figli e orientamento specifico circa l'opzione ottimale nel loro caso.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	46
L'indicazione operativa per garantire la formazione specifica degli operatori che danno sostegno alle donne HIV positive.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco chiaro	47

Note di orientamento

Ogni nota di orientamento numerata si riferisce al corrispondente punto numerato nella Checklist per la Politica.

Ulteriori approfondimenti sulle prove scientifiche a sostegno della promozione dell'inizio dell'allattamento e della sua durata sono consultabili in Dyson L, Renfrew M, McFadden A, McCormick F, Herbert G, Thomas J. *Promotion of breastfeeding initiation and duration: Evidence into practice briefing. 2006. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2006.*⁶

Preambolo

1. Come per tutte le politiche aziendali, il rispetto delle enunciazioni della *Politica* è obbligatorio. Gli operatori devono essere consapevoli del significato della *Politica* e devono rendere conto di qualsiasi deviazione da essa. Altre Linee Guida e protocolli dovranno comprendere un protocollo sulla prevenzione e terapia dell'ipoglicemia (con raccomandazioni per la gestione e la prevenzione dell'ipoglicemia nel neonato sano a termine) per i punti nascita e un protocollo sull'alimentazione complementare per i servizi territoriali.
2. L'Ospedale Amico dei Bambini e la Comunità Amica dei Bambini promuovono una cultura dell'allattamento, e nello stesso tempo assicurano che le donne che hanno fatto una scelta informata sull'utilizzo dei sostituti del latte materno siano sostenute nella loro decisione.
3. Un'Azienda sanitaria che s'impegna nell'applicazione degli Standard per le Buone Pratiche deve adottare il *Codice Internazionale*. La ricerca ha dimostrato chiaramente che le pratiche di commercializzazione dei sostituti del latte materno influiscono sui comportamenti degli operatori sanitari e delle madri nei confronti dell'alimentazione neonatale. È fondamentale che l'Azienda offra informazioni aggiornate che rispecchiano le pratiche basate sulle evidenze e non condizionate da interessi commerciali.

Passo 1 BFHI/BFCI - Comunicare la Politica

4. Quando si sviluppa una *Politica* è importante individuare un gruppo di lavoro multi-professionale locale che comprende gli operatori dei reparti pediatrici e ostetrici, dei servizi del territorio, i medici di medicina generale e pediatri di famiglia e le organizzazioni di volontariato coinvolte nel sostegno all'allattamento.
5. Tutti gli operatori devono partecipare ad un Corso di Orientamento sulla *Politica* entro una settimana dall'entrata in servizio perché possano comprendere che cosa si richiede alla loro pratica e per assicurare che non venga messo involontariamente a rischio il lavoro di tutto lo staff.
6. La *Politica* deve essere comunicata ai genitori in modo efficace ed appropriato, cosicché sia loro chiaro che cosa aspettarsi dal servizio. Questa comunicazione è comunemente effettuata tramite una versione sintetica della *Politica* in forma di una guida per madri e genitori, o manifesti affissi nelle aree pubbliche dei servizi frequentate da madri e bambini, oppure con altri mezzi su base individuale. Un'eccezione all'esposizione della *Politica* va fatta per le strutture dedicate alla patologia della gravidanza. L'informazione deve essere fornita nella lingua (o nelle lingue) di maggior diffusione tra le famiglie che frequentano i servizi e gli operatori e deve contenere una nota che informa i genitori sulla disponibilità a richiesta della versione integrale della *Politica*.

Passo 2 BFHI/BFCI - Formazione degli operatori

7. La formazione di tutti gli operatori nella gestione dell'allattamento è un elemento essenziale per il successo dell'applicazione della *Politica*. Includere nella *Politica* enunciazioni sulla formazione enfatizzerà a tutti gli operatori e ai dirigenti l'importanza della formazione e la sua natura obbligatoria. Tutti gli operatori a contatto in qualsiasi forma con donne in gravidanza, madri, e bambini devono fare un Corso di Orientamento entro una settimana dall'inizio dell'attività nel reparto o nel servizio.
8. Gli operatori sono divisi in tre categorie in base alle competenze legate al ruolo professionale di ciascuno: informati, coinvolti e dedicati. Gli informati 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, e sapere a chi indirizzare per ulteriori

⁶ Disponibile a http://www.breastfeedingmanifesto.org.uk/doc/publication/EAB_Breastfeeding_final_version_1162237588.pdf

approfondimenti. 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*.⁷ Ogni struttura dovrà indicare le categorie di appartenenza di ogni operatore.

9. La formazione di tutti gli operatori coinvolti e dedicati va completata entro sei mesi dall'inizio dell'attività per assicurare che gli standard siano adeguatamente mantenuti.
10. Si ricorda che nella BFCl, i Pediatri di Famiglia (PdF) sono da considerare degli operatori dedicati. È auspicabile che partecipino ai corsi delle 20 ore organizzati in modo interdisciplinare. In alternativa, devono dimostrare di avere le conoscenze e competenze derivabili da un corso di 20 ore. Le modalità della trasmissione di queste informazioni/ formazione per la figura del PdF 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.
I Medici di Medicina Generale (MMG) sono da considerare degli operatori coinvolti nella BFCl, e richiedono una formazione sull'allattamento e l'alimentazione infantile per sostenere le madri che allattano e i loro bambini. 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 (es. la mastite e l'ingorgo mammario, ragadi, problemi di produzione di latte), come il medico può accedere a un'affidabile fonte di riferimento per la prescrizione di farmaci alle madri che allattano, come indirizzare le madri alle figure professionali più appropriate per l'aiuto e il sostegno all'allattamento (particolarmente quando un bambino non cresce bene). Le modalità della trasmissione di queste informazioni/formazione per la figura del MMG dovrebbe rispecchiare le necessità locali e possono essere previsti moduli frontali o altre forme alternative.

Passo 3 BFHI/BFCl - Informazioni alle donne in gravidanza

11. Ogni donna in gravidanza deve avere l'opportunità di discutere il significato dell'allattamento in termini di salute per se stessa e il bambino e i rischi dell'utilizzo di un sostituto in modo da poter prendere una decisione informata su come alimentare e curare il proprio bambino (Vedi *Checklist Prenatale*). Ogni donna in gravidanza deve avere l'opportunità di avere una conversazione con un operatore sulle pratiche che supportano l'allattamento, quali il contatto pelle a pelle, il rooming-in, l'alimentazione a richiesta, il posizionamento e l'attacco del bambino al seno e l'evitare tettarelle e ciucci. Ciò contribuirà ad assicurare che possa avvenire un processo decisionale informato.
12. Alle donne in gravidanza che presentano bisogni specifici viene offerta una consulenza individualizzata sull'alimentazione infantile onde permettere alle donna di effettuare una scelta pienamente informata.
13. Dovrebbero essere in funzione uno o più interventi basati sulle evidenze scientifiche finalizzati alla promozione dell'allattamento. L'obiettivo degli interventi dovrebbe essere identificare e coinvolgere le donne appartenenti a quei gruppi sociali in cui i tassi d'allattamento sono più bassi. I gruppi sociali identificati possono includere, per esempio, donne di bassa condizione socio-economica, o residenti in aree periferiche, o al di sotto di una certa età al primo parto.
È stata dimostrata l'efficacia di diversi interventi, per esempio il sostegno tra pari, contatti telefonici, gruppi informali, consulenze individuali, o una combinazione di questi. Il modo in cui le informazioni vengono trasmesse alle donne è stabilito nella *Politica* e dipenderà dalla natura degli interventi. La *Politica* deve assicurare che le donne appartenenti a questi gruppi sociali siano informate sull'esistenza di queste iniziative.

Passo 4 BFHI/BFCl - Contatto pelle a pelle e sostenere l'avvio dell'allattamento

14. La *Politica* deve riconoscere il ruolo importante del contatto pelle a pelle nell'aiutare i neonati ad adattarsi alla vita extra-uterina con una dichiarazione chiara che i neonati sani non vanno allontanati dalle madri dopo un parto vaginale o un taglio cesareo elettivo con anestesia locoregionale. Per contatto pelle a pelle si intende un contatto prolungato fra mamma e neonato, finalizzato al bonding ed all'avvio di un allattamento duraturo. La letteratura scientifica consiglia sia messo in atto immediatamente dopo il parto e per un tempo potenzialmente illimitato, per garantire i seguenti benefici: neonati metabolicamente più stabili (temperatura corporea mantenuta, meno ipoglicemia); minore pianto, maggior possibilità di attacco e di attacco corretto, maggior probabilità di allattamento esclusivo e sua maggior durata nel tempo.
Per godere di tutti i benefici del contatto pelle a pelle, le madri e i bambini devono essere sostenuti nel mantenerlo per un periodo prolungato di tempo in un ambiente che non metta fretta alla coppia. Gli operatori della sala parto possono svolgere i controlli di routine senza disturbare il contatto pelle a

⁷ UNICEF, Organizzazione Mondiale della Sanità & Wellstart International, 2009, *Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini: Riveduta, aggiornata ed ampliata per un approccio integrato alle cure. Sezione 3: Promozione e sostegno dell'allattamento in un Ospedale Amico dei Bambini: Un corso di 20 ore per il personale della maternità*, Organizzazione Mondiale della Sanità e UNICEF, Ginevra.

pelle.

Se il contatto pelle a pelle viene interrotto per motivi medici o per una scelta pienamente informata della madre, gli operatori devono essere consapevoli dell'importanza di incoraggiare una ripresa del contatto non appena madre e bambino sono disponibili. La tempestività e la durata del contatto sono importanti perché il neonato inizi ad esprimere segnali di fame, che mamme ed operatori apprenderanno a riconoscere, e che intervengono in un tempo abbastanza variabile da caso a caso.

15. Un operatore dedicato deve aiutare la madre a riconoscere i segnali che indicano che il neonato è pronto ad attaccarsi e offrirle aiuto, se necessario.

Passo 5 BFHI / Passo 4 BFCI - Mostrare alle madri come allattare e mantenere l'allattamento

16. Gli Standard per le Buone Pratiche dicono che gli operatori dedicati devono offrire a tutte le madri che allattano ulteriore assistenza al momento delle poppate successive al primo attacco e in ogni caso entro 6 ore dal parto. Questo rappresenta un momento importante per ripassare l'importanza di una posizione e attacco corretti. Un operatore dedicato deve essere sempre disponibile per fornire aiuto durante tutta la degenza ospedaliera.
17. La differenza fra "mostrare alla madre le tecniche per una buona posizione e attacco" e "attaccare il bambino al seno della madre" è fondamentale e va sottolineata agli operatori. La capacità dell'operatore di comunicare gli elementi essenziali della posizione e dell'attacco farà sentire la mamma maggiormente capace e autonoma e promuoverà un allattamento con minori problemi.
18. L'importanza della spremitura manuale nell'aiutare la madre a gestire il proprio allattamento con successo deve essere sottolineata dalla *Politica*. Gli operatori devono garantire che le madri abbiano compreso come spremere manualmente il latte durante il primo periodo postnatale, anche come mezzo per prevenire e gestire problemi dell'allattamento come un ingorgo mammario, che può portare alla mastite. La capacità delle madri di identificare precocemente questa condizione e gestirla contribuirà, pertanto, al mantenimento dell'allattamento.
19. L'osservazione della poppata dovrebbe includere una discussione su come la madre possa valutare se l'allattamento procede bene (compreso il riconoscimento di un trasferimento efficace di latte) e che cosa fare - e chi contattare - se sospetta che non sia così. La discussione dovrebbe anche includere l'importanza di un efficace posizionamento e attacco al seno, accertandosi che la madre ne abbia compresa l'importanza e che si senta sufficientemente sicura nella gestione pratica dell'allattamento, con conseguente appropriato insegnamento e sostegno se non lo fosse.
Per le madri che allattano, uno strumento standard di valutazione dell'allattamento (vedi p. es. Scheda per l'Osservazione della Poppata nel *Corso delle 20 Ore*) dovrebbe essere in uso, per facilitare gli operatori dedicati a indagare su diversi fattori al fine di confermare che l'allattamento è efficace ed escludere segni precoci di difficoltà. Può essere utile dare un nome a questo strumento nella *Politica* cosicché tutti gli operatori dedicati sappiano che deve essere usato.
La *Politica* per la BFCI deve assicurare che una valutazione completa dell'andamento dell'alimentazione sia effettuata al primo contatto faccia a faccia con ogni madre e sia sviluppato un piano di assistenza individuale secondo le necessità. Si baserà sulle informazioni e il sostegno ricevuti nel punto nascita, per essere certi che siano state acquisite le nuove competenze e conoscenze. Questo per garantire che le madri che utilizzano sostituti del latte materno lo facciano in sicurezza e che le madri che allattano ricevano un supporto continuo per avviare un allattamento destinato al successo e che problemi che possono insorgere siano scoperti e trattati tempestivamente.
20. Le madri che utilizzano sostituti del latte materno, comprese le madri di bambini ricoverati in patologia neonatale o in cure intensive neonatali, vanno sostenute nelle loro scelte. Gli operatori devono illustrare le varie opzioni per l'alimentazione e dare un aiuto a individuare la soluzione AFASS (accettabile, fattibile, abbordabile, sostenibile e sicura) adatta ad ogni madre.
21. Va offerta individualmente, in un'area riservata e utilizzando gli strumenti necessari, una dimostrazione pratica sulla preparazione e somministrazione del latte artificiale, seguita da una verifica con la madre di quanto ha appreso dopo la spiegazione/dimostrazione. A queste madri vanno date indicazioni su operatori a cui rivolgersi per approfondimenti sull'alimentazione del bambino.
22. Laddove la madre e il neonato vengono separati per motivi medici, gli operatori devono fornire un'assistenza appropriata per permettere alla madre di avviare e mantenere la lattazione. La spremitura precoce del latte rappresenta un fattore determinante per la produzione futura e le madri andrebbero informate della sua importanza e incoraggiate a spremere il latte non appena possibile dopo il parto.
23. La raccomandazione che la madre faccia la spremitura manuale almeno 8 volte nell'arco delle 24 ore (compresa almeno una spremitura notturna) come strategia chiave per l'avvio e il mantenimento della lattazione andrebbe inclusa nella *Politica*. Alla madre separata dal suo bambino andrebbe mostrato come fare la spremitura manuale e come utilizzare un tiralatte e come conservare il latte. Queste

conoscenze permettono alla madre di ottimizzare la produzione, in particolar modo, durante i primi giorni quando la spremitura manuale è più indicata per raccogliere le piccole quantità di colostro.

24. Le madri che allattano che ritornano al lavoro devono essere sostenute per continuare ad allattare e mantenere la lattazione. Gli operatori devono garantire che le madri sappiano come spremere il latte, siano consapevoli dei loro diritti di lavoratrici e siano aiutate a fare un piano personalizzato.

Passo 6 BFHI / Passo 5 BFCl - Sostenere l'allattamento esclusivo fino ai sei mesi compiuti, l'introduzione di adeguati alimenti complementari e il proseguimento dell'allattamento complementare

25. La *Politica* deve sottolineare in modo chiaro l'importanza dell'allattamento esclusivo per i lattanti fino a sei mesi d'età e garantire che gli operatori forniscano informazioni per compiere una scelta informata e consapevole.
26. La *Politica* deve promuovere un'introduzione appropriata di alimenti complementari a sei mesi compiuti e insieme incoraggiare le madri a continuare l'allattamento complementare fino a due anni ed oltre se lo desiderano madre e bambino.
27. La *Politica* deve vietare chiaramente la somministrazione di acqua, soluzione glucosata o latte artificiale ai bambini allattati senza un'indicazione medica accettabile. La decisione di somministrare una supplementazione andrebbe presa da un operatore qualificato dopo un colloquio con i genitori e va registrata nella documentazione clinica del bambino.
28. Se una madre richiede una supplementazione per il suo bambino, gli operatori devono discutere con la madre le controindicazioni e le alternative prima di somministrarla. Dove possibile, le madri vanno incoraggiate a spremersi il latte per somministrarlo al posto del latte artificiale.
29. Tutti le supplementazioni somministrate ai bambini allattati vanno registrate chiaramente nella documentazione clinica del bambino, accompagnate da un breve riassunto delle motivazioni e dei contenuti del colloquio con i genitori.

Passo 7 BFHI / Passo 4 BFCl - Rooming-in

30. Tenere madri e neonati insieme 24 ore su 24 (rooming-in) permette alla madre di conoscere suo figlio e riconoscere i segnali di fame. La *Politica* deve sostenere in maniera netta questa pratica.
31. La separazione della coppia madre-bambino dovrebbe avvenire solo per motivi medici accettabili o per scelta pienamente informata della madre. Questo riguarda sia i bambini allattati sia i bambini alimentati artificialmente. Alle madri che hanno fatto un taglio cesareo andrà offerta un'assistenza adeguata per poter restare insieme ai loro bambini.

Passo 8 BFHI / Passo 4 BFCl - Allattamento a richiesta

32. Le madri vanno incoraggiate ad allattare i loro bambini a richiesta (cioè allattare ogni qual volta il bambino mostri segni di fame oppure la madre senta il seno pieno, senza restrizione sulla durata della poppata). Le madri devono essere informate su come riconoscere i segnali di fame dei loro bambini e incoraggiate a tenere i bambini vicini, in modo da rispondere sollecitamente a questi segnali.
33. A tutte le madri vanno proposte strategie per rispondere ai bisogni del bambino durante le ore notturne, comprese informazioni complete sulle pratiche di condivisione in sicurezza del letto. È importante che le madri che allattano sappiano perché le poppate notturne sono importanti per l'avvio e il mantenimento dell'allattamento. Gli operatori devono discutere l'allattamento notturno con le madri, dando loro suggerimenti per gestirlo in maniera efficace e sicura.

Passo 9 BFHI / Passo 4 BFCl - Utilizzo di tettarelle, ciucci e paracapezzoli

34. La *Politica* deve scoraggiare l'utilizzo di tettarelle durante l'avvio dell'allattamento. Se un bambino dovesse aver bisogno di un supplemento di latte artificiale o latte materno, andrebbero discussi con i genitori metodi alternativi per la somministrazione (es. tazzina o siringa). Il tutto va registrato nella documentazione clinica del bambino.
35. Le madri che allattano possono desiderare di usare biberon, tettarelle e/o ciucci. Gli operatori coinvolti e dedicati devono spiegare gli effetti potenzialmente dannosi del loro uso nell'avvio dell'allattamento e i possibili effetti dell'uso del ciuccio sulla richiesta di latte e sulla sua produzione. Anche successivamente al periodo post-natale, le madri possono aver bisogno di informazioni sull'uso di tettarelle e ciucci per poter scegliere di usarli in modo appropriato. I paracapezzoli vanno proposti solo in circostanze estreme da persone esperte. Le madri andrebbero informate dei rischi dei paracapezzoli e sostenute a sospendere il loro uso al più presto.

Passo 10 BFHI / Passo 7 BFCI - Promuovere la collaborazione tra il personale sanitario, i gruppi di sostegno e la comunità locale

36. Gli operatori del punto nascita devono incoraggiare una visita di controllo per madri e neonati entro pochi giorni dalla nascita (preferibilmente 2-4 giorni dopo il parto e di nuovo durante la seconda settimana di vita) presso il punto nascita o un consultorio o un ambulatorio pediatrico o se necessario a domicilio, fatta da una persona esperta in allattamento che può valutare l'andamento dell'alimentazione e dare il sostegno necessario.
37. Saranno forniti recapiti per contattare persone di riferimento (sanitarie e non) a cui rivolgersi per avere informazioni sull'alimentazione del bambino, in modo che le donne sappiano come e dove trovare aiuto in qualsiasi momento, nell'arco delle 24 ore. Dovrebbe essere esplicito il meccanismo che garantisca che i recapiti siano controllati e aggiornati periodicamente. Dovrebbero essere localmente in funzione uno o più interventi di provata efficacia per sostenere l'allattamento. È stata dimostrata l'efficacia di diversi interventi, per esempio il sostegno fra pari, il contatto telefonico, i gruppi informali e il sostegno individuale. La *Politica* deve garantire che tutte le madri che allattano ne siano informate.
38. Nel lavoro di collaborazione, la struttura deve diffondere a tutti i servizi di riferimento per la popolazione comprese le farmacie informazioni sulla *Politica* relative all'allattamento e l'alimentazione del bambino e al rispetto del *Codice*. Parte di questo impegno riguarda il coinvolgimento delle scuole, dei comuni, delle associazioni e del volontariato in iniziative che promuovano la cultura della genitorialità e dell'allattamento nella comunità locale. La struttura deve anche informare la comunità sulle iniziative svolte dai servizi sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento.

Passo 6 BFCI - Creare ambienti accoglienti per favorire la pratica dell'allattamento

39. Deve essere affermato in maniera chiara il diritto delle madri che allattano ad allattare i loro bambini in aree pubbliche all'interno dei servizi sanitari.
40. Cartelli che informano le madri e gli altri utenti del diritto di allattare negli spazi aziendali aperti al pubblico devono essere affissi in tutti questi spazi.
41. Alcune madri sono preoccupate della prospettiva di allattare in presenza di altri e ciò può portarle a smettere di allattare prima di quanto desiderino. Mentre altre madri si sentono molto rilassate e a proprio agio anche ad allattare fuori casa. È in ogni caso importante evitare di fare ipotesi su quali madri rientreranno in questa categoria e pertanto si devono offrire a tutte le madri informazioni che le aiuteranno ad allattare in pubblico. Queste comprenderanno consigli sul posizionamento al seno del bambino e sul vestiario. Si devono anche informare le madri sui luoghi, come bar, negozi e uffici pubblici dove si sa che il personale facilita le donne che allattano. Se per fornire tale informazione è stato redatto un opuscolo, è utile che questo sia segnalato nella *Politica*.

Rispetto Codice BFHI/BFCI

42. È stato dimostrato che le pratiche di marketing proibite dal *Codice* sono dannose ai lattanti perché aumentano la possibilità che venga somministrato un sostituto o altro prodotto coperto dal *Codice*, e quindi riducono i tassi di pratiche alimentari ottimali. Un servizio sanitario che s'impegna nell'applicazione degli Standard per le Buone Pratiche deve adottare il *Codice Internazionale*. Pertanto la *Politica* deve stabilire in modo chiaro che è proibito mostrare o vendere materiali che promuovono i sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, ciucci o paracapezzoli. La struttura deve diffondere a tutti i servizi di riferimento per la popolazione e anche ai farmacisti e ai responsabili dell'acquisto dei sostituti del latte materno informazioni sulla *Politica* relativa all'allattamento e l'alimentazione infantile e al rispetto del *Codice*.
43. La grande variabilità dei prezzi ha reso oggettivamente difficile definire esattamente l'80% del prezzo al dettaglio dei sostituti (vecchia dicitura), così come conoscerne il prezzo all'ingrosso, con conseguenti problemi nella definizione stessa dello standard. Inoltre da alcuni anni nelle strutture sanitarie si sta affermando una gestione centralizzata (per area vasta o addirittura a livello regionale) degli acquisti che punta ad aumentare l'efficacia e l'efficienza del sistema e a ridurre la spesa attraverso sconti sempre maggiori. Questi nuovi scenari nella gestione degli acquisti, se da un lato aumentano enormemente la distanza fra gli operatori che utilizzano i sostituti e coloro che li producono e li distribuiscono, con ricadute positive in termini di maggiore protezione dalla pressione del marketing sulle strutture, dall'altro hanno portato ad un abbattimento dei prezzi fino a valori da considerarsi del tutto simbolici, in palese contrasto con il *Codice*, e a procedure che non rispettano la legge italiana. Per una descrizione dettagliata della procedura da adottare, vedi il capitolo Criteri per l'applicazione del Passo Codice.
44. Deve essere monitorata l'appropriatezza dell'uso dei sostituti attraverso la compilazione del "registro dell'alimentazione" che riporta le motivazioni delle integrazioni. Va individuato un sistema di

monitoraggio dei consumi (indicando il responsabile del monitoraggio e la cadenza) per assicurare un consumo di sostituti commisurato al numero dei nati e al tasso di allattamento esclusivo.

Cure Amiche delle Madri

45. Gli Standard comprendono criteri e domande mirati a garantire che esistono dei modelli di assistenza amici delle partorienti per il travaglio ed il parto. Queste pratiche sono importanti non solo per la salute fisica e psicologica delle donne stesse, ma anche perché la ricerca dimostra che migliorano l'inizio di vita dei neonati, compreso l'allattamento. Lo scopo è quello di promuovere un modello di benessere e di assistenza alla maternità che migliori gli esiti del parto e riduca i costi in modo sensibile. Questo modello amico delle madri, dei bambini, delle famiglie basato sulle prove di efficacia si concentra sia sulla prevenzione ed il benessere sia sulle alternative ai programmi ad alto costo di screening, diagnosi, e cura. I Passi proposti riconoscono che alcune pratiche attuali per partorienti e neonati possono contribuire a costi alti ed esiti inferiori, come l'utilizzo inappropriato della tecnologia e di procedure di routine che non hanno nessuna base scientifica. I principi di questo approccio sono il rispetto per la fisiologia (cioè il non-patologico) della nascita, l'autonomia e l'empowerment delle donne, le responsabilità di chi fornisce l'assistenza, e il "non nuocere". Per la BFCI, l'attuazione dei criteri si limita alla trasmissione delle informazioni sulle Cure Amiche, come da *Checklist Prenatale*.

HIV e alimentazione dei lattanti (obbligatorio solo per i punti nascita/territori con un tasso di madri HIV+ superiore al 20%)

46. La *Politica* dovrà indicare che le donne sieropositive debbono ricevere consulenze sui rischi e benefici delle varie opzioni per l'alimentazione dei lattanti, indicazioni specifiche sulla scelta dell'opzione adeguata alla loro situazione e sostegno alle loro scelte.
47. Le linee guida dell'OMS/UNICEF sull'alimentazione dei lattanti di madri sieropositive suggeriscono fortemente che la formazione degli operatori sul sostegno all'allattamento esclusivo avvenga prima della formazione sulle opzioni alimentari per madri HIV positive.

Applicazione del Passo 2 H/C

Criteria per il Passo 2 BFHI/BFCI

Per rispondere adeguatamente alle esigenze formative e per una piena applicazione degli Standard e della *Politica aziendale* sono previsti vari livelli di preparazione. Tuttavia, va tenuto conto che i corsi da soli non possono trasformare le strutture, ma possono essere d'aiuto per costruire le fondamenta comuni per una corretta gestione dell'allattamento, cioè porre le basi per sostenere il cambiamento.

Tutti gli operatori del reparto che vengono a contatto in qualsiasi forma con gestanti, madri, e/o bambini devono partecipare ad un *Corso di Orientamento* sulla *Politica aziendale per l'allattamento e l'alimentazione infantile* e capire il proprio ruolo nella sua attuazione. Deve esistere una procedura che garantisca l'orientamento di tutti i nuovi operatori entro una settimana dall'entrata in servizio. Nella categoria degli operatori *informati*, sono compresi operatori di varia professionalità che a diverso titolo hanno contatti significativi con donne in gravidanza e con mamme, tali da poter orientare le stesse verso i servizi competenti e/o influenzare il percorso dell'allattamento. Vanno pertanto considerati in questa categoria il personale amministrativo o altro personale di *front office* nei vari servizi o unità operative, che nei punti nascita, può comprendere anche il personale OTA/OSS, delle pulizie e del vitto.

Deve esistere un programma scritto dettagliato per la formazione nell'allattamento e nella gestione della lattazione che deve rimanere a disposizione per la consultazione e fatto oggetto della Valutazione nella Fase 1. Tale formazione deve comprendere tutti i *Dieci/Sette Passi* per realizzare l'allattamento, il *Codice Internazionale* e le *Cure Amiche della Madre*. I contenuti richiesti sono descritti alla fine di questo Passo. La struttura provvederà ad individuare gli operatori secondo tre categorie in base alle competenze legate al ruolo professionale di ciascuno: *informati*, *coinvolti* e *dedicati*. La formazione specifica sull'allattamento per gli operatori *dedicati* è di almeno 20 ore complessive, compreso un minimo di 4 ore e mezza di esperienza clinica supervisionata. La formazione per gli operatori *coinvolti* deve comprendere gli argomenti pertinenti dettagliati alla fine di questo Passo e deve essere tale da garantire lo svolgimento del proprio ruolo secondo quanto indicato nella *Politica aziendale* e nel modello di percorso nascita. Gli operatori *informati* devono partecipare ad una formazione di almeno due ore che coincide con il *Corso di Orientamento* sulla *Politica aziendale per l'allattamento e l'alimentazione infantile*.

Tutti gli operatori *dedicati* e *coinvolti* devono avere completato la formazione entro sei mesi dall'entrata in servizio nell'Unità Operativa (U.O.). Vanno compilati accuratamente i registri delle presenze ai corsi di formazione per assicurare che tutti gli operatori vi partecipino e per permettere di programmare la formazione per le persone che non l'hanno ancora completata.

La documentazione sulla formazione dovrà attestare che almeno l'80% di ogni singola categoria professionale di operatori identificati come *dedicati* o *coinvolti* che sono presenti nei reparti da sei mesi o più, ha frequentato un corso di formazione che copre tutti i *Dieci/Sette Passi*, il *Codice* e le Risoluzioni Successive dell'Assemblea Mondiale della Sanità (AMS) e le *Cure Amiche della Madre*. La formazione può essere svolta sia all'interno della struttura stessa sia all'esterno o prima di prendere servizio. Chi si laurea in un Corso di Laurea Amico dell'Allattamento ha già la preparazione necessaria come operatore *dedicato*. Si ricorda che la formazione deve comprendere anche la parte sul sostegno alle madri che non allattano.

Guida per l'applicazione del Passo 2 BFHI e BFCI

1. Basi fondamentali

La formazione degli operatori è fondamentale per l'attuazione della *Politica aziendale*

Una buona formazione sulle prove scientifiche, sulla gestione e sugli aspetti pratici dell'allattamento per tutti gli operatori dedicati alle donne in gravidanza, e/o alle madri e bambini è essenziale alla buona applicazione della *Politica*. Il requisito minimo previsto che almeno l'80% degli operatori di ognuna delle categorie professionali *dedicati* e *coinvolti* abbia completato la formazione è volto a garantire che a ogni donna in gravidanza, mamma e bambino vengano garantiti gli standard annunciati nella *Politica*

2. Orientamento sulla Politica

Un orientamento alla Politica va fatto durante la prima settimana di servizio

È importante che tutti gli operatori ricevano un orientamento di due ore sulla *Politica* durante la prima settimana di servizio. Idealmente, dovrebbe svolgersi come un colloquio durante il quale un responsabile illustra la *Politica* al nuovo operatore. È molto importante che in questo colloquio venga ben delineato il ruolo del nuovo arrivato nell'attuazione della *Politica* (Per esempio, l'operatore *informato* non deve fornire indicazioni sull'allattamento alle madri: gli va chiarito e spiegato come, e a chi, riferire la madre). L'avvenuto colloquio deve essere debitamente registrato e copia della *Politica* deve essere consegnata al nuovo operatore. Si ricorda che anche nei servizi territoriali, colloquio e consegna della *Politica* devono essere garantiti anche per i medici di medicina generale (MMG) ed ai pediatri di famiglia (PdF) appena entrati in servizio. Durante il colloquio di orientamento, per esempio, va chiarito all'operatore *informato* che non deve fornire indicazioni sull'allattamento alle madri e spiegato come, e a chi, riferire la madre.

L'orientamento alla Politica è importante anche per gli operatori assegnati saltuariamente

L'orientamento alla *Politica* è importante per gli operatori che possono venire assegnati saltuariamente all'U.O. al fine di garantire che la loro pratica non incida negativamente sull'assistenza fornita dalla struttura. Andranno di volta in volta valutate le mansioni degli operatori temporanei in riferimento alle decisioni che possono prendere nei confronti degli utenti durante il periodo in cui sono assegnati all'U.O.

Gli operatori devono essere in grado di accedere a una copia della Politica in qualsiasi momento

Per una struttura che si avvia nel percorso, un orientamento per gli operatori già in servizio al momento dell'introduzione della *Politica* è in teoria necessario: tuttavia nella pratica si ricorda che gli operatori dovrebbero partecipare alla stesura o quanto meno alla rilettura della *Politica* stessa, rendendo meno necessario il colloquio di orientamento. In ogni caso tuttavia va predisposto un meccanismo per consentire agli operatori di accedere ad una copia della *Politica* in qualsiasi momento e per permettere loro di essere avvertiti di eventuali modifiche.

3. Ore di formazione

UNICEF richiede 20 ore di formazione per gli operatori dedicati e una formazione adeguata per gli operatori coinvolti

Gli operatori sono divisi in tre categorie in base alle competenze legate al ruolo professionale di ciascuno: *informati*, *coinvolti* e *dedicati*. Gli *informati* devono avere delle competenze di carattere generale, in modo da saper indirizzare la madre alla figura professionale più 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, conoscere in che modo le proprie attività di competenza possano interferire o favorire l'allattamento, e sapere a quali operatori *dedicati* indirizzare per ulteriori approfondimenti. 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. Ogni struttura dovrà indicare le categorie di appartenenza di ogni operatore. Per ulteriori dettagli sugli argomenti da affrontare in ogni corso, consultare gli argomenti alla fine di questo Passo.

Andrebbero esplorati vari approcci alla formazione per massimizzarne l'efficacia

Tante Aziende trovano difficile mandare gli operatori ai corsi e al tempo stesso coprire i turni. Dove ogni minuto è prezioso, gli eventi formativi vanno sfruttati al massimo, e vanno cercati modelli alternativi alle lezioni frontali tradizionali, dove possibile. Per esempio, mentre si possono comunicare in un contesto tradizionale di lezione frontale gran parte delle informazioni di cui hanno bisogno gli operatori, altri moduli si adattano bene a sessioni più piccole all'interno dell'U.O. L'essenziale è che la formazione fornita sia sufficiente ad assicurare che gli operatori abbiano le competenze e conoscenze di cui necessitano. Uno degli obiettivi del corso OMS/UNICEF è costruire una rete fra le varie figure professionali dei diversi servizi a garanzia di un approccio omogeneo e di una informazione coerente nei confronti delle donne. Per questo, nel caso di formazione interna, è bene che i moduli formativi (in genere per 20 persone) vedano coinvolte volta per volta tutte le figure professionali facilitando di conseguenza le necessarie coperture di servizio. Parte dei corsi può essere svolta con strumenti di formazione a distanza (FAD), in ogni caso debitamente documentata (programma del corso e attestato di partecipazione).

Guida per l'applicazione del Passo 2 BFHI e BFCI

La formazione deve essere obbligatoria per tutti gli operatori e completata entro 6 mesi dall'entrata in servizio nell'U.O.

La formazione deve essere obbligatoria e per gli operatori *coinvolti* e *dedicati* deve essere formalmente organizzata entro 6 mesi dalla data di entrata in servizio nell'U.O.. Deve essere disponibile una documentazione attestante lo stato di adempimento della formazione per ogni membro del personale. L'UNICEF mette a disposizione uno strumento elettronico (*Registro della Formazione* in formato Excel) attraverso il quale tenere traccia della partecipazione e del completamento della formazione da parte dei singoli operatori.

Aggiornamenti alla formazione vanno adeguati ai bisogni formativi identificati dalla struttura stessa

La formazione prevista dal Passo 2 costituisce un requisito minimo che permette un corretto accompagnamento nelle situazioni "fisiologiche" e di affrontare i principali problemi che si possono presentare. Tuttavia è molto importante che gli operatori approfondiscano gli argomenti più pertinenti al proprio ruolo e si mantengano aggiornati secondo il modello della formazione continua (ECM). Non vi è pertanto un requisito universale dell'UNICEF per l'aggiornamento di chi ha già fatto il corso per *dedicati* o *coinvolti*. Iniziative formative devono essere conseguenti ad un'analisi dei bisogni di ogni singola struttura, che possono essere di volta in volta diversi, in particolare quelli che comportano scostamenti dagli Standard. Un'autovalutazione rappresenta il modo migliore per individuare i bisogni formativi aggiuntivi.

4. Il programma di studio

La formazione deve mettere gli operatori in grado di applicare gli standard della Baby Friendly

I contenuti della formazione devono mettere gli operatori in grado di applicare i *Dieci e/o Sette Passi* e le *Cure Amiche* e di esercitare il loro ruolo professionale nel pieno rispetto del *Codice*. Non vi sono obblighi da parte della struttura nella scelta dei percorsi e dei metodi formativi fatto salvo il rispetto di tutti i contenuti dettagliati nell'elenco in fondo a questo Passo e della necessità di una adeguata pratica clinica supervisionata. La struttura deve garantire la qualità dei corsi, ed il rispetto delle indicazioni più aggiornate sull'argomento e un'adeguato spazio formativo dedicato al *Codice*.

Si ricorda che il *Corso delle 20 Ore* (UNICEF, Organizzazione Mondiale della Sanità, Wellstart International. 2009. *Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini: Riveduta, aggiornata ed ampliata per un approccio integrato alle cure. Sezione 3: Promozione e sostegno dell'allattamento in un Ospedale Amico dei Bambini: Un corso di 20 ore per il personale della maternità*, Organizzazione Mondiale della Sanità e UNICEF Ginevra) garantisce la formazione sugli argomenti necessari, e viene caldamente consigliato per la sua dimostrata efficacia.

Ai fini della valutazione tuttavia è importante esclusivamente l'apprendimento da parte degli operatori *dedicati* e *coinvolti* di tutti i contenuti previsti che devono essere stati sufficientemente approfonditi (in ogni caso per i *dedicati* per almeno 20 ore totali, di cui almeno 4 e mezza di pratica clinica, per i *coinvolti* il tempo necessario a coprire tutti i moduli relativi al loro ruolo professionale). Il registro della formazione deve contenere l'indicazione del tipo e della durata di qualsiasi formazione effettuata.

La traduzione italiana del corso, insieme alle relative diapositive e manuale del partecipante, è disponibile sul sito dell'UNICEF www.unicef.it/allattamento

5. Formazione sulle capacità pratiche

L'apprendimento di competenze pratiche è un punto chiave nell'assistenza alle madri che allattano

L'apprendimento di competenze pratiche sull'attacco ed il posizionamento del bambino al seno e sulla spremitura manuale del latte materno è una parte essenziale per l'assistenza alle madri che allattano. Gli operatori *dedicati* devono essere formati non solo sulle competenze, ma, soprattutto, sul modo di trasmetterle alle madri. In aula la formazione sulle competenze pratiche risulta più efficace quando viene svolta individualmente con gli operatori *dedicati*, utilizzando i giochi di ruolo con una bambola ed eventualmente un seno finto (per la spremitura manuale). Per mantenere elevato il livello di assistenza questo apprendimento rende necessaria un'attività formativa sulla pratica clinica direttamente a contatto con le madri in incontri individuali o in piccoli gruppi.

Identificare persone chiave aiuta nella diffusione della formazione

All'interno della struttura è opportuno che un gruppo di operatori *dedicati* approfondisca in modo particolare le tematiche relative all'allattamento per diventare un punto di riferimento per tutti gli altri operatori nei casi più problematici.

6. Autovalutazione e monitoraggio

Si consiglia un'autovalutazione come mezzo per valutare la formazione

L'efficacia della formazione va valutata sia in termini dei risultati del modulo formativo, sia nel tempo, nonché nella successiva applicazione delle informazioni alla pratica quotidiana. Oltre ai sistemi di valutazione correnti (ECM), si consiglia caldamente un'autovalutazione come metodo per verificare l'applicazione delle informazioni e il cambiamento delle pratiche. Si consiglia l'utilizzo della sequenza AAA (*Autovalutazione, Analisi, Azione*) che caratterizza lo sviluppo di altri programmi UNICEF. Questa autovalutazione, a partire da quella iniziale porterà ad un'analisi delle pratiche che incoraggiano o ostacolano l'allattamento, e successivamente ad azioni necessarie per effettuare i cambiamenti necessari.

Monitoraggio e autovalutazioni regolari aiutano ad indirizzare la formazione

I materiali per l'autovalutazione per gli ospedali e le strutture territoriali sono stati sviluppati per consentire alle strutture di fare una revisione delle pratiche secondo gli standard delle iniziative "Amiche dei Bambini". Raccomandiamo un controllo regolare fin dall'inizio, in primo luogo per stabilire un quadro delle prassi correnti, e successivamente per lo sviluppo di programmi di formazione, e per ulteriori sessioni di aggiornamento su argomenti specifici, se necessari. Sono disponibili anche degli strumenti che permettono alle strutture di fare un monitoraggio tramite una serie di questionari, tutti disponibili nel documento *Monitoraggio degli Ospedali&Comunità Amici dei Bambini* e in formato elettronico.

Bensì il Passo 2 venga valutato formalmente nella Fase 2, si ricorda che i veri esiti della formazione si vedono solo nella Fase 3. È essenziale monitorare i progressi tramite autovalutazioni per intervenire eventualmente sulla formazione, onde garantire che essa si traduca effettivamente in standard di assistenza elevati, solidi e duraturi nel tempo.

Riferimenti bibliografici per il Passo 2 BFHI/BFCI

1. Organizzazione Mondiale della Sanità, UNICEF, & Wellstart International (2009). *Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini - riveduta, aggiornata ed ampliata per un approccio integrato alle cure: Sezione 3: Promozione e sostegno dell'allattamento in un ospedale amico dei bambini - un Corso di 20 Ore per il personale della maternità*. Ginevra: OMS e UNICEF. www.unicef.it/allattamento con relative diapositive e *Manuale del Partecipante*
2. New Zealand Breastfeeding Authority for the Ministry of Health (2006). *BFHI/ BFCI breastfeeding training and education requirements*. Wellington, NZ: New Zealand Breastfeeding Authority for the Ministry of Health. Disponibile a <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/breastfeeding-resources-trainingandeducation>

Fase 1: Visita alla struttura e verifica documentazione

Si chiede al Responsabile del progetto di:

- confermare che la *Politica* aziendale viene comunicata regolarmente a tutti gli operatori
- fornire un programma scritto dettagliato della formazione per gli operatori *informati*, *coinvolti*, e *dedicati*, che evidenzia come vengono illustrati tutti i *Dieci/Sette Passi*, la *Strategia Globale*, il *Codice* e le *Cure Amiche della Madre* in base al ruolo professionale ricoperto
- descrivere la procedura di orientamento utilizzata al fine di garantire la comunicazione della *Politica* a tutti i nuovi operatori entro una settimana dall'entrata in servizio
- delineare il numero di ore di formazione e come la formazione sia suddivisa in sessioni teoriche e di pratica clinica supervisionata
- descrivere la procedura per assicurare la frequenza di tutti gli operatori alle sessioni di formazione
- descrivere il modo in cui si mantengono i registri di frequenza ai corsi
- descrivere i servizi aziendali offerti per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento
- la procedura per assicurare la frequenza di tutti gli operatori alle sessioni di formazione e un aggiornamento periodico degli operatori;

Per la BFCL: la procedura per la diffusione delle informazioni/formazione per i MMG e PdF e le modalità di registrazione e documentazione della partecipazione;

Fase 2: Competenze degli operatori

Nota: Prima della visita di Fase 2, la struttura dovrà attestare di aver completato la formazione di almeno l'80% di ogni categoria professionale di operatori necessari e di aver svolto gli audit.

I valutatori verificheranno:

- se la *Politica* viene comunicata regolarmente a tutti gli operatori.

Tutti gli operatori a contatto con madri e bambini devono rispondere correttamente ad una serie di domande sulla gestione dell'allattamento, pertinenti al proprio ruolo nel sostegno delle madri.

Fase 3: Assistenza alle donne

Non è prevista di prassi un'ulteriore valutazione formale delle competenze degli operatori in questa fase. Tuttavia, l'efficacia della formazione sarà verificata in pratica con il risultato della valutazione dell'assistenza ricevuta dalle donne in gravidanza, e dalle madri con bambini.

Anche in questa fase, si chiede al Responsabile del progetto di indicare una data entro i sei mesi in cui è prevista la formazione specifica sull'allattamento per gli operatori *dedicati* e *coinvolti* di nuovo inserimento.

Dopo il riconoscimento

- I risultati del monitoraggio annuale vanno inviati all'UNICEF

Allegato: Argomenti di formazione

Gli operatori sono divisi in tre categorie in base alle competenze legate al ruolo professionale di ciascuno. Gli *informati* devono avere delle competenze di carattere generale, in modo da indirizzare la madre alla figura adeguata. Gli operatori *coinvolti* devono avere le conoscenze teoriche sull'allattamento, e sapere a chi indirizzare per ulteriori approfondimenti. Gli operatori *dedicati* sono quelli che hanno, oltre alle conoscenze teoriche, anche le competenze pratiche per aiutare le madri. Ogni struttura dovrà indicare le categorie di appartenenza di ogni operatore utilizzando la *Tabella delle figure professionali*.

Informati (2 ore)

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 argomenti da affrontare in modo sintetico sono:

- l'importanza dell'allattamento;
- la *Politica* aziendale e i servizi offerti per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento e il proprio ruolo nell'attuazione della *Politica*;
- dove si trovano le copie della *Politica* aziendale sull'allattamento e l'alimentazione dei bambini con relativi protocolli/procedure;
- le pratiche che sostengono le cure amiche della madre adottate nella struttura
- le pratiche che sostengono l'allattamento adottate nella struttura;
- i tipi di informazioni che vengono fornite sia alle donne che allattano sia a quelle che non allattano per l'alimentazione dei loro bambini;
- le attività a sostegno dell'allattamento previste per il proprio ruolo professionale dalla *Politica* e quali sono gli interventi inappropriati o da evitare;
- come ridurre al minimo la possibilità che le madri che allattano vengano scoraggiate rispetto all'allattamento e vengano orientate ad utilizzare sostituti;
- quali sono i servizi che possono fornire informazioni e sostegno competente per la gestione pratica dell'allattamento e come indirizzarvi le madri;
- come accogliere le donne in modo che si sentano benvenute e libere di allattare nella struttura, e fare in modo che le madri che allattano siano benvenute in tutte le altre aree pubbliche della struttura;
- le informazioni su luoghi pubblici locali, dove è favorito l'allattamento;
- il modo in cui si informa le madri che lo desiderano che è possibile allattare in un'area riservata;
- le risorse disponibili per il sostegno delle mamme sia quelle che allattano sia quelle che ricorrono alla nutrizione artificiale;
- il rispetto del *Codice* per quanto riguarda pubblicità o promozione di sostituti del latte, biberon, tettarelle o ciucci all'interno dell'Azienda e da parte degli operatori;
- perché è importante astenersi dal dare alle madri campioni o altro materiale pubblicitario da ditte che producono sostituti del latte materno;
- rispetto del *Codice* pertinente al proprio ruolo nel sostegno delle madri in allattamento.

Coinvolti - Oltre a quanto fatto dagli "informati"

Il corso deve essere tale da garantire lo svolgimento del proprio ruolo secondo quanto indicato nella politica aziendale e nel modello di percorso nascita. Gli argomenti da affrontare sono:

- le raccomandazioni sulla durata e l'esclusività dell'allattamento secondo la *Strategia Globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini*, compresi gli effetti positivi di queste scelte;
- le basi dell'anatomia e la fisiologia della lattazione, nonché della sua gestione
- l'importanza
 - della promozione dell'allattamento durante la gravidanza;
 - del rispetto della fisiologia del travaglio/parto e i modi di supportare le donne (Cure Amiche)
 - del contatto pelle a pelle appena dopo la nascita e successivamente in ogni occasione utile;
 - dell'inizio dell'allattamento;
 - dell'alimentazione a richiesta;
- le informazioni che andrebbero discusse con le madri che manifestano una propensione per l'utilizzo di sostituti del latte materno;
- come riconoscere:
 - i segnali precoci di fame;
 - i segnali di un'adeguata eliminazione (feci e urina);
 - quando svegliare il neonato se dorme troppo (offerta attiva del latte materno)
- l'importanza di tenere i bambini vicini, giorno e notte e come rispondere ai loro bisogni durante le ore notturne;
- informazioni sulla condivisione del letto e sugli accorgimenti appropriati da adottare.
- come una madre può conciliare l'allattamento con il rientro al lavoro
- le controindicazioni all'allattamento, nonché la compatibilità con l'allattamento della maggior parte dei farmaci e a quali fonti accedere in caso di dubbio
- le poche situazioni in cui è accettabile, dal punto di vista clinico, dare al bambino allattato bevande diverse dal latte materno prima dei 6 mesi.
- i rischi per l'avvio e il mantenimento dell'allattamento
 - derivanti dall'uso di tettarelle, biberon e ciucci, almeno durante le prime quattro - sei settimane;
 - associati all'uso dei sostituti del latte materno o altri liquidi con i biberon o tettarelle
 - della somministrazione di latte artificiale o altri cibi o bevande ai bambini allattati prima dei 6 mesi
- come preparare al bambino la pappa e/o pasti complementari con il latte materno;
- per le madri che utilizzano sostituti del latte materno:
 - i rischi ed i benefici di vari tipi di alimentazione,
 - a quale operatore inviare la madre per approfondire l'argomento.
- la procedura adottata per garantire che le informazioni sull'avvio dell'allattamento vengano trasmesse dal punto nascita al servizio territoriale;
- rispetto del Codice pertinente al proprio ruolo nel sostegno delle madri in allattamento.

Dedicati (20 ore) - Oltre a quanto fatto dagli "informati" e dai "coinvolti"

Il corso deve essere di almeno 20 ore complessive, compreso un minimo di quattro ore e mezza di esperienza clinica supervisionata. Gli argomenti da affrontare sono:

- come mostrare alle madri
 - la posizione e l'attacco del bambino al seno;
 - la spremitura manuale del latte;
 - come somministrare un alimento con un metodo alternativo al biberon, ove necessario;
- come osservare e valutare in modo efficace la poppata e condividere queste osservazioni con le madri;
- come offrire alla madre un aiuto pratico:
 - con i bambini che rifiutano il seno;
 - nei bambini che hanno bisogno di attenzioni speciali;
 - con problemi fisici del seno e del capezzolo in allattamento;
 - per mantenere la produzione di latte durante i periodi di separazione dal bambino, per esempio, in caso di rientro al lavoro e come conservare il latte materno, in caso di necessità;
- come prevenire e gestire i principali problemi dell'allattamento che possono insorgere durante l'allattamento, ad esempio ingorgo e mastite.
- come comunicare con le madri (ascoltare e comprendere, infondere fiducia e dare supporto);
- come raccogliere una storia dell'allattamento;
- rispetto del *Codice* pertinente al proprio ruolo nel sostegno delle madri in allattamento.

Conoscenze e competenze degli operatori dedicati

Gli operatori *dedicati* devono inoltre dimostrare di essere in grado di:

- descrivere:
- l'importanza di un efficace posizionamento e attacco al seno, accertandosi che la madre ne abbia compresa l'importanza e che si senta sufficientemente sicura nella gestione pratica dell'allattamento;
 - come riconoscere un efficace trasferimento di latte, accertandosi che la madre ne abbia compresa l'importanza e che sappia cosa fare in caso di un insufficiente trasferimento di latte;
 - come mostrano alle madri il posizionamento e l'attacco corretto del bambino al seno;
 - il modo in cui si può valutare l'adeguatezza dell'allattamento in un bambino;
 - le informazioni fornite a una madre per continuare ad allattare in caso di separazione dal bambino e/o al rientro al lavoro;
- valutare se una poppata è efficace e condividere queste osservazioni con le madri;
- conoscere e sapere mostrare alle madri:⁸
 - posizionamento e attacco al seno;
 - come spremere il latte manualmente e saper preparare una madre a spremersi manualmente il latte;

⁸ *Nel caso di operatori dedicati che per ruolo non si occupano direttamente della gestione pratica dell'allattamento, questi devono conoscerne la teoria e saper indirizzare la madre ad altri operatori in grado di intervenire su posizione, attacco e spremitura manuale.*

- come somministrare latte materno spremuto o latte artificiale con un metodo alternativo al biberon, dove necessario;
- come preparare la pappa e/o i pasti complementari al latte materno;
- sapere che in alcune situazioni particolari come quelle di un neonato piccolo per età gestazionale o nato pretermine o prossimo al termine o molto sonnolento per ittero, oppure per gli effetti di farmaci somministrati durante il parto o se i seni sono gonfi e dolenti, la madre potrebbe aver bisogno di guidare la frequenza delle poppate e svegliare il bambino per poppare, se non si sveglia spontaneamente entro 3 ore dall'ultima poppata, finché la lattazione non sia ben avviata;
- saper aiutare una madre in situazioni particolari (rifiuto del seno, bambini che hanno bisogno di attenzioni speciali, problemi fisici del seno e del capezzolo) oppure indicare alla madre a chi rivolgersi per aiuto;
- offrire alla madre sostegno per mantenere la produzione di latte durante i periodi di separazione dal bambino, per esempio, in caso di ricovero del bambino e/o rientro al lavoro.
- per le madri che utilizzano sostituti del latte materno:
 - come aiutare una madre a scegliere un metodo di alimentazione che sia accettabile, fattibile, abbordabile, sostenibile, e sicuro (AFASS) nelle sue condizioni,
 - la preparazione sicura ed igienica, la somministrazione e la conservazione dei sostituti del latte materno,
 - come offrire individualmente, in un'area riservata e utilizzando gli strumenti necessari, una dimostrazione pratica sulla preparazione, somministrazione e conservazione del latte di formula
 - come verificare con la madre quanto ha appreso dopo la spiegazione/dimostrazione.

Ai fini della Valutazione

- Tutti gli operatori a contatto con madri e bambini devono:
 - confermare di essere stati orientati alla Politica;
 - confermare di aver ricevuto la formazione così come descritta dalla struttura, che comprende gli *Argomenti di formazione*;
 - essere consapevoli dell'importanza dell'allattamento
 - rispondere correttamente ad una serie di domande sulla gestione dell'allattamento, pertinenti al proprio ruolo nel sostegno delle madri in allattamento.
- Gli operatori *coinvolti*, oltre a quanto sopra, devono conoscere le basi dell'anatomia e della fisiologia della lattazione, nonché della gestione dell'allattamento e gli altri *Argomenti di formazione*.
- Gli operatori *dedicati*, oltre a quanto sopra, devono inoltre :
 - comprendere gli *Argomenti di formazione* e essere in grado di svolgere i compiti descritti nelle *Conoscenze e competenze degli operatori dedicati*.
 - conoscere e sapere mostrare alle madri
 - il corretto posizionamento e attacco al seno;
 - la spremitura manuale del latte;
 - l'uso dei sostituti del latte materno, solo alle madri che li utilizzano
 - saper fare una valutazione della poppata.

Anche in questa fase, si chiede al Responsabile del progetto di indicare una data entro i sei mesi in cui è prevista la formazione specifica sull'allattamento per gli operatori dedicati e coinvolti di nuovo inserimento.

Applicazione del Passo 3 H/C

Criteria per il Passo 3 BFHI/BFCI

Tutte le donne in gravidanza devono ricevere entro le prime 34 settimane di gravidanza informazioni aggiornate sulla gestione dell'allattamento, basate su prove di efficacia. I contenuti della consulenza prenatale sull'allattamento devono comprendere almeno le principali informazioni sull'importanza del contatto precoce pelle a pelle, dell'inizio dell'allattamento, del rooming-in 24 ore su 24, dell'allattamento a richiesta, delle poppate frequenti per assicurare un'adeguata produzione di latte materno, del buon posizionamento e attacco, dell'allattamento esclusivo per i primi 6 mesi di vita, e del fatto che l'allattamento continua ad essere importante anche dopo i 6 mesi quando vengono introdotti cibi complementari. Idealmente, queste informazioni andrebbero trasmesse tramite un colloquio individuale e rafforzate con opuscoli o altre informazioni scritte.

Le informazioni comunicate nella consulenza prenatale devono essere contenute in una documentazione scritta e devono affrontare tutti gli argomenti elencati nella *Checklist Prenatale*.

Dovrebbero essere attivati uno o più interventi mirati alle donne in gravidanza nelle fasce di popolazione che hanno i tassi di allattamento più bassi.

Ogni tipo di informazione aziendale⁹ (scritta, multimedia, sito web, ecc), compresi i materiali per i corsi di accompagnamento alla nascita, o altri materiali consegnati o mostrati alle donne in gravidanza, deve essere corretta, appropriata, efficace e libera da promozioni dei sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, ciucci e paracapezzoli (vedi anche l'applicazione del *Codice*). Il ricorso a informazioni figurate può essere utile per spiegare la gestione dell'allattamento tutte le volte che la parola scritta o parlata costituisce una barriera alla comprensione.

I corsi di accompagnamento alla nascita non devono prevedere l'istruzione di gruppo sulla preparazione dei sostituti del latte materno.

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

Particolare attenzione dovrà essere riservata alla comunicazione delle informazioni, in cui va innanzitutto trasmesso il senso profondo dell'offerta assistenziale (l'allattamento come il compimento del bonding) e il suo significato operativo (le motivazioni relative al contatto pelle a pelle, al rooming-in, e alle altre indicazioni).

La valutazione sull'informazione, infatti, è orientata non tanto a stabilire se questa è stata fornita, quanto se è stata efficacemente assimilata.

Riferimenti bibliografici per il Passo 3 BFHI e BFCI

1. L'UNICEF UK ha sviluppato un opuscolo sull'allattamento già tradotto in 17 lingue disponibile a <http://www.babyfriendly.org.uk/page.asp?page=115&category=1>. La versione italiana aggiornata si trova a http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_28_allegato.pdf
2. WHO 2007, "How to prepare formula for bottle-feeding at home". <http://www.who.int/foodsafety/publications/powdered-infant-formula/en/>. Disponibile in lingua inglese, francese, spagnola, cinese, russa, e araba. Disponibile in italiano in: Conti Nibali, S. (2008). Come preparare in casa il latte in polvere. *Quaderni ACP*, 15(1), 40. Disponibile a http://www.acp.it/wp-content/uploads/Quaderni-acp-2008_151_40.pdf

⁹ di seguito per materiali/informazioni "aziendali", si intende materiali/informazioni prodotti, distribuiti o patrocinati dall'Azienda

Fase 1: Visita alla struttura e verifica documentazione

Si chiede al Responsabile del progetto di fornire:

- copia di qualsiasi *Checklist Prenatale* in uso
- copia di opuscoli, manifesti e altro materiale mostrato o distribuito a donne in gravidanza.

Si chiede al Responsabile del progetto di descrivere:

- come, dove e quando tutte le donne in stato di gravidanza vengono informate sulla gestione dell'allattamento, e come intende collaborare con altri per la diffusione di queste informazioni
- la procedura che esclude qualsiasi forma di promozione dei prodotti che rientrano nell'ambito di applicazione del *Codice* o di ciucci e paracapezzoli e l'istruzione di gruppo per la preparazione dei sostituti del latte materno
- le modalità con cui viene registrata l'avvenuta trasmissione di informazioni nella documentazione clinica
- la procedura per prendere in considerazione l'intento della donna di allattare prima di decidere sull'uso di un eventuale sedativo, analgesico o anestesia durante il travaglio o parto - *solo BFHI*
- gli interventi mirati destinati a donne in gravidanza nei gruppi di popolazione locale con i tassi più bassi di prevalenza dell'allattamento
- la modalità con cui viene offerta una consulenza individualizzata sull'alimentazione infantile alle donne in gravidanza che presentano bisogni specifici

Fase 2: Competenze degli operatori

La valutazione formale dei contenuti di questo Passo avviene nella Fase 2 del Passo 2 - Formazione degli operatori quindi agli operatori ospedalieri e territoriali può essere chiesto di spiegare le informazioni date alle donne in gravidanza

Fase 3: Assistenza alle donne

I valutatori verificheranno:

- se le donne in gravidanza oltre le 34 settimane di gestazione che hanno usufruito dell'assistenza prenatale offerta dalla struttura in ambulatorio e/o durante i corsi di accompagnamento alla nascita:
 - conoscono gli effetti positivi dell'allattamento sulla salute materna e del bambino
 - ricordano le informazioni di base relative alla gestione dell'allattamento
 - dichiarano di aver ricevuto informazioni sui rischi per l'avvio e il mantenimento dell'allattamento derivanti dall'uso di tettarelle, biberon e ciucci, almeno durante il primo mese di vita
 - confermano di non aver ricevuto qualsiasi forma di promozione dei prodotti che rientrano nell'ambito di applicazione del *Codice* né istruzioni di gruppo su come preparare il latte artificiale.
 - confermano di aver ricevuto informazioni sulle Cure Amiche della Madre
- se le donne in gravidanza che presentano bisogni specifici confermano che è stata offerta loro una consulenza individualizzata sull'alimentazione infantile.
- se i materiali scritti nuovi o modificati rispetto alla Fase 1 contengono informazioni comprensibili, accurate ed efficaci, multilingue, e sono privi di promozione di sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, ciucci e paracapezzoli.

Dopo il riconoscimento

- I risultati del monitoraggio annuale vanno inviati all'UNICEF

Allegato: Checklist prenatale – Alimentazione infantile

Consultorio/punto nascita: _____
 Cognome Nome della donna: _____ Cartella numero: _____
 Data presunta del parto: _____ Data compimento 34^a sett. gestazione: _____

Primigravida Sì No
Precedente allattamento Sì No **Durata** _____
Corso accompagnamento alla nascita Sì No **Dove** _____
Incontro gruppo prenatale allattamento Sì No **Dove** _____
Opuscolo allattamento Sì No

Tutti gli argomenti della checklist devono essere affrontati con tutte le donne in gravidanza prima della 34^a settimana. L'operatore che ha fornito l'informazione deve registrare l'avvenuto colloquio e firmare il modulo.

Argomento	Discusso *	Data	Firma
Importanza dell'allattamento esclusivo: • benefici per bambino e mamma; • raccomandazioni OMS durata allattamento esclusivo e introduzione alimenti complementari; • rischi dell'alimentazione artificiale; • rischi dell'uso di tettarelle, biberon, ciucci e paracapezzoli nel periodo di calibrazione.	_____	_____	_____
Un buon inizio: • contatto pelle/pelle precoce e prolungato; • attacco precoce ed efficace; • allattamento a richiesta, guidato dal bambino; • segnali di fame (precoci – tardivi); • importanza di tenere vicino il bambino giorno e notte in ospedale e a casa: rooming-in.	_____	_____	_____
Un buon attacco: • posizionamento e attacco efficaci; • segni di suzione efficace con adeguato trasferimento di latte; • segni di adeguato apporto nutritivo (incremento ponderale e emissione di feci e urine).	_____	_____	_____
Spremitura manuale: • dimostrazione pratica; • quando può essere utile.	_____	_____	_____
Problematiche più frequenti: • ragadi, ingorgo, mastite; • prevenzione e gestione; • mantenimento della produzione di latte in caso di separazione dal bambino (ricovero, rientro al lavoro, ecc...); • condivisione del letto, rischi e benefici, accorgimenti utili per rispondere al bambino durante le ore notturne.	_____	_____	_____
Fisiologia del travaglio e del parto (Cure Amiche) • possibilità di avere una persona di fiducia presente durante il travaglio e il parto • possibilità di bere e mangiare cibi leggeri durante il travaglio • possibilità di passeggiare o di muoversi durante il travaglio • possibilità di scegliere la posizione in cui partorire • alternative ai farmaci per il dolore durante il parto e i loro effetti sulla madre e sul neonato • informazioni adeguate per procedure invasive	_____	_____	_____
Come e dove chiedere aiuto in caso di necessità.	_____	_____	_____

* annotare eventuale rifiuto

Annotare altri punti discussi e necessità di follow-up o invio a specialista:

Applicazione del Passo 4 H/C

Criteria per il Passo 4 BFHI e parte del Passo 4 BFCI

Tutte le madri che hanno avuto un parto vaginale¹⁰ o un taglio cesareo elettivo con anestesia locoregionale¹¹ e hanno partorito un bambino sano devono poter tenere il proprio bambino nudo a contatto pelle a pelle immediatamente dopo la nascita. Per contatto pelle a pelle si intende un contatto diretto prolungato fra mamma e neonato, finalizzato al bonding ed all'avvio di un allattamento duraturo. La letteratura scientifica consiglia sia messo in atto immediatamente dopo la nascita senza limiti di tempo.

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

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

La tempestività e la durata del contatto sono importanti per dare al neonato il tempo per iniziare ad esprimere segnali di fame, che le mamme e gli operatori apprenderanno a riconoscere, e che intervengono in un tempo abbastanza variabile da caso a caso, in genere entro un'ora.

Prima del completamento del contatto pelle a pelle e dell'avvio dell'allattamento non si deve interferire con attività rinviabili come per esempio lavare il neonato, pesarlo, ecc. Se i neonati sono stati lavati e già vestiti la condizione richiesta dal Passo 4 non è soddisfatta, perché viene alterato l'importantissimo scambio, corporeo e psichico insieme, che questo Passo vuole garantire.

Ai fini della valutazione, il tempo minimo da garantire è di almeno 60 minuti o, in ogni caso, fino a quando la madre lo desidera, ma è importante che gli operatori siano consapevoli del significato e degli scopi di questo contatto perché prima ancora del rispetto del tempo garantiscano la maggior tranquillità possibile e sostengano un momento della vita ricco di implicazioni straordinarie.

Ad una madre che ha partorito con un taglio cesareo con anestesia generale, non appena è sveglia, reattiva e in grado di occuparsi del bambino, va dato il neonato nudo da tenere in braccio a contatto pelle a pelle per almeno un'ora.

In tutti i casi, l'assistenza prestata alle neomamme durante il contatto pelle a pelle, oltre alle necessità post partum, deve contemplare una offerta attiva di assistenza per l'attacco del bambino al seno e l'avvio dell'allattamento. Se il contatto pelle a pelle deve essere ritardato o interrotto perché la salute del neonato o della madre lo esigono, deve essere iniziato o ripreso il più presto possibile.

La comprensione non solo degli operatori, ma anche da parte delle mamme del significato del contatto pelle a pelle è fondamentale per un'esperienza positiva e consapevole.

Guida per l'applicazione del Passo 4 BFHI e BFCI

1. Definizione e motivazione

Il contatto pelle a pelle subito dopo la nascita è fondamentale sia per la madre e bambino

Le prime ore dopo la nascita sono di importanza cruciale per la madre ed il bambino in termini di reciproco benessere e possibilità di favorire il bonding e la prima poppata. Il contatto pelle a pelle promuove tutte e tre queste cose. Purché le condizioni di entrambi lo consentano, ad ogni mamma e neonato deve essere garantito un periodo tranquillo e senza limiti di tempo di contatto pelle a pelle, immediatamente dopo la nascita del bambino, o comunque il più presto possibile.

¹⁰ per "parto vaginale" si intende un parto spontaneo o con aiuto di forcipe e/o ventosa (Vacuum extractor)

¹¹ anestesia epidurale o spinale

Guida per l'applicazione del Passo 4 BFHI e BFCI

Il bambino deve essere asciutto e nudo a contatto diretto con la pelle della madre

Il bambino deve essere stato asciugato bene e messo nudo a contatto diretto con la pelle della madre; la parte del corpo del neonato che non è a contatto, dovrebbe essere protetta con una copertina preferibilmente riscaldata. Il viso del neonato deve essere scoperto e la testa preferibilmente coperta con un cappellino caldo.

La madre e il bambino, adeguatamente assistiti, devono poter godere di un ambiente calmo e non pressante, e lo scambio pelle a pelle dovrebbe essere interrotto solo nel momento in cui la madre lo desidera.

Se i neonati vengono portati alle madri dopo essere stati lavati e già vestiti la condizione richiesta dal Passo 4 non è soddisfatta, quindi si dovrebbe evitare di lavare il neonato e di interferire, prima del completamento del contatto pelle a pelle e dell'avvio dell'allattamento, con altre attività rinviabili.

Anche in caso di taglio cesareo si deve attuare il contatto pelle a pelle

Con la diffusione sempre più ampia dell'anestesia locoregionale i *Criteri* estendono anche al taglio cesareo elettivo con anestesia locoregionale le indicazioni valide per il parto vaginale (che per semplicità di redazione in questo documento comprende anche il parto indotto). Rimangono invece inalterati i criteri relativi al taglio cesareo con anestesia generale, che prevedono il rinvio del contatto pelle a pelle ai momenti successivi al risveglio, e solo quando la madre è effettivamente in grado di sostenere l'esperienza.

Il contatto pelle a pelle offre l'occasione ideale per iniziare l'allattamento

Il contatto pelle a pelle ha tanti benefici: calma il bambino; regola il suo battito cardiaco; lo rende metabolicamente più stabile; assicura la giusta temperatura corporea, meno ipoglicemia, minore pianto, maggior possibilità di attacco e di attacco corretto, maggior probabilità di un futuro allattamento esclusivo e sua maggior durata nel tempo. Contemporaneamente nella madre avvengono dei cambiamenti fisici ed emotivi che la preparano per l'allattamento e l'accudimento del bambino.

A meno che la madre non vi abbia esplicitamente rinunciato è essenziale che a tutte le madri e i loro bambini venga offerta questa occasione per iniziare l'allattamento.

Il primo attacco deve svolgersi con i suoi tempi

Un punto importante da notare è che il Passo 4, mentre fa riferimento all'avvio dell'allattamento, non considera che il bambino poppi. Richiede semplicemente che le circostanze siano tali che il bambino abbia la possibilità di poppare. Non vi è quindi alcuna necessità di mettere fretta al bambino o alla madre o cercare di spingere il bambino verso il seno - anzi, questo può risultare controproducente e ostacolare nel bambino la capacità di attaccarsi efficacemente in seguito. La tempestività e la durata del contatto sono importanti per dare al neonato il tempo per iniziare ad esprimere segnali di fame, che madri ed operatori apprenderanno a riconoscere, e che si presentano in un intervallo di tempo abbastanza variabile da caso a caso, in genere entro un'ora.

Una poppata precoce può prevenire successive complicazioni

È noto che i neonati sani a termine hanno un istinto naturale verso l'allattamento, inteso come capacità di trovare il seno e di attaccarsi da soli. Questo istinto è più forte nella prima ora dopo la nascita. Facilitare un attacco poco dopo la nascita può avere un impatto significativo sul proseguimento dell'allattamento. Garantire un periodo tranquillo di contatto pelle a pelle per tutte le madri e i loro neonati può significare che vengono evitate molte delle comuni difficoltà e complicazioni associate con l'allattamento. Ciò si traduce in un miglioramento nelle esperienze delle madri e in un risparmio del tempo per gli operatori.

Il contatto pelle a pelle può aiutare madri e bambini a superare difficoltà con l'allattamento

Un contatto pelle a pelle è raccomandato anche successivamente al periodo postnatale. Per il suo valore benefico il contatto pelle a pelle può aiutare bambini e madri a superare le più comuni difficoltà che si presentano nel corso del proseguimento dell'allattamento. Anche gli operatori nei servizi territoriali quindi potranno continuare a consigliare il contatto pelle a pelle a tutte le madri ed i loro bambini, indipendentemente dall'età.

2. Facilitare il contatto pelle a pelle

Il bambino deve essere asciugato e posto direttamente con la propria pelle a contatto con la pelle della madre

Quando il bambino è nato, deve essere asciugato e messo rapidamente pelle a pelle con sua madre. Si noti che "contatto pelle a pelle" significa che la pelle del bambino tocca la pelle della madre, nella maggior parte del suo corpo. Non ci dovrebbe essere nulla tra di loro, vale a dire niente camicia da notte, lenzuolo, asciugamano o coperta. È utile invece porre sopra entrambi una coperta o asciugamano caldi in modo che il bambino non perda calore e che la privacy della madre sia mantenuta. Se il bambino è molto piccolo, un cappello è raccomandato.

Guida per l'applicazione del Passo 4 BFHI e BFCI

Il contatto pelle a pelle è il mezzo più efficace per il mantenimento della temperatura del neonato

Per un neonato, la temperatura è mantenuta in modo più efficace attraverso il contatto con la pelle della madre che con qualsiasi altro mezzo. La maggior parte dei controlli e delle procedure di routine sui neonati possono essere eseguiti mentre il bambino è in contatto pelle a pelle con la madre e quindi di norma non dovrebbe essere necessario separare madre e bambino nell'immediato periodo post-nascita. Se la salute di uno di loro esige che siano separati, devono essere riuniti, pelle a pelle, il più presto possibile, cercando di ridurre al minimo ogni possibile interferenza in vista della ripresa del contatto pelle a pelle.

3. Considerazioni sulla sicurezza

Normali osservazioni dovrebbero proseguire per tutto il periodo di contatto pelle a pelle, per garantire il benessere della coppia madre-neonato

La vigilanza per quanto riguarda il benessere del bambino e della madre è una parte fondamentale dell'assistenza postnatale nelle prime ore dopo la nascita. Per questo motivo, le normali osservazioni della temperatura, respirazione, colore e tono del bambino dovrebbero continuare per tutto il periodo di contatto pelle a pelle, allo stesso modo come se fosse in una culla. È importante fare in modo che il bambino non possa cadere sul pavimento o intrappolarsi nelle coperte o sotto il corpo della madre. Particolare cura deve essere prestata al fine di garantire la libertà delle vie aeree del bambino. Le osservazioni devono essere effettuate anche sulla madre. Se la salute della madre o del bambino dà adito a preoccupazione l'intervento deve essere rapido.

La condivisione del letto è possibile rispettando le opportune precauzioni

In caso di condivisione del letto vanno garantite tutte le condizioni di sicurezza previste dalle raccomandazioni vigenti (vedi bibliografia), con particolare attenzione alle condizioni di stanchezza o legate all'assunzione di farmaci che possono rendere difficile la risposta alle sollecitazioni del bambino. Molte strutture dispongono di una culla attaccata al letto.

Le madri possono essere aiutate a tenere i loro bambini durante la sutura, se in condizioni di sicurezza

Dopo un parto vaginale, è possibile per le madri continuare a tenere il loro bambino in contatto pelle a pelle anche durante la sutura perineale. È necessario un adeguato analgesico contro il dolore, dal momento che è improbabile che una madre che soffre sia in grado di tenere il suo bambino comodamente o in sicurezza. Per poter continuare il contatto pelle a pelle in questi casi, vanno usati quanto possibile analgesici che non provochino eccessiva sonnolenza o alterino lo stato di coscienza.

4. Durata del periodo di contatto pelle a pelle

Il contatto pelle a pelle deve durare più tempo possibile

Il periodo di contatto pelle a pelle dovrebbe durare fino a quando il bambino non abbia poppato o fino a quando la madre lo desidera, in ogni caso più a lungo possibile. Una madre è libera di scegliere in modo informato di interrompere il contatto prima della poppata, mentre gli operatori non devono esercitare alcuno tipo di pressione in tal senso. Anche le domande apparentemente innocue come ad esempio "Sei stanca e vuoi risposare?" possono sembrare alla madre un suggerimento a cui aderire abbandonando il proprio bambino. Molte madri che hanno fatto l'esperienza di un contatto pelle a pelle duraturo ne sottolineano gli aspetti piacevoli e gratificanti, pertanto gli operatori dovrebbero mantenere rispetto al Passo un atteggiamento incoraggiante.

Contatto pelle a pelle può essere mantenuta mentre la madre e il bambino sono trasferiti al reparto

Le procedure per il trasferimento della madre e del bambino alla sala di degenza dovrebbero consentire il proseguimento del contatto pelle a pelle, con degli accorgimenti appropriati che gli operatori troveranno secondo la modalità di trasporto in uso. Se il trasferimento necessita di una separazione e non è possibile agire in altro modo, o se durante il trasferimento la madre chiede di non tenere il bambino con sé, si dovrebbe incoraggiare la ripresa del contatto pelle a pelle non appena raggiunta la stanza in reparto, soprattutto se il bambino non ha ancora poppato.

Tutte le precauzioni previste valgono anche per il trasferimento al reparto e la successiva ripresa del contatto pelle a pelle. In caso di condivisione del letto vanno garantite tutte le condizioni di sicurezza previste dalle raccomandazioni vigenti. (vedi punto 3 sopra)

5. Ritardi nel contatto pelle a pelle

Se il contatto pelle a pelle non è possibile immediatamente, deve essere iniziato non appena possibile

Se un contatto pelle a pelle immediato non è possibile si deve iniziare al più presto non appena le circostanze lo consentiranno. Se il bambino ha bisogno di essere trasferito dalla sala parto nell'unità neonatale, il contatto pelle a pelle dovrebbe essere incoraggiato, non appena la madre ed il bambino staranno abbastanza bene per stare insieme (cfr. anche Passo 5 BFHI).

Il contatto pelle a pelle del bambino con altri parenti ha un minor numero di vantaggi rispetto al contatto pelle a pelle con la madre

Se la madre non è disponibile e il bambino sta bene, il contatto pelle a pelle con un altro membro della famiglia (comunemente il padre) può essere un'alternativa utile. Tuttavia, i genitori e gli operatori dovrebbero comprendere che coinvolgere la madre deve essere la prima scelta, per tre motivi fondamentali: in primo luogo, perché è solo da lei che il bambino sarà in grado di prendere il colostro, in secondo luogo, perché il contatto del bambino sui seni e sui capezzoli è importante per la stimolazione della produzione di latte e degli ormoni materni, e infine perché il corpo della madre dopo il parto e all'inizio della lattazione dà una risposta che fa sì che il seno materno sia il posto più caldo e adatto per accogliere il bambino.

6. Taglio Cesareo

Anche in sala operatoria è possibile un tranquillo contatto pelle a pelle

L'esperienza dell'applicazione del contatto pelle a pelle anche in caso di di taglio cesareo con anestesia locoregionale è andata aumentando nel tempo e negli Ospedali Amici dei Bambini sono state adottate procedure sempre più efficaci in grado di avviarlo tempestivamente e proseguirlo nel tempo, così come richiesto dagli Standard. Tra queste segnaliamo:

- la possibilità di liberare almeno un braccio della madre perché possa toccare e reggere il bambino adottando misure alternative nel posizionamento di strumenti per il monitoraggio e per eventuali interventi;
- l'affinamento dei dosaggi dei farmaci anestetici e antidolorifici per ridurre al minimo gli effetti collaterali su madre e bambino;
- utilizzo di archetti di misura adeguata che consentono da un lato l'intervento chirurgico, dall'altro lo spazio adeguato per il pelle a pelle;
- la possibilità per il padre di rimanere accanto alla madre per tutta la durata dell'intervento e di assistere la madre durante il pelle a pelle. (vedi bibliografia)

In ogni caso l'assistenza costante alle puerpere e il massimo *comfort* possibile (per es. mantenere un'adeguata temperatura delle mammelle in attesa dell'arrivo del neonato) vanno sempre garantiti fino a che esse non abbiano raggiunto una sufficiente autonomia nella gestione del figlio: pertanto le madri che hanno partorito con taglio cesareo, sia in anestesia locoregionale che generale, non vanno lasciate da sole con il loro neonato finché non possano muoversi o fino che non siano in grado di camminare autonomamente.

Le routine che richiedono la separazione della madre dal bambino vanno riesaminate

In alcuni ospedali è pratica di routine per il padre accompagnare l'ostetrica e il bambino in reparto mentre si conclude l'intervento chirurgico della madre. Questo può tradursi in un lungo arco di tempo tra la nascita e la riunione fra madre e bambino, durante il quale il momento ottimale per la prima poppata viene perso. Data l'importanza di questo periodo per l'andamento successivo dell'allattamento, si consiglia vivamente di rivedere e modificare le politiche e le procedure che impongono una rapida separazione della madre e del bambino.

7. "Aiuto" con la prima poppata

Gli operatori devono facilitare la prima poppata, ma senza interferire

È importante che gli operatori *dedicati* comprendano a fondo cosa si intende con l'obbligo di fornire un 'sostegno' per la prima poppata. L'istinto naturale dei neonati è quello di cercare la mammella e di attaccarsi e, se lasciati liberi, normalmente riescono a farlo. Questo fa diminuire la probabilità di problemi con l'attacco alle poppate successive. Gli operatori sono pertanto tenuti a non interferire con questo processo, evitando di intervenire attivamente sia separando il bambino sia manipolandolo perché si attacchi subito al seno. La pazienza di saper aspettare infonderà tranquillità nella madre e faciliterà il primo attacco al seno. Si raccomanda di prolungare il contatto pelle a pelle se il neonato non ha succhiato entro un'ora dalla nascita.

La madre deve essere aiutata a trovare una posizione comoda, che consenta al suo bambino di poppare facilmente

Si prevede che un operatore *dedicato* osservi la madre con il bambino, incoraggiandola a notare quando il bambino mostra segni di voler poppare, nel caso la madre non ne sia a conoscenza. Il ruolo dell'operatore *dedicato* è infatti quello di infondere fiducia e di aiutare la madre a trovare una posizione comoda in cui sedersi o sdraiarsi, spiegandole solo se necessario il modo di tenere il bambino che consenta un attacco e una poppata agevoli.

L'operatore non deve toccare la madre o il suo bambino a meno che non venga invitato a farlo. Se la madre è in difficoltà, può offrire un aiuto più attivo, ma deve prestare attenzione a non interferire con gli sforzi del bambino.

Il potenziale effetto dei farmaci sulle reazioni dei neonati al seno dovrebbe essere argomento di riflessione con le madri prima e durante il travaglio

I bambini che sono sotto l'effetto dei farmaci somministrati alla madre durante il travaglio ed il parto sono spesso sonnolenti e più lenti ad attaccarsi e a poppare di quelli nati senza farmaci. Queste coppie madre-bambino devono ricevere un sostegno e delle attenzioni particolari da parte degli operatori della struttura sanitaria. Una sollecitazione eccessiva è controproducente, come toglierli dalla madre fino a che non mostrino interesse per l'allattamento. In questi casi l'obiettivo diventa quello di garantire un periodo prolungato e ininterrotto di contatto pelle a pelle, per dare ai bambini il tempo di rispondere. Il potenziale effetto dei farmaci sulle reazioni iniziali del bambino davanti al seno, come disorientamento e rallentamento, va comunicato alle donne prima e durante il travaglio, rassicurandole adeguatamente. Questa situazione rientra fra quelle in cui la madre potrebbe aver bisogno di guidare la frequenza delle poppate e svegliare il bambino per poppare finché la lattazione non sia ben avviata.

8. Pesare il bambino

Il controllo del peso del neonato può essere tranquillamente rimandato a dopo la prima poppata

Molte routine prevedono la misurazione del peso del bambino nel momento in cui è nato. Pesare subito un bambino interrompe il fisiologico percorso programmato dalla natura nei primi momenti di vita, interferendo con la prima poppata. Idealmente, quindi, il controllo del peso dovrebbe essere fatto solo dopo che il neonato ha poppato. I genitori gradiscono in genere la comunicazione "Qui noi non pesiamo i neonati subito dopo la nascita" se viene fornita una spiegazione del perché di questo.

9. Promuovere il contatto pelle a pelle

Gli operatori della sala parto dovrebbero fare proprio il compito di proteggere la vicinanza fra madre e bambino

La comprensione da parte delle mamme e degli operatori del significato del contatto pelle a pelle è fondamentale per raggiungere questo Passo. Gli operatori devono essere consapevoli che il loro linguaggio verbale e non verbale può avere un impatto enorme sulle scelte che le madri fanno in questo delicato momento. Il loro ruolo, in assenza di situazioni che necessitano di particolari interventi medici, è quello di proteggere la vicinanza fra madre e bambino e l'inizio dell'allattamento, sia rispetto alle routine ospedaliere non ancora superate, sia rispetto alle abitudini di coinvolgimento di parenti e visitatori.

Il significato del contatto pelle a pelle dovrebbe essere spiegato alle mamme in gravidanza

Il contatto pelle a pelle dovrebbe essere il metodo di routine di assistenza dopo la nascita per tutti i bambini. È improbabile che una madre rifiuti questa opportunità, soprattutto se la natura e i vantaggi le sono stati spiegati durante la gravidanza (cfr. Passo 3). Porre la domanda sulla disponibilità al contatto pelle a pelle al momento della nascita - o, peggio ancora, proporre la separazione per lavare il bambino - può suggerire l'idea che il contatto pelle a pelle sia qualcosa di opzionale, diverso dalla normalità.

Guida per l'applicazione del Passo 4 BFHI e BFCI

Il contatto pelle a pelle dovrebbe essere la norma in sala parto

Tutti i neonati devono poter godere del contatto pelle a pelle con la madre in sala parto in un'atmosfera tranquilla. Di fronte alle madri che manifestano la decisione di non sperimentare il contatto pelle a pelle o di non volere allattare il bambino, gli operatori devono rispettare la loro volontà e sostenerle.

Gli operatori che lavorano nei servizi territoriali dovrebbero promuovere il contatto pelle a pelle ai (futuri) genitori

Indipendentemente dai modelli di continuità assistenziale ospedale-territorio, gli operatori che lavorano nei servizi territoriali sono comunque tenuti a informare le donne in gravidanza sul valore del contatto pelle a pelle (vedere applicazione Passo 3) non solo alla nascita ma anche nel successivo periodo postnatale per tutti i bambini a prescindere dal tipo di nutrizione. Il contatto pelle a pelle si è rivelato uno strumento molto potente per assicurare un inizio ottimale della vita extrauterina, in particolare per la prevenzione e la risoluzione di molti problemi di allattamento.

10. Rendere il contatto pelle a pelle una parte della routine dell'assistenza perinatale

La formazione degli operatori e le informazioni prenatali per le donne sono la chiave per il successo e l'attuazione del contatto pelle a pelle

La formazione degli operatori e le informazioni prenatali per le donne sono la chiave per il successo e l'attuazione di questo Passo. La modifica di politiche e procedure in contrasto con questo tipo di assistenza (ad esempio, procedure che richiedono un bagno ai neonati in sala parto o la pesatura immediata) sarà più efficace e duratura quanto più frutto di un lavoro condiviso da parte di tutti gli operatori delle diverse professioni e delle diverse unità operative che concorrono alla gestione del momento del parto, tenendo sempre presente l'obiettivo comune di garantire il diritto di tutte le madri e neonati ad un'assistenza di buona qualità, basata sulle evidenze scientifiche, e sensibile ai bisogni delle persone.

La documentazione è una garanzia

Documentare il contatto pelle a pelle è un altro modo per garantire che a tutte le madri venga fornita l'opportunità di trascorrere tutto il tempo necessario e desiderato con i propri bambini.

11. Autovalutazione e monitoraggio

Si raccomanda l'autovalutazione e il monitoraggio in tutte le fasi del percorso

Alcuni ospedali richiedono agli operatori di compilare una *checklist* delle cure di base e delle informazioni fornite nel periodo postnatale, cominciando con il contatto pelle a pelle di cui viene registrata anche la durata. L'UNICEF mette a disposizione un modello di *Checklist Postnatale* che un'Azienda può adottare, o utilizzare come base per lo sviluppo di una propria. Ciò fornisce un comodo promemoria per gli operatori e uno strumento di controllo sulla trasmissione delle informazioni più rilevanti.

Un semplice controllo dell'incidenza dei contatti pelle a pelle interrotti darà i dati di base, tuttavia, un controllo della documentazione dei singoli casi che permetta di analizzare perché il contatto pelle a pelle non è avvenuto fornirà più informazioni approfondite e consentirà di affrontare il problema, riorientando le attività e la formazione degli operatori.

Sono disponibili anche degli strumenti che permettono alle strutture di fare un monitoraggio tramite una serie di questionari, tutti disponibili nel documento *Monitoraggio degli Ospedali & Comunità Amici dei Bambini* e in formato elettronico.

Come peraltro in tutte le fasi del percorso verso il riconoscimento Baby Friendly, l'autovalutazione e il monitoraggio anche attraverso le interviste alle mamme sono strumenti fondamentali per garantire standard elevati.

Riferimenti bibliografici per il Passo 4 BFHI e BFCI

1. Durand, R., Hodges, S., LaRock, S., Lund, L., Schmid, S., Swick, D., et al. (1997). The effect of skin-to-skin breast-feeding in the immediate recovery period on newborn thermoregulation and blood glucose values. *Neonatal Intensive Care*, 10(2), 23-29.

2. Organizzazione Mondiale della Sanità (2006). *Kangaroo mother care: Una guida pratica* - edizione italiana del testo WHO a cura del gruppo di studio della S.I.N. sulla Care in Neonatologia. Disponibile a http://www.aicpam.org/docs/ACTA1_02_KANGAROO.pdf
3. UNICEF India (2006). Breast crawl [Materiale audiovisivo]. UNICEF India. Disponibile a <http://www.aicpam.org/breastcrawl.html>
4. Moore, E. R., Anderson, G. C., & Bergman, N. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (3), CD003519. Disponibile a <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003519/frame.html>
5. Puig, G. & Sguassero, Y. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants: RHL commentary (last revised: 9 november 2007). *The WHO Reproductive Health Library*. Geneva: World Health Organization. Disponibile a <http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/en/>
6. Bystrova, K., Matthiesen, A. S., Vorontsov, I., Widström, A. M., Ransjö-Arvidson, A. B., & Uvnäs-Moberg, K. (2007). Maternal axillar and breast temperature after giving birth: Effects of delivery ward practices and relation to infant temperature. *Birth* (Berkeley, Calif.), 34(4), 291-300. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18021144>
7. Colonna, F., Robieux, I., Santin, E., Camper, M., & Nadalin, G. (2009). Padre in sala operatoria e contatto precoce "pelle a pelle" durante il taglio cesareo: Si può fare! *Quaderni ACP*, 16(1), 10-14. Disponibile a [http://db.acp.it/Quaderni2007.nsf/0907f5e159490270c12570d500600490/12a3d3081af30755c1257575003f81f7/\\$FILE/10-14.pdf](http://db.acp.it/Quaderni2007.nsf/0907f5e159490270c12570d500600490/12a3d3081af30755c1257575003f81f7/$FILE/10-14.pdf)
8. Chertok, I. R., Raz, I., Shoham, I., Haddad, H., & Wiznitzer, A. (2009). Effects of early breastfeeding on neonatal glucose levels of term infants born to women with gestational diabetes. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 22(2), 166-9.
9. Bramson, L., Lee, J. W., Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., Bahjri, K., et al. (2010). Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *Journal of Human Lactation*, 26(2), 130-7. Abstract: <http://jhl.sagepub.com/cgi/content/short/26/2/130>
10. *7 azioni per la vita del tuo bambino: Materiale informativo per gli operatori*. 2009. Ed. Leonardo Speri e Mara Brunelli. *GenitoriPiù*. Roma: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. http://www.genitoripiu.it/documents/uploads/manuale_2010/GenitoriPiu_manuale.pdf

Fase 1: Visita alla struttura e verifica documentazione

Si chiede al Responsabile del progetto di descrivere in che modo viene registrata:

- l'incidenza e la durata del primo contatto pelle a pelle
- la prima poppata.

Fase 2: Competenze degli operatori

La valutazione formale dei contenuti di questo Passo avviene nella Fase 2 del Passo 2 - Formazione degli operatori, ma agli operatori ospedalieri e territoriali può essere chiesto di spiegare l'importanza del contatto diretto pelle a pelle, sia nell'immediato post parto, sia successivamente

Fase 3: Assistenza alle donne

Per la BFHI: I valutatori verificheranno:

- con le madri
 - se è stato dato il figlio subito dopo la nascita, perché lo potessero tenere a contatto diretto pelle a pelle
 - se sono state sostenute nel proseguimento di questo contatto col bambino per il tempo che desideravano, o per almeno un'ora senza interruzioni
 - se durante questo primo contatto sono state aiutata a riconoscere i segnali che indicavano che il neonato era pronto a poppare ed è stato offerto loro dell'aiuto, se necessario.
- con le madri con bambini che necessitavano di cure particolari (in patologia neonatale oppure terapia intensiva neonatale)
 - se sono state incoraggiate a tenere i loro bambini a contatto pelle a pelle, a meno che non sussistesse un motivo giustificato per non farlo.
- con le madri separate dai loro bambini per motivi medici accettabili
 - se è stata offerta loro la possibilità di recuperare il momento del contatto pelle a pelle successivamente.
- se in sala parto si osserva:
 - che i neonati vengono messi a contatto diretto pelle a pelle con le loro madri entro 5 minuti dalla nascita per almeno 60 minuti;
 - che alle madri viene insegnato come riconoscere quando il bambino è pronto ad attaccarsi;
 - che viene offerto aiuto, se necessario.

Per la BFCI: I valutatori verificheranno che è stata discussa con le madri l'importanza del contatto diretto pelle a pelle, sia nell'immediato post parto, sia successivamente.

Nota importante

Il Passo 4 BFCI ha una portata più ampia rispetto al Passo 4 BFHI. Nella BFCI il Passo 4 comprende elementi dei Passi 5, 7, 8 e 9 della BFHI. Occorre riferirsi ai criteri di questi Passi per comprendere a pieno i requisiti del Passo 4 BFCI.

Dopo il riconoscimento

- I risultati del monitoraggio annuale vanno inviati all'UNICEF

Fase 1: Visita alla struttura e verifica documentazione

Si chiede al Responsabile del progetto di descrivere:

- la procedura per garantire che tutte le madri che accedono ai servizi ricevano una valutazione dell'andamento dell'allattamento al primo contatto con gli operatori *dedicati*, compresa la registrazione di quando questa valutazione ha avuto luogo e dell'eventuale piano assistenziale adottato
- la procedura per garantire attenzioni e un sostegno particolari a donne in difficoltà o con bambini ricoverati
- la procedura per garantire che con le madri vengano discussi i punti nelle *Checklist Postnatale*
- le informazioni, sostegno e aiuto pratico dati alla donne che utilizzano sostituti del latte materno
- lo strumento utilizzato per l'osservazione della poppata
- il livello minimo di informazioni fornite a tutte le madri che accedono ai servizi (*Checklist Postnatale*)
- la procedura per la trasmissione delle informazioni e la sua registrazione
- il programma formativo per gli operatori *dedicati* che indica in che modo vengono preparati a trasmettere alle madri le competenze necessarie
- la saletta/stanza, adeguata e riservata con gli strumenti necessari per dimostrare come preparare, somministrare e conservare i sostituti del latte materno ed altre modalità di alimentazione, lontana dalle madri che allattano
- le informazioni scritte aziendali consegnate alle donne o disponibile sul sito web aziendale per le madri sull'allattamento e sulla spremitura manuale del latte.

Fase 2: Competenze degli operatori

I valutatori verificheranno se

- gli operatori
 - conoscono gli argomenti di loro competenza
 - sono in grado di indirizzare la madre ai servizi che possono fornire informazioni e sostegno competente per la gestione pratica dell'allattamento
 - agiscono per ridurre al minimo la possibilità che le madri che allattano vengano scoraggiate
- gli operatori *coinvolti*
 - sono pronti a fornire informazioni se non sono state date in precedenza
 - sanno descrivere come spiegano alle madri i punti delle *Checklist Postnatale* sia per la madre che allattano, sia per quelle che utilizzano i sostituti del latte materno
- gli operatori *dedicati* sono in grado di offrire alle madri insegnamenti efficaci per la posizione e l'attacco del bambino al seno e la spremitura manuale del latte

Fase 3: Assistenza alle donne

I valutatori verificheranno se:

- alle madri che allattano
 - viene svolta una valutazione dell'andamento dell'allattamento al primo contatto con un operatore
 - sono stati discussi (in quel momento o subito dopo) gli argomenti delle *Checklist Postnatale*;
 - viene mostrato e spiegato come attaccare il bambino al seno e sono in grado di dimostrare al valutatore
 - l'attacco e il posizionamento del bambino al seno
 - come spremersi il latte manualmente
- alle madri che utilizzano sostituti del latte materno vengono offerte una dimostrazione pratica e le informazioni necessarie e sono in grado di dimostrare quanto appreso durante la spiegazione/dimostrazione;
- i materiali scritti nuovi o modificati sono conformi.

Dopo il riconoscimento

- I risultati del monitoraggio annuale vanno inviati all'UNICEF

Nota importante

Il Passo 4 BFCI, ha una portata più ampia rispetto ai singoli Passi della BFHI. Nella BFCI, il Passo 4 comprende elementi dei Passi 4,5, 7, 8 e 9 della BFHI. Occorre riferirsi ai criteri di questi Passi per comprendere a pieno i requisiti del Passo 4 BFCI.

Allegato - Checklist Postnatale - Informazioni per le madri che allattano

Punto Nascita/Consultorio: _____
 Cognome Nome madre: _____

Cartella nr.: _____
 Data del parto: _____

Cognome Nome bambino/a _____

Primogenito **Si** **No**
Precedente allattamento **Si** **No** **Durata** _____
Corso accompagnamento alla nascita **Si** **No** **Dove** _____
Incontro gruppo prenatale allattamento **Si** **No** **Dove** _____
Opuscolo ASL allattamento **Si** **No**

Tutti gli argomenti della checklist devono essere affrontati con tutte le mamme seguite presso il Consultorio. L'operatore che ha fornito l'informazione deve registrare l'avvenuto colloquio e firmare il modulo.

Argomento	Discusso*	Data	Firma
Gestione dell'allattamento: <ul style="list-style-type: none"> • allattamento a richiesta guidato dal bambino; • riconoscimento dei segnali precoci di fame; • segni di adeguato apporto nutritivo (incremento ponderale ed emissione feci e urine); • come e quando intervenire con un bambino in difficoltà (es. sonnolento, piccolo ecc.); • importanza del tenere i bambini vicini giorno e notte; • importanza del contatto pelle a pelle alla nascita e in ogni occasione utile. 	_____	_____	_____
Osservazione della poppata: <ul style="list-style-type: none"> • posizionamento e attacco efficaci; • segni di adeguata suzione e deglutizione. 	_____	_____	_____
Importanza dell'allattamento esclusivo: <ul style="list-style-type: none"> • significato e vantaggi; • rischi legati all'uso di tettarelle, biberon, ciucci e paracapezzoli nel periodo di calibrazione; • raccomandazioni OMS su età adeguata per introduzione alimenti complementari. 	_____	_____	_____
Spremitura manuale: <ul style="list-style-type: none"> • dimostrazione pratica; • modalità di adeguata conservazione e somministrazione del latte spremuto. 	_____	_____	_____
Problematiche più frequenti: <ul style="list-style-type: none"> • prevenzione/gestione ingorgo e mastite; • compatibilità dell'allattamento con la maggior parte dei farmaci; • gestione rientro al lavoro della madre; • condivisione del letto, rischi e benefici, accorgimenti utili per rispondere al bambino durante le ore notturne. 	_____	_____	_____
Come e dove chiedere aiuto in caso di necessità.	_____	_____	_____

* annotare eventuale rifiuto alla discussione

Annotare altri punti discussi e necessità di follow-up o invio a specialista:

Allegato - Checklist Postnatale - Informazioni per le madri che utilizzano sostituti del latte materno

Punto Nascita/Consultorio _____ Cartella nr. _____

Cognome Nome madre: _____ Data del parto: _____

Cognome Nome bambino/a _____

Primogenito	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Precedente allattamento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Durata _____
Corso accompagnamento alla nascita	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dove _____
Incontro gruppo prenatale allattamento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dove _____
Opuscolo ASL allattamento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

Tutti gli argomenti della checklist devono essere affrontati con le mamme seguite presso il punto nascita/Consultorio che per scelta personale o per motivi medici non allattano.
L'operatore che ha fornito l'informazione deve registrare l'avvenuto colloquio e firmare il modulo.

Argomento	Discusso*	Data	Firma
L'importanza di: <ul style="list-style-type: none"> • un'alimentazione sostitutiva AFASS (accettabile, fattibile, abbordabile, sostenibile e sicura); • contatto pelle-a-pelle immediatamente dopo la nascita e in ogni occasione utile; • tenere i bambini vicini, giorno e notte, in ospedale e a casa: rooming-in; • raccomandazioni OMS su età adeguata per introduzione alimenti complementari. 	_____	_____	_____
Modalità di preparazione, somministrazione e conservazione dei sostituti del latte materno: <ul style="list-style-type: none"> • dimostrazione pratica individuale sulla preparazione e somministrazione del latte di formula. 	_____	_____	_____
Problematiche più frequenti: <ul style="list-style-type: none"> • condivisione del letto, rischi e benefici, accorgimenti utili per rispondere al bambino durante le ore notturne. 	_____	_____	_____
Come e dove cercare aiuto se necessario.	_____	_____	_____

* annotare eventuale rifiuto alla discussione

Annotare altri punti discussi e necessità di follow-up o invio a specialista:

Applicazione del Passo 5 H/4 C

Criteria per il Passo 5 BFHI e parte del Passo 4 BFCI

In ospedale, in continuità con il contatto pelle a pelle, tutte le madri devono poter continuare a tenere con sé il proprio bambino e a ricevere una specifica assistenza per l'allattamento nelle prime sei ore dopo la nascita. In questa fase devono poter contare su un sostegno adeguato e avere le informazioni necessarie su come posizionare ed attaccare correttamente il bambino al seno.

Durante la degenza vanno riprese le informazioni sulle modalità per la spremitura manuale del latte, supportandole anche attraverso materiale informativo. Vanno inoltre fornite indicazioni su dove e come ricevere assistenza, in caso di bisogno.

Anche alle madri di neonati nel reparto di Patologia Neonatale oppure Terapia Intensiva Neonatale devono essere assicurati sostegno all'allattamento e quando necessario incoraggiamento a spremersi il latte per il proprio bambino, sia manualmente che, eventualmente, con un tiralatte. Esse dovrebbero essere incoraggiate a spremersi il latte non appena possibile dopo la nascita e a continuare a farlo per almeno sei-otto volte nelle 24 ore, anche durante la notte.

Nei servizi territoriali, al primo incontro individuale con ogni madre deve essere effettuata una completa anamnesi e valutazione dell'allattamento. Questo dovrebbe portare allo sviluppo di un piano di assistenza personalizzato e comprendere una discussione delle questioni utili per allattare con successo.

Madri che riprenderanno il lavoro devono essere informate che è possibile continuare ad allattare e aiutate a sviluppare un piano che lo consenta.

Tutte le informazioni aziendali scritte e ogni altro materiale didattico forniti o mostrati alle madri devono essere accurati ed efficaci e liberi da promozione di sostituti del latte, biberon, tettarelle, paracapezzoli e ciucci (vedi anche il capitolo *Criteria per il Rispetto del Codice Internazionale*). Materiali sulla spremitura manuale del latte devono contenere indicazioni su dove e a chi rivolgersi per un aiuto, se necessario.

Guida per l'applicazione del Passo 5 BFHI e parte del Passo 4 BFCI

1. Perché tutte le madri hanno bisogno di sostegno per acquisire abilità pratiche

Molte difficoltà comuni dell'allattamento possono essere prevenute con un attacco efficace del bambino al seno

Nonostante l'allattamento sia predisposto naturalmente, non è sempre facile per la madre e il bambino trovare un corretto posizionamento e attacco al seno. La maggior parte dei problemi di allattamento hanno infatti le loro radici in un attacco non corretto del bambino al seno. Le più comuni difficoltà potrebbero essere evitate, o risolte tempestivamente, se la madre fosse al corrente dell'importanza di un attacco efficace e di come effettuarlo.

L'allattamento è una competenza di tutte le madri ma che va sostenuta

Mentre per il bambino l'allattamento è qualcosa di istintivo, per la madre è frutto di un apprendimento. Troppo spesso si dà per scontato che ogni madre abbia questa capacità innata. Questo avviene spesso con multipare, soprattutto quelle che hanno già allattato. In realtà, al pari delle primipare, molte madri che hanno avuto altri bambini richiedono un sostegno per l'allattamento.

In genere, le cause sono:

- l'allattamento può non essere andato bene l'ultima volta;
- l'allattamento precedente è andato bene casualmente piuttosto che per le conoscenze e competenze;
- il nuovo neonato può comportarsi in modo diverso, o avere esigenze diverse, rispetto ai precedenti bambini;
- le madri possono aver allattato di recente (o ancora allattare) un bambino più grande e aver bisogno di recuperare memoria di tutto quello di cui un neonato ha bisogno;
- il figlio precedente può essere nato in un momento in cui le informazioni di base che ora sappiamo essere superate erano considerate corrette.

Guida per l'applicazione del Passo 5 BFHI e parte del Passo 4 BFCI

Una osservazione completa della poppata deve essere effettuata con ogni madre al primo contatto individuale con gli operatori dei servizi territoriali

Anche se la prima settimana di vita del bambino è riconosciuta come il momento più critico per l'abbandono dell'allattamento, non si dovrebbe presumere che le madri che continuano ad allattare oltre questo periodo abbiano acquisito le necessarie competenze. Spesso i problemi, come l'attacco inefficace, iniziano ad avere un notevole impatto sulla produzione di latte non prima di due settimane o più. Al momento del primo bilancio di salute, il motivo di gran lunga più comunemente citato dalle madri per la cessazione dell'allattamento è "insufficienza di latte" (reale o percepita). Per questo motivo, gli operatori *dedicati* sia in ospedale sia nei servizi territoriali hanno bisogno di essere preparati a fornire un sostegno efficace alle madri perché acquisiscano le competenze pratiche necessarie per la riuscita dell'allattamento.

2. Posizione ed attacco

Le madri devono saper riconoscere se il bambino è attaccato bene

Le madri hanno bisogno di conoscere la modalità con cui un bambino poppa al seno per essere in grado di posizionarlo bene. Devono inoltre essere in grado di identificare quando il loro bambino sta (o non sta) poppando in modo efficace e di riconoscere un efficace trasferimento di latte durante una poppata. A tutte le madri vanno fornite appena possibile dopo la nascita del loro bambino informazioni e sostegno per consentire loro di apprendere le abilità di base necessarie per allattare.

L'osservazione della poppata fornisce numerose utili informazioni

Come in ospedale, anche nei servizi territoriali, una completa osservazione della poppata va effettuata da un operatore *dedicato* al primo incontro individuale con ogni madre. Questo dovrebbe essere accompagnato da un colloquio contenente informazioni su:

- come riconoscere una poppata efficace, controllando sia il trasferimento del latte nel corso di una poppata sia attraverso il monitoraggio di fattori riguardanti il bambino quali diuresi, feci, comportamenti e condizioni generali (compreso il peso)
- come rilevare quando l'allattamento non procede bene, per esempio dall'assenza di segni di efficace trasferimento e dalla condizione dei seni e dei capezzoli (ragadi, ingorgo e mastite, ecc condizioni che è importante mettere le madri in grado di identificare e gestire quanto prima)
- le conoscenze della madre e la sicurezza che ha nel posizionamento e attacco del suo bambino
- come e dove cercare aiuto, se necessario.

Dopo l'osservazione della poppata, gli operatori *dedicati* devono assistere la madre per sviluppare un piano di assistenza personalizzato, che comprenderà un adeguato follow-up, revisione e modifica.

Uno strumento per la valutazione della poppata è necessario per garantire a tutte le madri e bambini un'adeguata assistenza per una poppata efficace e per assicurare la coerenza tra gli operatori. Il *Corso delle 20 Ore* ne contiene uno, che può essere adottato nella sua interezza o utilizzato come base per lo sviluppo di una propria versione da parte della struttura.

Non è mai sottolineata abbastanza l'importanza di osservare i bambini al seno

Enfatizzare il valore dell'osservazione dei bambini attaccati al seno non è mai abbastanza, e gli operatori *dedicati* devono comprendere l'importanza di questo, sia come parte fondamentale del sostegno di routine per le madri sia in ospedale che nei servizi territoriali sia come strumento per contribuire alla risoluzione di problemi relativi all'allattamento.

A tutte le madri devono essere fornite informazioni e sostegno fino a quando non sono in grado di allattare in modo efficace e con sicurezza. Non ci sono scorciatoie per questo processo.

3. Spremitura manuale di latte

La spremitura manuale del latte è una semplice tecnica che tutte le madri che allattano devono avere la possibilità di imparare. È una tecnica utile di auto-aiuto che può prevenire o risolvere una serie di problemi comuni al seno. Per esempio, aiuta una madre a:

A tutte le madri dovrebbe essere fornita l'opportunità di imparare a spremere il latte manualmente

- capire come funziona l'allattamento;
- acquisire fiducia nella sua capacità di produrre latte;
- produrre qualche goccia di colostro/latte con il quale stimolare il bambino a poppare;
- ammorbidire un seno pieno per alleviare il disagio o consentire al bambino di attaccarsi meglio;
- sbloccare un dotto ostruito (e quindi contribuire a prevenire la mastite);
- fornire latte per il suo bambino, quando sono separati, o quando il bambino non è in grado di attaccarsi al seno direttamente;
- aumentare la propria produzione di latte.

La spremitura manuale può essere più efficace del tiralatte e può aiutare a prevenire le comuni complicazioni

Quando i volumi di colostro/latte sono piccoli e quando i tiralatte sono meno efficaci o in presenza di altre eventuali difficoltà la spremitura manuale è la prima scelta ed è particolarmente utile nel primo periodo postnatale. In alcune circostanze, la capacità di una madre di spremersi il latte manualmente infatti può essere essenziale, per esempio se il suo bambino è malato o sonnolento. Si consiglia di ricorrere alla spremitura manuale del seno e alla somministrazione di colostro/latte spremuto anche per evitare al neonato somministrazioni di latte artificiale inappropriate. Si ricorda che bastano dai 5 ai 10 minuti per spremere un cucchiaino di colostro.

Il requisito minimo, per un punto nascita è che a tutte le madri che allattano venga mostrato come spremere il latte manualmente e vengano forniti materiali sulla tecnica da usare e su come avere aiuto, se ne avessero bisogno.

Le strutture territoriali si devono accertare che tutte le madri che allattano abbiano avuto l'opportunità di apprendere la spremitura manuale e, in caso contrario, lo devono garantire. Gli operatori *dedicati* dovrebbero anche assicurarsi che le madri abbiano compreso quanto sia utile per loro questa capacità, come mezzo di prevenzione e/o di gestione delle complicanze comuni dell'allattamento, come l'ingorgo ed il dotto ostruito, che possono portare alla mastite.

4. La formazione degli operatori

Gli operatori devono essere formati per sostenere le madri nell'acquisizione di abilità pratiche

Il sostegno all'allattamento richiede competenza sia nel *counselling* che nelle tecniche specifiche e un atteggiamento relazionale corretto. Dovrà essere particolarmente curata la formazione degli operatori perché siano effettivamente in grado di aiutare le madri. Il Passo 5 quindi mette alla prova in maniera significativa le competenze acquisite nella formazione prevista nel Passo 2, in particolare nel settore della pratica clinica supervisionata.

Le madri devono essere rese capaci di allattare in maniera autonoma

Non è accettabile per gli operatori *dedicati* "attaccare il bambino", togliendo alla madre il suo ruolo di protagonista nel processo. La formazione deve invece dotare gli operatori non solo della comprensione dei processi di posizionamento e di attacco, ma della capacità di trasmettere alle madri in modo efficace le informazioni che permettono loro di attaccare il bambino bene da sole. Lo stesso vale per la spremitura manuale, che gli operatori devono essere in grado di insegnare, senza la necessità di toccare la madre, a meno che lei non lo chieda. Tutti gli operatori *dedicati*, sia del punto nascita che dei servizi territoriali, devono essere in grado di effettuare un'osservazione della poppata e di spiegare alle madri come riconoscere un efficace trasferimento del latte.

La rilevanza di un corretto atteggiamento degli operatori nel garantire l'empowerment delle madri impone un costante aggiornamento e approfondimento della formazione su questi temi specifici, secondo i criteri dell'educazione continua.

5. Separazione della madre e del bambino per motivi clinici

Quando madre e bambino sono separati, gli operatori devono sostenere la madre nella produzione del latte

Madri e bambini possono trovarsi separati per una varietà di ragioni, per esempio per il rientro al lavoro della madre (cfr. punto 6 qui di seguito) oppure per una malattia di uno dei due. Quando il motivo della separazione è la salute della madre o del bambino la responsabilità di assistere la madre al fine di mantenere alta la produzione di latte dovrebbe di norma essere condivisa tra i professionisti che si prendono cura della coppia madre-neonato. L'importanza di questa condivisione di rete, al di là delle diverse unità operative in cui madre e neonato sono accolti, dovrebbe essere chiara a tutti i soggetti coinvolti.

La stimolazione precoce dei seni è fondamentale per la produzione di latte nel lungo periodo

Quando la separazione avviene subito dopo la nascita, è necessario intervenire con tempestività (entro le prime 6 ore) per stimolare la produzione di latte al fine di garantire una buona produzione sia nella fase di avvio che nel lungo periodo. Idealmente, la madre ed il bambino dovrebbero avere il previsto periodo di contatto pelle a pelle, e quindi una prima poppata, prima che la separazione si verifichi, ma questo talvolta non è possibile. Se un contatto pelle a pelle immediato non è stato possibile, la spremitura manuale e la stimolazione del seno e dei capezzoli devono iniziare subito, anche in assenza del bambino.

Quando è necessario per la madre ed il bambino essere curati separatamente per più di qualche ora, va loro garantito di passare insieme tutti i momenti in cui questo è possibile, preferibilmente in contatto pelle a pelle. Si ricorda che per un neonato di basso peso alla nascita l'OMS (vedi bibliografia del Passo) raccomanda in questo ordine i vari tipi di alimentazione:

1. allattamento o latte della madre spremuto
2. latte di banca
3. latte artificiale

Le madri dovrebbero essere incoraggiate a spremersi il latte almeno 8 volte in 24 ore

La madre deve avere indicazioni su come spremere il latte ed essere incoraggiata a farlo almeno 8 volte in 24 ore. Non vi è alcuna necessità che la spremitura del latte sia fatta secondo un orario prestabilito a condizione che sia frequente. Infatti, per molte madri è più semplice spremersi il latte più volte se hanno compreso che le pause tra una spremitura e l'altra non devono essere necessariamente regolari. Pause troppo lunghe, tuttavia, dovrebbero essere scoraggiate, mentre va sottolineato il valore delle spremiture notturne.

La frequente rimozione del latte, manualmente o con un tiralatte, aumenterà al massimo la produzione di latte

Se il bambino è molto prematuro o la produzione di latte è scarsa, incoraggiarla a spremersi il latte più di 8 volte garantirà una migliore produzione di latte nell'immediato e nel lungo periodo. Spremere il latte manualmente prima di usare il tiralatte fornirà ulteriori stimoli al seno, mentre alla fine della sessione con il tiralatte la spremitura manuale consentirà la raccolta dell'ultimo latte, ricco di grassi.

6. Sostegno dell'allattamento dopo la dimissione dal punto nascita

I Criteri per il Passo 4 BFCI coincidono in parte sia con i criteri per il Passo 5 BFHI e sia i Passi 4, 7, 8 e 9. Quelli discussi in questa sezione soddisfano una parte del Passo 4 BFCI

Le donne devono essere sostenute perché l'allattamento duri tutto il tempo che desiderano

Oltre alla valutazione dei progressi nell'allattamento, al sostegno pratico e alle informazioni relative alla posizione e attacco e alla spremitura, le madri hanno bisogno di informazioni che diano loro le migliori possibilità di allattare fintanto che lo desiderano. Queste informazioni sono contenute nella *Checklist Postnatale* e riguardano:

- l'importanza dell'allattamento a richiesta e di come riconoscere i segnali di fame;
- l'importanza delle poppate notturne e le strategie per rispondere ai bisogni del bambino durante le ore notturne (comprese le informazioni sulle questioni riguardanti la condivisione letto);
- l'uso appropriato delle tettarelle e dei ciucci (con una discussione sul loro impatto potenziale sull'allattamento);
- come mantenere l'allattamento quando la madre rientra al lavoro.

Guida per l'applicazione del Passo 5 BFHI e parte del Passo 4 BFCI

Per le madri che rientrano al lavoro è importante pianificare le modalità con cui continuare ad allattare

Oggi giorno, molte neo-madri rientrano al lavoro durante il primo anno di vita del bambino e molte altre hanno periodi di separazione dal loro bambino sia prevedibili sia imprevedibili. A tutte le madri che allattano devono pertanto essere fornite informazioni circa le modalità per mantenere la produzione di latte in queste circostanze. Per le madri che prevedono di rientrare al lavoro, queste riflessioni dovrebbero iniziare già durante la gravidanza. Il dettaglio delle modalità di gestione del rientro al lavoro variano in base a fattori come il desiderio della madre di continuare ad allattare e l'orario delle separazioni dal suo bambino. L'obiettivo dovrebbe essere quello di contribuire a pianificare la tempistica dell'attacco del bambino al seno ogniqualvolta ciò sia possibile nonché della spremitura del latte. La pianificazione della spremitura del latte può comportare la conservazione in un congelatore. La successiva somministrazione, eventualmente con biberon e tettarella, va rinviata a quando l'allattamento sarà ben avviato e consolidato.

7. Consigli utili

Checklist e istruzioni per gli operatori possono aiutare a ricordare di fornire in tempo e a tutte le madri quanto richiesto per il sostegno all'allattamento

Gli svariati impegni che occupano gli operatori in un reparto di maternità e le numerose procedure esistenti suggeriscono che anche per l'allattamento ci sia il rinforzo di una procedura scritta e di forme di promemoria che la struttura riterrà più consone alla propria organizzazione. Alcuni ospedali richiedono agli operatori di completare una *checklist* delle cure di base e delle informazioni fornite nel periodo postnatale. Ciò fornisce un comodo promemoria per gli operatori e uno strumento di controllo che le informazioni rilevanti siano state date. Si può richiedere, per esempio, agli operatori di documentare sia l'offerta di aiuto con l'allattamento entro sei ore dalla nascita sia il successivo insegnamento di competenze pratiche.

Una simile *checklist* (delineando le informazioni supplementari che le madri richiedono una volta lasciato l'ospedale, per esempio, la necessità di assicurare che le madri abbiano compreso come riconoscere un efficace trasferimento di latte) può essere usata da operatori dei servizi territoriali. In alternativa, una *checklist* unica può essere introdotta in ospedale e restare con la madre quando l'assistenza passa al territorio.

Se si preferisce si può integrare una *checklist* con uno strumento di valutazione della poppata, con spazio per pianificare l'assistenza individuale se dovesse sorgere un problema.

L'UNICEF mette a disposizione un modello di *Checklist Postnatale* che un'Azienda può adottare, o utilizzare come base per lo sviluppo di una propria.

Impiego di opuscoli può favorire la coerenza delle azioni, della terminologia e delle informazioni

In generale, uno o due opuscoli ben scelti saranno più efficaci di tante pubblicazioni non selezionate. Incoraggiare gli operatori a fare riferimento direttamente a questo materiale quando si parla di allattamento con le donne, può favorire la coerenza delle azioni, della terminologia e delle informazioni come pure può aiutare gli operatori che hanno difficoltà a trovare le parole adatte per le spiegazioni. Il ricorso a informazioni figurate può essere utile per spiegare la gestione dell'allattamento tutte le volte che la parola scritta o parlata costituisce una barriera alla comprensione.

Gli opuscoli prodotti a livello locale possono essere preziosi, ma richiedono tempo per la realizzazione e possono essere costosi e vanno volta per volta validati. All'interno di un progetto finanziato dal CCM, è stata fatta la traduzione e adattamento di un libretto dell'UNICEF UK: http://www.regione.lazio.it/lattematerno/files/latte_materno_libretto.pdf

Bambole e altri semplici 'oggetti' sono utili strumenti didattici

Può essere utile dotare il servizio di una semplice scorta di 'oggetti', come bambole e, modelli del seno che possono essere utilizzati per le dimostrazioni sia con gli operatori sia con le madri, e per un loro uso negli ambulatori e nelle visite a domicilio.

Ogni struttura sceglierà il posto migliore, il più consono per proteggere un momento privato, dove le donne possano provare le tecniche della spremitura manuale, e trovare istruzioni affisse sulle pareti.

8. Madri che utilizzano il latte artificiale

Un insegnamento individuale sulla preparazione del latte artificiale è opportuno una volta che la madre ha scelto di utilizzarlo.

L'Iniziativa Ospedali&Comunità Amici dei Bambini richiede che alle madri che utilizzano un sostituto del latte materno per i loro bambini vengano date nel periodo postnatale tutte le indicazioni necessarie durante un colloquio esclusivamente individuale. A queste madri, comprese le madri di bambini ricoverati in patologia neonatale o in terapia intensiva neonatale gli operatori *coinvolti* e *dedicati* devono offrire individualmente, in un'area riservata e utilizzando gli strumenti necessari, una dimostrazione pratica sulla preparazione, somministrazione e conservazione dei sostituti del latte materno. Dopo la spiegazione/dimostrazione gli operatori devono verificare con la madre quanto ha appreso e indicare un operatore a cui rivolgersi per approfondimenti sull'alimentazione del bambino. Tutto questo per mettere la madre in grado di gestire autonomamente, e con la massima riduzione dei rischi, l'alimentazione artificiale del suo bambino.

Idealmente, questo insegnamento dovrebbe avvenire già in ospedale, ma è responsabilità degli operatori dei servizi territoriali accertarsi che sia stato fatto.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha preparato un depliant in varie lingue sulla preparazione, somministrazione e conservazione dei sostituti del latte materno. Sono disponibili online all'indirizzo: <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/index.html>, e in italiano in [http://db.acp.it/Quaderni2007.nsf/087a7aec3fde59b5c1256f9e002f4f2f/be34554a5017fd45c12573f0005bd84c/\\$FILE/INFORMAZIONIPERGENITORI.pdf](http://db.acp.it/Quaderni2007.nsf/087a7aec3fde59b5c1256f9e002f4f2f/be34554a5017fd45c12573f0005bd84c/$FILE/INFORMAZIONIPERGENITORI.pdf)

Una guida illustrata, tradotta e adattata come parte di un progetto finanziato dal CCM è disponibile alla pagina: http://www.regione.lazio.it/lattematerno/files/latte_artificiale_libretto.pdf

9. Autovalutazione e monitoraggio

È fondamentale monitorare le difficoltà incontrate tramite autovalutazione e monitoraggio

Si sottolinea anche in questo Passo la necessità di avere un adeguato monitoraggio. Un semplice controllo dell'incidenza delle difficoltà di posizione, attacco e spremitura manuale darà i dati di base, tuttavia, un controllo della documentazione dei singoli casi che permetta di analizzare le difficoltà fornirà più informazioni approfondite e consentirà di affrontare il problema, riorientando le attività e la formazione degli operatori. Anche qui si ribadisce l'utilità sia di una *checklist* sia di un'*autovalutazione* (già descritte nei Passi 3 e 4).

Riferimenti bibliografici per il Passo 5 BFHI e Passo 4 BFCI

1. WHO, FAO, e Food Safety Authority of Ireland. 2007. How to Prepare Formula for Bottle-Feeding at Home. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/index.htm> Disponibile in lingua inglese, francese, spagnola, cinese, russa, e araba. Disponibile in italiano in: Conti Nibali, S. (2008). Come preparare in casa il latte in polvere. *Quaderni ACP*, 15(1), 40. Disponibile a [http://db.acp.it/Quaderni2007.nsf/087a7aec3fde59b5c1256f9e002f4f2f/be34554a5017fd45c12573f0005bd84c/\\$FILE/INFORMAZIONIPERGENITORI.pdf](http://db.acp.it/Quaderni2007.nsf/087a7aec3fde59b5c1256f9e002f4f2f/be34554a5017fd45c12573f0005bd84c/$FILE/INFORMAZIONIPERGENITORI.pdf)
2. Edmond, K. & Bahl, R. (2006). *Optimal feeding of low birth weight infants: Technical review*. Geneva: World Health Organization. Disponibile a http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241595094/en/index.html

Fase 1: Visita alla struttura e verifica documentazione

Si chiede al Responsabile del progetto di descrivere:

- la procedura che garantisce che le madri che allattano abbiano ricevuto aiuto, spiegazioni e dimostrazioni della posizione, attacco e spremitura manuale, nonché un'osservazione della poppata
- la procedura per garantire attenzioni e un sostegno particolari a donne in difficoltà o con bambini ricoverati
- le informazioni, sostegno e aiuto pratico dati alla donne che utilizzano sostituti del latte materno
- lo strumento utilizzato per l'osservazione della poppata
- il livello minimo di informazioni fornite a tutte le madri che accedono ai servizi (*Checklist Postnatale*)
- la procedura per la trasmissione delle informazioni e la sua registrazione
- il programma formativo per gli operatori *dedicati* che indica in che modo vengono preparati a trasmettere alle madri le competenze necessarie
- le informazioni scritte per le madri sull'allattamento
- *per la BFCI* - la procedura che garantisce ad ogni donna una valutazione dell'andamento dell'allattamento al primo contatto con gli operatori *dedicati*

Fase 2: Competenze degli operatori

I valutatori verificheranno se

- gli operatori conoscono gli argomenti di loro competenza
- gli operatori *dedicati* sono in grado di offrire alle madri insegnamenti efficaci per la posizione e l'attacco del bambino al seno e la spremitura manuale del latte
- *per la BFCI* - gli operatori sono in grado di fornire informazioni per il proseguimento dell'allattamento dopo il rientro al lavoro

Fase 3: Assistenza alle donne

I valutatori verificheranno se:

negli Ospedali:

- alle madri che allattano
 - è stata offerta ulteriore assistenza nell'allattamento entro 6 ore dalla nascita
 - viene mostrato e spiegato e sono in grado di dimostrare al valutatore
 - l'attacco e il posizionamento del bambino al seno
 - come spremersi il latte manualmente
- alle madri di bambini ricoverati in patologia neonatale o nella TIN è stato dimostrato come spremersi il latte manualmente e come conservarlo e che è stato detto che è necessario attaccare il figlio o spremersi il latte frequentemente per mantenerne la produzione

nella Comunità

- viene svolta una valutazione dell'andamento dell'allattamento al primo contatto con un operatore
- gli operatori si assicurano che le madri sappiano posizionare e attaccare il bambino e quanto sia importante un efficace trasferimento di latte
- gli operatori si assicurano che alle madri sia stato mostrato come spremersi il latte e consegnate le eventuali informazioni scritte

per Ospedali & Comunità

- tutte le madri che allattano hanno discusso con un operatore gli argomenti della *Checklist Postnatale*
- gli operatori *dedicati* sono pronti a fornire informazioni e/o insegnamento sulle competenze pratiche se non sono stati dati in precedenza
- alle madri che utilizzano sostituti del latte materno vengono offerte una dimostrazione pratica e le informazioni necessarie e sono in grado di dimostrare quanto appreso durante la spiegazione/dimostrazione;
- i materiali scritti nuovi o modificati rispetto alla Fase 1 contengono informazioni comprensibili, accurate ed efficaci, multilingue, e sono privi di promozione di sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, ciucci e paracapezzoli.

Dopo il riconoscimento

- I risultati del monitoraggio annuale vanno inviati all'UNICEF

Nota importante

Il Passo 4 BFCI, ha una portata più ampia rispetto al Passo 5 BFHI. Nella BFCI, il Passo 4 comprende elementi dei Passi 4, 7, 8 e 9 della BFHI. Occorre riferirsi ai criteri di questi Passi per comprendere a pieno i requisiti del Passo 4 BFCI.

Fase 1: Visita alla struttura e verifica documentazione

Si chiede al Responsabile del progetto di:

- descrivere la procedura che garantisce che
 - le madri siano sostenute per allattare esclusivamente per i primi sei mesi
 - le madri siano informate sugli argomenti della *Checklist Postnatale*;
 - tutte le *Politiche aziendali* e/o protocolli sull'allattamento e l'alimentazione dei bambini concordino con gli standard della BFCI e le linee guida basate sulle evidenze scientifiche
- attestare per iscritto che tutto il materiale destinato alle madri raccomanda l'allattamento esclusivo fino a 6 mesi compiuti, il proseguimento dell'allattamento dopo l'avvio dell'alimentazione complementare anche per due anni ed oltre, fino a quando madre e bambino lo desiderano
- descrivere in che modo viene registrata l'avvenuta trasmissione di informazioni alle madri
- fornire copia di opuscoli, manifesti e altro materiale mostrato o distribuito alle madri.

I Medici di Medicina Generale (MMG) ed ai Pediatri di Famiglia (PdF) devono dichiarare di conoscere il *Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno* e le successive pertinenti Risoluzioni.

Fase 2: Competenze degli operatori

I valutatori verificheranno se

- gli operatori possono descrivere quali servizi possono fornire informazioni e sostegno competente per la gestione pratica dell'allattamento
- gli operatori *coinvolti e dedicati*:
 - conoscono gli argomenti nelle *Checklist Postnatale*;
 - conoscono il protocollo scritto sull'alimentazione complementare
 - sono informati sulla compatibilità con l'allattamento della maggior parte dei farmaci, della possibilità di accedere, quando necessario, a farmaci con minor livello di controindicazione e di conoscere a quali fonti e/o servizi accedere in caso di dubbio;
 - sono in grado di descrivere le informazioni che vengono fornite sia alle donne che allattano, sia a quelle che non allattano, comprese le madri di bambini ricoverati in patologia neonatale o in cure intensive neonatali e dimostrare quale sostegno pratico forniscono per l'alimentazione dei loro bambini;
 - descrivere come si può aiutare una madre che non allatta a preparare un sostituto del latte materno in sicurezza, nonché la figura che può approfondire con lei l'alimentazione del bambino;
 - conoscere le poche situazioni in cui è accettabile, dal punto di vista clinico, dare al bambino allattato alimenti diversi dal latte materno prima dei 6 mesi compiuti

Nota importante

Il Passo 5 BFCI, ha una portata più ampia rispetto ai singoli Passi della BFHI. Nella BFCI, il Passo 5 comprende elementi dei Passi 4,5, 6,7, 8 e 9 della BFHI. Occorre riferirsi ai criteri di questi Passi per comprendere a pieno i requisiti del Passo 5 BFCI.

Fase 3: Assistenza alle donne

I valutatori verificheranno se:

- le madri confermano che sono stati discussi gli argomenti delle *Checklist Postnatale*;
- i materiali scritti nuovi o modificati sono conformi.

Dopo il riconoscimento

- I risultati del monitoraggio annuale vanno inviati all'UNICEF

Applicazione del Passo 6 H/5 C

Criteria per il Passo 6 BFHI e Passo 5 BFCI

In ospedale, ai bambini allattati non dovrebbe essere dato nulla di diverso da latte materno, ad eccezione dei casi in cui esista una chiara indicazione medica. Le madri dovrebbero essere incoraggiate ad allattare esclusivamente e gli operatori devono garantire che qualsiasi decisione di non allattare esclusivamente sia risultato di una scelta da parte della madre maturata in modo consapevole e in base ad informazioni corrette ed indipendenti da interessi commerciali.

Lo standard internazionale richiesto indica che la prevalenza dell'allattamento alla dimissione del punto nascita deve essere superiore al 80% dei bambini nati a termine nell'ultimo anno (esclusi quelli per cui esistono motivi medici documentati) è stato allattato esclusivamente¹² o alimentato esclusivamente con latte materno dalla nascita alla dimissione. Il raggiungimento di questo passo implica il superamento delle routine in uso in molte strutture che interferiscono con l'avvio dell'allattamento: qualsiasi somministrazione di sostituti o complementi dovrà quindi essere rigorosamente motivata. Tutte le mamme dovrebbero avere avuto informazioni ed offerta di aiuto per un buon avvio dell'allattamento, precoce ed esclusivo. Per la fine della Fase 1 e 2 della BFHI, i dati della struttura devono indicare il raggiungimento del tasso del 75% dei nati allattato esclusivamente oppure alimentato esclusivamente con latte materno dalla nascita alla dimissione (esclusi quelli per cui esistono motivi medici documentati). Per questo, al momento della visita di valutazione di Fase 3 l'OMS e l'UNICEF chiedono che i valutatori verifichino che almeno l'80% dei bambini sani assuma solo latte materno, fatto salvo l'uso di sostituti per motivi medici giustificati, di cui le madri sono state debitamente informate dagli operatori.

All'interno di un punto nascita che promuove, sostiene e protegge l'allattamento, per varie ragioni, può avvenire occasionalmente che vi siano neonati che non sono allattati, o per i quali è indicata una integrazione. Si ricorda che i casi di controindicazione clinica sono molto rari e sono descritti nella pubblicazione OMS/UNICEF *Ragioni mediche accettabili per l'uso di sostituti del latte materno*.

Vi è il caso estremo del non riconoscimento del bambino, rispetto al quale la struttura attraverso gli operatori preposti fornirà l'assistenza necessaria sia alla madre sia al neonato nonché gli interventi istituzionalmente previsti in questi casi.

Nella comunità, le madri devono essere consigliate ad allattare esclusivamente per i primi sei mesi e ad evitare di dare ai loro bambini qualsiasi cosa che non sia latte materno durante questo periodo a meno che ciò non sia clinicamente indicato. Tutte le madri che allattano dovrebbero essere informate del fatto che gli alimenti solidi e altre bevande non dovrebbero essere introdotti prima di sei mesi e che il latte materno continuerà ad essere il latte di prima scelta durante il periodo di alimentazione complementare, per tutto il tempo che la madre ed il bambino lo desiderano.

Un'attenzione e un sostegno altrettanto puntuali devono essere garantiti alle madri che non sono in grado o hanno consapevolmente scelto di non allattare. La struttura deve garantire loro in un luogo riservato una dimostrazione individualizzata sulla preparazione, somministrazione e conservazione dei sostituti del latte materno ed altri alimenti, utilizzando gli strumenti ed accessori necessari e verificando l'avvenuto apprendimento.

¹² Definizioni da USAID, AED, UC Davis, IFPRI, UNICEF, & World Health Organization (2008). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Part 1 definitions - conclusions of a consensus meeting held 6–8 november 2007 in Washington, DC, USA*. Geneva: World Health Organization. Disponibile a http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf

Guida per l'applicazione del Passo 6 BFHI e Passo 5 BFCI

1. Contesto

Le definizioni di riferimento sono quelle dell'OMS

Le definizioni relative all'allattamento ed all'alimentazione artificiale costituiscono uno strumento importante sia per la corretta individuazione degli standard richiesti dall'OMS/UNICEF per il riconoscimento di struttura Amica dei Bambini, sia per la necessità di confronto dei dati tra strutture, a livello internazionale. Anche se perfezionabili, quelle qui adottate sono le definizioni più recenti e caratterizzate dalla maggior consensualità. Il passo 6 indica le azioni volte a garantire un allattamento esclusivo secondo la definizione OMS.

Definizioni tipi alimentazione dell'OMS

<i>Categoria</i>	<i>Il bambino deve prendere:</i>	<i>Il bambino può prendere:</i>	<i>Il bambino non può prendere:</i>
Allattamento esclusivo	Latte materno (LM), compreso LM spremuto (LMS) o LM donato (LMD)	Gocce, sciroppi (vitamine, minerali, farmaci), soluzioni reidratanti orali	Nient'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)	Nient'altro (in particolare latte non umano e liquidi nutritivi)
Alimentazione e complementare	LM, LMS o LMD	Qualsiasi altro alimento o bevanda, compreso il latte non umano	

Non allattamento	Il bambino prende altri alimenti o bevande, compreso il latte non umano, ma non prende il latte materno (LM, LMS, LMD)
-------------------------	---

Inutili supplementazioni al neonato allattato comportano rischi per la sua salute

Per fornire i migliori esiti per la salute sia della madre che del bambino l'OMS raccomanda l'allattamento esclusivo per i primi sei mesi di vita e continuato dopo l'introduzione dell'alimentazione complementare, anche per due anni ed oltre - e la supplementazione di neonati allattati con qualcosa di diverso dal latte prima dei sei mesi comporta rischi potenziali per la salute e può compromettere l'allattamento. La supplementazione dovrebbe quindi avvenire solo se clinicamente indicata o se la madre ha fatto una scelta pienamente consapevole. L'OMS e l'UNICEF hanno redatto un documento che delinea le *Ragioni mediche accettabili per l'uso di sostituti del latte materno*, disponibile in questa Guida dopo il Passo 6, e scaricabile dal sito dell'UNICEF Italia: <http://www.unicef.it/Allegati/ragioni%20mediche.pdf>.

Al fine di garantire la corretta attuazione del Passo 6 BFHI/Passo 5 BFCI, gli operatori devono essere consapevoli degli effetti che qualsiasi altro cibo o bevanda (compresi acqua e cibi solidi, nonché alimenti per lattanti) può avere su un bambino allattato e conoscere le azioni adeguate che possono essere adottate (o proposte alla madre) per evitare di arrivare alla necessità di integrazioni.

2. Applicazione del Passo 6 all'interno del punto nascita

L'eliminazione delle supplementazioni non può prescindere da un efficace sostegno all'allattamento

È forte la tentazione di fare del Passo 6 il primo passo che viene affrontato quando si cominciano a introdurre i cambiamenti, nella pratica, che consentiranno il riconoscimento di "Ospedale Amico dei Bambini". Questo non è consigliabile, e può portare gravi rischi per la madre e bambino. Abbandonare le integrazioni senza garantire un adeguato sostegno per l'allattamento rischia di compromettere la sicurezza del neonato: sarà un buon avvio e consolidamento dell'allattamento che le renderà inutili.

Il ricorso alla supplementazione è meno probabile quando l'attuazione degli altri Passi è buona

La questione della supplementazione di neonati allattati è strettamente legata all'applicazione *Dieci/Sette Passi*. Se l'attuazione degli altri passi è scarsa, il ricorso alla supplementazione è più probabile. D'altro canto, l'attenzione all'attuazione di quei Passi automaticamente riduce il tasso di supplementazione.

Il Passo 6 è legato agli altri Passi nei seguenti modi:

- Passo 1: la Politica deve contenere corretti indirizzi sulla supplementazione.
- Passo 2: La formazione degli operatori deve contenere informazioni sulle implicazioni sanitarie della inappropriata supplementazione.
- Passo 3: Se le madri sono a conoscenza, fin dalla gravidanza, delle implicazioni per la salute dei supplementi per il bambino allattato, è meno probabile che si aspettino la loro somministrazione o ne facciano richiesta in seguito.
- Passo 4: L'attuazione di un contatto pelle a pelle non appena possibile dopo la nascita assicura che la maggior parte dei neonati abbia una poppata tempestiva ed efficace, predisponendo così l'allattamento sulla strada giusta.
- Passo 5: Un elevato livello di competenze nell'insegnamento fornito alle madri da parte degli operatori su posizione ed attacco, nonché sulla spremitura manuale aumenterà la probabilità che le poppate siano efficaci e ridurrà la necessità di supplementi.
- Passo 7: Quando il rooming-in è pienamente attuato, il ricorso alla supplementazione è meno probabile.
- Passo 8: Quando l'allattamento a richiesta è incoraggiato e facilitato e ben compreso dalla madre, il ricorso alla supplementazione è meno probabile.
- Passo 9: l'esito positivo nello scoraggiare l'uso di tettarelle e ciucci significa che l'allattamento a richiesta e un attacco efficace sono ben riusciti e, pertanto, che la supplementazione è meno necessaria.

Protocolli rigorosi devono esistere per la gestione dei bambini a rischio

Fondamentale per l'effettiva attuazione del Passo 6 è l'esistenza di protocolli e/o linee guida rigorosi per la gestione dei neonati la cui condizione provoca preoccupazione. Questi protocolli avranno nomi diversi, ma in generale riguardano le questioni come la prevenzione e terapia dell'ipoglicemia, i bambini che sono riluttanti a mangiare, l'ittero e la perdita di peso. Qualsiasi protocollo di questo tipo deve consentire agli operatori di distinguere tra i bambini quelli per cui può essere necessario un supplemento e quelli per cui non lo è, e di descrivere chiaramente la gestione opportuna in ciascun caso. Si ricorda che nella Politica è richiesta la presenza di un protocollo sull'ipoglicemia (vedi Passo 1).

Guida per l'applicazione del Passo 6 BFHI e Passo 5 BFCI

La spremitura manuale è importante nel ridurre i tassi di supplementazione

La spremitura manuale di latte è risultata in molti ospedali una delle chiavi nel ridurre i tassi di supplementazione.

Garantire che gli operatori abbiano le competenze per insegnare un'efficace spremitura manuale può fornire non solo il colostro/latte per bambini che altrimenti richiederebbero un supplemento di latte artificiale ma tende anche ad aumentare la fiducia delle madri e degli operatori nella capacità di soddisfare i bisogni dei bambini. La familiarità con la spremitura manuale permette di fare della supplementazione l'ultima risorsa in caso di difficoltà, piuttosto che la prima.

Gli operatori devono assicurarsi che le madri comprendano i rischi di supplementazione e le possibili alternative

Le madri comunemente richiedono supplementazioni perché il loro bambino è irrequieto, perché credono che il latte non sia sufficiente a soddisfare i suoi bisogni, o perché trovano difficoltà nell'allattamento. Mentre è essenziale che gli operatori siano capaci di ascolto e sensibili alla situazione e ai sentimenti della madre, è altrettanto importante garantire che le madri abbiano accesso alle informazioni sui rischi e le alternative alla supplementazione per aiutarle nel processo decisionale. Rassicurazioni circa l'importanza di poppate frequenti nei primi giorni e assistenza per trovare le posizioni che permettono alle madri di allattare e riposare possono fare molto per evitare supplementazioni.

Nel caso di una decisione di non allattare, una volta che la mamma sia stata informata dell'importanza di allattare ed aiutata e rassicurata con una consulenza adeguata a confrontare le ragioni della propria rinuncia con le informazioni pertinenti, la struttura garantirà comunque quanto necessario, in modo personalizzato, attraverso una alimentazione sostitutiva adeguata e sostenendo il rapporto madre-bambino.

È prevista per tutte le neo-madri che hanno scelto di o devono alimentare il loro bambino con un sostituto del latte materno la dimostrazione individuale sulla preparazione corretta del biberon, prima della dimissione dall'ospedale. L'avvenuta informazione e dimostrazione verrà successivamente verificata dagli operatori dei servizi territoriali.

La struttura garantisce che la dimostrazione su come preparare, somministrare e conservare i sostituti del latte materno ed altri alimenti, utilizzando gli strumenti ed accessori necessari, avviene in un luogo riservato.

È prevista per tutte le neo-madri che hanno scelto di o devono alimentare il loro bambino con un sostituto del latte materno la dimostrazione individuale sulla preparazione corretta del biberon, prima della dimissione dall'ospedale. L'avvenuta informazione e dimostrazione verrà successivamente verificata dagli operatori dei servizi territoriali.

La struttura garantisce che la dimostrazione su come preparare, somministrare e conservare i sostituti del latte materno ed altri alimenti, utilizzando gli strumenti ed accessori necessari, avviene in un luogo riservato.

È importante tenere ben distinte l'indicazione del sostituto del latte materno dalla modalità con cui questo viene somministrato

Nota: È importante per gli operatori tenere ben distinte l'indicazione del sostituto del latte materno dalla modalità con cui questo viene somministrato. In pratica un sostituto rimane tale, e pertanto non è giustificabile, anche se non è somministrato con un biberon e tettarella, da altra parte la richiesta di utilizzare un biberon o tettarella non rappresenta da sola una richiesta di somministrazione di un sostituto del latte materno. L'operatore coglierà queste occasioni per approfondire l'argomento con la madre.

3. Applicazione del Passo 5 BFCI nei servizi territoriali

Più efficace è il sostegno all'allattamento meno verrà fatto ricorso a supplementi

Come per i Passi in ospedale, così anche per il territorio, la realizzazione del Passo 5 BFCI è strettamente connessa con tutti gli altri Passi (cfr punto 2 sopra). In particolare, se è ben applicato il Passo 4 BFCI, cioè l'operatore che visita le madri a domicilio oppure nel consultorio è intervenuto efficacemente a sostegno delle madri su posizione e attacco del bambino e spremitura manuale, i problemi di allattamento saranno meno probabili e i genitori in grado di risolverli, senza ricorrere a supplementi. Come già detto, è importante non dare per scontato che le madri - in particolare le multipare - abbiano queste competenze. Per quanto riguarda la spremitura manuale, vale quanto descritto nella sezione precedente.

Guida per l'applicazione del Passo 6 BFHI e Passo 5 BFCI

Un'attenzione personalizzata ai bisogni è un requisito fondamentale di ogni intervento degli operatori

Davanti a delle difficoltà nel consolidamento dell'allattamento dopo la dimissione, è di vitale importanza un approccio sensibile, con informazioni tempestive ed adeguate. Questo può richiedere una formazione supplementare per aiutare gli operatori ad affrontare queste situazioni. Parlare dell'obiettivo di allattare esclusivamente per un periodo di sei mesi, e di proseguire per almeno il primo anno, con una madre che sta lottando con problemi di allattamento nelle prime settimane risulta controproducente. Il successo in questi casi dipende dal fatto che a tempo debito siano intervenuti in particolare due fattori che, possono contribuire a ridurre il verificarsi di situazioni di difficoltà:

Informazioni date in gravidanza e efficace sostegno delle competenze sono fondamentali per evitare il ricorso a supplementazioni

- Durante il periodo prenatale, la giusta enfasi con le donne, sul guadagno in salute dell'allattamento e sulla sua gestione in modo che possano capire l'importanza di evitare supplementi ed essere attrezzate per gestire l'allattamento in maniera ottimale;
- Un'attenzione costante per garantire che gli operatori abbiano le competenze per aiutare tempestivamente le madri a risolvere difficoltà di allattamento, permettendo così ai genitori di avere fiducia nelle proprie capacità di superare i problemi senza ricorrere alla supplementazione.

Va evitato l'uso precoce di supplementi, in particolare di cibi solidi, che devono essere introdotti con la dovuta gradualità dopo il sesto mese compiuto

Qualora le supplementazioni diventassero necessarie nei primi sei mesi (cioè i casi in cui tutti gli sforzi volti a migliorare la produzione del latte si fossero rivelati infruttuosi), è molto importante trasmettere il messaggio che la supplementazione va effettuata con latte formulato. Se è vero infatti che ogni forma di supplementazione andrebbe evitata fino al compimento del sesto mese, è altrettanto importante sottolineare che supplementazioni con cibi solidi o latti diversi dalla formula presentano rischi per la salute anche maggiori.

Quando a sei mesi compiuti si iniziano a introdurre i cibi solidi, bisogna assicurarsi che i genitori abbiano compreso il valore del proseguimento dell'allattamento almeno per il primo anno e la necessità che l'introduzione di cibi solidi sia un processo graduale guidato anche dal bambino e misurato sui suoi bisogni.

Per quanto riguarda l'utilizzo di latte formulato, anche sul territorio verranno adottate le precauzioni già descritte al punto 2.

4. Indicazioni per la preparazione dei sostituti del latte

È fondamentale illustrare in maniera completa e comprensibile la preparazione dei sostituti secondo le indicazioni dell'OMS

Non tutti gli operatori dedicati devono sapere come preparare un sostituto del latte, ma per ogni turno del servizio, devono esserci degli operatori in grado di farlo e tutti devono conoscere a chi indirizzare la madre che ne ha bisogno.

Di seguito le indicazioni OMS (vedi Riferimento bibliografico n.8 sotto)

“Queste sono le istruzioni corrette per la preparazione del latte artificiale.

Anzitutto bisogna ricordarsi che occorre preparare una singola poppata per volta.

1. Versare l'acqua in un contenitore ben pulito.
2. Lavarsi le mani con acqua e sapone e poi asciugarle.
3. Fare bollire un litro di acqua.
4. **IMPORTANTE:** aggiungere la polvere quando la temperatura dell'acqua è a 70 gradi; in pratica coprire il contenitore con un coperchio dopo l'ebollizione e attendere non più di 30 minuti.
5. Mettere in un biberon sterilizzato la quantità di acqua necessaria per sciogliere la polvere.
6. Aggiungere l'esatta quantità di polvere indicata nella confezione; non bisogna mai aggiungere una quantità diversa (in più o in meno) da quella indicata.
7. Chiudere il biberon.
8. Agitare bene il contenuto.
9. Raffreddare rapidamente il latte mettendo il biberon in un recipiente con acqua molto fredda.
10. Controllare la temperatura facendo cadere qualche goccia di latte sul dorso della mano e sentire che è tiepida.
11. Eliminare il contenuto se non è stato consumato entro due ore.”

Una guida illustrata, tradotta e adattata come parte di un progetto finanziato dal CCM è disponibile alla pagina: http://www.regione.lazio.it/lattematerno/files/latte_artificiale_libretto.pdf

5. Autovalutazione e monitoraggio

È fondamentale monitorare la ragione delle supplementazioni

Si sottolinea anche in questo Passo la necessità di avere un adeguato monitoraggio. Un semplice controllo dell'incidenza delle supplementazioni darà i dati di base, tuttavia, un controllo della documentazione dei singoli casi che permetta di analizzare perché i supplementi sono stati dati fornirà più informazioni approfondite e consentirà di affrontare il problema, riorientando le attività e la formazione degli operatori. Anche qui si ribadisce l'utilità sia di una *checklist* sia di un'*autovalutazione* (già descritte nei Passi 3 e 4).

Riferimenti bibliografici per il Passo 6 BFHI e Passo 5 BFCI

1. Akre, J. (1990). Infant feeding. The physiological basis. *Bulletin of the World Health Organization*, 67 Suppl, 1-108. Disponibile a <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9240686703/en/index.html>
2. World Health Organisation (1997). Hypoglycaemia of the newborn: Review of the literature. Geneva: World Health Organization. Disponibile a http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/chd_97_1/en/
3. Cattaneo, A. (2004). Significato della baby friendly hospital initiative (BFHI) per la promozione dell'allattamento al seno: Le prove d'efficacia. In L. Speri (Ed.), *L'ospedale amico dei bambino: Progetto OMS/UNICEF per la promozione dell'allattamento al seno*. Milano: Masson.
4. European Commission (2006). Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: Raccomandazioni standard per l'Unione Europea. Disponibile a <http://www.aicpam.org/docs/EUpolicy06it.pdf>
5. World Health Organization (2007). *Indicators for assessing infant and young child feeding. In Indicators for assessing infant and young child feeding practices, part 1*. Washington D.C., USA: World Health Organization. Disponibile a <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241596664/en/>
6. World Health Organization & Food and Agriculture Organization of the United Nations (2007). *Guidelines for the safe preparation, storage and handling of powdered infant formula*. Geneva: World Health Organization. Disponibile a <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/index.html>
7. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. *Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in Europe: A Blueprint for Action (Revised)*. (2008). Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment. Disponibile a <http://www.mami.org/sito/wp-content/uploads/newblueprintit.pdf>
8. Conti Nibali, S. (2008). Come preparare in casa il latte in polvere. *Quaderni ACP*, 15(1), 40. Disponibile a http://www.acp.it/wp-content/uploads/Quaderni-acp-2008_151_40.pdf
9. World Health Organization & UNICEF (2009). Ragioni mediche accettabili per l'uso di sostituti del latte materno. Roma: UNICEF Italia. Disponibile a <http://www.unicef.it/Allegati/ragioni%20mediche.pdf>
10. "Alimentazione con formula". (2013). SaperiDoc - Salute Infanzia - Alimentazione - Alimentazione con formula. <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/741>.

Fase 1: Visita alla struttura e verifica documentazione

Si chiede al Responsabile del progetto di:
negli Ospedali

- confermare che almeno il 75% dei bambini nati a termine dimessi nell'ultimo anno è stato allattato esclusivamente (o alimentato esclusivamente con latte materno) dalla nascita fino alla dimissione;
- descrivere la procedura che garantisce che il protocollo scritto sulla prevenzione e terapia dell'ipoglicemia sia conosciuto e applicato da tutti gli operatori;
- descrivere la procedura per definire le ragioni mediche accettabili per l'uso di sostituti del latte materno

nella Comunità

- descrivere la procedura che garantisce che le madri siano sostenute per allattare esclusivamente per i primi sei mesi

per Ospedali&Comunità

- descrivere la procedura che garantisce che con le madri vengano discussi i punti della *Checklist Postnatale*;
- descrivere in che modo viene registrata l'avvenuta trasmissione di informazioni alle madri
- descrivere la procedura che garantisce che:
 - le madri che utilizzano sostituti del latte materno abbiano un colloquio individuale sulle varie opzioni per l'alimentazione e siano state aiutate ad individuare la soluzione AFASS con una dimostrazione pratica
 - tutte le *Politiche aziendali* e/o protocolli sull'allattamento e l'alimentazione dei bambini concordino con gli standard della BFHI e le linee guida basate sulle evidenze scientifiche
- confermare che la struttura dispone di una saletta/stanza per la dimostrazione e trasmissione di informazioni riguardanti i sostituti del latte materno
- attestare per iscritto il divieto di esporre e/o distribuire materiali che consigliano la somministrazione di sostituti del latte materno, l'allattamento ad orario, o altre pratiche inappropriate ;
- fornire copia di opuscoli, manifesti e altro materiale mostrato o distribuito alle donne in gravidanza e madri.

Fase 2: Competenze degli operatori

I valutatori verificheranno se gli operatori *coinvolti e dedicati*:
per Ospedali&Comunità

- conoscono gli argomenti delle *Checklist postnatale* e possono descrivere le informazioni che vengono fornite sia alle donne che allattano, sia a quelle che non allattano e dimostrare quale sostegno pratico forniscono per l'alimentazione dei loro bambini
- sono informati sulla compatibilità con l'allattamento della maggior parte dei farmaci e di conoscere a quali fonti e/o servizi accedere in caso di dubbio;
- possono descrivere come si può aiutare una madre che non allatta a preparare un sostituto del latte materno in sicurezza
- conoscono le poche situazioni in cui è accettabile, dal punto di vista clinico, dare al bambino allattato alimenti diversi dal latte materno prima dei 6 mesi;

nella Comunità

- possono fornire informazioni accurate sull'età adeguata per l'introduzione di alimenti e bevande complementari, motivare queste raccomandazioni e sapere per quanto tempo l'allattamento è utile per madre e bambino

Fase 3: Assistenza alle donne

I valutatori verificheranno se:

negli Ospedali

- Almeno l'80% delle madri possono confermare che i loro neonati hanno consumato solo latte materno, oppure, nel caso di somministrazioni di alimenti o bevande diversi dal latte materno, che esistono ragioni mediche accettabili, illustrate dagli operatori, oppure che è il risultato di una loro scelta informata

per Ospedali&Comunità

- che sono stati discussi gli argomenti della *Checklist Postnatale*
- le madri che utilizzano sostituti del latte materno possono confermare che sono state illustrate loro le varie opzioni per l'alimentazione ed è stato dato un aiuto a individuare la soluzione AFASS adatta al loro caso;
- i materiali scritti nuovi o modificati rispetto alla Fase 1 contengono informazioni comprensibili, accurate ed efficaci, multilingue, e sono privi di promozione di sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, ciucci e paracapezzoli.

Dopo il riconoscimento

- I risultati del monitoraggio annuale vanno inviati all'UNICEF

WHO/NMH/NHD/09.01
WHO/FCH/CAH/09.01

Ragioni mediche accettabili per l'uso di sostituti del latte materno



© World Health Organization 2009

Tutti i diritti sono riservati. Le pubblicazioni dell'OMS si possono richiedere a: WHO Press, Organizzazione Mondiale della Sanità, 20 Avenue Appia, 1211 Ginevra 27, Svizzera (tel: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int). L'OMS e l'UNICEF accolgono con piacere richieste per il permesso di riprodurre o tradurre le loro pubblicazioni — sia per venderle sia per distribuirle senza scopo di lucro. Le richieste devono essere indirizzate a WHO Press, all'indirizzo di cui sopra (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

I termini usati in questo materiale non implicano alcuna opinione da parte dell'OMS o dell'UNICEF nei riguardi dello statuto legale di qualsiasi paese, territorio, città o area o delle rispettive autorità, o dei limiti delle rispettive frontiere e confini. Le linee tratteggiate nelle mappe rappresentano confini approssimativi sui quali potrebbe non esserci un pieno accordo.

La menzione di compagnie specifiche o di certi prodotti non implica che siano approvati o raccomandati dall'OMS o dall'UNICEF in preferenza ad altri di natura simile che non siano menzionati. Con l'eccezione di eventuali errori ed omissioni, i nomi dei prodotti a marchio si distinguono dalle iniziali in lettere maiuscole.

Tutte le possibili e ragionevoli precauzioni sono state applicate dall'OMS per verificare le informazioni contenute in questa pubblicazione. Tuttavia, il materiale pubblicato è distribuito senza nessuna garanzia, esplicita o implicita. La responsabilità per l'interpretazione e l'uso del materiale spetta al lettore. In nessuna circostanza l'OMS sarà responsabile di eventuali danni causati dall'uso di questo materiale.

Premessa

Una lista di ragioni mediche accettabili per la somministrazione di supplementi del latte materno era stata elaborata inizialmente da OMS e UNICEF ed allegata al pacchetto di strumenti per l'Iniziativa Ospedale Amico del Bambino (BFHI) del 1992.

L'OMS e l'UNICEF hanno deciso assieme di aggiornare questa lista, in occasione dell'aggiornamento del pacchetto BFHI, con le nuove evidenze scientifiche pubblicate dal 1992. Questo lavoro è stato condotto dai dipartimenti *Child and Adolescent Health and Development (CAH)* e *Nutrition for Health and Development (NHD)*. Nel 2005, una bozza di lista aggiornata è stata condivisa con i revisori del materiale della BFHI, e a Settembre del 2007 l'OMS ha invitato un gruppo di esperti in vari campi e dalle varie regioni dell'OMS a partecipare in una rete virtuale per la revisione della bozza, che è stata quindi condivisa con tutti gli esperti che hanno accettato di partecipare. Le successive bozze sono state preparate sulla base di tre procedimenti relazionati tra loro: a) numerose tornate di commenti tra esperti; b) una compilazione delle esistenti e rilevanti revisioni tecniche e linee guida dell'OMS (in bibliografia); e c) commenti da altri dipartimenti dell'OMS (*Making Pregnancy Safer, Mental Health and Substance Abuse, Essential Medicines*) in generale e per problemi specifici o domande sollevate dagli esperti.

Revisioni tecniche e linee guida dell'OMS non erano disponibili per un numero limitato di argomenti. In questi casi, le evidenze scientifiche sono state identificate in consultazione con i corrispondenti dipartimenti dell'OMS o con esperti esterni in aree specifiche. In particolare, sono state usate le seguenti fonti aggiuntive di evidenze scientifiche:

- *The Drugs and Lactation Database (LactMed)* della Biblioteca Nazionale di Medicina degli Stati Uniti, una base di dati *peer-reviewed* e pienamente sostenuta da riferimenti bibliografici sui farmaci ai quali le madri che allattano possono essere esposte.
- *The National Clinical Guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn*, una revisione del *New South Wales Department of Health*, Australia, 2006.

La lista finale è stata condivisa con revisori esterni ed interni fino a raggiungere un accordo ed è presentata in questo documento.

La lista delle ragioni mediche accettabili per un uso temporaneo o prolungato di sostituti del latte materno è disponibile sia come strumento separato per gli operatori sanitari che lavorano con madri, neonati e bambini, sia come parte del pacchetto BFHI. Si pensa che sarà aggiornata nel 2012.

Ringraziamenti

Questa lista è stata elaborata dall'OMS nei dipartimenti *Child and Adolescent Health and Development* e *Nutrition for Health and Development*, in stretta collaborazione con l'UNICEF e altri dipartimenti dell'OMS: *Making Pregnancy Safer, Essential Medicines* e *Mental Health and Substance Abuse*. I seguenti esperti hanno contribuito all'aggiornamento della lista: Philip Anderson, Colin Binns, Riccardo Davanzo, Ros Escott, Carol Kolar, Ruth Lawrence, Lida Lhotska, Audrey Naylor, Jairo Osorno, Marina Rea, Felicity Savage, María Asunción Silvestre, Tereza Toma, Fernando Vallone, Nancy Wight, Antony Williams ed Elizabeta Zisovska. Tutti questi esperti hanno firmato una dichiarazione di assenza di conflitti d'interesse.

Introduzione

Quasi tutte le madri possono allattare con successo, possono cioè iniziare ad allattare entro la prima ora dopo la nascita, esclusivamente per i primi 6 mesi ed in maniera continuata (assieme ad alimenti complementari appropriati) fino a 2 anni ed oltre.

L'allattamento esclusivo nei primi 6 mesi è particolarmente vantaggioso per madri e bambini.

Effetti positivi dell'allattamento per la salute di madri e bambini sono stati osservati dappertutto. L'allattamento riduce il rischio di infezioni acute come la diarrea, la polmonite, le otiti, le infezioni da *Haemophilus influenzae*, le meningiti e le infezioni urinarie (1). Protegge anche da condizioni croniche come il diabete tipo 1, la colite ulcerativa e la malattia di Crohn. L'allattamento è associato a più bassi livelli di pressione del sangue e colesterolo totale, e con una ridotta prevalenza di diabete tipo 2 e di sovrappeso ed obesità durante l'adolescenza e la vita adulta (2). L'allattamento ritarda il ritorno alla fertilità nella madre e riduce il rischio di emorragia post-parto, di carcinoma del seno prima della menopausa e di carcinoma dell'ovaio (3).

Tuttavia, un piccolo numero di condizioni di salute della madre e del bambino possono giustificare il fatto di non allattare in forma temporanea o permanente (4). Queste condizioni, che riguardano pochissime madri ed i loro figli, sono qui elencate assieme ad altre condizioni di salute della madre che, per quanto gravi, non sono considerate ragioni mediche per l'uso di sostituti del latte materno.

Ogniquale si prende in considerazione la possibilità di non allattare o di sospendere l'allattamento, si devono pesare i benefici dello stesso contro i rischi associati alla presenza delle specifiche condizioni qui elencate.

CONDIZIONI DEL BAMBINO

Bambini minori di un anno che non dovrebbero ricevere latte materno o altro latte con l'eccezione di latti formulati speciali

- Bambini con galattosemia classica: hanno bisogno di una formula speciale senza galattosio.
- Bambini con malattia delle urine a sciroppo d'acero: hanno bisogno di una formula speciale senza leucina, isoleucina e valina.
- Bambini con fenilchetonuria: hanno bisogno di una formula speciale senza fenilalanina (un allattamento parziale è possibile, sotto stretta supervisione).

Bambini minori di un anno per i quali il latte materno è l'opzione migliore, ma che possono aver bisogno di un supplemento per un periodo limitato

- Nati con un peso inferiore ai 1500 g (peso molto basso alla nascita).
- Nati a meno di 32 settimane di gestazione (molto pretermine).
- Neonati a rischio di ipoglicemia per un difetto di adattamento metabolico o per un'umentata richiesta di glucosio (come nei nati pretermine, piccoli per l'età gestazionale o con un importante stress ipossico/ischemico intrapartum, nei neonati ammalati e in quelli con madre diabetica (5) se la loro glicemia non risponde a un allattamento o alimentazione con latte materno ottimale).

CONDIZIONI MATERNE

Le madri affette dalle condizioni qui elencate dovrebbero ricevere un trattamento basato su linee guida accettate.

Condizioni materne che possono giustificare un'astensione permanente dall'allattamento

- Infezione da HIV:¹³ se l'alimentazione sostitutiva è accettabile, fattibile, abbordabile, sostenibile e sicura (AFASS) (6). Se non lo è, si raccomanda l'allattamento esclusivo per i primi 6 mesi.

Condizioni materne che possono giustificare un'astensione temporanea dall'allattamento

- Malattia grave che impedisce alla madre di prendersi cura del figlio, una setticemia, ad esempio.
- Infezione da virus dell'Herpes simplex tipo 1 (HSV-1): si deve evitare il contatto diretto tra le lesioni del seno della madre e la bocca del bambino fino a guarigione completa delle lesioni attive.
- Uso di alcuni farmaci da parte della madre:
 - Alcuni sedativi, antiepilettici ed oppioidi, e le loro combinazioni, possono causare effetti collaterali quali sonnolenza e depressione respiratoria; è preferibile evitarli se sono disponibili alternative più sicure (7).
 - Lo iodio 131 radioattivo può essere evitato dato che un'alternativa più sicura è disponibile; in ogni caso, la madre può riprendere ad allattare circa 2 mesi dopo aver preso questa sostanza.
 - L'uso eccessivo di composti iodati per uso locale (ad esempio, povidone iodato), specialmente su ferite aperte o membrane mucose, può inibire la funzione tiroidea o causare squilibri elettrolitici nel bambino allattato, e dev'essere evitato.
 - L'uso di chemioterapici citotossici richiede la sospensione dell'allattamento mentre la madre è in terapia.

Condizioni materne durante le quali l'allattamento può continuare, nonostante vi siano preoccupazioni per i problemi di salute

- Ascesso mammario: l'allattamento deve continuare dal seno non colpito e può riprendere da quello colpito non appena inizia il trattamento (8).
- Epatite B: i neonati devono ricevere il vaccino entro le prime 48 ore dalla nascita o appena possibile (9).
- Epatite C.
- Mastite: se l'allattamento è molto doloroso, il latte materno dev'essere spremuto per alleviare il dolore ed evitare che la condizione peggiori (8).
- Tubercolosi: madre e bambino devono essere gestiti come da linee guida nazionali per la tubercolosi (10).
- Uso di sostanze¹⁴ (11):
 - L'uso da parte della madre di nicotina, alcool, ecstasy, anfetamine, cocaina ed altri stimolanti è stato dimostrato avere effetti dannosi sui bambini allattati.
 - Alcool, oppioidi, benzodiazepine e cannabis possono avere effetti sedativi sia nella madre sia nel bambino.

Le madri dovrebbero essere incoraggiate a non usare queste sostanze, fornendo loro occasioni e sostegno per astenersi.

¹³ L'opzione più appropriata per una madre HIV positiva dipende dalle sue circostanze e da quelle del bambino, compreso lo stato di salute, ma anche da considerazioni sui servizi sanitari disponibili e dal counselling e dal sostegno che potrebbe ricevere. L'allattamento esclusivo è raccomandato per i primi 6 mesi a meno che l'alimentazione sostitutiva non sia AFASS. Se lo è, si raccomanda l'astensione totale dall'allattamento per le donne HIV positive. L'allattamento misto nei primi 6 mesi (vale a dire l'allattamento con l'aggiunta di latte formulato e/o di altre bevande e alimenti) dev'essere evitato nelle madri HIV positive.

¹⁴ Le madri che scelgono di non sospendere l'uso di queste sostanze o che non sono in grado di farlo dovrebbero cercare aiuto e consigli personalizzati sui rischi e i benefici dell'allattamento nelle loro specifiche circostanze. Per le madri che usano queste sostanze in maniera occasionale, si può considerare l'astensione temporanea dall'allattamento durante questi periodi d'uso.

Riferimenti bibliografici

1. *Technical updates of the guidelines on Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). Evidence and recommendations for further adaptations.* Geneva, World Health Organization, 2005.
2. *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses.* Geneva, World Health Organization, 2007.
3. León-Cava N et al. *Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence.* Washington, DC, Pan American Health Organization, 2002 (<http://www.paho.org/English/AD/FCH/BOB-Main.htm>, 26 Giugno 2008).
4. Resolution WHA39.28. Infant and Young Child Feeding. In: *Thirty-ninth World Health Assembly, Geneva, 5–16 May 1986. Volume 1. Resolutions and records. Final.* Geneva, World Health Organization, 1986 (WHA39/1986/REC/1), Annex 6:122–135.
5. *Hypoglycaemia of the newborn: review of the literature.* Geneva, World Health Organization, 1997 (WHO/CHD/97.1; http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_CHD_97.1.pdf, 24 Giugno 2008).
6. *HIV and infant feeding: update based on the technical consultation held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and their Infants, Geneva, 25–27 October 2006.* Geneva, World Health Organization, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595964_eng.pdf, 23 Giugno 2008).
7. *Breastfeeding and maternal medication: recommendations for drugs in the Eleventh WHO Model List of Essential Drugs.* Geneva, World Health Organization, 2003.
8. *Mastitis: causes and management.* Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/FCH/CAH/00.13; http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13.pdf, 24 Giugno 2008).
9. *Hepatitis B and breastfeeding.* Geneva, World Health Organization, 1996. (Update No. 22).
10. *Breastfeeding and Maternal tuberculosis.* Geneva, World Health Organization, 1998 (Update No. 23).
11. *Background papers to the national clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn.* Commissioned by the Ministerial Council on Drug Strategy under the Cost Shared Funding Model. NSW Department of Health, North Sydney, Australia, 2006.
12. http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2006/bkg_pregnancy.html

Altre informazioni su farmaci e allattamento sono disponibili sul sito internet della Biblioteca Nazionale di medicina degli Stati Uniti: <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>

Per ulteriori informazioni si prega di contattare:

Department of Nutrition for Health and Development, E-mail: nutrition@who.int Website: www.who.int/nutrition

Department of Child and Adolescent Health and Development, E-mail: cah@who.int Website: www.who.int/child_adolescent_health

Indirizzo: 20 Avenue Appia, 1211 Ginevra 27, Svizzera

Linee guida per l'ipoglicemia



Orientamento per lo sviluppo di “policies” e linee guida per la prevenzione e la gestione dell’ Ipoglicemia del neonato

*Guidance on the development of policies and guidelines for the
prevention and management of Hypoglycaemia of the Newborn*

Da The Baby Friendly Initiative - UNICEF UK

disponibile a
www.babyfriendly.org.uk/pdfs/hyp_o_policy.pdf



Orientamento per lo sviluppo di regole e linee guida per la prevenzione e la gestione dell'

Ipoglicemia del Neonato

Introduzione

Gli Ospedali che operano per implementare gli standard di migliore attuazione della Baby Friendly Initiative dell'OMS/UNICEF spesso prendono in considerazione la produzione di linee guida per la prevenzione e la gestione dell'ipoglicemia nel neonato "a rischio". Tutto ciò perché l'allattamento al seno può essere protetto evitando integrazioni non necessarie con il latte artificiale, assicurando allo stesso tempo la sicurezza di tutti i neonati, a prescindere dal tipo di alimentazione. Se le linee guida sono disponibili, è importante che esse siano efficaci e permettano di conseguire questo obiettivo. Questo documento è inteso come aiuto per gli ospedali nella elaborazione di tali linee guida, e può essere utilizzato per sostenere la produzione di nuove linee guida oppure per decidere se quelle già in uso saranno utili al personale per soddisfare gli standards per l'accreditamento di Baby Friendly.

Questo documento prende in esame i punti chiave che devono essere valutati per l'elaborazione di linee guida per la prevenzione e la gestione dell'ipoglicemia del neonato. Questi punti chiave comprendono l'individuazione di piccoli che devono essere considerati "a rischio", i principi fondamentali su cui devono basarsi tutte le linee guida per la loro gestione, e la creazione di un diagramma di flusso efficace per guidare la pratica quotidiana. Il documento comprende una "check-list" che può essere usata come metodo per valutare la potenziale accuratezza ed efficacia di linee guida già esistenti o programmate.

Dato che gli ospedali si collocano su livelli variabili nei confronti dell'implementazione degli standards di migliore attuazione della Baby Friendly Initiative ed utilizzano "policies" differenti per decidere quali neonati seguire in reparti di degenza post natale, lo sviluppo di un singolo tipo di linee guida per tutte le unità sarebbe irrealizzabile. Comunque, quando tale orientamento venga adattato all'area operativa di vostra pertinenza, è essenziale che vi siano incluse tutte le misure di sicurezza e che l'intero regolamento sia comprensibile per il personale, facile da utilizzare, sicuro per tutti i neonati e protettivo dell'allattamento al seno.

Quali sono i neonati "a rischio"?

I neonati sani a termine spesso si alimentano poche volte durante le prime 24-48 ore dopo la nascita. Poiché sono capaci di mobilizzare le riserve energetiche attraverso un processo noto come contro-regolazione, risulta improbabile che possano subire qualsiasi tipo di effetto dannoso. Alcuni neonati, tuttavia, sono meno capaci di attuare questa risposta, per esempio i prematuri, i piccoli per l'età gestazionale, quelli con sofferenza alla nascita o quanti risultano affetti da infezione neonatale. Inoltre, i neonati di madre diabetica possono inizialmente produrre troppa insulina, condizione che li predispone a livelli glicemici più bassi. Un periodo prolungato di ipoglicemia, in particolare se si associa a segni clinici ("ipoglicemia sintomatica") può condurre ad un danno neurologico. Non bisogna credere che soltanto i neonati allattati al seno risultano a rischio. Infatti anche i neonati alimentati con latte artificiale che ricadono nelle categorie "a rischio" devono essere strettamente controllati, seguendo le linee guida, e le loro madri sostenute per ottenere una alimentazione efficace.

Elaborazione delle linee guida

Linee guida ben articolate forniscono una base solida per implementare e mantenere i migliori standard nei confronti dell'allattamento al seno. Quindi, è essenziale che tali documenti vengano presentati in un modo che fornisca chiare istruzioni ai membri del personale che hanno il compito di implementarli. Quando si deve decidere sulla gestione del neonato "a rischio" spesso il personale si trova di fronte ad un dilemma tra proteggere l'allattamento al seno e garantire un adeguato apporto nutrizionale al neonato. Come conseguenza, i neonati allattati al seno che richiedono una integrazione con latte artificiale possono non riceverla oppure, al contrario, il latte artificiale può essere somministrato anche se non strettamente necessario. Analogamente, in mancanza di un chiaro orientamento, il personale può essere portato a sottostimare il rischio di ipoglicemia di fronte a neonati vulnerabili, alimentati con latte artificiale ed in tal modo è possibile che l'ipoglicemia non sia prevenuta e gestita efficacemente.

Durante la produzione di linee guida per la prevenzione e la gestione dell'ipoglicemia, è essenziale coinvolgere tutte le discipline ed i gruppi di personale interessati, dal momento che ciò determinerà un aumento sia nell'accettazione che nell'adesione. Anche la formazione del personale su come implementare le linee guida risulta essenziale. L' "audit" dell'efficacia delle linee guida, che comprenda anche le percentuali di ricovero in TIN e l'utilizzo di pasti di integrazione per neonati allattati al seno, consentirà una ulteriore valutazione dell'efficacia delle linee guida.

Sebbene scopi e significati esatti delle linee guida potranno variare da ospedale ad ospedale, certi principi cardine devono costituire le basi

Linee guida sull'ipoglicemia – Principi di base

- E' necessario individuare correttamente i neonati "a rischio" e gestirli in modo adeguato.
- Per tutti i neonati allattati al seno, l'obiettivo deve essere quello di garantire che il fabbisogno nutrizionale venga soddisfatto quanto più possibile dall'allattamento al seno, oppure dall'utilizzo di colostro/latte materno spremuto (LMS). **L'allattamento al seno esclusivo ottimizza gli esiti di salute.** Inoltre, sembra che **il latte materno aumenti la capacità del neonato di contro-regolazione mentre grandi quantità di latte artificiale la annullino.**
- Se il neonato non è in grado di alimentarsi al seno in modo efficace, si deve incoraggiare la madre **a spremersi il latte al fine di aumentare al massimo la sua produzione latteica successiva.**
- Per i neonati alimentati artificialmente, l'obiettivo deve essere quello di garantire pasti frequenti ed efficaci.
- E' essenziale una osservazione efficace e continuata delle condizioni del neonato - una alimentazione inefficace può rappresentare un segno di malattia. Assicurarsi che il neonato mostri un normale livello di veglia risulta fondamentale per questo scopo. Il neonato deve essere svegliato e tirato su dalla culla per permettere una valutazione efficace del livello di coscienza.
- Le determinazioni della glicemia ottenute nelle prime 2 ore di vita non forniscono informazioni utili- le determinazioni fatte immediatamente dopo la nascita sono puramente indicative della glicemia materna. I valori glicemici possono poi aumentare nettamente fino all'inizio dei meccanismi di contro-regolazione.
- Se i valori glicemici restano inferiori ai minimi fissati nonostante l'allattamento al seno/LMS, il neonato deve essere nuovamente visitato da un pediatra per ulteriori indagini e per una gestione appropriata.

Linee guida come queste fanno riferimento al neonato “a rischio” che viene ritenuto in condizioni sufficientemente buone da essere seguito in un reparto post natale. Nel caso che qualsiasi neonato manifesti segni clinici di ipoglicemia, come alterato livello di coscienza, tono anormale o convulsioni, ciò può indicare una patologia sottostante. In questi neonati è necessario che il livello di soglia accettabile per il valore glicemico sia più elevato; inoltre devono essere urgentemente rivalutati dal pediatra e non restare in un reparto post natale.

Creazione di un diagramma di flusso efficace

Una serie di informazioni presentata in un semplice diagramma di flusso che fa passare il lettore da un'azione a quella immediatamente successiva offre il miglior modo di garantire una assistenza più efficace.

Se viene elaborato un diagramma di flusso, è opportuno prendere in considerazione i seguenti punti:

- Individuare e gestire il neonato a rischio
- Il linguaggio e le richieste sono facilmente compresi dal personale? - Provare il diagramma di flusso sul personale meno esperto
- La sequenza è logica – cioè le azioni cominciano dal principio e passano attraverso gli stadi richiesti?
- Vengono considerate tutte le possibili azioni? - Provare il diagramma di flusso su varie situazioni riguardanti scenari neonatali “reali”
- E' di facile lettura? – Considerare il personale stanco del turno notturno
- Il diagramma di flusso prende in considerazione la sicurezza del neonato una volta trascorso il periodo “a rischio”?

Un esempio di diagramma di flusso si può trovare alla fine di questo documento.

Check-list di autovalutazione

La check-list sotto riportata viene fornita per consentire un confronto con linee guida già presenti o programmate, per permettere di garantire che siano trattati tutti i punti essenziali e che venga attuata la migliore strategia possibile.

Nella colonna a destra vengono mostrate le note di orientamento.

La check-list si articola su 5 sezioni

- Punti essenziali per tutti i neonati “a rischio”
- Pratiche raccomandate alla nascita
- Pratiche raccomandate per sostenere l'allattamento al seno
- Assistenza per i neonati alimentati artificialmente
- Garanzia di un controllo glicemico accurato ed efficace

Confrontate le vostre linee guida con la check-list e decidete se, nelle vostre linee guida, ogni punto è trattato in modo chiaro, parzialmente o in modo ambiguo (non chiaro) o non trattato affatto ed apponete un segno nella colonna corrispondente.

Punti essenziali per tutti i neonati "a rischio"				
Punto n°	Punti essenziali	Il punto è (segnare un'opzione)		Note esplicative
		Trattato in modo chiaro	Non chiaro / Non trattato	
1	Le linee guida sono scritte nel formato previsto dall'Istituzione e comprendono la data dell'eventuale revisione			Per garantire la compliance con la politica dell'Istituzione ed i requisiti CNST
2	Le linee guida sono utilizzate da tutto il personale			Come per tutte le linee guida, tutto il personale indipendentemente dal ruolo - deve seguire il piano assistenziale suggerito e documentare il motivo di ogni deviazione dalla linea guida
3	Documentazione: le linee guida chiariscono quale tipo di documentazione è richiesta ad es. tempo, segni clinici notati, valori della glicemia, terapia, risposta alla terapia.			L'ipoglicemia neonatale può costituire un segno precoce di altre patologie significative che richiedono ulteriori indagini e terapia (ad es.infezione). Quindi una documentazione accurata risulta essenziale
4	Monitoraggio: Le linee guida comprendono una spiegazione chiara della procedura di monitoraggio,per es. l'audit dei ricoveri in TIN, [audit]delle integrazioni per i neonati allattati al seno. Il monitoraggio deve comprendere quanto necessario per il piano d'azione e per la sua implementazione, e le valutazioni tramite audit dovrebbero individuare qualsiasi difetto assistenziale			Risulta essenziale la valutazione continua dell'efficacia delle linee guida sullo standard assistenziale fornito, specificando le azioni da attuare in caso di deficit.
5	Le linee guida comprendono un diagramma di flusso che guida il lettore ad azioni logiche ed efficaci			Il diagramma di flusso deve comprendere suggerimenti per l'assistenza relativi ai punti 8-29 della check list. Seguire le linee di azione permetterà di fornire una assistenza efficace che non esponga a rischio il neonato, riducendo nello stesso tempo al minimo il potenziale utilizzo di integrazioni di formula

<p>6</p>	<p>La linea guida comprende un elenco accurato dei neonati che sono ad aumentato rischio di ipoglicemia</p>				<p>Devono essere considerati "a rischio" i seguenti gruppi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Prematuri (<37 sett. gestazione) ■ SGA (la definizione deve essere in accordo con gli standards locali es <2°centile) ■ Basso peso alla nascita (<2.5Kg) ■ Diabete materno ■ Ipotermia ■ Infezione/altra patologia neonatale* ■ Grave asfissia intrapartum* ■ Uso materno di betabloccanti, come labetalolo <p>* Questi neonati inizialmente possono non trovarsi in un reparto post natale ma possono richiedere un monitoraggio in reparto durante il ricovero</p>
<p>7</p>	<p>Le linee guida non definiscono come "a rischio" ogni neonato per cui non sia disponibile alcuna evidenza a sostegno di tale definizione.</p>				<p>Non c'è alcuna evidenza per classificare neonati di peso elevato come "a rischio" in assenza di diabete materno. Tuttavia è importante prestare attenzione al neonato di aspetto macrosomico che presenta una condizione di iperinsulinismo.</p>
<p>8</p>	<p>Le linee guida descrivono misure efficaci per controllare il benessere del neonato, cioè <i>Prima della poppata controllare:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Livello di coscienza ■ Tono ■ Temperatura ■ Attività respiratoria ■ Colore/perfusione 				<p>Viene richiesto un frequente e documentato controllo del benessere del neonato</p>

9	<p>Le linee guida comprendono una descrizione efficace dei segni clinici di ipoglicemia, cioè <i>Se un neonato non sta bene o mostra segni di ipoglicemia quali livello alterato di coscienza, apnea, cianosi, ipotermia, o convulsioni, dovrebbe essere inviato urgentemente al pediatra</i></p>				<p>Segni clinici (o "sintomi") indicano che il neonato è vulnerabile dal danno derivato dall'ipoglicemia; quindi per loro è necessario un intervento immediato. Il personale deve conoscere i sintomi dell'ipoglicemia, in modo tale da essere in grado di individuare tali situazioni.</p>
10	<p>Le linee guida comprendono una definizione chiara di "iper eccitabilità"</p>				<p>L'"iper eccitabilità" non rappresenta un segno decisivo di ipoglicemia. Molti neonati possono sembrare ipereccitabili alla manipolazione, quindi si suggerisce la seguente definizione : <i>"Movimenti esagerati ripetitivi di uno o più arti, che sono non provocati e di solito relativamente veloci. E' importante assicurarsi che questo movimento non sia semplicemente una risposta a degli stimoli".</i></p>

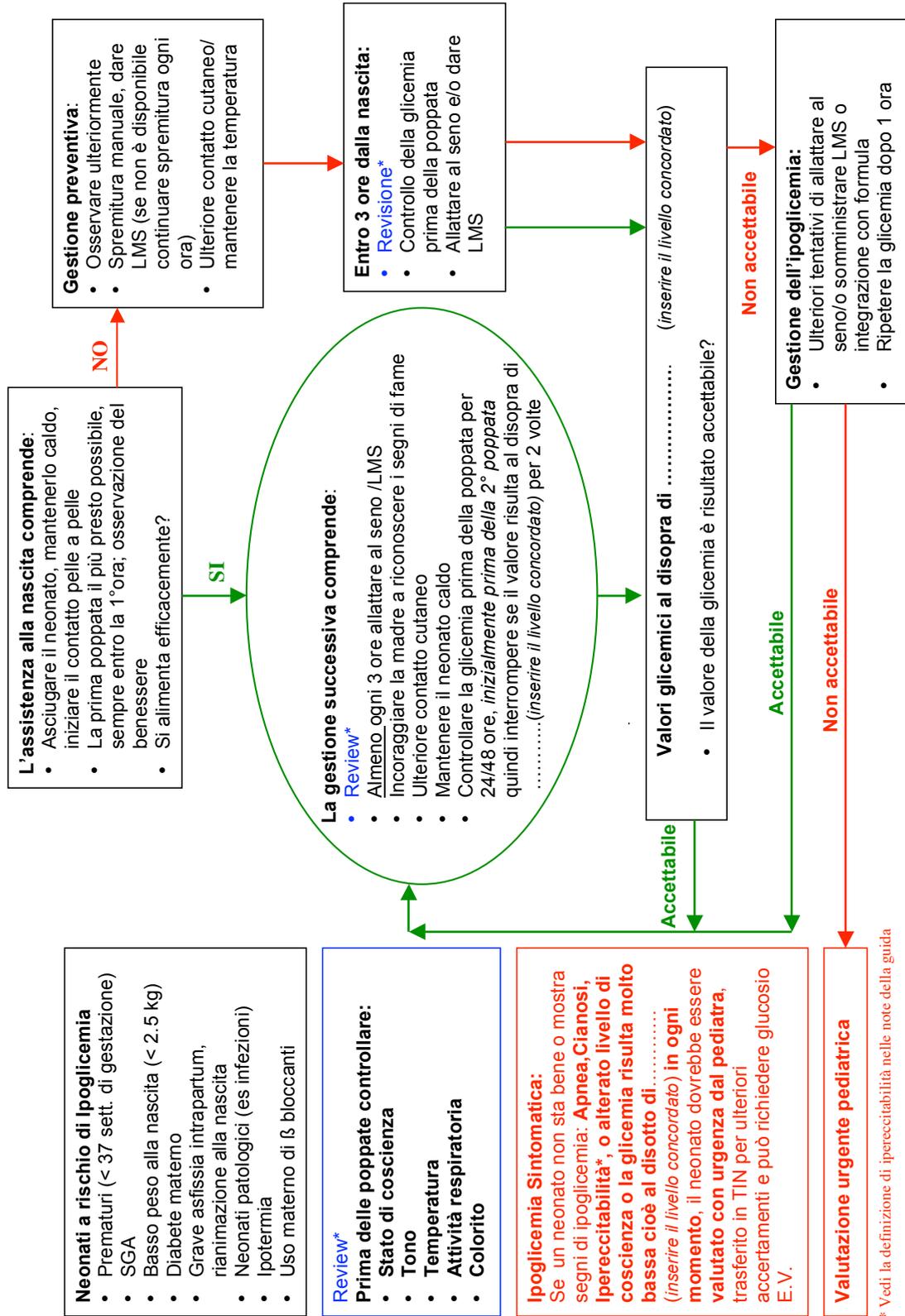
PRATICHE RACCOMANDATE ALLA NASCITA				
Punto n°	Pratica Raccomandata	Il punto è (segnare un'opzione)		Note esplicative
		Treatato in modo chiaro	Non trattato	
11	Devono essere offerti a tutte le madri il contatto pelle a pelle alla nascita e l'aiuto per l'allattamento al seno precoce (a meno che il neonato non richieda un trasferimento immediato alla TIN)			La linea guida deve riconoscere l'importante ruolo del contatto precoce pelle a pelle nel mantenere la temperatura – e quindi la stabilità dei valori glicemici – nel neonato, e nel promuovere un allattamento al seno precoce..
	Pratiche raccomandate a sostegno dell'allattamento al seno			
12	Uso del contatto pelle a pelle prolungato per sostenere la termoregolazione, il benessere emozionale e l'allattamento al seno			Il contatto pelle a pelle prolungato continuerà a favorire la termoregolazione e ad incoraggiare poppate al seno frequenti. Deve essere mantenuta una temperatura corporea normale; poiché è più probabile che l'ipoglicemia si verifichi quando i neonati si raffreddano Le madri dei neonati "a rischio" devono essere incoraggiate a rispondere ai segnali di fame precoci non appena il loro piccolo li mostri. Comunque non si deve aspettare che questi neonati mostrino tali segnali e quindi è necessario un approccio proattivo alla frequenza delle poppate.
13	Insegnare alle madri a riconoscere i segnali precoci di fame			Per favorire un rapido adattamento metabolico, sono necessarie poppate frequenti ed efficaci. La linea guida deve chiarire che: <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'intervallo tra le poppate non deve mai superare le 3 ore; spesso sono necessarie poppate più frequenti per garantire l'assunzione di una quantità di latte sufficiente. E' opportuno offrire il seno al neonato ogni qualvolta mostri segni di fame, anche se ciò si verifica in un intervallo di tempo inferiore a 3 ore dalla poppata precedente.
14	Poppate frequenti <u>almeno</u> ogni 3 ore			

15	Le madri devono essere sostenute per allattare al seno ad ogni poppata.				I neonati "a rischio" che sono capaci di succhiare in modo adeguato devono continuare ad essere allattati al seno
16	Se non è possibile effettuare la poppata al seno, la madre viene incoraggiata alla spremitura manuale frequente con offerta di latte materno spremuto (LMS)				Se il valore della glicemia risulta basso nonostante un allattamento al seno frequente, è necessario fornire una integrazione con LMS tramite sondino naso-gastrico, o bicchierino. L'assunzione frequente di piccole quantità di colostro si accompagna a facile digestione ed assorbimento da parte del neonato.
17	L'integrazione con latte artificiale è raccomandata soltanto se il valore della glicemia risulta al di sotto dei limiti fissati e se l'allattamento al seno/oppure il LMS non sono stati efficaci o non sono stati sufficienti per far aumentare la glicemia a livelli accettabili				Se il valore della glicemia risulta al di sotto dei limiti fissati nonostante l'allattamento al seno frequente insieme all'uso di LMS, è necessario ricorrere ad una fonte energetica alternativa, che può essere ottenuta somministrando latte artificiale
18	Nel caso sia necessaria una integrazione con latte artificiale a seguito di una ipoglicemia documentata, ne viene offerta con il bicchierino una quantità adeguata (ad es. 8-10 ml/kg)				Se viene richiesta una integrazione della poppata a seguito di un basso valore glicemico, è necessario offrire una quantità di latte artificiale o LMS sufficienti ad ottenere un aumento glicemico accettabile, con incrementi giornalieri in base all'età del neonato
18	Il piano di cura viene discusso con i genitori e le spiegazioni sono documentate				Le indicazioni per la prescrizione di latte artificiale devono essere discusse con i genitori e documentate
	Assistenza per i neonati alimentati artificialmente				
19	Garantire che il neonato si mantenga caldo, anche ricorrendo all'utilizzo del contatto pelle a pelle				Il contatto pelle a pelle prolungato continuerà a favorire la termoregolazione. Deve essere mantenuta una temperatura corporea normale, poiché è più probabile che l'ipoglicemia si verifichi quando i neonati si raffreddano

20	Insegnare alle madri a riconoscere i segnali precoci di fame				Le madri dei neonati "a rischio" devono essere incoraggiate a rispondere ai segnali di fame precoci non appena il loro piccolo li mostri. Comunque non si deve aspettare che questi neonati mostrino tali segnali e quindi è necessario un approccio proattivo alla frequenza delle poppate.
21	Pasti frequenti, <u>almeno</u> ogni 3 ore, offrendo quantità di latte artificiale sufficiente per consentire di mantenere la glicemia. Tali quantità devono essere calcolate utilizzando criteri concordati localmente				E' possibile che la capacità del neonato di utilizzare i corpi che tonici possa essere limitata dall'uso di latte artificiale, quindi sono necessari pasti frequenti di quantità sufficienti per garantire che i valori glicemici si mantengano accettabili. La linea guida deve chiarire che: <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'intervallo tra i pasti non deve mai superare le 3 ore; ▪ Al neonato può essere offerto il pasto ogni qualvolta mostri segni di fame, anche se ciò si verifica in un intervallo di tempo inferiore a 3 ore dal pasto precedente.
22	Le madri dovranno essere sostenute con l'insegnamento delle tecniche di alimentazione artificiale finchè non ne siano padrone.				Garantire una introduzione di quantità adeguate, come conseguenza di un efficace apprendimento delle tecniche di alimentazione.

Garantire un monitoraggio accurato ed efficace della glicemia				
Punto n°	Raccomandazione	Il punto è (segnare un'opzione)		Note esplicative
		Trattato in modo chiaro	Non chiaro / Non trattato	
23	La definizione del livello glicemico cui corrisponde la diagnosi di ipoglicemia risulta conforme alle linee guida dell'OMS (<2.6mmol/l [< 45 mg/dl]), NICE(<2.0mmol/l [< 35 mg/dl]) oppure ad un protocollo basato sull'evidenza sul cui utilizzo c'è accordo localmente			Il valore corrispondente alla diagnosi di ipoglicemia deve essere conforme alle linee guida OMS ¹ NICE ² oppure ad altre evidenze di qualità (ad es. ^{4,5})
24	La prima glicemia deve essere determinata prima della seconda poppata a meno che il neonato risulti in precedenza sintomatico. La determinazione routinaria non deve mai essere effettuata prima delle 2 ore di vita.			La glicemia non deve mai essere i determinata di routine in neonati asintomatici prima delle 2 ore di vita. Prima di questo momento i neonati presentano fisiologicamente un decremento della glicemia che si risolve anche in assenza di apporto nutrizionale ² . E' probabile che la determinazione così precoce della glicemia porti ad un intervento non necessario
25	Continuare il controllo [glicemico] prima della poppata finchè il neonato risulti stabile.			E' più probabile che l'ipoglicemia si verifichi nelle prime 24-48 ore di vita. Il controllo eseguito prima della poppata consente di individuare i più bassi livelli [glicemici] possibili
26	Utilizzare uno strumento accurato di misura (e non le strisce reattive)			Le determinazioni eseguite con strisce reattive non sono adatte per la diagnosi di ipoglicemia neonatale e pertanto non devono essere utilizzate
27	E' necessario il supporto di una determinazione eseguita in laboratorio se lo strumento utilizzato in reparto non viene ritenuto accurato per valori al di sotto di 2.6 mmol/l [< 45 mg/dl]			Ogni valore glicemico basso determinato utilizzando un test al letto del paziente deve essere confermato usando un metodo di qualità garantita od in laboratorio.

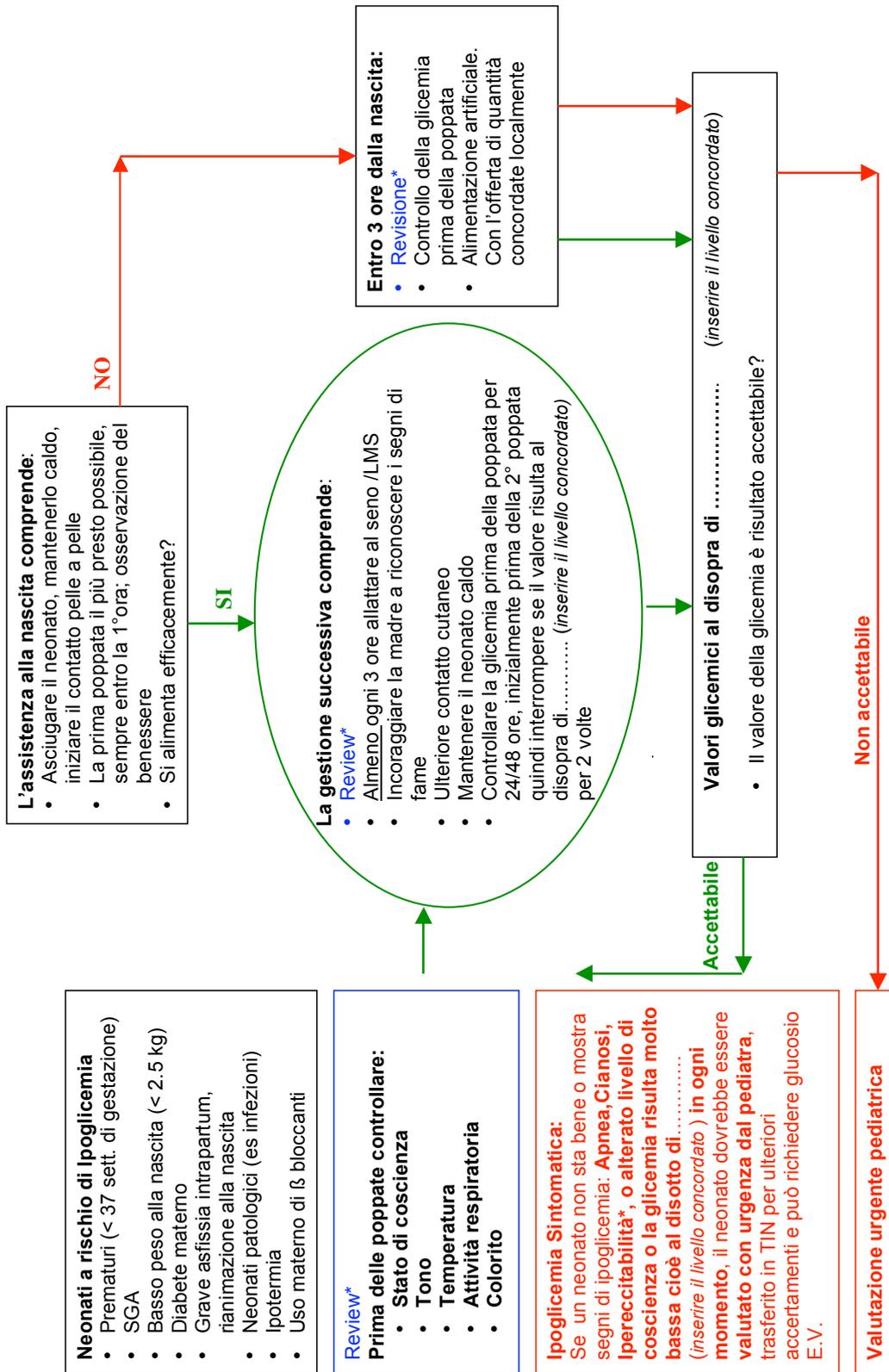
Esempio di un diagramma di flusso per la gestione di neonati ALLATTATI AL SENO a rischio di ipoglicemia



* Vedi la definizione di ipereccitabilità nelle note della guida

NB: Queste sono linee guida: situazioni individuali possono richiedere una gestione diversa

Esempio di un diagramma di flusso per la gestione di neonati alimentati con latte artificiale a rischio di ipoglicemia



NB: Queste sono linee guida: situazioni individuali possono richiedere una gestione diversa

Applicazione del Passo 7 H/ 4 C

Criteria per il Passo 7 BFHI e parte del Passo 4 BFCI

Tutti i bambini devono stare accanto alle loro madri 24 ore al giorno durante la degenza a meno che la salute di uno dei due lo impedisca o che la madre abbia scelto in piena consapevolezza di non tenere il proprio bambino con sé. L'applicazione del rooming-in totale, che va offerto a tutte le mamme e che deve caratterizzare l'organizzazione delle attività e degli spazi assistenziali, è un passo cruciale per la promozione dell'allattamento. Per questo al momento della visita di valutazione tutte le mamme saranno viste con il loro bambino accanto, salvo che per particolari ragioni mediche che dovranno essere motivate dagli operatori. Nella comunità, tutte le madri devono essere incoraggiate a mantenere i loro bambini vicini, nella stessa stanza, anche durante la notte. Gli operatori dovrebbero spiegare le ragioni di questa indicazione e fornire informazioni complete sulla condivisione del letto per consentire ai genitori di fare una scelta pienamente informata.

Guida per l'applicazione del Passo 7 BFHI e parte del Passo 4 BFCI

1. Motivazione

La madre deve essere informata sul fatto che il rooming-in l'aiuta a conoscere il bambino e facilita l'avvio dell'allattamento

Mantenere il bambino accanto a sé permette alla madre di conoscerlo e di riconoscere i segnali di fame. Il rooming-in facilita l'allattamento a richiesta, e quindi il pieno avvio dell'allattamento. Il rooming-in permette inoltre alla madre di rendersi conto in modo più realistico dei bisogni del bambino e dei suoi ritmi rispetto a vederlo soltanto in alcuni momenti. Mantenere la madre e il neonato insieme aiuta anche a ridurre i rischi di infezione e di sindrome della morte improvvisa (SIDS) per il bambino e permette alla madre di ridurre l'ansia rispetto alla sicurezza del suo bambino. Tutte queste informazioni devono essere trasmesse alle madri, rinforzando o completando i messaggi forniti precedentemente secondo gli *Standard*.

La pratica del rooming-in del reparto maternità deve essere sempre offerta a tutte le madri

Il rooming-in, 24 ore su 24, deve essere il normale metodo assistenziale offerto nel reparto maternità a tutte le madri e bambini e non dovrebbe essere enfatizzato l'utilizzo di una stanza designata come "nido", destinata ai soli casi eccezionali. Le madri devono essere incoraggiate a continuare a tenere il loro bambino vicino a sé di giorno e di notte anche una volta tornate a casa.

In caso siano necessarie specifiche attività diagnostiche ed assistenziali i bambini devono poter rimanere con le loro madri, le quali, finché è possibile, dovrebbero accompagnarli ed essere presenti alle attività stesse. Un eventuale distacco in ogni caso deve essere giustificato da precise e limitate ragioni mediche.

Il taglio cesareo non deve impedire il rooming-in

Sia in caso di parto fisiologico che di taglio cesareo elettivo con anestesia loco-regionale, di norma non deve esserci alcuna separazione tra mamma e bambino dal momento del parto all'inizio del rooming-in.

Per le madri che hanno avuto taglio cesareo con anestesia generale il rooming-in deve iniziare non appena sono sveglie e in grado di occuparsi del figlio.

2. Facilitare scelte informate sul rooming-in in ospedale

Gli operatori dovrebbero facilitare in ogni modo l'adesione delle madri al rooming-in

È possibile che non tutte le madri desiderino o si aspettino di rimanere con il proprio bambino per tutta la degenza ospedaliera, sarà pertanto necessario che in questi casi, gli operatori spieghino l'utilità del rooming-in e il motivo per cui viene offerto. Una madre che, nonostante questa spiegazione, decide di rimanere separata dal proprio bambino dovrà, prima di tutto, essere informata e rassicurata su dove il bambino sarà collocato e su chi avrà cura di lui, ma anche le dovranno essere ricordate le conseguenze negative sull'avvio dell'allattamento e le false credenze sui ritmi di riposo e sugli altri supposti benefici della separazione. In ogni caso l'operatore non offrirà attivamente questa possibilità. La scelta informata e consapevole va documentata in cartella.

Si ricorda che il senso dell'offerta assistenziale di un Ospedale Amico dei Bambini è quella di assicurare la continuità del contatto tra mamma e figlio e che quindi dovrà essere garantita ogni necessaria presenza di supporto alle mamme che per qualsiasi ragione non siano in grado di occuparsi autonomamente del loro bambino.

3. Vicinanza madre-bambino nella BFCI

Facilitare il proseguimento della vicinanza madre-bambino una volta a casa

Le madri devono essere informate circa l'importanza di fare in modo che il bambino stia vicino a loro anche una volta tornate a casa. Ciò permetterà loro di riconoscere tempestivamente i segnali di fame e quindi di rispondere efficacemente alla necessità del bambino di poppare prima che diventi troppo inquieto (vedi anche Passo 8 BFHI/ Passo 4 BFCI), favorendo così il pieno avvio e il consolidamento dell'allattamento. Mantenere il neonato nella stessa stanza della madre, come è noto, riduce l'incidenza della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS).

La vicinanza con il bambino deve essere oggetto di colloquio e raccomandata a tutte le madri.

È importante l'atteggiamento degli operatori davanti alle preoccupazioni delle madri sulle poppate notturne

Le poppate notturne sono fonte di preoccupazione per molte madri, che danno per scontato che dare al loro bambino un biberon di latte artificiale renderà più facile il riposo, ma la ricerca dimostra che i genitori di bambini allattati esclusivamente subiscono meno interruzioni di sonno. Dare un biberon durante la notte (in particolare con un sostituto del latte materno) può procurare difficoltà di allattamento di giorno, aumentando la probabilità del ricorso all'alimentazione artificiale con le note conseguenze. È quindi importante che gli operatori forniscano indicazioni e sostegno alle madri, perché allattino anche durante la notte, includendo le informazioni sul valore per quantità e qualità delle poppate notturne, nonché una discussione/dimostrazione su come allattare da sdraiate. Si ricorda che, dal momento che è comune per le madri addormentarsi in questa posizione, deve essere assolutamente trattato anche l'argomento della condivisione del letto in sicurezza (vedi punto 4, di seguito).

4. Condivisione del letto (bed sharing)

La condivisione del letto aiuta l'allattamento, ma può comportare rischi, in determinate circostanze

La condivisione del letto, con la madre finché il bambino è in ospedale o con altre persone (di solito i genitori) quando è a casa, è una prassi che facilita l'allattamento durante la notte e che, in un momento o in un altro, è praticata dalla maggioranza dei genitori. La condivisione del letto è, tuttavia, connessa con rischi per il bambino se praticata quando controindicata o in un ambiente non idoneo.

Procedure rigorose dovrebbero garantire la sicurezza della condivisione del letto in ospedale

In ospedale la condivisione del letto, oltre a facilitare l'allattamento, è anche un'alternativa utile all'allontanamento di un bambino troppo inquieto dalla madre, che deve avvenire in un contesto di sicurezza. Devono essere pertanto adottate procedure rigorose per garantire la sicurezza, comprendenti una chiara specificazione delle controindicazioni alla condivisione del letto e un orientamento sulle precauzioni da adottare. Queste dovrebbero includere una maggiore vigilanza degli operatori sul benessere della coppia madre-bambino mentre sono a letto. La *Politica* dovrebbe essere sostenuta da una formazione adeguata che consente agli operatori la sua attuazione.

Alcuni punti nascita utilizzano una culla che si attacca al letto della madre, permettendole di occuparsi facilmente dei bambini durante la notte senza i rischi associati alla condivisione del sonno.

I genitori devono poter usufruire di informazioni complete per evitare pericolose situazioni di condivisione del sonno

Gli operatori sia del punto nascita che dei servizi territoriali devono curare con attenzione la trasmissione di informazioni sulle condizioni ottimali per la condivisione del sonno e sulle precauzioni da adottare una volta a casa che devono includere

- evitare di addormentarsi sui divani
- non addormentarsi con il bambino nel letto se fumatori
- non addormentarsi con il bambino nel letto in casi di ridotte condizioni di vigilanza (droga, alcool, eccesso di stanchezza, malattie, ecc)
- non addormentarsi con il bambino nel letto se mancano le condizioni ottimali (temperatura eccessiva, nato prematuro o sottopeso, più persone nel letto, ecc)

La condivisione del letto va trattata durante la gravidanza e ribadita dopo la nascita, indipendentemente dall'intenzione di praticarla o meno.

5. Autovalutazione e monitoraggio

È fondamentale monitorare la ragione delle separazioni

Si sottolinea anche in questo Passo la necessità di avere un adeguato monitoraggio. Un semplice controllo dell'incidenza delle separazioni darà i dati di base, tuttavia, un controllo della documentazione dei singoli casi che permetta di analizzare perché le separazioni sono avvenute fornirà più informazioni approfondite e consentirà di affrontare il problema, riorientando le attività e la formazione degli operatori. Anche qui si ribadisce l'utilità sia di una *checklist* sia di un'*autovalutazione* (già descritte nei Passi 3 e 4).

Riferimenti bibliografici per il Passo 7 BFHI e Passo 4 BFCI

1. De Carvalho, M., Klaus, M. H., & Merkatz, R. B. (1982). Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. *American Journal of Diseases of Children*, 136(8), 737-738.
2. Soetjningsih & Suraatmaja, S. (1986). The advantages of rooming-in. *Paediatrica Indonesiana*, 26(11-12), 229-35.
3. Yamauchi, Y. & Yamanouchi, I. (1990). The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 79(11), 1017-1022.
4. Mikiel-Kostyra, K., Mazur, J., & Boltruszko, I. (2004). Il contatto pelle a pelle incrementa la durata dell'allattamento esclusivo al seno (abstract di effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: A prospective cohort study. *Acta paediatr* 2002; 91(12):1301-1306). *L'Allattamento Moderno*, XII(42), 16-16.
5. McKenna, J J e T McDade. (2005). Why babies should never sleep alone: A review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. *Paediatr.Respir.Rev.* 6 (2): 134-152. http://www.naturalchild.org/james_mckenna/cosleeping.pdf
6. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. (2005). The changing concept of sudden infant death syndrome: Diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 116 (5): 1245-1255. <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;116/5/1245>
7. UNICEF UK Baby Friendly Initiative & Foundation for the Study of Infant Deaths (2005). *Condividere il letto con il vostro bambino: Una guida per la madri che allattano*. <http://www.aicpam.org/docs/UNICEF/Condividere%20Nuovo.pdf>
8. Ball, H. L., Ward-Platt, M. P., Heslop, E., Leech, S. J., & Brown, K. A. (2006). Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Archives of Disease in Childhood*, 91(12), 1005-10.
9. Doan, T., Gardiner, A., Gay, C. L., & Lee, K. A. (2007). Breast-Feeding increases sleep duration of new parents. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 21(3), 200-6.
10. Valenari, L., Bonichini, S., & Speri, L. (2008). Pratiche ospedaliere a confronto: Effetti su allattamento, ansia, depressione postpartum e alcune caratteristiche del bambino . *Quaderni ACP*, 15(6), 244-48. Disponibile a [http://db.acp.it/Quaderni2007.nsf/a8a5dc61c3e15237c1256f9e002f9c64/c3f6c19092e3faf3c125753e00323782/\\$FILE/244-248.pdf](http://db.acp.it/Quaderni2007.nsf/a8a5dc61c3e15237c1256f9e002f9c64/c3f6c19092e3faf3c125753e00323782/$FILE/244-248.pdf)
11. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee (2008). Linee guida su cosleeping e allattamento (tratto da ABM clinical protocol #6: Guideline on co-sleeping and breastfeeding). *Breastfeeding Medicine*, 3(1). Retrieved August 18, 2010, from <http://alibablog.wordpress.com/2009/06/30/posso-dormire-con-il-mio-bambino/>
12. Speri, L. e M. Brunelli (Eds.), (2009) *7 azioni per la vita del tuo bambino: Materiale informativo per gli operatori - GenitoriPiù* (2009 ed.). Roma: Ministero del Lavoro, della Salute e della Politiche Sociali. http://www.genitoripiu.it/documents/uploads/manuale_2010/GenitoriPiu_manuale.pdf
13. Vennemann, M. M., Bajanowski, T., Brinkmann, B., Jorch, G., Yücesan, K., Sauerland, C., et al. (2009). Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics*, 123(3), e406-10. <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/123/3/e406?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Does+breastfeeding+reduce+the+risk+of+sudden+infant+death+syndrome&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>

PUNTI CHIAVE PER OGNI FASE DELLA VALUTAZIONE - PASSO 7 BFHI/4 BFCI

Fase 1: Visita alla struttura e verifica documentazione

Si chiede al Responsabile del progetto di descrivere:

- come, dove e quando tutte le madri che accedono ai servizi vengono informate sugli argomenti della *Checklist Postnatale*
- in che modo viene registrata l'avvenuta trasmissione di informazioni alle madri

Fase 2: Competenze degli operatori

I valutatori verificheranno se:

- gli operatori conoscono gli argomenti di loro competenza
- gli operatori *coinvolti* sono pronti a fornire informazioni se non sono state date in precedenza.
- gli operatori *coinvolti* conoscono e quelli *dedicati* sono in grado di descrivere come spiegano alle madri gli argomenti delle *Checklist Postnatale* e in particolare l'importanza di tenere i bambini vicini.
- gli operatori *dedicati* sono pronti a fornire informazioni e/o insegnamento sulle competenze pratiche se non sono stati dati in precedenza.

Fase 3: Assistenza alle donne

I valutatori verificheranno se:
negli Ospedali

- madri e neonati rimangono insieme nella stessa stanza 24 ore al giorno
- un eventuale distacco viene giustificato da precise e limitate ragioni mediche o da scelta informata materna.
- le madri che scelgono di non stare con i loro bambini sono state informate sui rischi associati alla separazione dal bambino.

nella Comunità

- le madri vengono incoraggiate a tenere i bambini vicini giorno e notte
- alle madri vengono date informazioni
 - per rispondere ai bisogni del bambino durante le ore notturne
 - complete sulle prove scientifiche relativamente a rischi e benefici della condivisione del letto e sugli accorgimenti appropriati da adottare

Dopo il riconoscimento

- I risultati del monitoraggio annuale vanno inviati all'UNICEF

Nota importante

Il Passo 4 BFCI, ha una portata più ampia rispetto al Passo 7 BFHI. Nella BFCI, il Passo 4 comprende elementi dei Passi 4, 5, 8 e 9 della BFHI. Occorre riferirsi ai criteri di questi Passi per comprendere a pieno i requisiti del Passo 4 BFCI.

Applicazione del Passo 8 H/ 4 C

Criteria per il Passo 8 BFHI e parte del Passo 4 BFCI

Le madri che allattano devono essere incoraggiate ad allattare i loro bambini a richiesta. Non ci dovrebbero essere né restrizioni alla frequenza né alla durata delle poppate, ad eccezione dei casi in cui è clinicamente indicato. L'allattamento a richiesta discende da una corretta applicazione del rooming-in e dall'attuazione di tutti i passi precedenti. È necessario inoltre che la struttura superi ogni forma organizzativa di ostacolo a questo importante fattore per un corretto e solido avvio dell'allattamento esclusivo, rinunciando a pratiche dannose come per esempio l'allattamento ad orari fissi e di durata regolamentata.

Guida per l'applicazione del Passo 8 BFHI e parte del Passo 4 BFCI

1 Definizione e motivazioni

L'allattamento a richiesta efficace garantisce un'adeguata produzione di latte

L'allattamento a richiesta significa consentire a ogni bambino di poppare in base a un modello dettato dalle sue esigenze e quelle di sua madre. È la chiave per il successo nell'avvio e nel mantenimento dell'allattamento e deve avvenire in una situazione serena e senza pressioni. Oltre a consentire un trasferimento di latte sufficiente per il bambino, assicura che il seno riceva adeguata stimolazione e consente sia alla madre sia al bambino di esercitarsi con successo nella posizione e nell'attacco al seno.

Le madri hanno bisogno di comprendere i segnali di fame per rispondere in modo adeguato ai loro bambini

L'allattamento a richiesta non significa alimentare i bambini solo quando piangono; significa alimentarli quando chiedono di essere nutriti. I neonati, infatti, quando sono pronti a mangiare mostrano segnali di fame (come spostare la testa, fare movimenti della mano verso la bocca, succhiare il pugno e cercare il seno). Gli operatori *dedicati* devono garantire che le madri siano messe a conoscenza del significato di questi movimenti in modo che possano rispondere in modo tempestivo. Alcuni punti nascita hanno affisso in ogni stanza una lista dei primi segnali di fame, per evidenziarne l'importanza e aiutare le madri a rilevarli. Al fine di riconoscerli è chiaramente importante per la madre stare vicino al suo bambino, sia durante il giorno che di notte (vedi Passo 7 BFHI/Passo 4 BFCI).

La poppata può essere avviata anche su iniziativa della madre se i suoi seni sono pieni

L'allattamento a richiesta è spesso inteso come a richiesta del bambino, ma è importante che le madri sappiano che anche loro possono iniziare una poppata, per esempio se i loro seni sono pieni. Questo è un modo importante di prevenire alcune delle più comuni difficoltà dell'allattamento, come l'ingorgo o il dotto ostruito. Allo stesso modo, se un bambino poppa di rado, la madre deve essere informata circa il valore del contatto pelle a pelle, della spremitura manuale e della stimolazione del seno e dei capezzoli come modi per incoraggiare il bambino a poppare e per mantenere la produzione di latte. A tutte le mamme deve essere offerto consiglio e sostegno perché siano in grado di riconoscere quando è necessario attaccarlo al seno se la mammella è troppo piena. L'eventuale uso di un tiralatte è indicato solo nel caso di insuccesso del tentativo di attaccare il bambino al seno.

Non ci dovrebbero essere restrizioni sulla frequenza o sulla durata delle poppate

L'allattamento a richiesta non si riferisce solo alla frequenza delle poppate, ma anche alla loro durata. Di norma le madri dovrebbero essere consigliate di lasciare decidere al bambino la durata della poppata, offrendo il secondo seno, quando il bambino si stacca spontaneamente dal primo. Tuttavia, sia gli operatori sia le madri devono essere consapevoli che il persistere di poppate troppo prolungate può significare che l'attacco è poco efficace, e che è necessario un intervento di aiuto qualificato.

Anche se la raccomandazione di alimentare i bambini quando vogliono e per tutto il tempo che desiderano è basata sulle evidenze scientifiche e promossa da diversi anni, gli operatori devono essere consapevoli della persistenza per molte madri e molte nonne dell'aspettativa che i bambini saranno nutriti con orari rigidi. È quindi importante assicurare che tutte le madri comprendano che cosa significa l'allattamento a richiesta e perché è così importante.

2. Gestire i neonati sonnolenti

Dovrebbe esistere un protocollo per la cura dei bambini che sono riluttanti a poppare

Alcuni bambini appena nati non sono in grado per svariate ragioni di richiedere un numero di poppate sufficiente per le proprie esigenze. Per questi bambini, è di vitale importanza essere incoraggiati a poppare spesso e alle madri devono essere date indicazioni su come si possa fare, attraverso tecniche come il contatto pelle a pelle e la spremitura di latte. A tutte le mamme deve essere offerto consiglio e sostegno perché siano in grado di riconoscere quando è necessario svegliare il proprio bambino per la poppata, nel caso dorma troppo. Un protocollo rigoroso per la cura dei bambini che sono riluttanti ad alimentarsi assicurerà che questi non siano sottoposti ad accertamenti inutili o pasti supplementari ingiustificati (vedi anche l'attuazione del Passo 6 BFHI/Passo 5 BFCI).

È importante informare i genitori sulle situazioni particolari che possono presentare problemi nell'allattamento a richiesta

In situazioni particolari (come quelle di un neonato piccolo per età gestazionale e/o nato pretermine o prossimo al termine e/o itterico e/o sonnolento a causa della somministrazione di farmaci durante il parto e/o se i seni sono gonfi e dolenti) spesso i bambini non poppano in maniera efficace. Di conseguenza, possono entrare in una spirale di crescente mancanza di energia. Gli operatori della comunità, in particolare, devono prestare attenzione al bambino troppo "buono" che chiede solo poche poppate nelle 24 ore e devono essere pronti ad intervenire per garantire poppate efficaci e frequenti. Dare un'idea realistica di un comportamento infantile normale contribuirà a garantire che i genitori siano in grado di riconoscere un bambino che non si comporta normalmente.

Se l'alimentazione va regolamentata, la madre deve sapere che è una misura temporanea

Se si impone clinicamente una frequenza stabilita di poppate, perché un bambino è piccolo, debole o malato, gli operatori sia in ospedale sia nei servizi territoriali devono assicurarsi che la madre comprenda che questo regime è solo temporaneo e che l'allattamento a richiesta è la meta finale, con la prospettiva di poppate più frequenti e/o un ritmo di poppate irregolare. Ciò è particolarmente importante in una situazione di ricovero in Patologia Neonatale oppure in Terapia Intensiva Neonatale, in cui un bambino può necessitare di seguire un ritmo particolare di poppate per diverse settimane prima che l'allattamento a richiesta diventi possibile.

3. Autovalutazione e monitoraggio

È fondamentale monitorare le ragioni delle difficoltà nell'allattamento a richiesta

È importante garantire che tutte le madri ricevano informazioni sull'allattamento a richiesta. Si sottolinea anche in questo Passo la necessità di avere un adeguato monitoraggio. Un semplice controllo dell'incidenza delle difficoltà negli allattamenti a richiesta darà i dati di base, tuttavia, un controllo della documentazione dei singoli casi che permetta di analizzare il perché fornirà più informazioni approfondite e consentirà di affrontare il problema, riorientando le attività e la formazione degli operatori. Anche qui si ribadisce l'utilità sia di una *checklist* sia di un'*autovalutazione* (già descritte nei Passi 3 e 4).

Riferimenti bibliografici per il Passo 8 BFHI e Passo 4 BFCI

1. Yamauchi, Y. & Yamanouchi, I. (1990). Breast-Feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 86(2), 171-5.
2. Perrine, C. G., Scanlon, K. S., Li, R., Odom, E., & Grummer-Strawn, L. M. (2012). Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics*. doi:10.1542/peds.2011-3633
3. Cox, K., Giglia, R., Zhao, Y., & Binns, C. W. (2014). Factors associated with exclusive breastfeeding at hospital discharge in rural western australia. *Journal of Human Lactation : Official Journal of International Lactation Consultant Association*. doi:10.1177/089033441454727

PUNTI CHIAVE PER OGNI FASE DELLA VALUTAZIONE - PASSO 8 BFHI/ 4 BFCI

Fase 1: Visita alla struttura e verifica documentazione

Si chiede al Responsabile del progetto di

- descrivere:
 - la procedura che garantisce che le madri che allattano sappiano riconoscere i segnali precoci di fame, siano consapevoli dell'importanza di un efficace trasferimento di latte, siano in grado di riconoscerlo e sappiano cosa fare in caso di insufficiente trasferimento di latte
 - le situazioni particolari in cui la madre potrebbe aver bisogno di guidare la frequenza delle poppate e svegliare il bambino per poppare finché la lattazione non sia ben avviata
- confermare che non esiste alcuna limitazione né alla frequenza né alla durata delle poppate all'interno della struttura

Fase 2: Competenze degli operatori

I valutatori verificheranno se

- gli operatori conoscono gli argomenti di loro competenza
- gli operatori *dedicati* sono in grado di descrivere come spiegano alle madri che allattano:
 - a riconoscere i segnali precoci di fame e la loro importanza;
 - a riconoscere un efficace trasferimento di latte e la sua importanza;
 - cosa fare in caso di un insufficiente trasferimento di latte;
 - le situazioni particolari in cui la madre potrebbe aver bisogno di guidare la frequenza delle poppate e svegliare il bambino finché la lattazione non sia ben avviata.

Fase 3: Assistenza alle donne

I valutatori verificheranno se le madri che allattano

- hanno ricevuto consiglio e sostegno per riconoscere i segnali di fame del proprio figlio
- sono state informate sull'importanza di:
 - allattare il proprio bambino senza alcuna limitazione né alla frequenza né alla durata delle poppate
 - riconoscere un efficace trasferimento di latte
- sono state informate circa la necessità di svegliare il bambino per la poppata nel caso in cui sia molto sonnolento o se il seno sia troppo pieno e dolente

Dopo il riconoscimento

- I risultati del monitoraggio annuale vanno inviati all'UNICEF

Nota importante

Il Passo 4 BFCI, ha una portata più ampia rispetto al Passo 8 BFHI. Nella BFCI, il Passo 4 comprende elementi dei Passi 4, 5, 7 e 9 della BFHI. Occorre riferirsi ai criteri di questi Passi per comprendere a pieno i requisiti del Passo 4 BFCI.

Applicazione del Passo 9 H/ 4 C

Criteria per il Passo 9 BFHI e parte del Passo 4 BFCI

Gli operatori sia del punto nascita che dei servizi territoriali devono garantire che le madri siano informate circa il possibile impatto sull'allattamento dell'uso di tettarelle e ciucci, in modo che possano prendere decisioni informate circa il loro uso. Alle madri che allattano deve essere spiegato perché si scoraggia l'uso di tettarelle e ciucci mentre i loro bambini stanno imparando a poppare.

Gli operatori non devono somministrare alimenti, compreso il latte materno, con una tettarella, senza assicurarsi che la madre abbia fatto una scelta pienamente consapevole in questa direzione.

Gli operatori del punto nascita non dovrebbero dare un ciuccio ad un bambino allattato a meno che non vi sia una indicazione clinica, e solo dopo aver ottenuto un consenso pienamente informato della madre. Sia durante la degenza che una volta tornate a casa le madri devono essere informate del potenziale effetto di un artificiale distanziamento delle poppate a causa dell'introduzione del ciuccio, con effetti negativi sulla lattazione.

Guida per l'applicazione del Passo 9 BFHI e parte del Passo 4 BFCI

1. Contesto

Le madri devono essere informate sulla potenziale interferenza di tettarelle o ciucci sull'allattamento

Il grado di danno all'allattamento che può essere causato dall'uso di tettarelle artificiali e ciucci è controverso. È probabile comunque che le caratteristiche meccaniche e dinamiche della tecnica utilizzata per succhiare una tettarella artificiale o un ciuccio possano causare difficoltà per i bambini che devono ancora acquisire le competenze necessarie per poppare al seno. In aggiunta, l'utilizzo di un ciuccio per calmare un bambino che altrimenti potrebbero attaccarsi al seno può essere dannoso per la produzione di latte materno, sia nel primo periodo postnatale (quando gli effetti possono essere permanenti) sia in seguito.

Per questi motivi, gli operatori devono raccomandare che l'uso di tettarelle e ciucci venga per quanto possibile evitato, mentre i bambini imparano a poppare, informando le madri sugli effetti potenzialmente negativi dell'uso del ciuccio sull'allattamento a richiesta, in modo che possano fare scelte informate e consapevoli.

2. L'uso di tettarelle

Quando le madri chiedono di dare un'aggiunta al loro bambino gli operatori devono ricordarsi di discutere le alternative all'uso di una tettarella

Davanti alla richiesta di una madre di dare al bambino "un biberon di qualcosa, un'aggiunta" va ricordata l'importanza per gli operatori di tenere ben distinte l'indicazione del sostituto del latte materno dalla modalità con cui questo viene somministrato. La richiesta della madre deve essere oggetto di approfondimento e i due problemi devono essere discussi separatamente. Una volta riflettuto sul possibile impatto dell'uso di una tettarella (sia sul bambino sia sull'esperienza di allattamento), gli operatori agiranno solo dopo che la madre abbia dato un esplicito consenso sulle modalità di somministrazione (oltre che un eventuale distinto consenso alla supplementazione - vedere anche "Applicazione del Passo 6 BFHI/Passo 5 BFCI").

Siringa e tazzina devono essere usate da persone addestrate

Siringhe o tazzine rappresentano una valida alternativa all'uso della tettarella, ma il loro uso richiede un minimo di addestramento pratico e un'adeguata conoscenza delle capacità del bambino. In generale, l'alimentazione con la siringa è adatta solo per volumi molto piccoli (meno di 5 ml); come è il caso del colostro, che è più denso del latte e può dunque essere meno facile da dare con la tazzina. L'alimentazione con la tazzina è un mezzo di alimentazione utile per un bambino che non è in grado di poppare. Funziona molto bene per i neonati pretermine, che sono troppo immaturi per poppare in modo efficace al seno, in quanto sfrutta la loro capacità di leccare.

La tazzina è anche utile per i bambini nati a termine che hanno difficoltà ad attaccarsi al seno, ma, a causa della loro tendenza a succhiare e non a leccare, può essere poco agevole e comportare sprechi, pertanto non rappresenta per questi bambini una soluzione a lungo termine.

Tettarelle possono essere introdotte una volta che l'allattamento è consolidato

Sembra che le tettarelle possano interferire con l'allattamento di alcuni bambini che stanno imparando a poppare. Tuttavia, una volta superato questo periodo, è improbabile che l'introduzione di una tettarella causi un problema. Questa informazione è particolarmente importante per le madri che allattano che hanno bisogno di lasciare il loro bambino con un'altra persona (ad esempio perché stanno tornando al lavoro) prima che il bambino sia abbastanza grande per bere direttamente da una tazza normale. Gli operatori devono comprendere e spiegare alle madri perché l'uso precoce della tettarella non è raccomandato nel primo periodo, ma che successivamente l'uso della tettarella può essere appropriato.

Il sostegno di operatori qualificati può aiutare le madri ad evitare la necessità di utilizzare metodi alternativi

Il ricorso sia a biberon sia a tazzine è in genere un indicatore di qualche difficoltà con all'allattamento per le madri e/o i bambini. Come nel Passo 6 BFHI/Passo 5 BFCI, il sostegno di operatori qualificati può aiutare le madri ad evitare la necessità di utilizzare questi metodi alternativi di alimentazione e permette loro di proseguire con l'allattamento esclusivo.

3. L'uso di ciucci

Aiuto e sostegno adeguati proteggono da un uso improprio del ciuccio

In generale e in condizioni fisiologiche, quando l'allattamento a richiesta è ben impostato, non c'è alcun bisogno del ciuccio, la cui assenza diventa un buon indicatore di un adeguato funzionamento. I ciucci infatti sono spesso utilizzati per calmare i bambini che sono irrequieti, quando questo è dovuto al fatto che non poppano efficacemente o perché hanno bisogno di poppare più frequentemente, segnali che potrebbe non essere riconosciuti dai genitori - o da parte degli stessi operatori. Adeguate informazioni e un sostegno qualificato sono fondamentali per garantire che l'uso del ciuccio non mascheri problemi di allattamento che dovrebbero invece essere risolti con altri mezzi. I genitori dovrebbero essere messi in grado di comprendere come l'utilizzo di un ciuccio possa avere ricadute negative sull'allattamento. Quando l'utilizzo del ciuccio è richiesto dalle madri, gli operatori devono spiegare il significato della raccomandazione a non farne uso almeno durante le prime 4-6 settimane di vita per la sua influenza negativa sulla produzione e sulla durata dell'allattamento esclusivo. Un eventuale decisione materna, assunta in piena consapevolezza, verrà registrata in cartella.

L'uso del ciucci è talvolta indicato per motivi clinici, come il controllo del dolore, in particolare quando non è possibile un intervento diretto della madre

Durante la degenza nel punto nascita, in particolare nei reparti di Patologia Neonatale o di Terapia Intensiva Neonatale, o nei servizi territoriali può essere previsto l'uso del ciuccio in particolari situazioni cliniche. Tali situazioni comprendono, per esempio, un bambino che deve sottoporsi ad una procedura dolorosa. In tali circostanze, gli operatori devono comunque sempre preferire l'esecuzione della procedura con il neonato attaccato al seno. In tali circostanze gli operatori dovrebbero comunque preferire all'uso del ciuccio le seguenti modalità, nell'ordine

- bambino attaccato al seno
- somministrazione di latte spremuto
- somministrazione di soluzione di glucosio/saccarosio e suzione non nutritiva (con il dito della madre o con quello dell'operatore con un guanto)

sempre in associazione ad altre manovre di cure (contenimento, stabilizzazione etc.) secondo le raccomandazioni nazionali (Società Italiana di Neonatologia, S.I.N.) ed internazionali.

Gli operatori dovrebbero anche rassicurare la madre sulle proprie competenze e spiegare che l'intervento è temporaneo, mettendola anche a conoscenza dei potenziali effetti negativi dei ciucci sull'allattamento nella fase di avvio.

Se la madre desidera utilizzare un ciuccio dovrebbe introdurlo solo per i periodi di sonno ed essere informata sulle raccomandazioni prioritarie per ridurre il rischio di SIDS

L'effetto protettivo del ciuccio sulla sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS), nota anche come "morte in culla", è ancora controverso e, in ogni caso, vi è la raccomandazione di non introdurlo durante il primo mese di vita per evitare ogni possibile interferenza con l'allattamento. Successivamente anche dove viene raccomandato per ridurre la probabilità di SIDS, si raccomanda inoltre di:

- usarlo solo durante il sonno e non necessariamente reintrodurlo in bocca se lo perde
- non forzarlo se il bambino lo rifiuta
- tenerlo sempre ben pulito
- evitare di immergerlo in sostanze edulcoranti
- cercare di sospenderlo dopo il primo anno di vita.

Si ricorda che i fattori protettivi contro la SIDS di riconosciuto valore sono:

- coricare il bambino sulla schiena (prima di tutto)
- non fumare in gravidanza e nei luoghi frequentati dal bambino,
- allattarlo esclusivamente
- tenere la temperatura dell'ambiente tra i 18 e i 20 gradi
- non usare cuscini e non coprire eccessivamente il neonato.

Il messaggio semplicistico di 'usate il ciuccio' potrebbe inoltre essere mal interpretato sia dai genitori di bambini che sono allattati con efficacia o che si avviano a farlo, sia da quelli già in difficoltà, nel timore di un evento terribile, benché relativamente raro (0.05- 0.1 %).

4. Autovalutazione e monitoraggio

È fondamentale monitorare le ragioni dell'uso di ciucci e tettarelle

Si sottolinea anche in questo Passo la necessità di avere un adeguato monitoraggio. Un semplice controllo dell'incidenza dell'uso di ciucci e tettarelle darà i dati di base, tuttavia, un controllo della documentazione dei singoli casi che permetta di analizzare perché sono stati usati ciucci e tettarelle fornirà più informazioni approfondite e consentirà di affrontare il problema, riorientando le attività e la formazione degli operatori. Anche qui si ribadisce l'utilità sia di una *checklist* sia di un'*autovalutazione* (già descritte nel Passo precedente).

Riferimenti bibliografici per il Passo 9 BFHI e Passo 4 BFCI

1. Santo LCDE, de Oliveira LD, Giugliani ERJ. (2007) Factors Associated with Low Incidence of Exclusive Breastfeeding for the First 6 Months. *Birth*. 34:212-9.
2. Mitchell EA, Blair PS, L'Hoir MP. Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? *Pediatrics* 2006;117:1755-8.
3. Nelson EA, Yu LM, Williams S. International child care practices study: breastfeeding and pacifier use. *Journal of Human Lactation* 2005;21:289-95.
4. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. 2005. The changing concept of sudden infant death syndrome: Diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 116 (5): 1245-1255. <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;116/5/1245>
5. Speri, L. e M. Brunelli (Eds.), (2009) *7 azioni per la vita del tuo bambino: Materiale informativo per gli operatori - GenitoriPiù* (2009 ed.). Roma: Ministero del Lavoro, della Salute e della Politiche Sociali. http://www.genitoripiu.it/documents/uploads/manuale_2010/GenitoriPiu_manuale.pdf7
6. Johnston, C., Campbell-Yeo, M., Fernandes, A., Inglis, D., Streiner, D., & Zee, R. (2014). Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 1, CD008435. doi: 10.1002/14651858.CD008435.pub
7. Stevens, B., Yamada, J., Lee, G. Y., & Ohlsson, A. (2013). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 1, CD001069. doi: 10.1002/14651858.CD001069.pub
8. Shah, P. S., Herbozo, C., Aliwalas, L. L., & Shah, V. S. (2012). Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 12, CD004950. doi: 10.1002/14651858.CD004950.pub
9. Lago, P., Garetti, E., Merazzi, D., Pieragostini, L., Ancora, G., Pirelli, A., . . . Pain Study Group of the Italian Society of Neonatology. (2009). Guidelines for procedural pain in the newborn. *Acta Paediatrica* (Oslo, Norway : 1992), 98(6), 932-9.

Fase 1: Visita alla struttura e verifica documentazione

Si chiede al Responsabile del progetto di descrivere:

- come, dove e quando tutte le madri che accedono ai servizi vengono informate sui rischi elencati nelle *Checklist Postnatale*
- in che modo viene registrata l'avvenuta trasmissione di informazioni alle madri;
negli Ospedali
- in che modo viene registrata la scelta materna di utilizzare ciuccio/tettarella/biberon.

Fase 2: Competenze degli operatori

I valutatori verificheranno se

- gli operatori conoscono gli argomenti di loro competenza
- gli operatori *dedicati* sono in grado di mostrare ad una madre come somministrare un alimento con un metodo alternativo al biberon, ove necessario
- gli operatori *dedicati* sono pronti a fornire informazioni e/o insegnamento sulle competenze pratiche se non sono stati dati in precedenza.

Fase 3: Assistenza alle donne

I valutatori verificheranno se
negli Ospedali

- l'osservazione diretta conferma che non vengono utilizzati biberon e tettarelle per neonati allattati, a meno che la madre non lo abbia richiesto pur essendo stata informata dei rischi connessi
- le madri che allattano riferiscono che, per quanto a loro conoscenza, il proprio figlio non è stato alimentato utilizzando biberon con tettarella
- le madri (comprese le madri che hanno eseguito un taglio cesareo con anestesia generale) riferiscono che per quanto a loro conoscenza, il proprio figlio non ha usato un ciuccio
- tutte le madri confermano di aver discusso con un operatore i rischi elencati nella *Checklist Postnatale*
nella Comunità
- tutte le madri che allattano hanno ricevuto informazioni che mettono loro in grado di prendere una decisione informata sull'uso di ciucci e tettarelle

Nota importante

Il Passo 4 BFCL, ha una portata più ampia rispetto al Passo 9 BFHI. Nella BFCL, il Passo 4 comprende elementi dei Passi 4, 5, 7 e 8 della BFHI. Occorre riferirsi ai criteri di questi Passi per comprendere a pieno i requisiti del Passo 4 BFCL.

Dopo il riconoscimento

- I risultati del monitoraggio annuale vanno inviati all'UNICEF

Applicazione del Passo 10 H/7 C

Criteria per il Passo 10 BFHI o Passo 7 BFCI

A tutte le madri, prima della dimissione dal punto nascita, vanno fornite informazioni circa il sostegno a loro disposizione nel territorio. Devono essere informate su come contattare figure di assistenza sia professionale sia a livello di volontariato e delle opportunità offerte da eventuali gruppi di sostegno locale. È importante che tutte le madri, indipendentemente dal tipo di alimentazione adottato, possono ricevere sostegno e quindi abbiano accesso a queste informazioni.

Gli operatori della comunità dovrebbero verificare che le madri abbiano queste informazioni e trasmetterle, se necessario. Devono anche garantire che le madri sappiano quali figure consultare su problemi di allattamento e di alimentazione e l'orario di apertura dei servizi.

È responsabilità delle strutture, sia ospedaliere che territoriali, la conoscenza di quali siano i punti di riferimento sul territorio per un sostegno adeguato e di come informarne le mamme e le loro famiglie. Tali punti di riferimento possono essere organizzati dall'ente di cui fa parte la struttura oppure essere garantiti da gruppi di auto-aiuto o organizzazioni non governative specializzate nel sostegno alle mamme e all'allattamento.

In genere, un gruppo di sostegno alle madri rappresenta una fonte collettiva di consigli specialistici e di aiuto tra pari, come conferma la ricerca e un'ampia letteratura in merito. Normalmente, tale aiuto è gratuito e la disponibilità molto ampia. Pertanto, un gruppo di sostegno alle madri fornisce un aiuto, di cui si può usufruire facilmente, generalmente di tipo pratico piuttosto che di tipo medico, ma soprattutto teso a condividere le esperienze e contrastare la solitudine e infondere più fiducia a tutte le madri nel puerperio. È importante che le madri impegnate in questi gruppi siano adeguatamente formate nell'aiuto fra pari.

Le strutture coinvolte, sia ospedaliere che territoriali, sono impegnate a creare un sistema per aiutare le madri, realizzando una rete di operatori che garantiscono interventi volta per volta appropriati (per esempio, visite a domicilio, consulenze telefoniche, ambulatori gratuiti per l'allattamento, gruppi post parto presso i servizi, ecc). Nel valutare l'adeguatezza dei servizi garantiti dopo la dimissione dall'ospedale, si devono tener presenti la facilità d'accesso e la gratuità o almeno il basso costo, avendo particolare considerazione per le madri più in difficoltà e meno raggiungibili. Analogamente a quanto richiesto per le donne in gravidanza, vanno previsti interventi mirati destinati alle madri nei gruppi di popolazione locale con i tassi più bassi di prevalenza dell'allattamento. Risulta evidente la necessità di una comunicazione stretta e della massima integrazione operativa tra la struttura e le varie realtà che offrono questo tipo di sostegno.

Per sostenere efficacemente le madri nell'accudimento e nella nutrizione dei loro bambini, l'ideale è la messa a punto nella comunità locale di una pluralità di occasioni di sostegno, ben coordinate fra di loro.

Guida per l'applicazione del Passo 10 BFHI/Passo 7 BFCI

1. Le informazioni da fornire, la rete da garantire

Le madri devono essere informate sul sostegno a loro disposizione una volta tornate a casa

Prima della dimissione dall'ospedale, alle madri vanno fornite informazioni sul sostegno a loro disposizione una volta tornate a casa. Si prevede che tali informazioni siano normalmente fornite in forma scritta. Analogamente, fonti di informazioni scritte devono essere disponibili presso i servizi territoriali.

Vanno fornite informazioni su tutte le offerte di sostegno all'allattamento e all'alimentazione dei bambini disponibili, tra cui:

- numeri telefonici dei servizi territoriali (per consulenze, visite a domicilio, ecc);
- numeri telefonici per un'assistenza 24h/24 (per esempio, presso il punto nascita);
- numeri telefonici, luoghi, giorni e orari dei gruppi di sostegno locali per madri;
- numeri telefonici o indirizzi web di gruppi o associazioni a livello nazionale;
- qualsiasi iniziativa organizzata dall'Azienda o altro ente pubblico in grado di sostenere le madri (per esempio, centro accoglienza per famiglie, farmacie amiche dell'allattamento, ecc)

Il coinvolgimento dei gruppi di auto aiuto di mamme (previsto anche nel Passo 1) e delle altre iniziative istituzionali e di volontariato locale di promozione, protezione e sostegno dell'allattamento nelle comunità è fondamentale nella costruzione della rete di sostegno a tutte le madri e alle loro famiglie. Più alto sarà il livello di integrazione di rete, maggiori saranno le garanzie dell'adeguatezza dell'aiuto fornito da tutti, sia dalle istituzioni che dal volontariato, anche in riferimento alla qualità della formazione e al rispetto del Codice. Nel caso delle farmacie, per esempio, gli standard di riferimento sono quelli previsti dal progetto "Farmacia Amica dell'Allattamento Materno" del Melograno, patrocinato da IBFAN Italia e dall'UNICEF.

Se le informazioni sono incluse in un opuscolo, le madri devono venirne a conoscenza

Molti ospedali allegano queste informazioni al materiale consegnato al momento della dimissione. Questo metodo funziona bene a condizione che queste informazioni siano facilmente rintracciabili, evidenziate, e in un formato facilmente conservabile. Analoga cura verrà adottata nei servizi territoriali.

Può essere utile inserire le informazioni nel libretto pediatrico

Il libretto pediatrico che viene dato alla madre durante il ricovero in ospedale fornisce un comodo strumento per segnalare i nomi e i contatti dei professionisti e dei volontari. Questo garantisce che tutte le madri ricevano queste informazioni.

Le informazioni devono essere sempre aggiornate e il più possibile accessibili

È importante che le informazioni siano aggiornate e diffuse attraverso il maggior numero di strumenti disponibili (web, carta dei servizi, monitor e locandine nelle sale di attesa, opuscoli, ecc). Dovrebbe esistere un meccanismo per un controllo regolare e per garantire che informazioni scadute non vengano diffuse.

Per il materiale cartaceo, per evitare ristampe e sprechi, alcune strutture utilizzano etichette autoadesive, un modo facile per aggiungere informazioni agli opuscoli.

Se nel territorio di riferimento non vi sono gruppi di sostegno o consulenti per l'allattamento conosciuti e in rete con le strutture sanitarie, le madri dovrebbero avere a disposizione i dati necessari (numero telefonico, email, sito web, ecc) per contattare i principali gruppi di sostegno più vicini, afferenti ad organizzazioni nazionali.

2. Tempistica della trasmissione delle informazioni

È meglio fornire informazioni all'inizio del periodo della degenza

Non vi è alcun motivo di aspettare fino a quando la madre è in dimissione per trasmettere le informazioni necessarie. Infatti, in quel momento lei avrà probabilmente altre preoccupazioni. È preferibile dare informazioni durante il suo ricovero, quando avrà la possibilità di leggerle e porre domande.

Anche alle madri con neonati ricoverati in Patologia Neonatale o TIN dovrebbero essere fornite informazioni circa il sostegno disponibile

È importante che anche alle madri i cui bambini sono ricoverati in Patologia Neonatale o Terapia Intensiva Neonatale vengano fornite informazioni su come contattare un aiuto professionale e di volontariato, prima di tornare a casa. Dovrebbe essere loro spiegato che possono accedere a questo tipo di sostegno anche se il bambino è ancora in ospedale.

Gli operatori dei servizi territoriali dovrebbero verificare che le madri abbiano ricevuto informazioni sul sostegno

Gli operatori dei servizi territoriali dovrebbero verificare quanto prima (normalmente alla prima visita) che alle madri sia stata fornita ogni informazione utile ed aggiornata. Gli operatori devono fornire le informazioni supplementari sull'aiuto professionale disponibile in caso di problemi del seno presso la struttura, e quali siano nel territorio le offerte di sostegno fuori dall'orario normale di apertura. La figura di riferimento dei servizi territoriali potrà essere diversa a seconda del tipo di problema, pertanto l'eventuale invio dovrà essere mirato, dopo un ascolto attento ed accurato.

3. Promozione della cultura dell'allattamento e della genitorialità

È importante anche promuovere un cambiamento culturale non solo dei servizi sanitari, ma più in generale di tutta la comunità

La promozione dell'allattamento e della genitorialità passa anche attraverso un cambiamento culturale non solo dei servizi sanitari, ma più in generale di tutta la comunità. Un punto nascita e/o un servizio territoriale "amico dei bambini per l'allattamento" è impegnato anche a:

- diffondere a tutte le strutture di riferimento per la popolazione informazioni sulla *Politica* aziendale relative al sostegno per l'allattamento, per l'alimentazione del bambino e per la genitorialità e al rispetto del *Codice*;
- coinvolgere le scuole, i comuni, le associazioni e il volontariato in iniziative che promuovano la cultura dell'allattamento e della genitorialità nella comunità locale;
- informare la comunità sulle iniziative svolte dai servizi dedicati alla protezione, promozione e sostegno della genitorialità, dell'allattamento e dell'alimentazione dei bambini
- promuovere e partecipare attivamente alle iniziative nazionali e internazionali a favore dell'allattamento (per esempio la Settimana Mondiale per l'Allattamento Materno)

4. Autovalutazione e monitoraggio

La cooperazione tra professionisti consentirà una continuità assistenziale efficace

Il passaggio dell'assistenza dal punto nascita ai servizi territoriali è un aspetto importante della routine di assistenza postparto. Gli operatori delle due aree sono chiamati a costruire un sistema di scambio di informazioni tempestivo ed adeguato per sostenere le madri una volta dimesse con particolare riguardo a quelle con difficoltà di allattamento o di alimentazione infantile, depressione, problemi familiari e sociali rilevanti, ecc, soprattutto in questi casi è molto importante la presa in carico precoce da parte del Pediatra di Famiglia, che in un numero crescente di strutture può essere scelto già in ospedale. La collaborazione ospedale-territorio sarà più efficace se corredata, come avviene già in alcune strutture, da protocolli ed altri strumenti condivisi (per esempio: libretto pediatrico, scheda di valutazione della poppata, *Checklist Prenatale* e *Postnatale*, lettera di dimissione, ecc) che permettano un feedback sul lavoro svolto dalle varie figure o strutture.

È fondamentale monitorare la cooperazione con altri servizi e gruppi

Si sottolinea anche in questo Passo la necessità di avere un adeguato monitoraggio. Un semplice controllo dell'incidenza della trasmissione di informazioni aggiornate darà i dati di base, tuttavia, un controllo della documentazione dei singoli casi che permetta di analizzare perché i riferimenti non sono stati dati alla madre fornirà più informazioni approfondite e consentirà di affrontare il problema, riorientando le attività e la formazione degli operatori. Analogamente, sarà importante una revisione periodica dell'efficacia dei protocolli ospedale-territorio e degli strumenti di trasmissione delle informazioni tra strutture. Anche qui si ribadisce l'utilità sia di una *checklist* sia di un'*autovalutazione* (già descritte nei Passi 3 e 4).

Riferimenti bibliografici per il Passo 10 BFHI e Passo 7 BFCI

1. Cosano, S. (2009, Ottobre 11). Che cos'è una "peer counsellor"? *Bambino naturale*. Disponibile a <http://www.bambinonaturale.it/detail.asp?idn=30383>
2. Dennis, C L, E Hodnett, R Gallop, and B Chalmers. 2003. L' effetto del sostegno alla pari sulla durata dell'allattamento al seno tra donne primipare: Uno studio clinico controllato randomizzato (abstract di the effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: A randomized controlled trial. *Can med assoc J* 2002; 166(1):21-28.). *Breastfeeding Briefs*, no. 36:7-7. <http://www.aicpam.org/docs/BB/bfbrief36.pdf>
3. Dennis, C L, E Hodnett, R Gallop, and B Chalmers. 2003. L' effetto del sostegno alla pari sulla durata dell'allattamento al seno tra donne primipare: Uno studio clinico controllato randomizzato (abstract di the effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: A randomized controlled trial. *Can med assoc J* 2002; 166(1):21-28.). *Breastfeeding Briefs*, no. 36:7-7. <http://www.aicpam.org/docs/BB/bfbrief36.pdf>

4. Cattaneo, A. (2004). Significato della baby friendly hospital initiative (BFHI) per la promozione dell'allattamento al seno: Le prove d'efficacia. In L. Speri (Ed.), *L'ospedale amico dei bambino: Progetto OMS/UNICEF per la promozione dell'allattamento al seno*. Milano: Masson.
5. Curtis, Penny, Rose Woodhill, and Helen Stapleton. 2007. The peer-professional interface in a community-based, breast feeding peer-support project. *Midwifery* 23 (2): 146-156.
6. Britton, C., McCormick, F. M., Renfrew, M. J., Wade, A., & King, S. E. (2007). Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Online), (1). Disponibile <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001141/frame.html>
7. Speri, L. e M. Brunelli (Eds.), (2009) *7 azioni per la vita del tuo bambino: Materiale informativo per gli operatori - GenitoriPiù* (ed. 2009). Roma: Ministero del Lavoro, della Salute e della Politiche Sociali. http://www.genitoripiu.it/documents/uploads/manuale_2010/GenitoriPiu_manuale.pdf7
8. Renfrew, M J, D Craig, L Dyson, F McCormick, S Rice, S E King, K Misso, E Stenhouse, and A F Williams. 2009. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: A systematic review and economic analysis. *Health Technol Assess* 13 (40): 1-146, iii-iv. <http://www.hta.ac.uk/1611>
9. Materiali sulla Settimana Mondiale per l'Allattamento Materno sono disponibili a <http://mamisam.wordpress.com/sam-i-temi/>
10. Evans, Amy, Kathleen A Marinelli, and Julie Scott Taylor. "Protocollo Clinico N.2 Dell'Academy of Breastfeeding Medicine: Linee Guida Per La Dimissione dall'ospedale del Neonato Allattato e a Termine e della Madre Nutrice: "Il Protocollo Del Ritorno a Casa", Revisionato Nel 2014 [ABM Clinical Protocol #2: Guidelines for Hospital Discharge of the Breastfeeding Term Newborn and Mother: "The Going Home Protocol," Revised 2014]." *Breastfeed Med* 9 (2014): 3-8. PubMed. Web. n.d. <http://lagazzettadellaprolattina.it/images/Protocollo_ABM_2_ritorno_a_casa.pdf>
11. Giani, Igino. 2015. La dimissione del neonato sano. *Quaderni ACP* 22 (5). www.acp.it/wp-content/.../Quaderni-acp-2015_225-PE_d1.pdf

Fase 1: Visita alla struttura e verifica documentazione

Si chiede al Responsabile del progetto di descrivere:

- la procedura per:
 - garantire che gli operatori coinvolti e dedicati parlino con le madri in dimissione dell'alimentazione dei loro bambini una volta tornati a casa;
 - sviluppare il piano assistenziale per le madri dopo la dimissione ospedaliera, compresi la visita di controllo per madri e neonati entro pochi giorni dalla nascita, l'iter per l'invio nei tempi appropriati alle visite di controllo;
 - gli interventi previsti per sostenere le madri nel proseguimento dell'allattamento anche dopo l'introduzione dell'alimentazione complementare;
 - informare le madri sulle modalità di accesso ad altre fonti di sostegno per l'allattamento/alimentazione del bambino anche al di fuori dell'orario normale di ambulatorio (es. professionisti sanitari, gruppi di sostegno per l'allattamento, reti di sostegno locali post-dimissione);
 - registrare l'avvenuta trasmissione di informazioni alle madri;
 - garantire il passaggio delle informazioni dal punto nascita al servizio territoriale in merito all'avvio dell'alimentazione del bambino;
 - garantire che tali informazioni siano accurate e aggiornate;
- come la struttura:
 - ha diffuso a tutte le strutture di riferimento per la popolazione e anche ai farmacisti e ai responsabili dell'acquisto dei sostituti del latte materno informazioni sulla Politica aziendale relative al sostegno per l'allattamento, per l'alimentazione dei bambini e per la genitorialità e al rispetto del Codice;
 - coinvolge le scuole, i comuni, le associazioni e il volontariato in iniziative che promuovono la cultura dell'allattamento nella comunità locale;
 - informa la comunità sulle iniziative svolte dai servizi sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento;
 - mantiene aggiornate le informazioni scritte su dove trovare aiuto consegnate alle madri prima della dimissione.

Fase 2: Competenze degli operatori

I valutatori verificheranno se

- tutti gli operatori *coinvolti* e *dedicati* sanno descrivere la procedura adottata dalla struttura per garantire il passaggio delle informazioni dal punto nascita al servizio territoriale in merito all'avvio dell'alimentazione del bambino.
- tutti gli operatori sanno indicare quali sono le risorse disponibili per il sostegno delle mamme che allattano e quelle che utilizzano sostituti del latte materno e le corrispondenti informazioni scritte aggiornate.

negli Ospedali

gli operatori *coinvolti* e *dedicati* sanno descrivere:

- come parlano con le madri in dimissione dell'alimentazione dei loro bambini una volta tornati a casa;
- in che modo incoraggiano una visita di controllo per madri e neonati entro pochi giorni dalla nascita, fatta da una persona esperta in allattamento che può valutare l'andamento dell'alimentazione e dare il sostegno necessario
- le procedure, con tempi appropriati, di invio alle visite di controllo

Fase 3: Assistenza alle donne

I valutatori verificheranno se

- tutte le madri sono state informate su come ricevere i vari tipi di sostegno per l'allattamento/alimentazione del bambino
- tutte le madri sanno indicare almeno una fonte di aiuto a cui rivolgersi per l'allattamento/alimentazione del bambino

negli Ospedali

- tutte le madri in dimissione confermano che un operatore ha discusso con loro come alimenteranno i loro bambini una volta tornati a casa

Dopo il riconoscimento

- I risultati del monitoraggio annuale vanno inviati all'UNICEF

Allegato: Indicazione dalla Rete BFH per la dimissione dall'ospedale

Proposta condivisa dalla Rete Italiana dei Baby Friendly Hospitals (BFH)

Firenze 15.06.07

Premessa

La dimissione del bambino rappresenta per la mamma ed il papà un importante momento del percorso nascita. Per aiutare i genitori a superare le normali sensazioni di incertezza, timore e solitudine, la dimissione dall'ospedale può costituire un'occasione di conferme, informazioni e corretto passaggio alla rete di sostegno territoriale.

I BFH, considerata anche la particolare attenzione alla promozione dell'allattamento, assumono l'impegno di proporre alcuni comportamenti che possano testimoniare un'esperienza coerente ed omogenea ed uno stimolo per un comune miglioramento.

Ogni punto nascita deve coordinarsi con il suo territorio per valorizzare e condividere i temi della dimissione. Le pratiche ospedaliere da sole, anche se condizionano significativamente il successo dell'avvio dell'allattamento, non sono sufficienti affinché questa normale e naturale modalità di alimentazione possa continuare nel tempo come indicato dall'OMS.

La dimissione dall'ospedale si aggiunge, come opportunità di dialogo e di informazione, a precedenti occasioni dedicate, oltre che nei corsi di preparazione alla nascita, anche nella degenza post-partum.

La dimissione deve essere appropriata e condivisa allo scopo di conciliare (nel senso di una degenza più breve o più lunga) la protezione da un'insufficiente valutazione clinica del neonato con l'attenzione ai desideri ed alle competenze dei genitori.

Un tempo coerente con tali indicazioni potrebbe essere 48 - 72 ore dopo un parto spontaneo a termine e 96 - 120 ore, dopo un taglio cesareo.

Il pediatra del punto nascita rappresenta la figura più indicata per la dimissione, possibilmente insieme ad una delle figure professionali (ostetrica, infermiera, IBCLC ecc) che hanno seguito la mamma nei giorni del puerperio, in particolare per il sostegno all'allattamento.

Gli argomenti da trattare alla dimissione devono far parte di uno schema concordato dalla equipe, affinché siano proposti e discussi in modo omogeneo, senza contraddizioni tra i vari operatori.

Il colloquio della dimissione è offerto individualmente per la coppia di genitori, lasciando spazio a dubbi, domande ed al rinforzo delle competenze acquisite. Sono condizioni necessarie un adeguato tempo dedicato, una serena disponibilità da parte dell'operatore ed un ambiente rispettoso della privacy.

Quando tali condizioni sono di difficile attuazione, come in ospedali ad alto numero di nascite o con carenza di personale, un colloquio "di gruppo", anche il giorno precedente la dimissione, può ottimizzare i tempi ed aggiungere i vantaggi di una partecipazione più attiva e diversificata, a patto di lasciare spazio alle istanze di tutti.

In tutti i casi sarà bene verificare la comprensione delle informazioni trasmesse.

Contenuti del colloquio

Mamme e bambini senza apparenti problemi e con un allattamento già avviato

È utile soffermarsi sulle informazioni relative al consolidamento dell'allattamento; questo ha lo scopo di dare ai genitori, soprattutto nelle prime settimane, pochi indicatori essenziali. Per esempio:

-valutazione della "soddisfazione del bambino" dopo la poppata

-verifica della crescita ponderale con due riferimenti sostanziali:

1) recupero del peso neonatale al 10°-14° giorno

2) crescita settimanale con parametri sufficienti a partire da 120/140 gr. Giusto il ricordo della non linearità della crescita (scatti di crescita).

È opportuno aggiungere che la valutazione deve essere complessiva e non legata solo all'aumento del peso.

È importante rimarcare il concetto che "il latte viene allattando", confermare la libertà nel numero e nella durata delle poppate (senza schemi prefissati di orari o tempi o ritmi giorno/notte), l'adeguatezza di 8-12

poppate/die nelle prime settimane e l'opportunità di non trascurare la correttezza delle posizioni e dell'attacco.

Si ricorda il vantaggio di riconoscere i primi segnali di fame, ed il consiglio, soprattutto nelle prime settimane, a non usare il ciuccio.

È utile fare un cenno a possibili situazioni critiche come: ragadi, dotti ostruiti, ingorgo, mastite. Si ricorda come esse siano meno frequenti se l'attacco e le posizioni sono corrette e le poppate non sono limitate nel numero e nella durata; inoltre si sottolinea l'utilità della spremitura anche manuale e, della consulenza con un operatore esperto quando i sintomi persistono.

Viene consegnato un pro-memoria relativo ai passi utili per una eventuale conservazione del latte.

Laddove nell'area di residenza dei genitori sia presente una banca del latte umano, si aggiungono indicazioni utili alla donazione.

La dimissione è una buona occasione per incoraggiare il percorso avviato, focalizzando alcune informazioni, possibilmente già trasmesse ai genitori in precedenti occasioni :

-durata dell'allattamento esclusivo fino a 6 mesi e poi, dopo l'aggiunta di alimenti complementari, prosecuzione dell'allattamento sino a 2 anni e oltre.

- inutilità e talora pericolosità delle integrazioni di alimenti o liquidi (comprese acqua e tisane) diversi dal latte materno prima di quella data.

Alla mamma in buona salute che allatta si ricorda l'utilità di una dieta normalmente equilibrata senza necessità di integrazioni farmacologiche.

Si danno le comuni indicazioni per la cura del seno.

Mamme dimesse senza conferma di un chiaro avvio dell'allattamento

La dimissione precoce, normali difficoltà nell'acquisizione delle prime competenze od un più lento avvio della montata latte possono far coincidere il momento della dimissione con persistenti incertezze e timori, nonostante la reale determinazione ad allattare.

Il colloquio, oltre ad incoraggiare l'impegno della madre e la bontà della scelta,

focalizza, con temi sopra ricordati, gli aspetti del corretto attacco al seno, un n° di almeno 8-12 poppate ed i segnali dell'incipiente montata latte, come un seno più caldo e pesante.

È importante consigliare attenzione al trasferimento di latte (ascolto della deglutizione), al n° delle minzioni ed alla quantità delle feci emesse.

Nella prima settimana dopo la dimissione 1-2 controlli del peso nudo possono dare utili conferme.

Nel dubbio la mamma deve sapere a chi rivolgersi per un consiglio o per una valutazione della poppata.

Per questo è necessario lasciare i recapiti (telefonici, ambulatoriali) di operatori esperti.

Ai genitori dei bambini allattati non vanno date indicazioni relative a latti formulati, né scritte né orali.

Le mamme che, per scelta o necessità, alimentano i loro bambini con le formule del commercio

Ricevono alla dimissione uguali attenzioni.

Nel corso di un colloquio individuale, sono istruite sulla corretta modalità di preparazione del latte in formula. I genitori sono informati sulla sostanziale equivalenza nutritiva tra le varie formule presenti in commercio e, se richiesto, sul tipo di latte assunto dal bambino durante la degenza.

In tutti i casi, insieme agli operatori che più da vicino hanno seguito la mamma, si tiene conto delle competenze legate ad esperienze precedenti o acquisite durante la degenza, della disponibilità di coppia e del nucleo familiare e del contesto socio-culturale.

Il momento della dimissione è l'occasione per ricordare, e non consegnare passivamente, altro materiale informativo dedicato al "ritorno a casa" o alle pratiche dell'allattamento, eventualmente preparato e approvato dal punto nascita. Tutto il materiale informativo consegnato ai genitori, anche quello tradotto per quanti non conoscono la lingua italiana, deve rispettare le indicazioni previste dal Codice.

Alcune Regioni hanno predisposto "libretti sanitari" per il bambino. In questi casi la consegna del libretto, compilato per quanto di competenza dagli operatori del punto nascita, e notizie relative al suo corretto uso rappresentano un momento obbligato della dimissione.

Per i BFH la condivisione, o almeno la reciproca conoscenza, del materiale informativo scritto, consegnato alla dimissione, è una preziosa occasione per utili aggiornamenti ed omogenei comportamenti.

Al momento della dimissione è opportuno curare la consegna scritta e leggibile di eventuali successivi appuntamenti ad es. controlli ecografici, oculistici, uditivi, re-testing metabolici

Si danno consigli sui comportamenti da tenere in merito alla cura del moncone ombelicale e c'è disponibilità a rispondere alle domande su qualche impellente dubbio di puericultura .

Si può fare un cenno alle modalità di avvio del programma di vaccinazioni.

Vengono sempre aggiunti consigli di educazione sanitaria dedicati alla prevenzione della SIDS (alcune Regioni hanno predisposto opuscoli dedicati) e degli incidenti, nonché consigli dedicati alla sicurezza in auto, cominciando proprio dal ..ritorno a casa.

In tutti i casi si ricorda che questi argomenti potranno essere affrontati in modo più esaustivo e continuativo dal pediatra di famiglia.

L'adesione ai consensus scientifici più aggiornati e accreditati dovrebbe aiutare ad omogeneizzare i comportamenti relativi ad eventuali prescrizioni farmacologiche. Il rispetto del Codice aggiungerà trasparenza alla correttezza delle prescrizioni decise.

Collegamento con i servizi territoriali

In tutti i casi e particolarmente in quelli in attesa di conferme di un corretto inizio dell'allattamento, è necessario prevedere ed illustrare chiaramente ai genitori, meglio se per iscritto, la disponibilità e la localizzazione del sostegno territoriale fin dai primi giorni dopo il ritorno a casa.

Il colloquio alla dimissione è l'occasione principale per fornire, o meglio per ricordare, dettagliate informazioni in merito alle opportunità che il territorio offre e per attivare, in casi particolari, il primo contatto con operatori esperti.

La disponibilità telefonica H24, interna al punto nascita, con certezza alla riposta di operatori esperti su problematiche relative all'allattamento, è sicuramente un utile servizio.

L'ambulatorio dedicato all'allattamento si è dimostrato, in alcune realtà ospedaliere medio-piccole ed in carenza di riferimenti territoriali, una preziosa opportunità per quelle mamme alla dimissione ancora in una fase di incerto avvio dell'allattamento.

Questa disponibilità è valorizzata dalla continuità del rapporto con operatori che la mamma già conosce e dalla tempestività dell'offerta.

L'ostetrica consultoriale formata dovrebbe rappresentare la più tempestiva opportunità di sostegno territoriale, dopo la dimissione.

Laddove attivo un servizio di disponibilità domiciliare dell'ostetrica del consultorio ("puerperio a domicilio") questo sarà ulteriormente segnalato al momento della dimissione.

Il BFH facilita attivamente il contatto di situazioni particolari con la rete di sostegno presente nel territorio di residenza della madre anche se in aziende diverse.

Predisporre, illustra e consegna alla dimissione materiale informativo scritto, anche multilingue, riportante sedi, recapiti telefoni e figure di riferimento dei consultori o di altri punti disponibili nel territorio (ambulatori consultoriali, IBCLC, consulenti LLL, peer counsellors, servizio di mediazione culturale, psicologo ecc).

L'operatore sanitario del territorio di competenza della mamma in difficoltà può rendersi disponibile per un primo contatto in ospedale anche prima della dimissione.

Ma la figura di riferimento centrale per la salute del bambino, fin dal suo ritorno a casa, rimane il pediatra di famiglia. Tutti i genitori devono essere informati e consapevoli di questa opportunità ed invitati a stabilire al più presto un primo contatto, reciprocamente conoscitivo. È bene localizzare questo contatto entro i primi 7-10 giorni.

Nei casi in cui non sia possibile, come auspicabile, l'assegnazione del pediatra prima della dimissione, presso lo sportello ospedaliero dedicato, sarà consigliata la tempestiva assegnazione presso il distretto sanitario del comune di residenza.



Il percorso suggerito va costruito e presidiato con pazienza, anche attraverso una formalizzazione aziendale, tenendo conto delle risorse disponibili e favorendo ogni opportunità di comunicazione e di formazione interdisciplinare sia all'interno dell'ospedale che tra operatori ospedalieri e territoriali.

Queste azioni devono essere monitorate e la verifica periodica dei risultati attesi/programmati discussa e pubblicizzata tra gli operatori coinvolti per ulteriori miglioramenti.

I BHF si impegnano a svolgere un ruolo propositivo e di collaborazione con tutte le figure e le istituzioni che assumono la finalità dello sviluppo e del benessere del nucleo familiare.

Applicazione del Passo 6 BFCI

Qui l'allattamento al seno è benvenuto



Breastfeeding welcome here

نرحب بالرضاعة هنا

Bebeginizi burada emzirmek hoş karşılanır

Ở ĐÂY HOÀN NGHỆNH CHO CON BÚ SỮA MÈ

這裡歡迎母乳喂養

Criteria per il Passo 6 BFCI

La creazione di ambienti accoglienti per l'allattamento va intesa nel duplice significato culturale e pratico di creare nella comunità da un lato un clima di riguardo e ospitalità verso le madri che allattano per farle sentire completamente a loro agio in questo gesto naturale, dall'altro allestire spazi adeguati per il miglior svolgimento di un gesto che richiede rispetto ed intimità.

La struttura sanitaria quindi deve essere la prima ad accogliere con favore l'allattamento in tutti i propri spazi aperti al pubblico e ciò dovrebbe essere segnalato chiaramente e con indicazioni visibili ed adeguate. Gli operatori devono effettuare un controllo regolare sui messaggi pubblicitari e sulle pubblicazioni a disposizione del pubblico nella struttura per accertare che non vi siano incluse pubblicità di sostituti del latte materno, ciucci, o altri prodotti coperti dal Codice.

Gli operatori sono impegnati a stimolare altre istituzioni per far sentire benvenute le donne che allattano anche al di fuori dei servizi sanitari, nonché a fornire alle madri le informazioni su luoghi pubblici locali, dove è favorito l'allattamento.

Gli operatori useranno la loro influenza dovunque possibile per promuovere la conoscenza dei bisogni delle madri che allattano nella comunità locale, compresi bar, ristoranti e servizi pubblici. Quest'opera di promozione culturale coincide con e completa quanto già descritto al punto 3 del Passo 10 BFHI/ Passo 7 BFCI.

Guida per l'applicazione del Passo 6 BFCI

1. Accoglienza all'interno degli ambienti sanitari

Le madri dovrebbero sentirsi libere e a proprio agio nell'allattare in luoghi pubblici, in particolare quelli sanitari

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

L'accoglienza non riguarda solo la disponibilità di un determinato "spazio allattamento", ma anche e soprattutto l'atteggiamento che le madri che allattano incontrano nella struttura. Per questo è fondamentale che tutti gli operatori che a qualsiasi titolo la frequentano, anche se non sono impegnati nella promozione dell'allattamento, abbiano interiorizzato questa necessità e si comportino di conseguenza.

Avvisi chiari e ben leggibili segnaleranno a tutti che l'allattamento è accolto con favore

Avvisi chiari e ben leggibili segnaleranno non solo alle madri che l'allattamento è accolto con favore, ma anche a tutti gli altri utenti un implicito invito al rispetto. I servizi possono creare materiale proprio, inserire il messaggio nella versione sintetica della *Politica* (vedi Passo 1), o trovare altre soluzioni a condizione che il messaggio sia bene visibile ed il linguaggio sia chiaro e semplice.

Gli operatori devono essere addestrati a trattare con gli utenti che si oppongono alla *Politica*

È fondamentale che gli operatori non solo comprendano il significato di quanto definito dalla *Politica* in materia al Passo 6 BFCI, ma che si sentano in dovere di sostenere questa accoglienza con la giusta sensibilità anche nei confronti degli utenti del servizio che eventualmente dovessero mostrare insofferenza. In ogni caso, non andrà mai chiesto ad una madre che allatta di spostarsi o di interrompere l'allattamento, perché qualcun altro lo ha chiesto: sarà chi eventualmente è a disagio ad allontanarsi.

2. Sostegno alle madri per allattare nei luoghi pubblici

Gli operatori sanitari possono avere un ruolo strategico nella promozione, protezione e sostegno dell'allattamento nei luoghi pubblici

Per la maggior parte delle persone l'allattamento in pubblico non desta stupore né scalpore, al massimo solo curiosità per un gesto divenuto raro da noi. Non mancano tuttavia episodi di intolleranza. La maggior parte delle persone ha probabilmente un'idea di come viene alimentato un bambino con il latte artificiale e non riesce a rappresentarsi come ogni coppia mamma-bambino sviluppi un proprio modo di allattare, senza un preciso orario di poppata che deve poter essere ospitata quindi in ogni luogo.

In questo scenario gli operatori sanitari possono avere un ruolo strategico: possono modificare con informazioni corrette, basate sulle evidenze scientifiche, alcuni pregiudizi che riguardano l'allattamento; possono favorire la creazione di ambienti accoglienti per le madri che allattano oltre che all'interno della propria struttura, anche in altri spazi frequentati da mamme e bambini (bar, negozi, ristoranti, asili nidi, farmacie, ecc.) in modo che allattare venga presentato sempre come il modo normale con cui una madre alimenta il proprio bambino.

Sarà quindi possibile fornire informazioni aggiornate sui luoghi pubblici (bar, negozi, ristoranti, asili nidi, farmacie, ecc.) che si sono impegnati per un'accoglienza alle madri che allattano, nonché al rispetto del Codice.

3. Autovalutazione e monitoraggio

È fondamentale monitorare l'accoglienza alle donne che allattano

Si sottolinea anche in questo Passo la necessità di avere un adeguato monitoraggio. Un semplice controllo della documentazione esposta e dell'accoglienza darà i dati di base, tuttavia, un controllo delle segnalazioni dei singoli casi che permetta di analizzare perché le donne non hanno avuto un'adeguata accoglienza fornirà più informazioni approfondite e consentirà di affrontare il problema, riorientando le attività e la formazione degli operatori. Anche qui si ribadisce l'utilità di un'autovalutazione (già descritte nei Passi 3 e 4).

Riferimenti bibliografici per il Passo 6 BFCI

1. Speri, L. e M. Brunelli (Eds.), (2009) *7 azioni per la vita del tuo bambino: Materiale informativo per gli operatori - GenitoriPiù* (2009 ed.). Roma: Ministero del Lavoro, della Salute e della Politiche Sociali. http://www.genitoripiu.it/documents/uploads/manuale_2010/GenitoriPiu_manuale.pdf7

Fase 1: Visita alla struttura e verifica documentazione

Si chiede al Responsabile del progetto di

- confermare che:
 - le madri sono libere di allattare in tutte le altre aree pubbliche dei servizi socio-sanitari
 - per le madri che desiderano allattare, vi sono nei servizi aree adeguate, comode e riservate, se richiesto
 - esiste una specifica segnaletica che diffonde questa informazione
- descrivere:
 - la procedura che garantisce che tutte le madri abbiano l'opportunità di parlare di come allattare in pubblico e ricevano le informazioni sui luoghi in cui l'allattamento è favorito
 - come la struttura collabora con altre istituzioni per far sentire benvenute le madri che allattano anche al fuori dei servizi sanitari (es. luoghi di lavoro, nidi e scuole d'infanzia, luoghi pubblici, ...)
 - la procedura per effettuare un controllo regolare sui messaggi pubblicitari e sulle pubblicazioni a disposizione del pubblico nei servizi della struttura per accertare che non vi siano incluse pubblicità di sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, ciucci e paracapezzoli.

Fase 2: Competenze degli operatori

I valutatori verificheranno se tutti gli operatori sanno che l'allattamento è consentito e incoraggiato in tutte le aree pubbliche della struttura e sono in grado di descrivere il modo in cui informano le madri che lo desiderano sulla possibilità di allattare in un'area riservata.

Fase 3: Assistenza alle donne

I valutatori verificheranno se:

- in tutte le aree pubbliche sono affisse indicazioni chiaramente visibili e con linguaggio adeguato che spiegano che l'allattamento è favorito nella struttura e che spazi riservati possono essere messi a disposizione, su richiesta, alle madri che li desiderino.
- le madri confermano che
 - sono state accolte nella struttura adeguatamente rispetto alla possibilità di allattare, sia negli spazi pubblici che, su loro richiesta, riservati;
 - sono state offerte informazioni per aiutarle ad allattare in luogo pubblico;
 - hanno potuto confrontarsi sulle questioni concernenti l'allattamento nei luoghi pubblici;
 - hanno ricevuto informazioni sui luoghi dove è favorito l'allattamento.

Dopo il riconoscimento

- I risultati del monitoraggio annuale vanno inviati all'UNICEF

Applicazione del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno¹⁵

Criteri per il Rispetto del Codice Internazionale

Le principali organizzazioni internazionali concordano sulla necessità di mantenere alta l'attenzione sulla protezione dell'allattamento, inscindibile dalla promozione e dal sostegno, e quindi sul rispetto del *Codice Internazionale*, condizione necessaria per il riconoscimento BFHI/BFCL, indipendentemente dalla legislazione nazionale o regionale vigente.¹⁶

L'azienda non promuoverà, né permetterà che al proprio interno vengano promosse pubblicità o altre forme di *marketing* di sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, paracapezzoli e ciucci, sia per il pubblico in generale sia per gli operatori. L'impegno dell'Azienda sarà formale ed esplicitamente dichiarato nella *Politica*. Tutti i servizi prenatali e postnatali devono essere liberi da pubblicità di ditte che producono o distribuiscono questi prodotti.

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

- la procedura garantisce:
 - una pluralità significativa delle ditte fornitrici
 - una suddivisione equa del fabbisogno fra queste
 - un prezzo d'acquisto non simbolico (ma non più legato all'80% del prezzo al dettaglio);
- gli eventuali criteri di esclusione di una ditta vengono resi noti e motivati;
- il reparto invia una richiesta "generica" dei sostituti necessari;
- esiste un sistema di monitoraggio quali-quantitativo dei consumi dei sostituti;
- esiste un sistema di monitoraggio delle informazioni ricevute dalla madre alla dimissione riguardo alla prescrizione dei sostituti.

Si ricorda che i vincoli richiesti per questo passo riguardano l'intera struttura dell'azienda sanitaria e non solo il Dipartimento Materno Infantile. Il rispetto del Codice riguarda anche borse di studio o iniziative scientifiche accettate dalla direzione e finanziate da ditte che producono prodotti coperti dal Codice (anche se destinate ad operatori che non fanno parte del Dipartimento Materno Infantile).

UNICEF mette a disposizione una *Guida per operatori sanitari: come agire nel rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno*¹⁷

¹⁵ Si ricorda che per Codice (Internazionale) si intende il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e tutte le successive Risoluzioni pertinenti dell'Assemblea Mondiale della Sanità (AMS)

¹⁶ Vedi la Dichiarazione degli Innocenti sulla promozione, protezione e sostegno dell'allattamento del 1990 e La Dichiarazione degli Innocenti 2005 sull'alimentazione dei neonati e dei bambini - in bibliografia

¹⁷ http://www.unicef.it/Allegati/Operatori_e_Codice.pdf

1. Motivazione

Sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, paracapezzoli e ciucci, come anche messaggi promozionali, possono interferire con l'allattamento

La pubblicità e qualsiasi altra forma di promozione di sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, paracapezzoli e ciucci possono compromettere l'allattamento principalmente in due modi:

- in primo luogo, l'uso di uno qualsiasi di questi prodotti può interferire con il meccanismo di domanda e offerta che regola l'avvio della produzione di latte e/o con la modalità di alimentazione del bambino (in particolare nei primi giorni).
- in secondo luogo, questo materiale pubblicitario (testo e immagini) tende a trasmettere messaggi -- sia espliciti che impliciti - che possono metter in crisi le madri sulle proprie capacità di allattare. Le informazioni fornite sono inevitabilmente sbilanciate a favore del prodotto promosso, se non addirittura inesatte o fuorvianti. Nel momento in cui le madri hanno più bisogno di rinsaldare la fiducia in se stesse, proporre delle "alternative" è quanto meno un messaggio confondente. Tali informazioni risultano pertanto totalmente inappropriate, sia perché non aiutano le donne in gravidanza e le madri a fare scelte pienamente informate, sia perché non forniscono agli operatori informazioni scientifiche e cliniche libere da conflitti di interesse.

Le strutture riconosciute "Amiche dei Bambini" sono tenute a garantire che le loro pratiche siano in linea al 100% con il Codice.

Il Codice è stato promulgato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in accordo con le imprese che producono o distribuiscono sostituti del latte, biberon e tettarelle per regolamentare le modalità di commercializzazione. Anche se la legislazione dello Stato Italiano (Decreto Ministeriale n. 500/94, Decreto Legislativo n. 241 del 19.3.1996, circolare 24 ottobre 2000, n. 16 del Ministro della Sanità Veronesi, Decreto Ministeriale 16 gennaio 2002, Decreto Ministeriale 46 del 22 febbraio 2005, Decreto 9 aprile 2009, n. 82, [Decreto legislativo 19 maggio 2011, n. 84](#)) ha preso come riferimento il Codice, ne rappresenta un'applicazione ancora parziale. Le strutture riconosciute "Amiche dei Bambini", facendo parte di un progetto internazionale, che si basa sulla piena attuazione del Codice, sono pertanto tenute a garantire che le loro pratiche siano in linea con il Codice stesso. Nella BFHI/BFCI le regole previste per il Codice vengono estese anche ai ciucci e paracapezzoli.

2. Monitoraggio delle pratiche a garanzia del rispetto del Codice

È necessaria una vigilanza costante per garantire che materiali promozionali non arrivino ai genitori

La formazione svolge un ruolo importante nel processo di interiorizzazione da parte degli operatori delle motivazioni profonde che sono alla base del Codice e quindi del proprio ruolo nella sua attuazione, teso ad impedire che alle donne in gravidanza e alle madri pervengano messaggi promozionali. La formazione tuttavia va accompagnata da una vigilanza costante su tutto il materiale che attraverso varie vie continua notoriamente a comparire nei servizi, nelle aree di attesa, ecc., soprattutto laddove gli spazi pubblicitari sono gestiti da ditte esterne. In questo caso, alcune strutture si sono dotate di strumenti come comitati etici di supervisione della pubblicità. L'Azienda rimane in ogni caso responsabile di quanto esposto nei propri spazi e quindi anche del rispetto del Codice.

Gli operatori dovranno vigilare sia sulla pubblicità diretta che indiretta

Anche se in linea di principio nessuna struttura sanitaria dovrebbe essere luogo di promozione commerciale, diretta o indiretta, verso i pazienti, vige ancora la consuetudine della distribuzione di valigette contenenti campioni di prodotti alle nuove madri. È responsabilità dell'Azienda garantire in questi casi che nessun oggetto in violazione del Codice vi venga incluso. Molto spesso, il pacco dono viene consegnato previa compilazione di una cartolina con i dati personali della madre, e può contenere ulteriori cedole per abbonamenti gratuiti a riviste di puericoltura sponsorizzate. In tutti questi casi, si configura una violazione del Codice oltre che di uno scorretto comportamento in ambito sanitario. In alcune strutture orientate verso il riconoscimento Amico dei Bambini, è stato introdotto, in alternativa, un dono alla dimissione contenente messaggi di promozione della salute e dell'allattamento.

La struttura deve assicurare una procedura per il controllo della pubblicità negli spazi fissi dei corridoi e delle altre aree comuni al di fuori dei reparti di degenza, solitamente gestiti da ditte esterne, per garantire che i messaggi pubblicitari siano rispettosi del Codice e coerenti con lo spirito della BFHI/BFCI.

Gli operatori sanitari sono un canale chiave per la diffusione di informazione ai genitori.

Gli operatori sanitari sono un canale chiave per la diffusione di informazione ai genitori. Su vasta scala in passato, ma anche nel presente, si assiste al tentativo di coinvolgere impropriamente gli operatori nella distribuzione attiva sia di materiali che di cedole o cartoline. Viene anche proposto in cambio il dono di oggetti di uso quotidiano (diarie, calendari, penne, blocco notes, ecc). Tutto questo benché contrario all'etica di un corretto svolgimento delle proprie funzioni, viene continuamente proposto perché è un veicolo significativo di promozione del marchio, come dimostrato anche da alcune ricerche ed è una strategia dimostratasi efficace nel tempo. Sarà cura dell'Azienda provvedere alla fornitura di strumenti di uso quotidiano.

Si raccomanda di regolamentare i rapporti con i rappresentanti

Un'informazione scientifica è importante, ma spesso l'incontro con i rappresentanti delle ditte assorbe una grande quantità di tempo sproporzionata rispetto alla quantità di informazioni concrete, fornite peraltro all'interno di un conflitto di interesse, e quasi sempre accompagnate da oggetti dono, che entrano così nella struttura.

Al fine di garantire che gli operatori ricevano informazioni sull'alimentazione artificiale aggiornate, accurate e indipendenti da interessi commerciali, il contatto fra rappresentanti di ditte produttrici o distributori di sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, paracapezzoli e ciucci con gli operatori deve avvenire, se possibile, in gruppo su appuntamento e autorizzato dal responsabile del servizio.

Per un uso più appropriato delle risorse, in alcune strutture viene nominata una persona di fiducia che si incontra con i rappresentanti a cadenza regolare e diffonde successivamente le informazioni ai restanti operatori.

Nell'organizzazione di programmi di formazione non devono esserci promozioni né sponsorizzazioni da ditte che producono o distribuiscono prodotti coperti dal Codice

La produzione scientifica e gli eventi organizzati da ditte che producono o distribuiscono prodotti coperti dal Codice, sono fortemente sottoposti ad influenze commerciali. Le Aziende dovranno invece garantire ai propri operatori una formazione indipendente e libera da conflitti di interesse. In una struttura dichiarata Amica dei Bambini, gli operatori non devono accettare donazioni, doni/regali, pubblicità, iscrizioni a congressi, finanziamenti da, oppure entrare in affari o rapporti di collaborazione con, ditte o individui che direttamente o indirettamente sono coinvolti nella produzione, distribuzione, vendita o promozione di prodotti coperti dal Codice. È molto importante che all'interno della struttura venga attivamente promossa una cultura di rispetto del Codice, e la ricerca di buone pratiche per favorire una formazione degli operatori libera, indipendente, e di qualità. È opportuno che all'interno della struttura venga identificato un operatore di riferimento per l'applicazione del Codice e il suo monitoraggio.

Deve essere prevista anche una procedura per il rispetto il Codice nei diversi contesti extra-aziendali

Deve essere prevista anche una procedura per il rispetto il Codice nei diversi contesti extra-aziendali, nei quali a vario titolo gli operatori rappresentano comunque la struttura, per valutare se la loro partecipazione a convegni o altri eventi formativi e/o la pubblicazione di articoli creano conflitto di interesse con le iniziative UNICEF Insieme per l'Allattamento. In ogni caso l'operatore non deve accettare compensi sotto nessuna forma ed è tenuto a dichiarare la propria indipendenza nella relazione/pubblicazione.

Eventuali contributi finanziari per la formazione, la ricerca, l'acquisto di attrezzature possono essere versati dalle compagnie produttrici di prodotti coperti dal Codice Internazionale, nei fondi istituzionali ciechi e saranno gestiti esclusivamente dalla Direzione Aziendale in base alle priorità dei piani attuativi. La compagnia dovrà impegnarsi per iscritto a rinunciare all'uso del contributo per iniziative pubblicitarie, perciò non possono apparire loghi o nomi di sponsor commerciali o dei loro prodotti in programmi, pubblicità, materiale didattico e/o diplomi. In nessun caso il contributo dovrà essere legato al singolo operatore.

3. Autovalutazione e monitoraggio

È fondamentale monitorare il rispetto del Codice

Si sottolinea anche in questo caso la necessità di effettuare un adeguato monitoraggio. Un semplice controllo della documentazione, della pubblicità e dei materiali disponibili darà i dati di base, tuttavia, un controllo della documentazione dei singoli casi che permetta di analizzare perché il Codice sia stato violato fornirà più informazioni approfondite e consentirà di affrontare il problema, riorientando le attività e la formazione degli operatori. Anche qui si ribadisce l'utilità sia di un controllo regolare sia di un'autovalutazione (già descritte nei Passi 3 e 4).

Riferimenti bibliografici per il Passo Rispetto del Codice

1. Organizzazione Mondiale della Sanità. (1981). Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità. Retrieved from http://www.unicef.it/Allegati/Codice_sostituti_latte_materno_11dic2012.pdf
2. Il sito dell'IBFAN Italia fornisce un'ampia gamma di materiali: www.ibfanitalia.org
3. UNICEF & Organizzazione Mondiale della Sanità (1990). Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento. Ginevra: UNICEF/OMS. Retrieved March 6, 2008, from <http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/2004>
4. Gonzales, C. (2000). Il ruolo del personale sanitario e il Codice. *Allattamento e politiche per l'infanzia: 10 anni dopo la Dichiarazione degli Innocenti*. Firenze: MAMI. Disponibile a <http://www.mami.org/congresso/gonzalez.PDF>
5. IBFAN (2005). *Proteggere la salute infantile - una guida per operatori sanitari al rispetto del codice OMS-UNICEF per la Commercializzazione dei sostituti del latte materno (10 ed.)*. Penang, Malesia: IBFAN
6. UNICEF & Organizzazione Mondiale della Sanità (2005). La Dichiarazione degli Innocenti 2005 sull'alimentazione dei neonati e dei bambini. Disponibile a <http://www.mami.org/altrepag/innocenti15.html>
7. Negri, P. (2005). *Tutte le mamme hanno il latte: Rischi e danni dell'alimentazione artificiale*. Torino: Il Leone Verde.
8. UNICEF Italia (2010). *Il Codice sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e le Iniziative Amiche dei Bambini*. Roma: UNICEF Italia. Disponibile a <http://www.unicef.it/Allegati/Codice%20e%20Baby%20Friendly.pdf>
9. Cattaneo, A. (2010,). Il marketing dei sostituti del latte materno. *No grazie, pago io*. Disponibile a http://www.nograziepagoio.it/sostituti_latte_materno.htm
10. UNICEF Italia. (2015). Guida per operatori sanitari: Come agire nel rispetto del codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno. Roma: UNICEF Italia. (Original work published 2015) Disponibile a http://www.unicef.it/Allegati/Operatori_e_Codice.pdf

Sono disponibili i seguenti documenti in lingua italiana da IBFAN Italia:

- Web: <http://www.ibfanitalia.org/> , email: segreteria@ibfanitalia.org
- *Proteggere la Salute infantile - una guida per gli operatori sanitari*
- *Conforme al Codice? guida al Codice per produttori e distributori (pdf)*
- *Il Codice a Fumetti*
- “[Il Codice Violato](#)” è un rapporto periodico pubblicato da IBFAN Italia sulle violazioni del Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno in Italia.
- "Occhio al Codice!", un bollettino di aggiornamento in formato pdf con le ultime novità sulle violazioni o su temi specifici. <http://www.ibfanitalia.org/occhioalcodice.html>

PUNTI CHIAVE PER OGNI FASE DELLA VALUTAZIONE - CODICE

Prima della valutazione della Fase 1:

Prima della visita, la struttura deve inviare una lettera a firma del Direttore Generale e dei Responsabili dei servizi in cui si attesta che la struttura garantisce il rispetto del *Codice*, che non consente di accettare forniture gratuite o a basso costo di sostituti del latte materno (fra cui latte artificiale, latte artificiale per prematuri o altri cosiddetti “latte speciali”, ecc), biberon, tettarelle, ciucci e paracapezzoli.

Fase 1: Visita alla struttura e verifica documentazione

- Si chiede al Responsabile del progetto di descrivere la procedura per il controllo regolare del:
 - rispetto del *Codice* all'interno dell'Azienda, compreso un controllo sulla presenza di confezioni omaggio o pubblicazioni fornite da ditte esterne, per proteggere le madri da pubblicità dirette o indirette di sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, paracapezzoli o ciucci contrarie al *Codice*;
 - contatto fra operatori e rappresentanti o impiegati di ditte produttrici o distributori;
 - acquisto dei sostituti del latte materno, compresi i latte speciali, i fortificanti del latte materno ed altre attrezzature di cui la struttura ha la necessità.
- Un controllo dei registri e delle fatture comprova la modalità di acquisto dei sostituti del latte materno, compresi i latte speciali, i fortificanti del latte materno ed eventuali attrezzature di cui la struttura ha la necessità ad un prezzo non simbolico, con una pluralità di fornitori e una suddivisione equa del fabbisogno fra questi.

Fase 2: Competenze degli operatori

I valutatori verificheranno che:

- non esiste alcuna pubblicità o promozione di sostituti del latte materno, biberon, tettarelle, paracapezzoli o ciucci all'interno dell'Azienda o da parte degli operatori;
- tutti gli operatori sanno spiegare perché è importante astenersi dal dare alle madri campioni o altro materiale pubblicitario da ditte che producono sostituti del latte materno;
- tutti gli operatori a contatto con madri e bambini sanno rispondere correttamente ad una serie di domande sul rispetto del *Codice*, pertinenti al proprio ruolo nel sostegno delle madri in allattamento.
- un ulteriore controllo dei registri e delle fatture comprova la modalità di acquisto dei sostituti del latte materno, compresi i latte speciali, i fortificanti del latte materno ed altre attrezzature di cui la struttura ha la necessità.

Fase 3: Assistenza alle donne

I valutatori verificheranno che:

- le madri non hanno
 - ricevuto dalla struttura campioni, omaggi, o pubblicazioni riguardanti ciucci o prodotti che rientrano nell'ambito di applicazione del *Codice*
 - avuto contatti con rappresentanti delle ditte all'interno della struttura
 - ricevuto istruzione di gruppo sull'uso dei sostituti del latte materno
- non si riscontrano promozioni di cibi o bevande diverse dal latte materno, di paracapezzoli o ciucci o di prodotti che rientrano nell'ambito di applicazione del *Codice* in nessun luogo all'interno della struttura sanitaria.
- un ulteriore controllo dei registri e delle fatture comprova la modalità di acquisto dei sostituti del latte materno, compresi i latte speciali ed altre attrezzature di cui la struttura ha la necessità.

Dopo il riconoscimento

- I risultati del monitoraggio annuale vanno inviati all'UNICEF

Allegato - Riassunto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno¹⁸ e il ruolo dei dirigenti e del personale nel rispettare e far rispettare il Codice

Ecco i punti principali del Codice¹⁹:

Pubblico in generale:

- Non ci deve essere alcuna pubblicità o altra forma di promozione al pubblico di prodotti che rientrino nel campo di applicazione del Codice.
- Alle gestanti e alle madri non devono essere donati articoli di vario tipo e materiale omaggio che possa promuovere l'uso di sostituti del latte materno o di biberon.
- Sono vietati i campioni omaggio dei prodotti coperti dal Codice alle gestanti, alle madri ed alle loro famiglie.
- È vietata ogni forma di contatto diretto tra rappresentanti o impiegati delle compagnie e gestanti, madri o famiglie.

Materiale informativo ed etichette:

- Il materiale informativo per le famiglie deve indicare in maniera inequivocabile la superiorità dell'allattamento e la difficoltà di invertire la decisione di non allattare.
- Lo stesso materiale informativo deve spiegare chiaramente le implicazioni anche sociali ed economiche della decisione di non allattare, oltre ai rischi per la salute.
- Le donazioni di attrezzature e di materiali informativi da parte delle compagnie deve avvenire soltanto su richiesta e dietro approvazione scritta di una competente autorità governativa; tali attrezzature e materiali possono avere il nome o il logotipo della compagnia, ma nessun riferimento ai prodotti della stessa.
- Le etichette dei prodotti non devono scoraggiare, con scritte o figure, l'allattamento e devono spiegare in maniera comprensibile alle madri l'uso appropriato degli stessi; in particolare devono dire espressamente che il prodotto va usato solo dietro prescrizione e supervisione medica.
- Governi e autorità sanitarie devono informare i genitori, gli operatori sanitari e chi si occupa di bambini del fatto che il latte in polvere non è sterile e potrebbe contenere microrganismi patogeni. Tale informazione dovrebbe essere riportata anche sulle etichette del latte in polvere.
- Dovrebbero essere vietate le affermazioni circa potenziali benefici nutrizionali e per la salute, sia nel materiale informativo che sulle etichette.

Strutture sanitarie ed operatori sanitari:

- Non si deve fare alcuna promozione dei sostituti del latte materno nelle unità sanitarie, compresa l'esposizione di manifesti o altri materiali forniti dalle compagnie.
- Non vi devono essere donazioni o vendite a basso prezzo dei prodotti contemplati dal Codice alle unità sanitarie o a singoli operatori.
- Non devono essere offerti dalle compagnie agli operatori sanitari incentivi economici o materiali allo scopo di promuovere prodotti contemplati dal Codice; i contributi individuali per viaggi di studio, borse di studio, ricerche o consulenze devono essere dichiarati sia dalla compagnia che dal beneficiario all'istituzione alla quale quest'ultimo è affiliato.

¹⁸ Tratto da World Health Organization, UNICEF, & Wellstart International (2009). *Baby-Friendly hospital initiative : Revised., Updated and expanded for integrated care. Section 4: Hospital self-appraisal and monitoring.* Geneva: World Health Organization and UNICEF. Per ulteriori informazioni, consultare il documento "Il Codice sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e le Iniziative Amiche dei Bambini"

¹⁹ elenco dal sito <http://www.ibfanitalia.org/codice.html#riassunto>

- Il sostegno finanziario e altri incentivi da parte delle compagnie per gli operatori sanitari che lavorano con l'alimentazione infantile non dovrebbero creare conflitto d'interesse con la promozione dell'allattamento.
- La ricerca sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini deve sempre contenere una dichiarazione sul conflitto d'interesse ed essere soggetta a revisione indipendente.

Il ruolo dei dirigenti e del personale nel rispettare e far rispettare il Codice

- Nelle strutture sanitarie non vanno accettate le forniture gratuite o a basso costo di sostituti del latte materno.
- I sostituti del latte materno vanno acquistati dalla struttura come vengono acquistati altri cibi o farmaci, almeno al prezzo all'ingrosso oppure non minore dell'80% di prezzo al dettaglio, in mancanza di un listino standard di prezzo all'ingrosso. Non vanno permessi nella struttura materiali pubblicitari per cibi per l'infanzia o bevande diverse dal latte materno.
- Le gestanti non devono ricevere materiali che promuovono l'alimentazione artificiale.
- L'alimentazione con sostituti del latte materno andrebbe mostrata solo da operatori sanitari, e esclusivamente alle gestanti, puerpere, o familiari che hanno effettivamente bisogno di utilizzarli.
- I sostituti del latte materno all'interno delle strutture sanitarie vanno tenuti fuori dalla portata e dalla vista delle gestanti e delle madri.
- La struttura sanitaria non deve permettere la distribuzione alle gestanti o alle madri di valigette o pacchi dono di sostituti del latte materno o attrezzature connesse che interferiscono con l'allattamento.
- Operatori sanitari ed i loro familiari non devono accettare incentivi finanziari o materiali per promuovere prodotti nell'ambito di applicazione del Codice.
- Ditte produttrici o distributrici di prodotti nell'ambito di applicazione del Codice devono dichiarare alla direzione della struttura qualsiasi contributo offerto al personale per borse di ricerca, viaggi di studio, finanziamenti per ricerca, partecipazione a convegni professionali o simili. Dichiarazioni analoghe vanno fatte da chi riceve questi finanziamenti o aiuti.

Allegato - Rispetto del Codice sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno²⁰

Che cosa è il Codice?

Il *Codice* fu approvato nel 1981 dall'Assemblea Mondiale della Sanità (AMS) per promuovere una nutrizione sicura ed adeguata per i bambini, per proteggere e promuovere l'allattamento, e per assicurare un utilizzo corretto dei sostituti del latte materno, quando necessari. Uno dei principi fondamentali del *Codice* è che il sistema sanitario non venga utilizzato per promuovere sostituti del latte materno, biberon o tettarelle. Risoluzioni successive dell'AMS hanno chiarito alcuni punti del *Codice* e ne hanno aggiunti altri.

In che maniera il Codice si collega all'Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini (BFHI) e alla Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento (BFCI)?

Nel lanciare l'iniziativa BFH nel 1991, l'UNICEF e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) miravano ad assicurare che tutti i punti nascita diventassero centri di sostegno all'allattamento. Per fare ciò, le strutture sanitarie, compresi i servizi territoriali, devono evitare di essere impegnate per la promozione dei sostituti del latte materno, dei biberon e delle tettarelle, o per la distribuzione gratuita di latte artificiale. Il *Codice*, insieme alle successive Risoluzioni rilevanti dell'AMS, mette in chiaro i principi di base necessari. Inoltre, nell'approvare il *Codice* nel 1981, l'AMS ha esortato gli operatori sanitari ad incoraggiare e proteggere l'allattamento e a conoscere le loro responsabilità rispetto al *Codice*. Analogamente, la BFCI richiede il rispetto del *Codice* nella lettera e nello spirito.

Quali prodotti rientrano nell'ambito di applicazione del Codice?

Il *Codice* si applica ai sostituti del latte materno, ovvero tutti i tipi di latti artificiali (quelli di partenza quelli di proseguimento, latti di crescita, latti speciali, ecc) e inoltre tutti i cibi e bevande se presentati come adatti ad essere somministrati a bambini sotto l'età di sei mesi. Si applica anche ai cibi complementari quando vengono commercializzati come adatti, con o senza modifiche, a sostituire in maniera parziale o totale il latte materno; biberon e tettarelle.

Dato che l'allattamento esclusivo va incoraggiato per i primi 6 mesi, qualsiasi cibo o bevanda commercializzato come adatto ad un bambino in questo periodo è da considerarsi un sostituto del latte materno, e quindi coperto da *Codice*. Questo comprende tisane per bambini, succhi di frutta, e acque minerali.

Latti speciali e fortificanti del latte materno per bambini con problemi medici o nutrizionali particolari sono coperti dal *Codice*.

Dato che l'allattamento dovrebbe proseguire fino ai due anni ed oltre, qualsiasi prodotto a base di latte promosso come sostituto del latte materno nella dieta del bambino dai 6 mesi ai 2 anni, come i latti di proseguimento e di crescita, è un sostituto del latte materno, e quindi coperto dal *Codice*.

Chi è un "operatore sanitario" rispetto al Codice?

Secondo il *Codice*, qualsiasi persona che lavora all'interno del sistema sanitario, che sia professionista o meno, compresi i volontari e lavoratori che prestano servizio in modo gratuito, nei servizi pubblici o privati, è un operatore sanitario. Utilizzando questa definizione, il personale ausiliario, gli infermieri, le ostetriche, gli assistenti sociali, i dietologi, i consulenti, le peer counselors, i farmacisti ospedalieri, i medici, il personale amministrativo, ecc sono tutti operatori sanitari.

²⁰ Tratto dalla Sezione 1.4 di World Health Organization, UNICEF, & Wellstart International (2009). *Baby-Friendly hospital initiative : Revised., Updated and expanded for integrated care. Section 1, background and implementation.* Geneva: World Health Organization and UNICEF.

Quali sono le responsabilità degli operatori sanitari secondo il Codice?

1. **Incoraggiare e proteggere l'allattamento.**

Gli operatori sanitari coinvolti nella nutrizione materna ed infantile dovrebbero prendere conoscenza delle loro responsabilità nei confronti del *Codice* ed essere in grado di spiegare il seguente:

- l'importanza e la superiorità del latte materno;
- la nutrizione materna e la preparazione all'allattamento e il mantenimento della produzione di latte
- l'effetto negativo sull'allattamento dell'introduzione di un'alimentazione mista con biberon
- la difficoltà di ritornare sulla decisione di non allattare;
- dove necessario, l'utilizzo corretto del latte artificiale, che sia di produzione industriale o casalinga.

Quando forniscono informazioni sull'utilizzo del latte artificiale, gli operatori sanitari dovrebbero essere in grado di spiegare:

- le implicazioni sociali e economiche del suo uso;
- i pericoli per la salute relativi all'uso di cibi o metodi di alimentazione inappropriati, e;
- i pericoli per la salute relativi all'uso non necessario o improprio di formula o altri sostituti del latte materno.

2. **Assicurarsi che la struttura sanitaria non venga sfruttata per esporre prodotti coperti dal Codice, per cartelloni o poster riguardanti tali prodotti.**

Assicurarsi che tutti i contenitori di sostituti del latte ed altre forniture acquistate dalla struttura non siano in mostra, né visibili alle madri.

3. **Rifiutare qualsiasi regalo offerto da una ditta produttrice o distributrice.**

4. **Rifiutare campioni**

(intesi come confezioni singole o quantità piccole) di latte artificiale o altri prodotti coperti dal *Codice*, o di strumenti o attrezzature per la sua preparazione o utilizzo, a meno che non sia indispensabile per una valutazione professionale o per ricerca a livello istituzionale.

5. **Non distribuire mai campioni a gestanti o madri di lattanti o bambini, o ai loro familiari.**

6. **Dichiarare alla direzione della struttura qualsiasi contributo offerto da una ditta produttrice o distributrice**

per borse di ricerca, viaggi di studio, finanziamenti per ricerca, partecipazione a convegni professionali o simili.

7. **Essere consapevoli del fatto che eventuali aiuti economici o altri incentivi per programmi o operatori che lavorano nel campo della salute infantile e dei bambini non dovrebbero creare conflitti di interesse.**

Il Codice proibisce tutte le forniture gratuite o a basso prezzo di latte artificiale ed altri sostituti del latte materno (compresi i cosiddetti latti di proseguimento) all'interno del sistema sanitario?

Sì. Sebbene ci fossero delle ambiguità nella formulazione degli articoli 6.6 e 6.7 del Codice, queste sono state chiarite nel 1994 da una Risoluzione dell'AMS (WHA 47.5) che esortava i governi ad "assicurare che non ci siano forniture gratuite o a prezzo ridotto di sostituti del latte materno e di altri prodotti coperti dal Codice in qualsiasi parte del sistema sanitario". I sostituti del latte materno andrebbero acquistati tramite i "normali canali di vendita" in maniera da non interferire con la protezione e la promozione dell'allattamento. Per "normali canali di vendita" si intende l'acquisto.

Andrebbero accettate le forniture gratuite per i bambini prematuri o di basso peso alla nascita? Alcuni sostengono che questi neonati necessitano di integrazioni precoci, perciò andrebbero permesse le forniture gratuite.

No. Questa proibizione si applica a tutti i tipi di latte artificiale, compresi quelli indicati in circostanze mediche speciali. In ogni caso, il latte materno viene indicato dalla ricerca medica come alimento di prima scelta per quasi tutti i bambini prematuri e di basso peso alla nascita.²¹ Usufruire di forniture gratuite per questi bambini incoraggia l'alimentazione artificiale, che a sua volta minaccia ulteriormente la sopravvivenza di questi bambini e il loro sviluppo sano.

Inoltre, una volta che sono disponibili forniture gratuite nei reparti di ostetricia e di pediatria, risulta estremamente difficile controllarne la distribuzione e l'eventuale abuso.

Andrebbero accettate le donazioni di forniture gratuite per i bambini con madri HIV positive che hanno scelto l'alimentazione artificiale?

No. Come detto sopra, una volta che sono disponibili forniture gratuite nel sistema sanitario, risulta estremamente difficile prevenirne l'abuso e non minare l'allattamento.

I governi devono acquistare la quantità di sostituto necessaria tramite i normali canali di vendita.

Questo divieto andrebbe esteso anche ai consultori materno infantili e ambulatori medici?

Sì. Il Codice definisce il sistema sanitario come "istituzioni od organizzazioni governative, non governative o private impegnate, direttamente o indirettamente, nella tutela della salute delle madri, dei lattanti e delle gestanti; asili nido ed altre istituzioni che si occupano di bambini. Include, inoltre, operatori sanitari nella pratica privata." (art. 3)

Perché non permettere forniture gratuite nei reparti di pediatria, visto che i bambini più grandi potrebbero già consumare il latte artificiale?

Perché le forniture gratuite ai servizi pediatrici o altri servizi speciali per bambini malati possono minare in maniera grave l'allattamento. Le linee guida dell'OMS/UNICEF suggeriscono nel paragrafo 50:

"Esisterà sempre, naturalmente, un piccolo numero di bambini in questi servizi che necessiteranno di un sostituto di latte materno. A questi bambini andrebbero somministrati tali sostituti, acquistati e distribuiti come parte dell'inventario regolare di cibi e medicinali di una qualsiasi struttura sanitaria."

Esiste una definizione pratica di "forniture a basso costo"?

Sì. Esiste un consenso generale che eliminare "forniture a basso costo" o "vendite a basso prezzo" significa eliminare le vendite a prezzi inferiori a quelli all'ingrosso o minori dell'80% di prezzo al dettaglio, in mancanza di un listino standard di prezzo all'ingrosso. Il motivo per fermare le vendite a basso costo è che prezzi bassi portano ad un uso sproporzionato di sostituti del latte materno.

²¹ Vedi WHO/UNICEF "Guidelines concerning the main health and socioeconomic circumstances in which infants have to be fed on breastmilk substitutes" (WHO, A39/8 Add. 1, 10 April 1986). Nella riunione del 1986, l'Assemblea Mondiale della Sanità si è basata su questo documento per approvare la Risoluzione WHA 39.28

Un operatore può accettare di partecipare ad iniziative formative o congressuali finanziati o sponsorizzate da ditte di prodotti coperti dal Codice?

L'Iniziativa Ospedali&Comunità Amici dei Bambini non proibiscono in maniera esplicita la partecipazione di un professionista ad una giornata di studio o convegno sponsorizzato da una ditta che produce o distribuisce prodotti coperti dal *Codice*. Comunque sia, la partecipazione è fortemente scoraggiata. Un professionista che deve decidere circa la sua partecipazione dovrebbe chiedersi:

- se la partecipazione è veramente attinente alla sua formazione;
- se è compatibile con il codice deontologico e un comportamento professionale basato sulle prove di efficacia;
- come si rifletterà la partecipazione sull'ente di appartenenza e i valori espressi nella politica aziendale;
- se una ditta potrebbe strumentalizzare questa partecipazione per migliorare la propria reputazione;
- quale effetto potrebbe avere la partecipazione sulle famiglie e sui pazienti che usufruiscono dei suoi servizi.

Un operatore può accettare di pubblicare articoli su riviste/giornali finanziati o sponsorizzate da ditte di prodotti coperti dal Codice?

La stessa regola precedente vale per la pubblicazione di articoli e la collaborazione con giornali, riviste ed altri mezzi di comunicazione che diffondono pubblicità di prodotti coperti dal *Codice* o finanziati da aziende che li producono. In questo caso l'operatore deve non solo controllare che il messaggio che firma corrisponda nella lettera e nello spirito a quanto desidera comunicare, ma deve anche tener conto della complessiva impostazione dell'iniziativa (impaginazione, immagini, accostamenti, etc), nell'ambito dei temi protetti dal *Codice*.

Il Codice è ancora attuale in considerazione dell'epidemia diffusa dell'HIV e del bisogno maggiore di latte artificiale?

Sì. Il *Codice* è più importante che mai nel contesto dell'HIV, visto che il *Codice* e le successive Risoluzioni:

- incoraggiano i governi a regolare la distribuzione di forniture gratuite o sovvenzionate di sostituti del latte materno per prevenire lo "spillover", ossia il ricorso immotivato all'alimentazione artificiale;
- proteggono i bambini nutriti con cibi sostitutivi assicurando che le etichette abbiano le avvertenze necessarie e istruzioni per un'adeguata preparazione e utilizzo;
- assicurano che un dato prodotto venga scelto in base a consigli medici indipendenti.

L'applicazione del *Codice* è importante anche per le madri HIV positive, e ne protegge gli interessi ed i bisogni.

Gli Ospedali e le Comunità Amiche dei Bambini per l'Allattamento sono tenute a rispettare i principi e le finalità del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e tutte le successive pertinenti Risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità anche se non compresi nella legislazione nazionale o regionale vigente.

Premessa

Una recente mappatura delle modalità di acquisto dei sostituti da parte delle strutture in fase di rivalutazione o in percorso per la BFHI/BFCL ha messo in evidenza rispetto al passato una crescente difficoltà a garantire il raggiungimento dello standard richiesto dal progetto.

La grande variabilità dei prezzi rende oggettivamente difficile definire esattamente l'80% del prezzo al dettaglio dei sostituti, così come conoscerne il prezzo all'ingrosso, con conseguenti problemi nella definizione stessa dello standard.

Inoltre da alcuni anni nelle strutture sanitarie si sta affermando una gestione centralizzata (per area vasta o addirittura a livello regionale) degli acquisti che punta ad aumentare l'efficacia e l'efficienza del sistema e a ridurre la spesa attraverso sconti sempre maggiori. Questi nuovi scenari nella gestione degli acquisti, se da un lato aumentano enormemente la distanza fra gli operatori che utilizzano i sostituti e coloro che li producono e li distribuiscono, con ricadute positive in termini di maggiore protezione dalla pressione del marketing sulle strutture, dall'altro hanno portato ad un abbattimento dei prezzi fino a valori da considerarsi del tutto simbolici, in palese contrasto con il *Codice*, e a procedure che non rispettano la legge italiana²²

Per queste ragioni nel corso del 2013 è stato istituito un Gruppo di Lavoro sul rispetto del *Codice*, formato da alcuni tutor/valutatori e da rappresentanti di IBFAN per esplorare le modalità di acquisto vigenti, per formulare proposte di modifica degli attuali Standard e individuare strategie fattibili, nel rispetto della lettera e dello spirito del *Codice*, nonché della Legge italiana, da presentare alle direzioni delle strutture o ad altri enti responsabili degli acquisti.

Verificata la difficoltà a individuare il prezzo all'ingrosso e a definire l'80% di quello al dettaglio come richiesto in precedenza,²³ la struttura deve comunque assicurare l'acquisto dei sostituti attraverso i normali canali di acquisto fissando per ciascuna categoria un prezzo minimo non simbolico (ad esempio 1,50 euro a litro per un latte tipo1).

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

- la procedura garantisce:
 - una pluralità significativa delle ditte fornitrici
 - una suddivisione equa del fabbisogno fra queste
 - un prezzo d'acquisto non simbolico (ma non più legato all'80% del prezzo al dettaglio);
- gli eventuali criteri di esclusione di una ditta vengono resi noti e motivati;
- il reparto invia una richiesta "generica" dei sostituti necessari;

²² Il Decreto 9 aprile 2009, n. 82 (<http://www.trovanorme.salute.gov.it/dettaglioAtto?id=29174&completo=true>)

Il Decreto 9 aprile 2009, n. 82 cita all'art. 12 che "Le Aziende sanitarie, per far fronte ai bisogni per uso interno dei neonati che, per indisponibilità o insufficienza del latte materno, necessitano di una totale o parziale alimentazione con alimenti per lattanti, provvedono, al pari delle altre forniture di beni necessari, all'acquisto dei prodotti in condizioni di correttezza e trasparenza nelle quantità strettamente necessarie, commisurate al numero medio di tali neonati".

²³ vecchia modalità acquisti: "Un controllo dei registri e delle fatture comprova le modalità di acquisto dei sostituti del latte materno, compresi i latti speciali, i fortificanti del latte materno ed /eventuali attrezzature di cui la struttura ha la necessità ad un prezzo minimo uguale o maggior di quello all'ingrosso, oppure non inferiore all'80% del prezzo al dettaglio, in mancanza di un listino standard di prezzi all'ingrosso"

- esiste un sistema di monitoraggio quali-quantitativo dei consumi dei sostituti;
- esiste un sistema di monitoraggio delle informazioni ricevute dalla madre alla dimissione riguardo alla prescrizione dei sostituti.

Fino dall'inizio del percorso di accompagnamento il referente deve verificare insieme al tutor se la struttura provvede agli acquisti in maniera autonoma o è inserita in un sistema di acquisti centralizzato (area vasta, regione, altro)

1. la modalità d'acquisto dovrà essere la gara d'appalto aperta con prezzo minimo fissato per consentire l'acquisto di prodotti da tutte le ditte interessate che corrispondono ai criteri, evitando prezzi simbolici e situazioni di monopolio, assicurando più vincitori e la suddivisione della quantità richiesta in lotti uguali fra le ditte accettate.
2. l'acquisto in economia potrà essere utilizzato soltanto per un periodo limitato di tempo in attesa che sia ultimato il contratto di gara previsto nel piano d'azione e anche in questo caso dovrà essere fissato un prezzo minimo non simbolico e assicurata una pluralità di ditte produttrici.
3. l'eventuale esclusione di alcuni prodotti dal bando di gara o dall'acquisto in economia dovrà essere proposta all'U.O. Farmacia da un equipe multiprofessionale (Farmacista, Direttori UU.OO. Neonatologia e Pediatria, rappresentante PdF) con criteri motivati e tali da non ridurre sostanzialmente il numero delle ditte che possono concorrere.
4. i reparti devono rifornirsi di sostituti facendo richiesta generica per ciascuna tipologia e non per marca, per es. "latte tipo 0", "latte tipo 1" o "latte tipo 2" e il magazzino dovrà disporre di un unico codice per ciascuna tipologia di latte e non per ciascuna marca.
5. L'invio del latte dal magazzino al reparto avverrà in base ai prodotti al momento disponibili.
6. deve essere individuata una modalità di monitoraggio dei consumi (indicando il responsabile del monitoraggio e la cadenza) per assicurare un consumo di sostituti commisurato al numero dei nati e al tasso di allattamento esclusivo (vedi allegato1).
7. deve essere monitorata l'appropriatezza dell'uso dei sostituti attraverso la compilazione del "registro dell'alimentazione" (già disponibile in formato Excel) che riporta le motivazioni delle integrazioni.
8. devono essere monitorate le informazioni ricevute dalle madri al momento della dimissione con l'inserimento di domande ad hoc nei questionari di audit del monitoraggio.

In caso di acquisti centralizzati

- si deve tenere distinta la valutazione della procedura d'acquisto dei sostituti (punti 1 e 2) da quella relativa al loro utilizzo e monitoraggio (punti 3-8), riconoscendo a quest'ultima un ruolo chiave nella protezione degli operatori, delle madri, dei neonati, delle loro famiglie dalle pressioni del marketing
- si deve riconoscere alle strutture che utilizzano modalità di acquisto diverse da quelle richieste una gradualità di implementazione delle nuove procedure purché sia presente un piano d'azione adeguato per il superamento delle non conformità

Allegato 1 - Analisi quantitativa dei consumi dei sostituti

1. Calcolare
 - a. il numero di pasti al giorno,
 - b. la quantità di ognuno e
 - c. la durata media della degenza
 - d. il numero totali dei nati
 - e. il tasso di allattamento esclusivo
 - f. per strutture con una TIN/Patologia Neonatale: andrà fatto un calcolo analogo con i numeri della TIN/PN

Con questi numeri, è possibile calcolare in maniera indicativa il consumo presunto.

Esempio pratico:

Prendiamo un ospedale con 1000 nati/anno e un tasso di allattamento esclusivo dell'80%, significa che un 20% utilizza sostituti, cioè ci sono 200 bambini/anno che necessitano di latte artificiale.

La degenza media è di 48 ore con 7 pasti al giorno (tot. 14 pasti durante la degenza), dove vengono preparati biberon di 50ml cad. Significa che per ogni bambino che utilizza sostituti vengono preparati 14 pasti di 50 ml = 700ml

Quindi il consumo annuale sarebbe di:

$700\text{ml} \times 200 \text{ bambini} = 140 \text{ litri/anno}$ per tutti i bambini

utilizzando 14 biberon usa e getta x 200 bambini = 2800 biberon/tettarelle usa e getta.

Con questi numeri è possibile fare un calcolo di un consumo annuale e confrontarlo con gli acquisti fatti.

Allegato - Lettera di Adesione al Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno dell'OMS

Da preparare su carta intestata dell'Azienda

Con la presente si certifica che l'Azienda..... rispetta il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e successive Risoluzioni non solo all'interno del dipartimento materno-infantile ma in tutta la struttura, e non accetta da ditte che producono o distribuiscono prodotti che rientrano nell'ambito di applicazione del Codice:

- forniture gratuite o a basso costo di sostituti del latte materno, latti speciali, fortificanti del latte materno, soluzione glucosata, biberon, tettarelle, ciucci e paracapezzoli. Questi materiali sono acquistati secondo le normali procedure, corrette e trasparenti, e nelle quantità strettamente necessarie;
- regali/doni/omaggi per gli operatori o per le famiglie;
- materiale non scientifico di qualsiasi tipo;
- alcun tipo di contatto diretto o indiretto fra ditte e famiglie;
- attrezzature o contributi in denaro per il loro acquisto;
- quote per la formazione o per altri eventi per i dipendenti/collaboratori.

Non viene effettuata alcuna pubblicità o altra forma di promozione, come l'esposizione di manifesti o di altri materiali, per l'utilizzo di prodotti coperti dal Codice e dall'Iniziativa UNICEF "Insieme per l'allattamento" al pubblico e al personale sanitario e regolamenta i contatti fra informatori ed operatori.

È vietata la prescrizione scritta routinaria di sostituti del latte materno alla dimissione dal nido e l'informazione alle madri che allattano sulla preparazione e conservazione dei sostituti del latte materno, come da D.M. n. 82 dell'Aprile 2009 e D.L. n. 84 del 19 maggio 2011.

È inoltre previsto il rispetto del Codice anche nei diversi contesti extra-aziendali, nei quali a vario titolo gli operatori rappresentano comunque la struttura, per evitare situazioni di conflitto di interesse con le iniziative "UNICEF Insieme per l'Allattamento".

Firma:

Il Direttore Generale

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

I Responsabili/Direttori delle strutture interessate

Applicazione delle Cure Amiche della Madre

Criteri per le Cure Amiche della Madre

Le Cure Amiche della Madre per il travaglio e il parto promuovono pratiche importanti, sia per la salute fisica che psicologica delle donne stesse. I dati internazionali dimostrano che tali pratiche migliorano l'inizio di vita dei neonati, facilitano l'allattamento, e aiutano le madri stesse a sentirsi sostenute, competenti, in grado di controllare ciò che succede e pronte ad interagire in maniera vigile con il proprio bambino. La sinergia di più azioni ha come risultato sia una migliore *compliance* da parte delle donne, che migliori risultati negli indicatori misurabili per quanto riguarda la fisiologia dell'evento travaglio/parto con ripercussioni anche nel dopo parto. Gli Standard delle Cure Amiche della Madre rappresentano il segno di un'attenzione alla fisiologia del parto e si differenziano da quelli previsti dalla *Mother-friendly Childbirth Initiative*, un progetto specifico che si focalizza su gli aspetti specifici dell'assistenza in travaglio e al momento del parto con l'obiettivo del raggiungimento di precisi livelli negli indicatori di risultato.²⁴

Sebbene la Baby Friendly Hospital Iniziative con i suoi *10 Passi*, risulti essere ad oggi il progetto che più di tutti è risultato efficace nella promozione dell'allattamento, si è consolidata, negli ultimi anni, la convinzione di dover affiancare ad esso "le Cure Amiche della Madre". L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato che "Ogni donna ha il diritto al più elevato livello di salute raggiungibile, che include il diritto ad una assistenza sanitaria rispettosa e dignitosa:"²⁵ Talune pratiche ospedaliere del travaglio e del parto possono fortemente influenzare con un effetto a cascata, la capacità della madre di allattare il proprio bambino. La promozione di un modello di cura della maternità che riconosca l'importanza di proteggere la madre da interferenze inutili e dannose durante ed immediatamente dopo la nascita sembra ormai fondamentale. In considerazione dell'importanza di questo modello di cura, le "Cure Amiche della Madre", già comprese nel *Corso delle 20 Ore*, dal 2012 devono essere presentate alle donne in gravidanza (vedi *Checklist Prenatale* per la BFHI/BFCI) e introdotte nella routine assistenziale del punto nascita.

Già dal 1985 furono definite dall'OMS "le raccomandazioni per la tecnologia appropriata per la nascita". Queste raccomandazioni danno rilievo alla necessità di cure rispettose ed interventi non invasivi durante la nascita. Tali raccomandazioni includono l'incoraggiamento della madre a muoversi durante il travaglio, a sperimentare modalità alternative all'uso dei farmaci per il controllo del dolore, la scelta di posizioni gradite alla madre per il parto, l'inizio precoce dell'allattamento, il sostegno della madre e la non separazione della coppia madre-bambino. La tecnologia moderna ha introdotto una nuova dimensione nelle procedure di screening nel periodo prenatale, tale per cui la nascita è stata trattata sempre di più come una malattia piuttosto che un evento fisiologico, com'è nella maggior parte dei casi. Lo sforzo ora è quello di far ritornare la gravidanza ed il parto ad eventi normali non medicalizzati e l'allattamento come il modo normale per nutrire il proprio bambino. In questa ottica, l'episiotomia, i tagli cesarei ed i parti vaginali operativi devono essere presi in considerazione solo se necessari e non di routine.

Solide evidenze scientifiche mostrano che il ritorno a pratiche che preservino la naturalità può portare a nascite più veloci e più facili, madri più attive ed attente ai loro bambini, pronte per allattare. In aggiunta alle evidenze scientifiche, c'è la saggezza delle donne che ancora sanno che la normalità, la naturalità della nascita e l'allattamento vanno insieme. Nella promozione di queste pratiche si sottolinea come questa saggezza venga da molto lontano: da tutte quelle donne in tutti i paesi del mondo che scelgono di avere un travaglio naturale e scoprono il potere immenso nello spingere fuori il loro bambino, nel tenerlo tra le proprie braccia ed attaccarlo al seno.

²⁴ Vedi il sito web *Coalition for Improving Maternity Services (CIMS)* <http://www.motherfriendly.org/> per una descrizione completa dell'Iniziativa per un Parto Amico delle Partorienti.

²⁵ Vedi "La Prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere" http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/17/WHO_RHR_14.23_ita.pdf?ua=1

Le donne devono avere un ruolo attivo nel determinare le loro priorità, essere protagoniste in una atmosfera sicura, di supporto, confidenziale e rispettosa in un momento così importante come quello della nascita.

Guida per l'applicazione delle Cure Amiche della Madre

1. Motivazione

Avere una persona di fiducia aiuta la donna a sopportare meglio il momento del travaglio/parto

Il sostegno emotivo rappresenta un elemento chiave di soddisfazione della donna e permette una migliore tolleranza al dolore durante il travaglio/parto. Come parte integrante della BFHI, le strutture devono pertanto offrire la possibilità alle donne di farsi accompagnare da una persona di loro fiducia (familiare, amica o altra figura) per un sostegno fisico/emotivo durante il travaglio, parto e post partum. Gli studi internazionali hanno dimostrato un'aumentata soddisfazione delle madri nell'evento nascita e una più bassa percentuale di tagli cesarei, di travagli indotti con l'ossitocina e un minor uso di forcipe e *vacuum extractor*.

È importante che gli operatori sanitari nel periodo prenatale informino le donne in gravidanza circa l'importanza di avere una persona di fiducia e la possibilità per questa persona di accedere alla sala parto/operatoria.

Al momento del travaglio/parto la struttura deve accogliere questa figura e permetterle di dare il sostegno adeguato alla partoriente.

Gli operatori dovranno spiegare altresì le motivazioni dell'eventuale impossibilità di stare in sala parto/operatoria, in caso di sopraggiunte complicazioni.

Cibi e liquidi non interferiscono con il travaglio

La struttura deve permettere alla donna di bere e mangiare cibi leggeri durante il travaglio. Una Cochrane Review (vedi bibliografia) ha evidenziato che non ci sono prove di efficacia che giustificano una restrizione di liquidi e cibi leggeri in travaglio a basso rischio per complicazioni.

Passeggiare e muoversi durante il travaglio aiuta la donna

Gli operatori devono incoraggiare le donne a passeggiare o a muoversi durante il travaglio, se lo desiderano, e a trovare posizioni di loro gradimento durante il parto, a meno che non sopraggiunga una restrizione per complicanze e, in tal caso, che questa restrizione venga spiegata alla madre. La classica posizione litotomica (donna sdraiata sul dorso) riduce il flusso di sangue al feto, con effetto avverso sul battito cardiaco fetale. Inoltre, la posizione litotomica fa aumentare il livello di ormoni materni dello stress, riducendo la contrattilità dell'utero e la progressione del travaglio. La deambulazione, il movimento e il cambiamento della posizione durante il primo stadio del travaglio permettono un travaglio più corto e di alleviare il dolore. Gli operatori dovranno pertanto promuovere un'offerta attiva sulle varie possibili posizioni durante il travaglio ed il parto salvo complicazioni.

Metodi non farmacologici del controllo del dolore possono risultare molto efficaci

In linea con la filosofia della Baby Friendly per la promozione della donna come soggetto competente e protagonista attiva, va promosso l'utilizzo di metodi non farmacologici per alleviare il dolore, a meno che non siano necessari per complicazioni farmaci analgesici o anestetici,rispettando comunque le preferenze personali della donna.

A differenza di metodi farmacologici, il rischio di effetti collaterali avversi con metodi non farmacologici per la riduzione del dolore è minima o nulla. Per esempio, il massaggio, l'ipnosi e l'idroterapia hanno mostrato di determinare benefici significativi. Inoltre, aumentare le misure di conforto, le strategie cognitive e altre tecniche di *empowerment* può contribuire a offrire alla donna una maggiore consapevolezza di essere lei la protagonista dell'evento nascita. L'analgesia farmacologica in travaglio non va promossa come routine dall'equipe. Tuttavia, in presenza di una scelta informata da parte della madre, questa va rispettata e l'analgesia offerta, in modalità che siano rispettose il più possibile della fisiologia della nascita sul versante sia materno che neonatale.

Guida per l'applicazione delle Cure Amiche della Madre

Sono da evitare pratiche cliniche routinarie sulla cui utilità non esiste evidenza scientifica

Nel corso degli anni si è sviluppato all'interno dei punti nascita l'uso di pratiche cliniche sulla cui utilità non esiste evidenza scientifica. Prima di effettuare pratiche cliniche come clisma evacuativo, tricotomia e cateterismo vescicale ne andrebbe verificata con la donna la reale necessità. Viene sconsigliato l'uso routinario di pratiche cliniche invasive come il monitoraggio fetale continuo cardiocografico, la rottura delle membrane, l'episiotomia, l'induzione o l'accelerazione del travaglio, la partoanalgesia, i parti vaginali strumentali e i tagli cesarei. L'uso routinario di queste pratiche non è supportato da prove di efficacia, anzi talvolta possono comparire effetti collaterali importanti.

In particolare:

- Il monitoraggio fetale continuo cardiocografico, rispetto a quello intermittente, sembra aumentare la probabilità di parti vaginali strumentali e tagli cesarei, mentre non migliora l'Apgar score, la percentuale di prematuri o nati morti, ricoveri in patologia neonatale o terapia intensiva neonatale. Oltre a non avere un'azione preventiva nella donna con travaglio fisiologico, risulta fortemente disagiata per la stessa.
- Secondo la letteratura, la rottura routinaria delle membrane non porta alla riduzione della percentuale di tagli cesarei, può aumentare il rischio di infezioni materne e fetali, e può portare al prolasso del cordone ombelicale.
- L'induzione di travaglio elettiva (senza indicazione medica) è stata associata ad un aumento dell'uso della partoanalgesia, dell'incidenza di alterazioni del battito cardiaco fetale, distocia di spalla, parto vaginale strumentale e taglio cesareo.
- L'analgesia peridurale può determinare effetti collaterali quali cefalea, prurito, prolungamento del secondo stadio del travaglio, aumento dell'uso di ossitocina e aumento dei parti vaginali strumentali. Più raramente possono comparire complicazioni neurologiche maggiori come l'ematoma e le parestesie transitorie. Le donne che richiedono l'analgesia farmacologica in travaglio possono manifestare difficoltà nell'inizio dell'allattamento e necessitano di un maggior sostegno da parte degli operatori sanitari.
- L'episiotomia di routine non migliora l'*outcome* neonatale mentre, invece, aumenta il dolore, le lacerazioni perineali, un ritardo nella guarigione, una maggiore debolezza nel piano pelvico e un peggioramento nella funzione sessuale.
- Il taglio cesareo aumenta la probabilità di infezioni, complicazioni anestesologiche, danni chirurgici, isterectomia, necessità di trasfusione di sangue, dolore cronico, difficoltà dell'allattamento, tagli cesareo ripetuti in gravidanze successive.
- L'utilizzo di forcipi e *vacuum extractor* hanno importanti e noti effetti collaterali.
- Dai dati della letteratura internazionale risulta che la manovra di *Kristeller* non solo non riduce la seconda fase del travaglio, ma può causare un aumentato rischio di rischio di rottura d'utero, maggiori danni a carico dello sfintere anale, fratture e danno cerebrale fetale.

Per approfondimenti sui vari argomenti, vedi la pagina del sito SaPeRiDoc Assistenza al travaglio <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/41>

Tutti i protocolli e le procedure operative sul parto devono essere aggiornati e basati sulle evidenze

In un contesto di "cure amiche della madre", è fondamentale il comportamento degli operatori a contatto con la donna nel corso della gravidanza, del travaglio e del parto. Devono conoscere ed applicare i protocolli operativi appositamente stilati onde evitare procedure e pratiche di travaglio e parto non necessarie, a meno che non ci siano indicazioni mediche e/o complicazioni.

Tutti i protocolli e linee guida adottati devono essere basati sulle evidenze scientifiche e sulle prove di efficacia e non devono entrare in conflitto con i principi fondamentali della *Politica aziendale BFHI/BFCI*. Lo scopo dei protocolli è quello di individuare le migliori prassi e indicare come attuarle all'interno della struttura garantendo la coerenza delle informazioni alle madri e l'aggiornamento dei protocolli in linea con i più recenti standard basati sulle evidenze scientifiche e i materiali dell'iniziativa Insieme per l'Allattamento: Ospedali&Comunità Amici dei Bambini.

Guida per l'applicazione delle Cure Amiche della Madre

È utile un elenco delle informazioni fornite a tutte le donne in gravidanza

La struttura deve fornire un documento aziendale in cui sono indicate le informazioni fornite dagli operatori *dedicati* e *coinvolti* a tutte le donne in gravidanza che delinea le prassi mirate alle “cure amiche della madre” e al rispetto della donna come protagonista dell'evento parto. Già nel corso della gravidanza le donne dovrebbero aver ricevuto informazioni sull'offerta assistenziale descritta nella *Politica aziendale* in maniera da poterle elaborare e pianificare il proprio parto.

3. Autovalutazione e monitoraggio

È fondamentale monitorare le cure amiche della madre

Si sottolinea la necessità di avere un adeguato monitoraggio dei passi previsti per le “cure amiche della madre”. Un semplice controllo dei dati riguardante i parti darà i dati di base, tuttavia, un controllo della documentazione dei singoli casi che permetta di analizzare perché le cure non erano “amiche della madre” fornirà più informazioni approfondite e consentirà di affrontare il problema, riorientando le attività e la formazione degli operatori. Anche qui si ribadisce l'utilità sia di una *checklist* sia di un'*autovalutazione* (già descritte nei Passi 3 e 4).

Riferimenti bibliografici per le Cure Amiche della Madre

1. World Health Organization (1985). Appropriate technology for birth. WHO Joint Interregional Conference on Appropriate Technology for Birth: Fortaleza, Brazil 22–26 April 1985. Disponibile in italiano: <http://www.lavitaprenatale.org/oms.htm>
2. Assistenza alla Gravidanza e al Parto Fisiologico: Linee Guida Nazionali di Riferimento. (2004). Roma: Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile a http://www.agenas.it/le_linee_guida.html
3. Hotelling, Barbara A. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. *J Perinat Educ* 16 (2): 38-43. http://www.motherfriendly.org/pdf/CIMS_Evidence_Basis.pdf
4. Api, O., Balcin, M. E., Ugurel, V., Api, M., Turan, C., & Unal, O. (2009). The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 88(3), 320-4.
5. Singata, Mandisa, Joan Tranmer, e Gillian MI Gyte (2010). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev*, no. 1:CD003930. <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD003930/frame.html>
6. Sistema nazionale per le linee guida (2010). Taglio cesareo: Una scelta appropriata e consapevole (Linea Guida 19). Roma: Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità. Disponibile a http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_cesareo_comunicazione.pdf
7. SaPeRiDoc (2010). Assistenza al travaglio. Disponibile a <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/41>
8. Ministero della Salute (2012). Taglio cesareo: Una scelta appropriata e consapevole: Seconda parte (linea guida 22). Roma: Ministero della Salute. http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Cesareo_finaleL.pdf

Fase 1: Visita alla struttura e verifica documentazione

Si chiede al Responsabile del progetto di descrivere la procedura per:

- garantire la formazione sulle cure amiche della madre
- incoraggiare le donne a farsi accompagnare da una persona di loro fiducia per fornire un sostegno fisico e/ o emotivo continuo durante il travaglio ed il parto, se lo desiderano;
- accogliere i compagni e incoraggiarli a dare il sostegno che le partorienti desiderano
- permettere alle donne di bere e mangiare cibi leggeri durante il travaglio, se lo desiderano.
- incoraggiare le donne a passeggiare o a muoversi durante il travaglio, se lo desiderano, e ad assumere posizioni di loro gradimento durante il parto, a meno che non sopraggiunga una restrizione per complicanze e che questa restrizione venga spiegata alla madre.
- incoraggiare le donne a utilizzare metodi non farmacologici per alleviare il dolore, a meno che non siano necessari per complicazioni farmaci analgesici o anestetici, rispettando le preferenze personali della donna.
- garantire le cure che non comprendono pratiche cliniche sulla cui utilità non esiste evidenza scientifica o procedure invasive di routine

Fase 2: Competenze degli operatori

I valutatori verificheranno che gli operatori *coinvolti* e *dedicati* sanno descrivere:

- le pratiche raccomandate (metodi non farmacologici) che possono aiutare una madre a stare più comoda ed essere più protagonista durante il travaglio e il parto;
- le procedure durante il travaglio e il parto che non andrebbero utilizzate di routine, ma solo dietro indicazione per complicazioni;
- le pratiche di travaglio e parto che facilitano un buon avvio dell'allattamento.

Dopo il riconoscimento

- I risultati del monitoraggio annuale vanno inviati all'UNICEF

Fase 3: Assistenza alle donne

I valutatori verificheranno che:

- Le donne in gravidanza che hanno effettuato almeno due visite oppure le madri che sono ricoverate in reparto confermano che gli operatori hanno:
 - detto che possono farsi accompagnare da una persona di loro fiducia, bere e mangiare cibi leggeri durante il travaglio, passeggiare o muoversi durante il travaglio e assumere posizioni di loro gradimento durante il parto, a meno che non sopraggiunga una restrizione per complicanze;
 - dato informazione sui metodi non farmacologici per alleviare il dolore;
 - spiegato che le cure non comprendono pratiche cliniche sulla cui utilità non esiste evidenza scientifica né procedure invasive, a meno che non siano necessari per indicazioni e/o complicazioni e che il motivo venga spiegato loro.
- Le madri che hanno partorito nella struttura confermano che:
 - una volta in travaglio, i loro compagni sono stati accolti ed incoraggiati a dare il sostegno, e che hanno potuto bere e mangiare cibi leggeri durante il travaglio, passeggiare o muoversi durante il travaglio, ed assumere posizioni di loro gradimento, che sono state incoraggiate a utilizzare metodi non farmacologici per alleviare il dolore, e che le loro preferenze personali sono state rispettate;
 - le cure non comprendevano pratiche cliniche sulla cui utilità non esiste evidenza scientifica o procedure invasive a meno che non fossero necessarie per complicazioni e che il motivo è stato spiegato loro.

Risorse, Riferimenti e siti web

Siti internet:

Attenzione: i siti internet cambiano frequentemente. Usa nelle tue ricerche le parole chiave BFHI, amico del bambino e allattamento, con il tuo motore di ricerca preferito, poi cerca nei siti sotto Risorse, Pubblicazioni e Links. Per scaricare un documento in formato PDF senza aprirlo, clicca sul pulsante destro del mouse, quindi "Salva oggetto come" e salva il documento nella cartella prescelta con un nome facilmente riconoscibile. I documenti segnati con un ♦ sono disponibile in lingua italiana. Adobe Reader è un programma gratuito che può essere scaricato dalla maggioranza dei siti internet che ospitano documenti in formato PDF o dal sito www.adobe.com

UNICEF

Per ulteriori informazioni sul lavoro fatto dall'UNICEF sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini e in appoggio agli impegni dei paesi per mettere in pratica gli impegni presi con la *Dichiarazione degli Innocenti* e la *Strategia Globale per l'Alimentazione dei Neonati e dei Bambini*, o sull'Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini (BFHI) nel suo complesso, oppure per scaricare copie di materiali aggiornati, consultare: http://www.unicef.org/nutrition/index_breastfeeding.html

Per consultare le pagine del Comitato Italiano per l'UNICEF, visitare: www.unicef.it/allattamento

Sono disponibili da sito del Comitato Italiano link per i seguenti documenti

- ♦ *L'allattamento al seno: Protezione, incoraggiamento e sostegno: L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità. Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF.* Roma.
- ♦ *Organizzazione Mondiale della Sanità, & UNICEF (2003, Maggio). La Strategia Globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini.* Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità.
- ♦ *UNICEF, & Organizzazione Mondiale della Sanità (1990). Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento.* Ginevra: UNICEF/OMS.
- ♦ *UNICEF, & Organizzazione Mondiale della Sanità (2005). La Dichiarazione degli Innocenti 2005 sull'alimentazione dei neonati e dei bambini.* Ginevra: OMS/UNICEF.
- ♦ *Organizzazione Mondiale della Sanità e UNICEF (1993). Allattamento al seno: Corso pratico di counselling*
- ♦ *Organizzazione Mondiale della Sanità, UNICEF & Wellstart International (2009). Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini - riveduta, aggiornata ed 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.
- ♦ *Organizzazione Mondiale della Sanità (1981). Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno.* Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità.

Sede centrale dell'OMS

Altri materiali possono essere disponibili negli uffici nazionali. I documenti di questa lista possono essere scaricati salvo indicazione contraria. I dipartimenti interessati sono:

Dipartimento per la Nutrizione per la Salute e lo Sviluppo (Nutrition for Health and Development (NHD))

World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland. Fax: +41 22 971 41 56, e-mail: nutrition@who.int.

<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/en/index.html>

Dipartimento per la Salute dei Bambini e degli Adolescenti (Department of Child and Adolescent Health (CAH))

World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland. Fax: +41-22 791 4853, e-mail: cah@who.int. http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/en/

WHO/UNICEF. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva, World Health Organization. 2002. Disponibile in Inglese, Arabo, Cinese, Francese, Russo, Spagnolo, Italiano.

WHO/LINKAGES. *Infant and Young Child Feeding. A tool for assessing national practices, policies and programmes*. Geneva, World Health Organization. 2003.

International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva, World Health Organization, 1981. Disponibile in Inglese e [Francese](#).

The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. A common review and evaluation framework. 1996. Geneva, World Health Organization, 1996.

The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: summary of action taken by WHO Member States and other interested parties, 1994-1998. 1998.

[Infant formula and related trade issues in the context of the International Code](#). Geneva, World Health Organization.

[Follow-up formula in the context of the International Code](#). Geneva, World Health Organization.

The Innocenti Declaration: Progress and achievements, Parts I, II and III. Weekly Epidemiological Record, 1998, 73(5):25-32, 73(13):91-94 and 73(19):139-144.

Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, World Health Organization Technical Report Series, No. 916

Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS. Report of a technical consultation. World Health Organization, Geneva, 13-15 May 2003.

Feeding and Nutrition of Infants and Young Children. Guidelines for the WHO European Region, with Emphasis on the Former Soviet Countries. WHO Regional Publications, European Series No. 87.

http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010914_21#Feeding_feeding

Infant Feeding in Emergencies. (Disponibile in Inglese e Russo) WHO European Office 1997 <http://www.euro.who.int/document/e56303.pdf>

WHO/UNICEF. [Implementing the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding: Report of a technical meeting](#), Geneva, 3-5 February 2003. Geneva, World Health Organization, 2003.

[Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding](#). WHO/CHD/98.9 Geneva, World Health Organization, 1999. Disponibile in Inglese, Francese e Spagnolo.

Butte, NF; Lopez-Alarcon MG and Garza C. [Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life](#). Geneva, World Health Organization, 2002.

[The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation](#). WHO/FCH/CAH/01.24. Geneva, World Health Organization, 2001.

Kramer MS, Kakuma R and WHO. [The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review](#). WHO/FCH/CAH/01.23. Geneva, World Health Organization, 2001.

Edmond K, Bahl R. *Optimal feeding for the low birth weight infant: Technical review*. Geneva, World Health Organization, 2006.

[Complementary feeding: Report of the Global Consultation, and Summary of Guiding Principles for complementary feeding of the breastfed child](#). Geneva, World Health Organization, 2003.

[Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child](#). WHO, PAHO, 2004. Disponibile in Inglese, Francese e Spagnolo.

[Complementary feeding of young children in developing countries: A review of current scientific knowledge](#). WHO/NUT/98.1 Geneva, World Health Organization, 1998.

WHO/UNICEF. [Breastfeeding and maternal medication: Recommendations for drugs in the eleventh WHO model list of essential drugs](#). Geneva, World Health Organization, 2002.

Health aspects of maternity leave and maternity protection. Statement to ILO, Geneva, 2001.

[Breastfeeding and maternal tuberculosis](#) UPDATE, N 23 February 1998. Geneva, World Health Organization, 1998.

- [Breastfeeding and the use of water and teas](#) UPDATE, No. 9 November 1997. Geneva, World Health Organization, 1997.
- [Not enough milk](#) UPDATE, No. 21 March 1996. Geneva, World Health Organization, 1996.
- [Hepatitis B and breastfeeding](#) UPDATE, No. 22 November 1996. Geneva, World Health Organization, 1996.
- [Persistent diarrhoea and breastfeeding](#). WHO/CHD/97.8. Geneva, World Health Organization, 1997.
- [Mastitis. Causes and management](#). WHO/FCH/CAH/00.13 Geneva, World Health Organization, 2000. Disponibile in Inglese, Bahasa, Francese, Russo, Spagnolo.
- [Relactation. A review of experience and recommendations for practice](#). WHO/CHS/CAH/98.14. Geneva, World Health Organization, 1998. Disponibile in Inglese, Francese, Spagnolo.
- [Hypoglycaemia of the newborn. Review of the literature](#). WHO/CHD/97.1. Geneva, World Health Organization, 1997.
- WHO/UNICEF. [Breastfeeding counselling: A training course](#). Geneva, World Health Organization, 1993. Disponibile in Inglese, Francese, Russo, Spagnolo.
- WHO *HIV and Infant Feeding Consensus Statement. Technical Consultation Held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants* Geneva, October 25-27, 2006.
- UNAIDS/FAO/UNHCR/UNICEF/WHO/WFP/WB/UNFPA/IAEA. *HIV and Infant Feeding: Framework for Priority Action* Geneva, World Health Organization, 2003. Available in Chinese, English, French Portuguese and Spanish. Disponibile in Cinese, Inglese, Francese, Portoghese, Spagnolo.
- WHO/UNAIDS/UNFPA/UNICEF. *HIV transmission through breastfeeding. A review of available evidence (Update)*. Geneva, World Health Organization, 2007.
- WHO, UNICEF, UNAIDS and UNFPA. [HIV and Infant Feeding. Guidelines for decision-makers](#). Geneva, World Health Organization, 2004. Disponibile in Inglese, Francese, Spagnolo.
- WHO/UNAIDS/UNFPA/UNICEF. [HIV and Infant Feeding. A guide for health-care managers and supervisors](#). Geneva, World Health Organization, 2004. Disponibile in Inglese, Francese, Spagnolo.
- HIV and infant feeding counselling: A training course* WHO/FCH/CAH/00.2-4. Geneva, World Health Organization, 2000. Disponibile in Inglese e Spagnolo.
- Thomas E, Piwoz E, WHO. [HIV and infant feeding counselling tools](#). Geneva, World Health Organization, 2005. Disponibile in Inglese, Francese, Spagnolo.

Dipartimento della Salute e della Ricerca Riproduttiva (Department of Reproductive Health and Research (RHR))

World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland. Fax: + 41 22 791 4189 e-mail:

reproductivehealth@who.int

<http://www.who.int/reproductive-health/publications/index.htm>

- *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care - a guide for essential practice* Geneva, World Health Organization, 2006.
- *Kangaroo Mother Care - a practical guide*. Geneva, World Health Organization, 2003. Disponibile in Inglese, Francese, Spagnolo.
Disponibile in italiano:
 - ◆ Organizzazione Mondiale della Sanità (2006, October). *Kangaroo mother care: Una guida pratica - edizione italiana* del testo WHO a cura del gruppo di studio della S.I.N. Sulla care in neonatologia. Disponibile a: http://www.aicpam.org/docs/ACTAI_02_KANGAROO.pdf
- [Health aspects of maternity leave and maternity protection](#). Geneva, World Health Organization, 2000.
- [Statement on the effect of breastfeeding on mortality of HIV-infected women](#), 7 June, 2001. Geneva, World Health Organization, 2001.

Department of Food Safety, Zoonoses and Foodborne Diseases, WHO, in collaboration with the Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO)

World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland, e-mail: foodsafety@who.int web: www.who.int/foodsafety

WHO, FAO, and Food Safety Authority of Ireland. *Guidelines for the safe preparation, storage and handling of powdered infant formula*. Geneva, World Health Organization, 2007. Disponibile in Inglese,

Francese, Spagnolo, Cinese, Russo e Arabo. Disponibile a: <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/index.html>

BFHI nel mondo:

- Australia: <http://www.bfhi.org.au/>
- Canada (English and French): <http://www.breastfeedingcanada.ca/>
- Belgio: <http://www.vbbb.be/>
- Francia: <http://www.coordination-allaitement.org/L%27IHAB.htm>
- Germania: <http://www.stillfreundlicheskrankenhaus.de/home.html>
- Irlanda: <http://www.ihph.ie/babyfriendlyinitiative/index.htm>
- Italia: <http://www.unicef.it/allattamento>
- Olanda: <http://www.borstvoeding.nl/default.asp>
- Svizzera: <http://www.allaiter.ch/>
- Nuova Zelanda: <http://www.babyfriendly.org.nz/>
- Gran Bretagna: <http://www.babyfriendly.org.uk/>
- USA: <http://www.babyfriendlyusa.org/>

OMS – Regione Western Pacific: http://www.wpro.who.int/health_topics/infant_and_young_child_feeding/general_info.htm

OMS - Regione Europe Office: http://www.euro.who.int/nutrition/Infant/20020730_1

Statistiche globali sulla BFHI (Marzo 2002): http://www.unicef.org/nutrition/files/nutrition_statusbfhi.pdf

Governo Italiano

- ◆ “Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno”: Promuovere l'allattamento al seno (Conf. Stato Regioni Del. 20.12.2007 - GU n. 32 del 7-2-2008- Suppl. Ordinario n.32), consultabile alla pagina http://www.cittadinolex.kataweb.it/article_view.jsp?idArt=79695&idCat=40

Organizzazioni, alcune con Protocolli e Politiche

Academy for Breastfeeding Medicine (ABM)

L'Academy of Breastfeeding Medicine è un'associazione globale di medici dediti alla promozione, protezione e sostegno dell'allattamento e della lattazione umana:

<http://www.bfmed.org>

ABM Executive Office

191 Clarksville Road

Princeton Junction, NJ 08550

Toll free: 1 877-836-9947 ext. 25 Fax: 1 609-799-7032

Local/International: 1 609-799-6327

Email: ABM@bfmed.org web: <http://www.bfmed.org>

I seguenti protocolli dell'ABM sono disponibili in lingua italiana sul sito dell'AICPAM alla pagina <http://www.aicpam.org/articoli-e-linee-guida/>:

- ◆ [Protocollo clinico n° 1 - Linee guida per il monitoraggio della glicemia e per il trattamento dell'ipoglicemia in neonati a termine allattati al seno](#) dell'Academy of Breastfeeding Medicine, revisione 2006
- ◆ [Protocollo Clinico n° 3 - Linee Guida Ospedaliere per l'uso di pasti di integrazioni nel neonato sano a termine allattato al seno](#) dell'Academy of Breastfeeding Medicine, approvato 2002
- ◆ [Protocollo Clinico n° 7 - Modello di linea di condotta nell'Allattamento al Seno](#) dell'Academy of Breastfeeding Medicine, approvato febbraio 2004

- ◆ [Protocollo n° 8: Informazioni sulla conservazione del latte materno per utilizzo domestico per lattanti nati sani a termine](#) dell'Academy of Breastfeeding Medicine, approvato marzo 2004
- ◆ [Protocollo n°9 - Uso di Galattogoghi per favorire l'inizio o l'aumento della produzione materna di latte](#) dell'Academy of Breastfeeding Medicine, approvato luglio 2004
- ◆ [Protocollo n°10: Allattare al seno il neonato prossimo al termine \(E.G. 35 -37 settimane\)](#) dell'Academy of Breastfeeding Medicine, approvato agosto 2004
- ◆ [Protocollo Clinico n°13: Contraccezione durante l'allattamento al seno](#) dell'Academy of Breastfeeding Medicine (2006)
- ◆ [Protocollo Clinico n° 16: L'allattamento al seno nel lattante ipotonico](#) dell'Academy of Breastfeeding Medicine (2007)
- ◆ [Protocollo Clinico n° 17: Linee Guida per l'allattamento al seno di neonati affetti da Labioschisi, Palatoschisi, o Labio-palatoschisi](#) dell'Academy of Breastfeeding Medicine (2007)
- ◆ [Protocollo Clinico n° 18: Uso degli Antidepressivi nelle madri che allattano al seno](#) dell'Academy of Breastfeeding Medicine (2008)

Australian National Breastfeeding Strategy,

<http://www.health.gov.au/pubhlth/strateg/brfeed/>

Center for Infant and Young Child Feeding and Care

Department of Maternal and Child Health, University of North Carolina, USA <http://www.sph.unc.edu/mch/ciycfc>

Coalition for Improving Maternity Services (CIMS)

National Office, PO Box 2346, Ponte Vedra Beach, FL 32004 USA www.motherfriendly.org
info@motherfriendly.org

Creata nel 1996, la CIMS è una collaborazione tra numerosi individui e più di 50 organizzazioni in rappresentanza di oltre 90.000 membri. La sua missione è promuovere un modello di benessere per l'assistenza alla maternità che migliori i risultati e riduca i costi. www.motherfriendly.org

La Cochrane Collaboration

è un'organizzazione internazionale non a scopo di lucro e indipendente, dedita a produrre informazione aggiornata ed accurata sugli effetti dell'assistenza sanitaria. Produce e diffonde revisioni sistematiche su interventi sanitari e promuove ricerca su prove di efficacia sotto forma di trials controllati ed altri studi rilevanti per l'assistenza sanitaria. Sono incluse alcune revisioni sull'allattamento. <http://www.cochrane.org/>

Emergency Nutrition Network (ENN)

L'ENN mira a migliorare l'efficacia degli interventi sull'alimentazione e la nutrizione in situazioni di emergenza fornendo un forum per lo scambio di esperienze sul campo tra personale che lavora nel settore, rafforzando la memoria istituzionale tra le agenzie umanitarie, aiutando gli operatori a mantenersi aggiornati su ricerca e valutazione rilevanti per il loro lavoro, informando accademici e ricercatori su esperienze sul campo, priorità ed ostacoli, ed infine portandoli a definire programmi di ricerca più appropriati

Unit 13, Standingford House, Cave Street, Oxford, OX4 1BA, UK Tel: +44 (0)1865 722886 Fax: 44 (0)1865 722886 Email: office@enonline.net <http://www.enonline.net/>

- ◆ 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. Disponibile a http://www.mami.org/Docs/raccomandazioni/Guida_Op_A4.pdf

Progetti dell'Unione Europea sulla Promozione dell'Allattamento al Seno in Europa

Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno in Europa: un modello di piano d'azione. Commissione Europea, Directorate of Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004. Disponibile in molte lingue Europee e scaricabile dal sito http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm.

Disponibile anche una versione riveduta e testata sul campo tra il 2005 e il 2008 <http://www.burlo.trieste.it/documenti/revisedblueprint08.pdf> (Inglese)

Come materiale di supporto, il progetto ha prodotto anche delle raccomandazioni standard per l'alimentazione dei bambini fino a 3 anni di età <http://www.burlo.trieste.it/documenti/EUpolicy06en.pdf> (Inglese)

- ◆ Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea: I-36. Disponibile a <http://www.aicpam.org/wp-content/uploads/2011/07/eupolicy06it.pdf>
- ◆ Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno in Europa: un Programma d'Azione (versione riveduta 2008). Luxembourg, European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment. Disponibile a <http://europe.iblce.org/upload/Blueprint/blueprint%20italian.pdf>

International Baby-Food Action Network (IBFAN)

è una rete globale di gruppi di pubblico interesse che lavorano per la riduzione della mortalità dei bambini. IBFAN mira a migliorare la salute e il benessere dei neonati e dei bambini, e delle loro madri e famiglie, mediante la protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento e di pratiche ottimali di alimentazione. Le pubblicazioni (non tutte scaricabili da internet) includono *Protecting Infant Health: A Health Workers' Guide to the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes*, disponibile in molte lingue, e *The Code Handbook: A Guide to Implementing the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes*. <http://www.ibfan.org/site2005/Pages/index2.php?iui=1>

Sono disponibili i seguenti documenti in lingua italiana:

Web: <http://www.ibfanitalia.org/>

Email: icmc@ibfanitalia.org

- ◆ la [versione italiana dell'ICDC Focus, sulle violazioni del Codice durante le emergenze](#)
- ◆ [Occhio al Codice](#) - un bollettino di aggiornamento in formato pdf con le ultime novità sulle violazioni o su temi specifici.
- ◆ [Il Codice a Fumetti](#)
- ◆ Proteggere la Salute infantile - una guida per gli operatori sanitari
- ◆ [Conforme al codice?](#) guida al Codice per produttori e distributori (pdf)
- ◆ [Il Codice Violato 2001](#), pubblicazione nata dall'inchiesta sulle violazioni del Codice in Italia e nel mondo 1a ed. 2001
- ◆ [Il Codice Violato 2004](#), pubblicazione nata dall'inchiesta sulle violazioni del Codice in Italia e nel mondo 2a ed. 2004
- ◆ "Il Codice Violato 2008" III rapporto sulle violazioni del Codice rilevate in Italia

International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE)

è un'agenzia che certifica l'International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC) e che offre ogni anno un esame internazionalmente riconosciuto in molti paesi del mondo. <http://www.iblce.org/>

International Lactation Consultant Association (ILCA)

è l'associazione delle IBCLC. Presente anche in Italia con la sigla AICPAM (Associazione Italiana delle Consulenti Professionali per l'Allattamento; <http://www.aicpam.org/>). Mira a formare una rete mondiale di professionisti dell'allattamento. <http://www.ilca.org/>. I loro materiali includono:

- Evidence-Based Guidelines for Breastfeeding Management during the First Fourteen Days (1999) Tradotto in: Albanese, Tedesco, Lituano, Macedone, Serbo, Italiano.
- Position paper on HIV and Infant Feeding (Revised 2004).
- Position paper on Infant Feeding (Revised 2000).
- Position paper on Infant Feeding in Emergencies (2005).

- Position paper on Breastfeeding, Breast Milk and Environmental Contaminants (2003).

Dal sito dell'AICPAM (<http://www.aicpam.org/>) si possono scaricare in italiano

- ◆ *Linee Guida cliniche per l'attuazione dell'allattamento al seno esclusivo* (Clinical Guidelines for the Establishment of the Exclusive Breastfeeding) Giugno 2005 pubblicate dall'ILCA - International Lactation Consultant Association
- ◆ La nuova Statement dell'American Academy of Pediatrics *Allattamento al seno e uso del latte umano* pubblicato sulla rivista PEDIATRICS italiana vol. 17, n.1, febbraio 2005,

Kangaroo Mother Care

è un sito internet con materiali su ricerche riguardanti la Kangaroo Mother Care e le esperienze di implementazione. <http://www.kangaroomothercare.com/>

La Leche League International (LLLI)

è un'associazione di madri volontarie che aiutano altre madri ad allattare. Sito ricco di materiali, traduzioni e links ad altri gruppi. <http://www.llli.org> vedere anche il sito della sezione italiana <http://www.lllitalia.org/>.

LINKAGES

è un programma finanziato dall'USAID che fornisce informazioni tecniche, assistenza e formazione ad altre organizzazioni sull'allattamento, alimentazione complementare, alimentazione materna e metodo dell'amenorrea da lattazione. <http://www.linkagesproject.org/>. Tra le pubblicazioni:

- *Exclusive Breastfeeding: The Only Water Source Young Infants Need - Frequently Asked Questions*. Disponibile in Inglese, Francese, Spagnolo e Portoghese.
- *Community-Based Strategies for Breastfeeding Promotion and Support in Developing Countries*. Disponibile in Inglese (2004).
- *Infant Feeding Options in the Context of HIV*. Disponibile in Inglese (2004).
- *Mother-to-Mother Support for Breastfeeding- Frequently Asked Questions*. Disponibile in Inglese (2004), Francese (1999) e Spagnolo (1999).

World Alliance for Breastfeeding Action (WABA)

è stata creata il 14 Febbraio 1991. WABA è una rete globale di associazioni e di individui che credono nell'allattamento come diritto di tutti i bambini e di tutte le madri, e che si dedicano a proteggere, promuovere e sostenere questo diritto. WABA agisce per l'applicazione della Dichiarazione degli Innocenti e collabora con l'UNICEF. <http://www.waba.org.my/>

In Italia è rappresentata dal Movimento Allattamento Materno Italiano (MAMI) <http://www.mami.org/>.

Wellstart International

si propone di far progredire le conoscenze, le competenze e le abilità degli operatori sanitari per la promozione, protezione e sostegno di una salute e nutrizione ottimale delle madri e dei bambini dal concepimento fino al completamento della fase di alimentazione complementare. <http://www.wellstart.org/>

Cercare riferimenti bibliografici

Un'università o una biblioteca di un istituto di ricerca o formazione, di un ministero della salute o di un'ONG possono aiutare a trovare riferimenti bibliografici:

- Medline-National Library of Medicine: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
- EMBASE: <http://www.embase.com/>
- Google ha sviluppato un motore di ricerca gratuito per riviste e documenti "open access": <http://scholar.google.com/>
- Gli editori di molte riviste hanno dei motori di ricerca nei loro siti internet con i quali è possibile trovare e leggere o scaricare riassunti di articolo e a volte i testi completi degli stessi. Per esempio: Journal of Human Lactation <http://jhl.sagepub.com/>

Ci sono altri comitati, autorità nazionali e fonti di informazione che si possono identificare anche attraverso gli uffici locali dell'UNICEF o dell'OMS. Se volete che il vostro comitato o la vostra organizzazione siano inseriti in queste liste, fatelo sapere all'UNICEF mandando un email a: pdpimas@unicef.org con oggetto: Attn. Nutrition Section.