



POLITICA AZIENDALE SULL'ALLATTAMENTO (PAA)

Un progetto inter-societario di promozione della salute materno-infantile

SIN, SIP, SIGO, SINUPE, AOGOI, FNOPO, FNOPI, SININF, SIPINF & VIVERE ONLUS

Versione iniziale del Febbraio 2023

Ultima revisione con aggiornamento del 25 luglio 2026

Nota sulla terminologia. Nel corso del presente documento per convenzione: a) si è fatto riferimento all'allattamento al seno semplicemente col termine allattamento; b) si è utilizzato, per fluidità del testo, il genere maschile per indicare indifferentemente neonate o neonati, infermiere o infermieri, ecc...; c) per Punto Nascita si intende una struttura sanitaria, che presenta un'Unità Operativa di Ginecologia ed Ostetricia ed una Unità Operativa di Pediatria/Neonatologia o Neonatologia/UTIN.

Obiettivo

Promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento nei Centri di Neonatologia e di Ginecologia ed Ostetricia in modo da ottenere un incremento dei tassi di allattamento alla dimissione dalla Maternità ed un miglioramento dell'appropriatezza delle pratiche assistenziali.

Razionale

Impegnare la Direzione dei Centri di Neonatologia e di Ginecologia ed Ostetricia (siano questi Istituti, Ospedali, Aziende Universitarie, Cliniche convenzionate) ed il suo personale sanitario a proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento, nel rispetto del diritto di tutti i genitori di poter fare scelte informate sull'alimentazione del proprio bambino.

L'assunzione di uno specifico orientamento da parte delle Direzioni, unitamente all'implementazione di competenze tecnico-professionali sull'allattamento da parte degli operatori sanitari e ad un'efficace comunicazione con gli utenti, rappresentano elementi di grande efficacia per favorire l'avvio dell'allattamento.

Campo di applicazione

Il campo di applicazione del Progetto PAA è L'Ospedale di Maternità a partire dalle sue Direzioni: Direttore Generale Aziendale, Direttore sanitario, Direttore del Dipartimento materno-infantile (DMI), Direttore della Neonatologia/TIN/Pediatria, Direttore della Ginecologia & Ostetricia, Dirigente delle professioni sanitarie.

Premesse

- L'allattamento, raccomandato dalla Agenzie internazionali che si occupano di salute (https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2), dal Ministero della Salute (<https://www.salute.gov.it/portale/allattamento/dettaglioContenutiAllattamento.jsp?lingua=italiano&id=1926&area=allattamento&menu=vuoto>) e dalle principali società scientifiche

d'area perinatale e pediatrica (Johnston 2012; Davanzo et al 2015; Parker 2021; Meek 2022), rappresenta un investimento non solo sulla salute, ma anche in ambito economico, sociale ed ecologico (Victora et al 2016).

- Nonostante in Italia manchi un sistema nazionale di monitoraggio dell'allattamento, in base ad una Survey condotta dal Tavolo Tecnico Allattamento (TAS) del Ministero della Salute (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2256_allegato.pdf) risulta che l'avvio dell'allattamento è disomogeneo, con tassi di allattamento esclusivo in dimissione dalla Maternità variabili dal 20 % al 97 %. Risulta quindi opportuno dare rinnovato impulso alla promozione dell'avvio dell'allattamento, con interventi basati sulle evidenze scientifiche (Pérez-Escamilla R 2016; DiGirolamo 2008). La Survey del TAS evidenzia che nel 2014 solo 114 Punti Nascita su 220 avevano una precisa politica sull'allattamento.
- La definizione e l'implementazione di una PAA fa parte degli interventi relative all'avvio dell'allattamento (Hawke 2013).
- Per un'efficace promozione dell'allattamento nei Centri di Neonatologia e di Ginecologia ed Ostetricia è essenziale che le Direzioni Aziendali, sensibilizzate e d'intesa con i responsabili clinici (medici ed infermieristici) d'area materno-infantile, assumano una chiara e ben definita posizione nei confronti della promozione dell'allattamento, definendo una PAA che sia diffusamente nota e condivisa, informando l'utenza e formando e/o informando tutto il personale sanitario (Gavine 2018).
- L'approvazione formale di una PAA fa sì che l'azione del team assistenziale sia sostenuta concretamente e costantemente dai decisori. La PAA ha lo scopo di orientare gli operatori sanitari nella pratica quotidiana di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento, non solo a livello individuale, ma anche a livello organizzativo e nel lavoro in team (Hernández-Aguilar et al 2018), evitando o riducendo al massimo contraddizioni e disomogeneità di linguaggio e di consigli, che possono ostacolare l'avvio dell'allattamento.
- Attualmente è attiva a livello internazionale, anche in Italia, l'Iniziativa dell'OMS/UNICEF Ospedale Amico del Bambino (BFHI), che ha l'obiettivo principale di incrementare nei punti nascita i tassi di allattamento esclusivo. La BFHI implica il rispetto di 10 Passi (<https://www.datocms-assets.com/30196/1654092830-guida-bfi.pdf>), che riguardano le competenze (tecniche e comunicative) del personale sanitario, le pratiche assistenziali, l'informazione ed il sostegno alle famiglie. La corretta implementazione dei 10 Passi prevede la definizione di una politica aziendale e di protocolli sulle procedure assistenziali. Un ospedale, per essere certificato "Amico dei Bambini e delle Bambine" (BFH), viene valutato in termini di tassi di allattamento alla dimissione dall'ospedale e di appropriatezza delle pratiche assistenziali in uso.

- La BFHI, lanciata a livello internazionale nel 1991, rappresenta un'iniziativa di qualità con un forte impatto positivo sull'avvio dell'allattamento al seno. In Italia ci sono al momento una trentina di ospedali BFH. La BFHI richiede l'implementazione dei suddetti 10 Passi, con il totale rispetto del Codice di Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno (il "Codice"), secondo il quale non è ammissibile alcuna forma di collaborazione fra operatori sanitari e industria produttrice di alimenti per l'infanzia. E' possibile che l'inderogabilità di questo ultimo punto non abbia facilitato l'adesione alla BFHI. Le Società scientifiche più direttamente coinvolte nell'assistenza materno infantile ritengono compatibile la collaborazione con l'industria produttrice di prodotti alimentari per l'infanzia, quando risulti improntata a scientificità, correttezza etica e dignità professionale.
- Sembra quindi opportuno attivare un'iniziativa di promozione dell'allattamento ispirata alla BFHI, ma indipendente, che riguardi i professionisti direttamente coinvolti nell'assistenza alla coppia madre-neonato (in particolare: ostetrica, infermiera, ginecologo-ostetrico, pediatra/neonatalogo). Le Società scientifiche e le Federazioni degli Ordini professionali sottoscritte, d'intesa con VIVERE Onlus, federazione di associazioni di genitori, hanno quindi ritenuto di proporre l'applicazione di una PAA a tutti i Centri di Neonatologia e di Ginecologia ed Ostetricia che non sono BFH.

Redazione della Politica Aziendale di Allattamento

- La PAA è stata elaborata da un gruppo multidisciplinare nazionale costituito da neonatologi, pediatri, specialisti in Ginecologia ed Ostetricia, infermieri e ostetrici (GdL-N-PAA)(Vedi Box 1 per la composizione del gruppo).
- La PAA va intesa come una proposta del GdL-N-PAA, sulla base della quale il Gruppo di Lavoro multisettoriale e multi-professionale locale sulla PAA (GdL-L-PAA), nominato e formalizzato dalla Direzione aziendale, sviluppa localmente il documento aziendale integrato dagli opportuni protocolli clinici.
- Si ribadisce che i contenuti della proposta di una PAA vadano intesi come contenuti di minima, ai quali la Direzione Aziendale può ritenere di aggiungere eventuali altri punti.
- Si raccomanda di includere nei GdL-L-PAA anche la rappresentanza dei genitori.

Box 1. Gruppo di Lavoro multidisciplinare Nazionale sulla PAA (GdL-N-PAA)

Coordinamento Nazionale del Progetto PAA:

- Riccardo Davanzo, Coordinatore, Commissione Allattamento e BLUD della Società Italiana di Neonatologia (SIN)(Com.A.SIN); riccardo.davanzo@gmail.com
- Cristina Pizza, vice-coordinatrice, Benevento; cristina.pizza@aornsanpio.it
- Giuseppe Giordano, vice-coordinatore, Palermo; giugior62@gmail.com
- Guglielmo Salvatori, Coordinatore del Tavolo Allattamento della SIP (TASIP); guglielmo.salvatori@opbg.net

Membri:

- Mariella Baldassarre, SIN
- Elena Scarpato, SIP
- Elvira Verduci, Presidente SINUPE
- Monica Fumagalli, Clinica Mangiagalli, Milano, SIN
- Irene Cetin, SIGO
- Elsa Viora, Past Presidente AGOI
- Elena Bernabei, Presidente SININF
- Silvana Schreiber, Presidente e Elia Carbone, SIPINF
- Patrizia Proietti e Cristina Panizza, FNOPO
- Angela Capuano, FNOPI
- Martina Brusca, Presidente, Vivere Onlus

- La PAA, una volta approvata, va fatta conoscere a tutto il personale aziendale e all'utenza. La PAA va possibilmente tradotta nelle lingue maggiormente diffuse nella popolazione afferente al DMI e va opportunamente affissa nei suoi locali, preferibilmente sotto forma di poster, totem o *roll-up* e messa sul *website* aziendale.
- La promozione dell'allattamento ha maggior efficacia quando preveda un coordinamento ed una continuità di interventi a livello dei servizi prenatali, dei Centri di Neonatologia e di Ostetricia e Ginecologia e del territorio. Il presente documento intende tuttavia, nell'ambito delle attività del Percorso Nascita, focalizzare l'attenzione essenzialmente sulla qualità dell'assistenza negli ospedali di Maternità.

Sviluppo del documento “Politica aziendale sull'allattamento”

1. L'Azienda sanitaria riconosce che: a) il latte materno è il *gold standard* per la nutrizione del bambino; b) l'allattamento reca benefici a bambino, madre, famiglia, società ed ambiente; c) vanno implementate le pratiche cliniche postnatali che promuovono l'allattamento, migliorando la qualità complessiva dell'assistenza materno-infantile.
2. L'Azienda sanitaria rispetta la scelta di non allattare da parte di una donna, che sia stata adeguatamente informata, e le fornisce l'assistenza di cui lei e il neonato hanno bisogno.
3. La Direzione Aziendale promuove, protegge e sostiene l'allattamento. A tale fine:

- a) Migliora, nell'ambito degli incontri di accompagnamento alla nascita (**IAN**), l'informazione prenatale sull'allattamento delle donne afferenti al Punto Nascita, verificando e/o rimodulando il programma degli IAN ed applicando una **check list sui temi trattati riguardanti l'allattamento**. Questa informazione deve essere coerente con le modalità di supporto all'allattamento effettivamente fornite nel punto nascita.
- b) Implementa e/o incrementa una serie di **pratiche postnatali** che, in base alle attuali evidenze scientifiche, siano in grado di promuovere l'allattamento.
- Mettere i neonati in **contatto pelle a pelle continuativo con la madre immediatamente dopo la nascita (per 2 h)** dopo un parto vaginale (e possibilmente dopo un parto cesareo) e sostenere la mamma nell'avviare la prima poppata affinché risulti precoce ed al contempo appropriata. A tale riguardo documento di riferimento è la Position Statement della SIN nazionale sulla prevenzione e gestione della *sudden unexpected postnatal collapse* (SUPC o collasso post-natale)(in via di pubblicazione nel 2023).
 - Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (**rooming-in**)(Gianni 2019), in modo che trascorrono insieme 24/24 h durante la permanenza in ospedale (**"separazione zero"**)(Bergman 2014). In questo contesto organizzativo l'allattamento va incoraggiato senza limitazioni di orario o durata delle poppate. L'incoraggiamento ad un **accesso libero al seno materno** riduce la necessità di aggiunte di formula lattea e/o di ricorso al ciuccio. Da parte degli operatori sanitari si richiede un **adeguato supporto** che sia empatico, competente e proattivo anche in relazione ai problemi della diade che possono manifestarsi nei primi giorni dopo il parto: baby blues e ansia; difficoltà di attacco al seno e dolore alla poppata; pianto del bambino; corretta informazione sul normale comportamento del neonato, sull'ittero, sul calo di peso; informazioni essenziali sulla fisiologia della lattazione/montata lattea. Le pratiche del rooming-in e dell'alimentazione a domanda sono ispirate a comportamenti naturali, che sono alla base della relazione fra madre/famiglia e nuovo nato, ma, per essere implementate, richiedono comunque da parte dello staff sanitario attitudine positiva e formazione specifica.
 - Sostegno dell'eventuale scelta di allattare il proprio neonato con formula, dopo verifica che la madre abbia ricevuto corrette informazioni (**scelta informata per un allattamento con formula**).
- Informazioni alla dimissione.** Le madri e le famiglie vengono informate su quali siano **le risorse disponibili sul territorio** (strutture, figure di riferimento, fasce d'orario, numeri di telefono) relative al supporto alla genitorialità e all'allattamento. In dimissione **non vengono prescritte formule lattee per neonati le cui madri allattino al seno in maniera esclusiva** con mamma capace di gestire l'allattamento;
- c) **Facilita e sostiene il personale sanitario nell'implementare queste pratiche ospedaliere**, nell'ambito di una **collaborazione fra diverse figure professionali**.
- d) Richiede una **formazione specifica strutturata ed accreditata in allattamento** al

personale medico, infermieristico, ostetrico ed inoltre a OSS, dietiste/i, fisioterapiste/i, ecc., che, nell'ambito del proprio servizio, sia a contatto con gravide e puerpere. Lo staff deve agire con obiettivi assistenziali comuni e dando all'utenza messaggi univoci. A tale proposito, le recenti risorse formative elaborate dalle società scientifiche in risposta alla sollecitazione del Tavolo Tecnico Allattamento del Ministero della Salute (TAS 2020; https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2976_allegato.pdf) possono costituire un ausilio efficace ed aggiornato: a) FAD-SIN/SIP per pediatri/neonatologi e FAD-SIN/SIP/SININF/SIPINF per infermieri, messe a punto dalla Commissione Allattamento della SIN (Com.A.SIN) e dal Tavolo Tecnico Allattamento della SIP (TASIP) nel biennio 2021-2022; b) FAD-SIN/SIP per specializzandi in Pediatria (disponibile a partire dall'autunno 2023); c) FAD-SIGO sull'allattamento, con focus sulla gestione delle patologie mammarie in corso di lattazione (disponibile a partire dal primo trimestre 2023).

- e) Implementa il **monitoraggio sull'allattamento** alla dimissione dall'ospedale, utilizzando le definizioni OMS sull'alimentazione infantile (WHO 1991).
4. L'Azienda sanitaria istituisce un gruppo di lavoro **multisetoriale e multiprofessionale sulla politica aziendale per l'allattamento (GdL-L-PAA)**, che ha il compito di:
- a) implementare la PAA in Azienda e, eventualmente, integrarla;
 - b) definire o declinare localmente pratiche postnatali facilitanti l'avvio dell'allattamento e ben definiti protocolli clinici (su contatto pelle a pelle fra madre e neonato, rooming-in, alimentazione responsiva, aiuto alla poppata, gestione del calo di peso neonatale e prevenzione della disidratazione del neonato, prevenzione dell'ipoglicemia, gestione dell'allattamento in corso di ittero neonatale/fototerapia, prevenzione e gestione del dolore alla poppata, prevenzione e gestione dell'ingorgo e della mastite);
 - c) attivare il monitoraggio dei tassi di allattamento alla dimissione dall'ospedale;
 - d) supervisionare l'andamento del progetto locale;
 - e) collaborare con il GdL-N-PAA nazionale.
5. Gli operatori sanitari dell'Azienda sanitaria, in particolare quelli del DMI, devono **tutelare l'allattamento**, nel senso di verificare che ogni novità organizzativa e dei protocolli del DMI non penalizzi l'allattamento.
6. Una volta che le pratiche postnatali sopra elencate risultino implementate, ogni eventuale modifica delle stesse, che possa interferire con l'allattamento, andrà preventivamente discussa e concordata fra Direzione Aziendale, Direzione del DMI e il GdL-L-PAA.

Adesione al Progetto PAA

Il Progetto PAA riguarda i **neonati sani con un'età gestazionale ≥ 37 settimane e con peso neonatale ≥ 2500 grammi** delle Maternità.

- L'invito a partecipare viene fatto a febbraio 2023 mediante lettera sottoscritta dai Presidenti di tutti gli Enti partecipanti al Progetto inviata ai Direttori di Neonatologia/Pediatria e Ginecologia & Ostetricia della rete sanitaria italiana e, loro tramite, ai Direttori Generali, ai Direttori dei DMI ed alla Dirigenza delle Professioni Sanitarie.
- Spetta al Direttore di Neonatologia/Pediatria o di Ginecologia & Ostetricia coinvolgere il Direttore del DMI e proporre il Progetto al Direttore Generale aziendale.
- La decisione di impegno a partecipare al Progetto PAA va trasmessa dal DG dell'azienda sanitaria mediante mail al dott Riccardo Davanzo, Coordinatore del Progetto PAA, (riccardo.davanzo@gmail.com).
- Le Aziende Sanitarie aderenti al Progetto PAA possono avere come riferimenti tecnico-scientifici: il Gruppo di Lavoro Nazionale della Policy Aziendale Allattamento (GdL-N-PAA); la Commissione Allattamento e BLUD della SIN (Com.A.SIN) ed il Tavolo Tecnico Allattamento della SIP (TASIP)

Gruppo di Lavoro locale sulla Policy aziendale per l'Allattamento

- L'adesione al Progetto PAA implica l'impegno a sviluppare un percorso di promozione, protezione e sostegno all'allattamento.
- A seguito dell'adesione al Progetto PAA, un primo passo strategicamente importante è l'istituzione formalizzata dall'Azienda sanitaria di un gruppo di lavoro locale sulla politica aziendale per l'allattamento (GdL-L-PAA). Si raccomanda che questo GdL-L-PAA sia multisettoriale e interdisciplinare, prevedendo l'inclusione al minimo di: un pediatra o neonatologo, un ginecologo-ostetrico, un'anestesista, un ostetrico, un'infermiera del settore neonatale ed una rappresentante delle famiglie (membro da coinvolgere quantomeno sui temi pertinenti). La selezione dei partecipanti al GdL-L-PAA va effettuata secondo criteri che bilancino motivazione, competenza specifica sul tema, rappresentatività del gruppo professionale di appartenenza, assertività. Va individuato un team leader del GdL-L-PAA che lavora in stretto contatto col Direttore del DMI e/o con i Direttori di Neonatologia e/o Pediatria e quelli di Ginecologia & Ostetricia.
- Partendo dalla presente proposta degli elementi essenziali di una Policy Aziendale

Allattamento (PAA) il Gruppo di Lavoro locale (GdL-L-PAA) sviluppa la Policy Aziendale locale per l'Allattamento con le opportune integrazioni e gli eventuali adattamenti, evitando tuttavia riduzionismi di contenuto.

Il GdL-L-PAA ha i seguenti compiti:

- interagire con i responsabili delle UUOO ed i professionisti dei vari settori di lavoro dell'ospedale. Il Progetto PAA va infatti condiviso e va trovato localmente il più ampio consenso possibile;
- declinare localmente la PAA;
- attivare un monitoraggio universale dell'allattamento (con registro cartaceo o informatizzato) in dimissione dall'ospedale, utilizzando le definizioni OMS dell'alimentazione infantile per categorizzare da un punto di vista alimentare un neonato in dimissione dalla Maternità (Tavola 1, Tavola 2, Tavola 3). Il monitoraggio va implementato tempestivamente nel corso del Progetto PAA per poter documentare eventuali variazioni dei tassi di allattamento alla dimissione dalla Maternità;
- attivare un programma di formazione del personale sanitario sull'allattamento (suggerita come obbligatoria per il personale del DMI) utilizzando corsi accreditati (Tavola 4).
- implementare pratiche postnatali facilitanti l'avvio dell'allattamento e la relazione madre-bambino, previste dalla suddetta PAA;
- rielaborare i protocolli clinici che possono interferire con l'avvio dell'allattamento, in collaborazione col GdL-N-PAA (Tavola 5).
- coinvolgere il responsabile territoriale degli IAN per revisionare i contenuti relativi all'allattamento e preparare check list *ad hoc*.
- revisionare le risorse disponibili sul territorio per il sostegno dell'allattamento e preparare una scheda con la lista dei servizi (luogo, fasce orarie, eventuali nominativi degli operatori sanitari, numero di telefono/cellulare) da consegnare alla dimissione a tutte le donne. Per "risorse disponibili" si possono intendere oltre a quelle interne al servizio sanitario, anche quelle esterne, ma a carattere volontario.
- eliminare dalle schede/lettere di dimissione eventuali spazi preformati indicanti il nome di una formula latte quando le mamme allattano esclusivamente al seno e sono sicure della gestione alimentare del neonato.

Tavola 1. Definizioni per la categorizzazione alimentare di un neonato (Modificato da WHO 1991). E' stata introdotta la categoria "allattamento esclusivo umano" che tiene conto dell'uso del latte umano donato (LUD) nei neonati sani. Questa indicazione d'uso (a bassa priorità clinica) si verifica presso alcune Maternità dotate di Banca del Latte Umano Donato (BLUD). Il tasso di allattamento esclusivo è dato dalla somma del tasso di allattamento esclusivo materno e (ove sia presente una BLUD) del tasso di allattamento esclusivo umano.

<i>Categoria alimentare</i>	<i>Se il neonato ha assunto</i>
1. Allattamento materno esclusivo	Latte materno al seno (LM) e/o LM spremuto (LMS). (Anche se il bambino assume destrogel, gocce, vitamine, minerali)
2. Allattamento umano esclusivo	LM e/o LMS + latte umano donato (LUD)
3. Allattamento materno predominante	LM e/o LMS e/o LUD + acqua o soluzione glucosata (SG)
4. Alimentazione complementare	LM e/o LMS e/o LUD + formula latte
5. Non allattamento al seno	Solo formula latte

Tavola 2. Questionario per procedere alla raccolta dati sull'alimentazione neonatale

Per categorizzare da un punto di vista alimentare un neonato si usa un semplice questionario.

1. Il neonato ha assunto latte materno? SI/NO
2. Il neonato ha assunto soluzione glucosata/acqua? SI/NO
3. Il neonato assume latte artificiale? SI/NO
4. Il neonato ha assunto latte umano donato (LUD)? SI/NO

Dalla risposta a queste 4 domande si ottengono le informazioni utili per decidere in quale delle seguenti 5 categorie si colloca il neonato in dimissione dalla Maternità:

- allattamento materno esclusivo
- allattamento umano esclusivo
- allattamento materno predominante
- alimentazione complementare
- non allattamento al seno (solo formula latte)

Indicatore ottenuto: tasso di allattamento alla dimissione dall'ospedale dopo la nascita (avvio dell'allattamento)

Le definizioni devono essere precise, evitando approssimazioni e consentendo così di raccogliere dati che permettano di mostrare in maniera attendibile quali siano le routine alimentari complessive nella Maternità. Vanno inclusi tutti i neonati sani con un'età gestazionale ≥ 37 settimane e con peso neonatale ≥ 2500 grammi della Maternità.

Si ricorda in particolare che:

1. Il *recall period* deve tener conto di tutto quanto è stato somministrato al neonato dal momento in cui è nato al momento in cui va a casa. Questo significa che in dimissione, per esempio a 5 giorni di vita, un neonato non potrà essere considerato come allattato esclusivamente al seno, se nei giorni precedenti aveva assunto anche un unico biberon di formula latte. La sua categorizzazione corretta è quindi quella di neonato alimentato in maniera complementare.
2. Analogamente, e per contro, se un neonato viene dimesso in allattamento solo con formula latte, ma, per esempio, è stato attaccato al seno nelle prime 24-48 h, va considerato come allattato in maniera complementare.

Tavola 3. Scheda di alimentazione alla dimissione dalla Maternità (Nido/Rooming-in) dei neonati a termine, sani, di buon peso. Sono esclusi i neonati precedentemente ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale o quelli trasferiti in altra sede. I neonati restano anonimi, indicando solo la numerazione.

Numero progressivo dei nati dimessi nel periodo di 4 mesi	Allattamento materno esclusivo	Allattamento umano esclusivo	Allattamento predominante	Alimentazione complementare	Non allattamento al seno
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26. Ecc..					

Tavola 4. Corsi di formazione disponibili per lo staff del Dipartimento Materno-Infantile.

- Corsi SIN e SIP (FAD per pediatri/neonatologi 2021; FAD per infermiere 2022; FAD per specializzandi in Pediatria 2023). Questi corsi sono accessibili online dai siti della SIN, SIP, SININF e SIPINF a tutti gli iscritti in regola con le quote di iscrizione. Si raccomanda di organizzare localmente una formazione pratica fatta con attività clinica supervisionata di 5 h per integrare le FAD sopracitate, di contenuto teorico. I tutor/supervisor vanno scelti in base a disponibilità locale di figure professionali con competenza accertata.
- Corso SIGO-AOGOI sulla patologia mammaria in corso di lattazione (FAD per ginecologi-ostetrici)(accessibile dal sito AOGOI)
- FAD della FNOPO su Allattamento e Genitorialità Responsiva (accessibile dal sito FNOPO)
- Corso di base dell'UNICEF/OMS sull'allattamento; durata di 3 giorni; destinato agli operatori sanitari: (per informazioni far riferimento a Riccardo Davanzo).
- Corso allattamento con metodologia PBL (*problem based learning*)(in 4 giorni)(informazioni da dott.ssa Laura Travan, Neonatologia e TIN, IRCCS "Burlo Garofolo", lauratravan@gmail.com)
- Corso di Promozione della salute, dell'allattamento e della genitorialità responsiva nei primi 1000 giorni con un approccio transculturale". UNICEF, ISS; ASL Roma 5)(vedi Epicentro-ISS); <https://www.eduiss.it/pluginfile.php/740792/course/summary/Programma%20del%20Corso.pdf>
- Corso di *counselling* dell'OMS delle 40 h <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63428>
- Corso di formazione di formatori in allattamento di 5 giorni per essere capacitati a proporre corsi di 3 giorni al personale sanitario (Sistema 5+3 del RIFAM; per informazioni far riferimento a Riccardo Davanzo).
- FAD di 9 ore sull'allattamento per gli Specializzandi di Pediatria. Disponibile da SIN/SIP per l'anno accademico 2023-2024.
- Corso di ½ giornata per OSS (per informazioni far riferimento a Riccardo Davanzo).

Tavola 5. Protocolli ospedalieri riguardanti l'allattamento

- termo-controllo e benessere del neonato;
- contatto pelle a pelle fra madre e neonato dopo parto vaginale e dopo TC (vedi Indicazioni della SIN sulla prevenzione e gestione della SUPC);
- rooming-in 24/24 h;
- alimentazione responsiva (vale a dire a domanda ed in base ai segni precoci di fame del neonato);
- quando e come fornire aiuto alla mamma in maniera appropriata (migliorare la poppata, evitare/ridurre il dolore avvertito, gestione ingorgo e mastite)
- spremitura manuale del latte materno (competenza utile per rendere autonoma la madre)
- prevenzione e gestione del calo di peso neonatale e prevenzione della disidratazione
- prevenzione dell'ipoglicemia
- ittero neonatale nel bambino allattato al seno
- quando ricorrere alle supplementazioni con formule latte
- allattamento da parte di donne con patologie croniche
- allattamento e farmaci
- dimissione ospedaliera e sostegno all'allattamento

Valutazione dell'implementazione del Progetto PAA

La valutazione del Progetto PAA si baserà su indicatori predefiniti trasmessi al GdL-N-PAA dal Direttore del DMI dopo elaborazione del GdL-L-PAA.

Si tratta di indicatori di processo, indicatori di gradimento ed indicatori di esito.

1) INDICATORI di PROCESSO

a) **Istituzione formale di un GdL-L-PAA**

Effettiva **preparazione del documento sulla Policy Aziendale per l'Allattamento** elaborata localmente dal GdL-L-PAA. La PAA deve rispondere a standard minimi definiti dallo schema contenuto in questo documento. L'esistenza di una PAA esplicita l'impegno istituzionale a promuovere l'allattamento e conseguentemente sostiene i protocolli organizzativi e clinici messi coerentemente in atto. La PAA locale deve essere stilata, approvata e diffusa.

b) **Formazione** sull'allattamento del personale in servizio nel DMI (almeno dell'80 %); in aggiunta, formazione (FAD o in presenza) del personale neo-assunto entro 12 mesi.

c) **Revisione dei contenuti relativi all'allattamento degli incontri di accompagnamento alla nascita (IAN)** gestiti direttamente dall'ospedale o dal territorio;

d) Preparazione di **appropriati protocolli clinici**, che coniughino le buone pratiche ostetrico-neonatalogiche con la promozione dell'allattamento (vedi lista della Tavola 5);

e) **Pratica del contatto pelle a pelle** fra madre e neonato sano per 2 h dopo parto vaginale di neonati con EG ≥ 37 settimane e possibilmente anche dopo taglio cesareo (quantomeno elettivo). Obiettivo: almeno del 60 %.

a) **Applicazione del rooming-in 24/24 h** (almeno l'80 % delle diadi madre-neonato, con neonato di EG ≥ 37 settimane e con PN ≥ 2500 grammi). Nel calcolo del tempo di rooming-in non vanno considerati i tempi per procedure e visite alla madre;

b) Implementazione di un sistema di **monitoraggio dell'allattamento in dimissione**

c) **Prescrizione appropriata della formula latte in dimissione** (assenza di stampati con indicazione routinaria di una formula latte; astensione dal prescrivere in dimissione una formula latte a bambini allattati al seno con mamma capace di gestire l'allattamento);

d) Revisione delle **risorse disponibili localmente per il sostegno dell'allattamento** dopo la dimissione dall'ospedale e trasmissione cartacea di questa informazione alle famiglie.

2) INDICATORI di ESITO: **tasso di allattamento materno esclusivo: un valore minimo raggiunto del 50 % riferito ai neonati con una EG ≥ 37 settimane e con PN**

≥ 2500 grammi (completamente definibile solo dopo l'avvio del monitoraggio locale sui tassi di allattamento).

- 3) INDICATORI di GRADIMENTO (pre/post implementazione del Progetto PAA):
gradimento dell'utenza sul supporto ricevuto con l'allattamento nel corso della permanenza della diade in ospedale. E' atteso un miglioramento del gradimento. L'esecuzione del test di gradimento è a discrezione della singola Azienda sanitaria.

Efficacia del Progetto PAA

Uno studio condotto su 97 Punti Nascita aderenti al Progetto PAA ha dimostrato l'efficacia degli interventi con un tasso di allattamento aumentato in poco meno di 2 anni dal 67 % al 71 % (Davanzo et al 2026).

Per questo motivo gli Enti promotori del Progetto PAA intendono sostenere la continuazione del Progetto PAA. A tale proposito di recente i Presidenti della SIN e della SIP hanno sensibilizzato le Presidenze delle Sezioni Regionali arruolare nuovi Punti Nascita.

Fasi del Progetto PAA

Si suggerisce ai singoli Punti Nascita che il Progetto sia condotto in 4 Fasi rispettando il cronogramma indicato nella Tavola 6. La durata complessiva suggerita è di non più di 24-30 mesi. Chi intende seguire il percorso è quindi invitato a darsi dei tempi precisi, per essere maggiormente incisivi e mantenere una "tensione" nel Progetto. Si tratta comunque di tempi non rigidi, diversamente da quanto precedentemente fatto nell'ambito dello studio di efficacia condotto fra il 2023 ed il 2025 (Davanzo et al. 2026).

La valutazione dei risultati ottenuti dal singolo ospedale, ai fini di un'eventuale nomina a *Punto Nascita per l'Allattamento* viene effettuata dal Coordinamento del Progetto PAA.

Tavola 6. Cronogramma suggerito per i Punti Nascita aderenti al Progetto PAA.

Fasi	Azioni
FASE 1 o preparatoria (4-6 mesi) Può sovrapporsi alla Fase 2.	a) La Fase 1 rappresenta una “fotografia” della situazione di partenza dell’allattamento presente in Azienda b) Si effettua una raccolta dati iniziali (di base o del momento 0) per consentire di apprezzare nel corso del Progetto PAA variazioni degli indicatori di processo e di esito (compilazione della Scheda A). c) La Fase 1 dura da un minimo di 4 ad un massimo di 6 mesi: - Dura 4 mesi se si decide di sovrapporre il periodo di monitoraggio di 4 mesi dell’allattamento in dimissione dall’ospedale con 1 mese di raccolta dati sulla pratica del pelle-a-pelle e con 1 mese di raccolta dati tratti sul rooming-in - Dura invece 6 mesi se le 3 raccolte dati (monitoraggio allattamento, pelle a pelle, rooming-in) sono sequenziali. d) Definizione da parte di ciascuna azienda aderente al Progetto PAA di una propria politica sull’allattamento, che tuttavia rispetti i requisiti minimi indicati nella proposta del GdL-N-PAA. e) Costituzione formalizzata del gruppo di lavoro aziendale locale (GdL-L-PAA) f) Revisione della copertura formativa dello staff in allattamento (va fatta da subito).
FASE 2 o di implementazione (18 mesi)	- Preparazione da parte del personale sanitario dei protocolli assistenziali aziendali pertinenti all’allattamento sulla base dei modelli proposti dal Progetto PAA Implementazione autonoma nelle Aziende sanitarie delle pratiche previste nella policy aziendale locale e dei protocolli assistenziali relativi all’allattamento previsti dal Progetto PAA
FASE 3 o di valutazione (4-6mesi) Può sovrapporsi nel periodo finale della Fase 2.	Rappresenta la “fotografia” della situazione post-implementazione. Autovalutazione da parte delle aziende partecipanti, mediante compilazione di della Scheda B predisposta dal GdL-N-PAA per raccogliere dati su: Effettiva elaborazione della PAA con eventuali proposte aggiuntive rispetto ai requisiti minimi della PAA indicate dal presente documento: Implementazione della PAA (revisione del programma degli IAN, pratiche postnatali facilitanti l’allattamento, indicazioni sulle risorse disponibili al sostegno dell’allattamento al momento della dimissione ospedaliera, modalità di formazione dello staff sanitario sull’allattamento);

	c) Effettiva elaborazione ed implementazione dei protocolli assistenziali riguardanti l'allattamento (contatto pelle a pelle, rooming-in, alimentazione responsiva, spremitura del latte materno, calo di peso neonatale, rischio di ipoglicemia, ittero, dolore alla poppata e ragadi del capezzolo, aiuto alla poppata, spremitura del latte, ingorgo, mastite-ascenso, dimissione dalla Maternità; controindicazioni); d) Epidemiologia locale sull'allattamento (tasso di allattamento dei nati a termine sani in dimissione dai Punti Nascita, calcolato su 4 mesi) usando le definizioni sull'allattamento proposte dall'OMS (WHO 1991) e) Verifica dell'implementazione della pratica del pelle a pelle dopo parto vaginale nei nati a termine, sani, utilizzando la scheda SUPC della SIN. Questa verifica prevede una raccolta dati in Sala Parto per la durata di 1 mese o al raggiungimento di 100 neonati (se >1500 nati/anno) f) Verifica dell'implementazione del rooming-in. Somministrazione di un questionario in dimissione dall'ospedale alle mamme dei nati a termine, sani. Raccolta dati condotta per la durata di 1 mese o al raggiungimento di 100 nati, se >1500 nati/anno Raccolta dati (Optional) sul gradimento da parte dell'utenza sull'assistenza ricevuta con l'allattamento al seno. E' condotta mediante un questionario multi-lingue somministrato alle madri al momento della dimissione dall'ospedale (campione di 20 donne). I Punti Nascita che vorranno effettuare una breve indagine sul gradimento relativo all'assistenza con l'allattamento procederanno alla compilazione dei questionari di gradimento, che raccolgono informazioni da un campione di 20 madri.
--	---

Bibliografia

1. Bergman NJ. The neuroscience of birth--and the case for Zero Separation. Curationis. 2014 Nov 28;37(2):e1-e4. doi: 10.4102/curationis.v37i2.1440. PMID: 25685896.
2. Davanzo R, Maffeis C., Silano M, Bertino E, Agostoni C, Cazzato T, Tonetto P, Staiano A, Vitiello R, Natale F Gruppo di Lavoro ad hoc di SIP, SIN, SICuPP, SIGENP e SIMP. Allattamento al seno e uso del latte materno/umano Position Statement 2015 di Società Italiana di Pediatria (SIP), Società Italiana di Neonatologia (SIN), Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche (SICuPP), Società Italiana di Gastroenterologia Epatologia e Nutrizione Pediatrica (SIGENP) e Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP) https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2415_allegato.pdf
3. Davanzo R, Salvatori G, Baldassarre ME, Gagliardi L, Viora E, Scarpato E, Agosti M; HPB Project Working Group. The hospital policy on breastfeeding project to promote breastfeeding in Italy: not so ambitious, still effective. Ital J Pediatr. 2026 May 13. doi: 10.1186/s13052-026-02249-y. Epub ahead of print. PMID: 42129880.
4. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. Pediatrics. 2008 Oct;122 Suppl 2:S43-9. doi: 10.1542/peds.2008-1315e. PMID: 18829830.

5. Gavine A, MacGillivray S, Renfrew MJ, Siebelt L, Haggi H, McFadden A. Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. *Int Breastfeed J*. 2017 Feb 2;12:6. doi: 10.1186/s13006-016-0097-2
6. Gianni ML, Bettinelli ME, Manfra P, Sorrentino G, Bezze E, Plevani L, Cavallaro G, Raffaelli G, Crippa BL, Colombo L, Morniroli D, Liotto N, Roggero P, Villamor E, Marchisio P, Mosca F. Breastfeeding difficulties and risk for early breastfeeding cessation. *Nutrients*. 2019 Sep 20;11(10):2266.
7. Hawke BA, Dennison BA, Hisgen S. Improving hospital breastfeeding policies in New York State: development of the model hospital breastfeeding policy. *Breastfeed Med*. 2013 Feb;8(1):3-7. doi: 10.1089/bfm.2012.0030. Baby Friendly Hospital Initiative 2020. NZBA. Part 5. Self-Assessment Tool. https://www.babyfriendly.org.nz/fileadmin/Documents/5_BFI_Resource_Document_Part_Five.pdf
8. Hernández-Aguilar MT, Bartick M, Schreck P, Harrel C; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #7: Model Maternity Policy Supportive of Breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2018 Nov;13(9):559-574.
9. Johnston M et al. Section on Breastfeeding (AAP). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012 Mar;129(3):e827-41. doi: 10.1542/peds.2011-3552. Epub 2012 Feb 27. PMID: 22371471.
10. Meek JY, Noble L. Technical Report: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 2022 Jul 1;150(1):e2022057989. doi: 10.1542/peds.2022-057989
11. Parker MG, Stellwagen LM, Noble L, Kim JH, Poindexter BB, Puopolo KM; SECTION ON BREASTFEEDING, COMMITTEE ON NUTRITION, COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Promoting Human Milk and Breastfeeding for the VLBWI. *Pediatrics*. 2021 Nov;148(5):e2021054272. doi: 10.1542/peds.2021-054272.
12. Pérez-Escamilla R, Martínez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2016 Jul;12(3):402-17. doi: 10.1111/mcn.12294. Epub 2016 Feb 29. PMID: 26924775; PMCID: PMC6860129.
13. Scarpato E, Salvatori G, Barbaglia M, Casero D, Cazzato T, Righetti V, Staiano A, Davanzo R. Breastfeeding support among re-hospitalized young children: a survey from Italy. *Ital J Pediatr*. 2024 Jan 8;50(1):3. doi: 10.1186/s13052-023-01573-x. PMID: 38191497; PMCID: PMC10775476.
14. Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento al Seno (TAS). ALLATTAMENTO al SENO nelle strutture sanitarie in Italia Report sulla SURVEY NAZIONALE 2014. Ministero della Salute, DGISAN, Roma, Maggio 2015. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2256_allegato.pdf
15. Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento al Seno (TAS). Raccomandazioni del TAS, delle Società scientifiche, degli Ordini e delle Associazioni professionali sulla Formazione del Personale Sanitario sull'Allattamento. Ministero della Salute, DGISAN, Roma, Maggio 2020
16. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016; 387:475–490.
17. WHO-UNICEF. Implementation Guidance: Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services: The Revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization, 2018. <https://www.unicef.org/media/95191/file/Baby-friendly-hospital-initiative-implementation-guidance-2018.pdf>
18. WHO. Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Indicators for assessing breast-feeding practices: report of an informal meeting. 1991, Geneva, Switzerland. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62134>