

2026

ALLATTAMENTO E LATTE UMANO DONATO

Position Statement
di SIN, SIP e AIBLUD



ALLATTAMENTO E LATTE UMANO DONATO

Position Statement di SIN, SIP e AIBLUD

*Riccardo Davanzo^{1,2,3}, Mariella Baldassarre^{1,4}, Michelangelo Barbaglia^{2,5},
Santina Barresi^{1,6}, Martina Capitanio^{1,7}, Deborah Casero^{2,8},
Teresa Cazzato^{2,9}, Maria Clemente^{1,10}, Lorenzo Colombo^{1,11},
Floriana Damiano^{1,12}, Cristina Di Stefano^{1,13}, Maria Lorella Gianni^{1,11},
Giuseppe Giordano¹, Laura Ilardi^{2,14}, Emanuela Lanfranchi^{1,15},
David Lembo¹⁶, Daniela Mornioli¹⁷, Silvia Perugi^{1,18},
Cristina Pizza^{1,19}, Isabella Mondello^{1,6}, Guido Moro^{1,20},
Livia Renzullo^{1,21}, Veronica Righetti^{2,22}, Guglielmo Salvatori^{1,2,23},
Elena Scarpato^{2,24}, Antonella Soldi^{1,7}, Laura Travan^{1,25}*

¹Commissione Allattamento e Banche del Latte Umano Donato della Società Italiana di Neonatologia (COMASIN);

²Tavolo Allattamento della Società Italiana di Pediatria (TASIP);

³Nutrition Research Centre, Università dell'Insubria, Varese;

⁴Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Neonatologia e TIN, AOU Ospedale Policlinico, Bari;

⁵Pediatria e Neonatologia, Ospedale SS. Trinità, Borgomanero (NO);

⁶UTIN, Grande Ospedale Metropolitano, Reggio Calabria;

⁷Neonatologia e TIN Universitaria, Ospedale Sant'Anna, Torino;

⁸Neonatologia, Ospedale di Vimercate, ASST Brianza, Vimercate (MB);

⁹Cure Primarie di Pediatria, Taranto;

¹⁰UTIN, Ospedale Pertini, Roma;

¹¹Neonatologia e TIN, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Università degli Studi di Milano;

¹²UTIN-Neonatologia, AORN Cardarelli, Napoli;

¹³UTIN, Ospedale Umberto I, Nocera Inferiore (SA);

¹⁴Neonatologia, Ospedale Pio XI, ASST Brianza, Desio (MB);

¹⁵Pediatria e Neonatologia, AST PU, Urbino (PU);

¹⁶Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università degli Studi di Torino, Torino;

¹⁷Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano, Milano;

¹⁸Neonatologia e TIN, AOU Careggi, Firenze, Italia;

¹⁹Neonatologia e TIN, AORN San Pio, Benevento;

²⁰Associazione Italiana Banche del Latte Umano Donato (AIBLUD), Milano;

²¹Neonatologia e TIN, Ospedale Centrale, SABES/ASDAA, Bolzano;

²²Cure Primarie, ULSS 3 Serenissima, Venezia;

²³UTIN, Ospedale Pediatrico IRCCS Bambino Gesù, Roma;

²⁴Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Sezione di Pediatria, Università Federico II, Napoli;

²⁵Neonatologia e TIN, IRCCS Materno-Infantile Burlo Garofolo, Trieste

NOTA

Il presente Position Statement della Società Italiana di Neonatologia (SIN), della Società Italiana di Pediatria (SIP) e dell'Associazione Banche del Latte Umano Donato (AIBLUD) rappresenta l'aggiornamento di uno precedente del 2015.

Questa iniziativa editoriale è stata resa possibile dal sostegno fornito dal Prof. Massimo Agosti, Presidente della SIN assieme al Consiglio Direttivo della SIN e dal dott. Rino Agostiniani, Presidente della SIP assieme al Consiglio Direttivo della SIP.

Il documento è stato coordinato dal Dott. Riccardo Davanzo, Presidente della Commissione Allattamento e Banche del Latte Umano Donato della Società Italiana di Neonatologia (COMASIN), ed elaborato congiuntamente dai membri della COMASIN, del Tavolo Allattamento della Società Italiana di Pediatria (TASIP), presieduto dal Dott. Guglielmo Salvatori, e da una selezione di collaboratori esterni.

I Consigli Direttivi di SIN e SIP hanno approvato in forma definitiva il documento a febbraio e aprile 2026. Il Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana Banche del Latte Umano Donato (AIBLUD) ha approvato il documento a giugno 2026.

Executive Summary

In considerazione dell'insufficiente diffusione dell'allattamento al seno in Italia, SIN, SIP e AIBLUD hanno voluto fornire una serie di indicazioni finalizzate a rendere maggiormente efficace la promozione dell'allattamento da parte della comunità scientifica d'area pediatrica. Rientra nel dovere professionale/etico del neonatologo/pediatra promuovere l'allattamento non solo con la singola mamma, con empatia e concorrendo all'*empowerment* materno, ma anche nell'ambito dell'organizzazione dei servizi sanitari e presso la pubblica opinione (*advocacy*).

SIN, SIP e AIBLUD raccomandano l'allattamento esclusivo sino a sei mesi e, durante e dopo il passaggio ad un'appropriata alimentazione complementare, di continuare ad allattare sino a due anni ed oltre, finché la madre ed il bambino lo desiderino.

SIN, SIP e AIBLUD raccomandano i seguenti interventi essenziali per promuovere e sostenere l'allattamento.

- Coerentemente con il presente *position statement* vanno definite procedure e protocolli clinici inerenti all'allattamento o ad esso correlati, basati sulle evidenze scientifiche disponibili e/o sulle *best practices*, da condividere fra le varie figure professionali dell'area materno-infantile, al fine di fornire alla madre/coppia genitoriale/famiglia informazioni di buona qualità e contenuti omogenei con approccio multidisciplinare. Sono pertanto necessari percorsi formativi professionali accreditati.
- Le famiglie vanno informate in maniera appropriata già durante gli incontri di accompagnamento alla nascita e durante l'ospedalizzazione in occasione del parto non solo sui benefici dell'allattamento, ma anche sulle pratiche postnatali efficaci nel promuovere l'allattamento ed una positiva relazione madre-bambino (contatto pelle a pelle precoce e continuativo, *rooming-in*, allattamento a richiesta con poppate frequenti), così come sulle pratiche di sorveglianza a tutela della sicurezza del neonato. L'interazione con tutte le famiglie, anche quelle non tradizionali (coppie non binarie, gravidanze surrogate), richiede adeguata preparazione e opportune competenze comunicative verbali e non verbali.
- Il latte materno è il *gold standard* nutrizionale non solo per i neonati fisiologici, ma anche per i neonati sani a rischio di ipoglicemia o con ittero e per i bambini con bisogni speciali (neonati pretermine, con peso alla nascita inferiore a 1500 g, chirurgici e cardiopatici, con deficit neurologici, con labiopalatoschisi, ecc.). Nelle Unità di Terapia Intensiva Neonatale la presenza attiva dei genitori come veri e propri partner di cura in un'ottica di *Family Centered Integrated Care* e di *Zero Separation* promuove la relazione madre-neonato, la *Kangaroo Care*, l'allattamento e lo sviluppo cognitivo del bambino.
- La madre va informata su spremitura e conservazione del latte spremuto, che rappresentano le strategie idonee per avviare e mantenere la lattazione, quando non risulti possibile l'attacco diretto al seno o la suzione non sia efficace, in occasione dei ricoveri ospedalieri postnatali di mamma e/o bambino o quando la madre lavora o studia.
- La letteratura scientifica chiarisce che le vere controindicazioni all'allattamento sono rare. Queste non vanno confuse con i ben più frequenti ostacoli ad allattare. Il latte materno subisce un certo grado di contaminazione da xenotossici ambientali a cui la mamma è stata esposta nel corso dell'intera vita (*body burden*), ma i benefici dell'allattamento sullo sviluppo neuro-cognitivo possono compensare il danno dell'eventuale esposizione prenatale. I contraccettivi contenenti il solo progestinico sono i contraccettivi ormonali di prima scelta per la madre che allatta, ma c'è consenso sul fatto che dopo il puerperio possano essere utilizzati anche i contraccettivi estro-progestinici. In aggiunta, la contraccezione di emergenza con progestinico non richiede alcuna sospensione o interruzione dell'allattamento.
- La protezione dell'allattamento si basa su politiche di supporto alla maternità, rappresentate in particolare dalle Leggi dello Stato italiano e dal Codice di Commercializzazione sui Sostituti del Latte Materno dell'OMS ("Il Codice"). In particolare il neonatologo/pediatra deve prescrivere la formula latte solo in caso di necessità e mai per un lattante alimentato solo al seno. La correttezza dell'informazione data alle madri di recente è stata seriamente minacciata dal *marketing* digitale dei sostituti del latte materno. In questo contesto nazionale, al neonatologo/pediatra si richiede un solido impegno etico per l'*advocacy* professionale, intrapresa individualmente e in gruppo.

INDICE

1.	I benefici dell'allattamento e del latte umano	09
2.	La contaminazione del latte umano	10
3.	L'epidemiologia dell'allattamento	10
4.	I determinanti dell'allattamento ed il ruolo del neonatologo/pediatra	11
5.	Le raccomandazioni sull'alimentazione infantile	12
6.	La formazione del personale sanitario e del neonatologo/pediatra	13
7.	L'interazione con le famiglie non tradizionali	13
8.	La diade e l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera	14
8.1.	Il contatto pelle-a-pelle e il collasso postnatale	14
8.2.	Il rooming-in	15
8.3.	Ittero neonatale ed allattamento	17
8.4.	L'Iniziativa Ospedale Amico delle Bambine e dei Bambini e il Progetto Policy Aziendale sull'Allattamento	18
8.4.1.	La BFHI	18
8.4.2.	Il progetto PAA	18
9.	L'allattamento dei neonati con bisogni speciali	19
9.1.	Nelle Unità di Terapia Intensiva Neonatale	19
9.2.	Il latte umano donato e le Banche del Latte Umano Donato	20
10.	Nutrizione in allattamento	21
10.1.	La dieta	21
10.2.	L'alcol	21
10.3.	La caffeina	23
11.	La scarsa introduzione di latte materno	23
12.	Dall'allattamento esclusivo all'alimentazione complementare	24
13.	Il sonno sicuro e la SIDS	24
14.	Il supporto all'allattamento dopo la dimissione	24
15.	Il telesupporto all'allattamento	25
16.	La riospedalizzazione	26
17.	La spremitura del latte materno	27
18.	La conservazione e la somministrazione del latte materno	29

19. Le vere controindicazioni ad allattare.....	30
20. Allattamento e nuova gravidanza	30
21. La contraccezione durante l'allattamento.....	31
22. Farmaci e allattamento.....	31
23. Mezzi di contrasto radiologici ed allattamento.....	32
24. Il fumo.....	32
25. L'abuso di sostanze	32
25.1. Il metadone.....	33
25.2. Gli oppioidi.....	33
25.3. La marijuana.....	33
26. Le infezioni materne	34
27. La patologia della mammella	38
27.1. Il dolore alla poppata	38
27.2. L'ingorgo mammario.....	39
27.3. La mastite acuta e l'ascesso mammario.....	39
27.4. La mastoplastica accrescitiva.....	41
27.5. La mastoplastica riduttiva.....	41
27.6. Allattare dopo un cancro al seno	41
28. Allattare dopo un trapianto d'organo	42
29. La protezione dell'allattamento	42
29.1. La legislazione italiana	42
29.2. Il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno	42
29.3. Il marketing dell'industria via internet e social	43
30. Il ritorno al lavoro.....	43
30.1. La legislazione italiana a sostegno dell'allattamento	43
30.2. La tutela dell'allattamento nei luoghi di lavoro.....	44
31. Ringraziamenti	44
32. Appendice. Foglio informativo per madre HIV positiva che desidera allattare al seno	45
33. Riferimenti bibliografici.....	46

1. I benefici dell’allattamento e del latte umano

I benefici dell’allattamento sono numerosi e ben documentati. Riguardano la nutrizione, l’empowerment materno [Heidari et al., 2017], il risparmio economico per le famiglie e per la società, e la sostenibilità ambientale [Cos-Busquets et al., 2026].

Nell’ambito di questi molteplici positivi effetti, la letteratura medica si è prevalentemente focalizzata sulla salute del lattante [Patnode et al., 2025] (Tabella 1), incluso quello con bisogni speciali come il prematuro, e sulla salute della donna che allatta [Ip et al., 2007] (Tabella 2).

Tabella 1. Outcome relativo alla salute del bambino allattato al seno (modificato dalla revisione sistematica della letteratura di Patnode pubblicata nel 2025). I valori minimi si riferiscono all’essere stati allattati rispetto al non esserlo stati, mentre quelli massimi all’esposizione all’allattamento in forma esclusiva o di più lunga durata.

Riduzione del rischio di malattia		Forza delle evidenze scientifiche
Otite media (specie < 2 anni)	33 – 43%	Moderata
Asma (2 – 12 anni)	7 – 31%	
Obesità (2 – 12 anni)	15 – 34%	
Leucemia	10 – 23%	
Infezioni respiratorie gravi (< 2 anni)	Potenziale riduzione del rischio	Bassa
Diarrea e infezioni gastro-intestinali moderate-gravi (< 6 mesi)		
Rinite allergica		
Malocclusione		
Diabete tipo 1 (< 18 anni)		
Malattie infiammatorie croniche intestinali		
Rapido guadagno di peso e crescita		
Ipertensione sistolica		
Mortalità nel 1° anno di vita (inclusa la SUID-Sudden Unexpected Infant Death)		

Tabella 2. Benefici per la donna che allatta riconosciuti dall’American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e dai Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

	ACOG 2020	CDC 2024
Riduzione del rischio di diabete tipo 2 e di ipertensione arteriosa	+	+
Riduzione del rischio di cancro al seno [Virassamy et al., 2026] e di cancro dell’ovaio	+	+
Riduzione della perdita ematica dopo il parto per effetto uterotonico dell’ossitocina	+	NR
Ritorno al peso pregravidico	+	NR

Legenda: Il simbolo “+” indica una documentata riduzione del rischio. “NR” indica non riportato

Esplorando i rapporti fra allattamento e salute materno-infantile, la letteratura ha spesso fornito informazioni contraddittorie. In tempi successivi e da studi diversi è stato confermato o viceversa smentito l'effetto protettivo dell'allattamento nei confronti di volta in volta delle patologie allergiche, della celiachia, dell'obesità, dell'ottimizzazione dello sviluppo neuro-cognitivo [Lovcevic, 2023] ed emotivo-comportamentale [Vargas-Pérez et al., 2025] e, per quanto riguarda la madre, l'effetto antagonista nei confronti della depressione post-partum [McNestry et al., 2026]. Questa oscillazione, propria dello stratificarsi di nuove conoscenze scientifiche, viene perlopiù chiarita dalle periodiche revisioni sistematiche degli studi pubblicati. Non si giunge comunque mai a mettere in discussione il valore complessivo dell'allattamento e dell'esistenza di un rapporto dose-effetto fra durata dell'allattamento ed entità di un beneficio che permane per tutta la vita [Rollins et al., 2016; Victora et al., 2016, Meek et al., 2022; Goulding et al., 2025].

2. La contaminazione del latte umano

Il latte umano è esposto all'inquinamento ambientale, in particolare alla contaminazione da sostanze lipofile scarsamente degradabili che persistono nell'ambiente (Persistent Organic Pollutants o POPs), da metalli pesanti come piombo, cadmio e mercurio [Gridneva et al., 2022; Napolini et al., 2024] e da microplastiche [Caba-Flores et al., 2023]. Queste xenomolecole organiche possono essere introdotte dalla donna con la dieta (per esempio per ingestione di latte e latticini da allevamenti contaminati da POPs o di pescato di grandi dimensioni contaminato da metalli pesanti), per inalazione di particolato ambientale ultrafine o per contatto attraverso la pelle. Il *body burden* materno di contaminanti progressivamente accumulatisi nei tessuti di deposito adiposo e osseo ha un lunghissimo *turnover* e viene rilasciato sia nella placenta che nel latte materno. Si sconsiglia un drastico dimagrimento alla donna, che sa di aver vissuto in ambienti contaminati, per evitare la mobilitazione massiccia di xenomolecole dalle riserve di grasso materno, che concorre a formare la quota lipidica del latte umano.

L'eventuale impatto negativo sullo sviluppo neuro-evolutivo del lattante conseguente alla presenza di xenomolecole del latte materno viene comunque ampiamente compensato dal beneficio cognitivo associato all'allattamento. D'altronde non sfugge all'inquinamento ambientale nemmeno l'opzione nutrizionale di ricorrere alla formula latte.

Quantificare la presenza di xenomolecole nel latte umano è utile ai fini del monitoraggio della contaminazione ambientale complessiva, che va certamente ridotta mediante interventi legislativi e di salute pubblica. La presenza di contaminanti nel latte umano va monitorata su pool di campioni di latte prelevati da primipare residenti in aree differenti, in accordo con i protocolli della Convenzione di Stoccolma sui POPs [Fiedler et al., 2019], delle indicazioni dell'United Nations Environment Program (UNEP) e del World Health Organization (WHO).

3. L'epidemiologia dell'allattamento

Manca tuttora in Italia un sistema di monitoraggio nazionale dell'allattamento. Gli studi disponibili consentono tuttavia di avere una sufficiente idea della situazione del nostro Paese. In particolare, una Survey condotta in un gruppo autoselezionato di 97 Punti Nascita nell'ambito del Progetto Policy Aziendale per l'Allattamento [Davanzo et al., 2024] su un campione di oltre 33.000 neonati a termine, sani, di peso neonatale ≥ 2500 gr mostra come l'allattamento esclusivo alla dimissione dalle Maternità, definito secondo le indicazioni dell'OMS [WHO 1991], sia del 71.3% [Davanzo et al., 2026], un dato subottimale, visto che è riferito ad una popolazione di neonati che non dovrebbe incontrare particolari problemi con l'avvio dell'allattamento.

In aggiunta, lo studio di Sorveglianza 2025 dell'Istituto Superiore di Sanità mostra come venga allattato al seno in maniera esclusiva il 48,2% e il 39,3% dei bambini rispettivamente a 2-3 ed a 4-5 mesi di vita [Pizzi et al., 2026]. Questi dati si discostano dall'obiettivo fissato dall'OMS nel 2014 che almeno il 50% dei bambini di 6 mesi di vita fosse allattato esclusivamente al seno entro il 2025 [WHO 2014]. Una sfida ancora maggiore sembra quindi il raggiungimento del nuovo target indicato dall'OMS per il 2030 fissato al 70% di allattamento esclusivo a 6 mesi di vita.

4. I determinanti dell'allattamento ed il ruolo del neonatologo/pediatra

L'avvio e la durata dell'allattamento sono condizionati da molteplici ed eterogenei determinanti [Liu et al., 2023; Minarini et al. 2025; Nieto et al., 2026] (**Tabella 3**).

Pur riconoscendone la complessità, il pediatra/neonatologo ha un ruolo essenziale nel promuovere, sostenere e proteggere l'allattamento, d'intesa con le restanti figure dei servizi sanitari secondo un approccio multidisciplinare [Fewtrell et al., 2023]. Il Percorso Nascita è deputato a fornire un'adeguata educazione prenatale sui benefici e sulle modalità di allattamento, una facilitazione all'avvio dell'allattamento alla nascita e un supporto successivo alla dimissione dalla Maternità. Le policy, le linee guida e le procedure relative all'allattamento vanno condivise fra le figure professionali responsabili della salute materno-infantile al fine di fornire alla madre informazioni personalizzate, chiare, omogenee per qualità e contenuti.

L'interazione con la madre, soprattutto se primipara o con fragilità personale o sociale (in quanto adolescente, con disagio psicologico o psichico, socialmente isolata o a basso reddito) deve seguire un registro empatico e considerare la fase di transizione verso la maternità che la donna vive nelle prime settimane dopo il parto, concorrendo allo sviluppo di un'identità materna positiva. Bisogna evitare, in particolare, che la donna viva l'interazione con gli "esperti" di allattamento con sentimenti di imbarazzo, colpa o disapprovazione [Taylor & Wallace, 2012; Leeming et al., 2021; UNICEF UK, 2025]. A tal proposito va rispettata e sostenuta anche l'eventuale scelta informata di non allattare.

**Breastfeeding is not simply a meal, but a
dynamic, bidirectional, biological dialogue.**

Tonse N. K. Raju, Breastfeeding Medicine 2011

Tabella 3. Fattori che influenzano negativamente l'allattamento al seno.

Personalì
▪ Età materna (allattano meno le adolescenti e le donne d'età superiore a 35 anni) ▪ Livello d'istruzione materna (la bassa scolarità è associata a più frequente ricorso alla formula lattea) ▪ Tipo di parto (parto operativo, taglio cesareo senza adeguato supporto alla lattazione) ▪ Parità (inesperienza delle primipare) ▪ Precedente esperienza di allattamento negativa ▪ Alterazione dello stato di salute materna (patologie croniche, della gravidanza o relative al parto, ansia, depressione, ecc.) [Henshaw et al. 2023] ▪ Antecedenti traumatici di tipo psicologico [Purkiewicz et al. 2026] ▪ Tipologia di lavoro che richieda una pronta ripresa dopo il parto
Relativi alla salute del bambino
▪ Prematurità (<36 settimane EG), basso peso alla nascita (<2500 g) ▪ Patologie metaboliche (ipoglicemia, ipocalcemia) o infettive ▪ Malformazioni congenite ▪ Ricovero in Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) ▪ Alterazioni dello stato di salute del bambino
Familiari
▪ Modelli culturali, valori personali e credenze penalizzanti l'allattamento ▪ Religione (per esempio, possibile difficoltà di donne di religione islamica a praticare il contatto pelle-a-pelle e ad esporsi in pubblico per allattare) ▪ Basso livello socioeconomico ▪ Precedente esperienza negativa (per esempio, da parte di nonne o sorelle della madre) ▪ Assenza di supporto familiare
Sociali
▪ Legislazione inadeguata a promuovere, sostenere e proteggere l'allattamento ▪ Marketing dei sostituti del latte materno
Sanitarie
▪ Organizzazione degli ospedali di Maternità e delle strutture sanitarie territoriali non basata sulle evidenze scientifiche e/o sulle <i>best practices</i> ▪ Consigli professionali ambigui, poco efficaci, basati sull'esperienza personale ▪ Mancato collegamento fra ospedale e territorio per il sostegno post-dimissione

5. Le raccomandazioni sull'alimentazione infantile

La Società Italiana di Neonatologia (SIN), la Società Italiana di Pediatria (SIP) e l'Associazione Italiana Banche del Latte Umano Donato (AIBLUD) in sintonia con l'OMS [WHO 2023d], confermando quanto indicato nel precedente Position Statement del 2015 [Davanzo et al. 2015], raccomandano l'allattamento esclusivo sino ai sei mesi e, dopo l'introduzione di un'appropriate alimentazione complementare, di continuare ad allattare sino a 2 anni ed oltre, finché madre e bambino lo desiderano.

6. La formazione del personale sanitario e del neonatologo/pediatra

L'acquisizione di conoscenze sull'allattamento da parte del neonatologo/pediatra e della capacità di fornire un supporto empatico alla donna che allatta richiede appropriati percorsi formativi pre-laurea e post-laurea e aggiornamenti *in-service* attraverso moduli didattici specifici, standardizzati, bilanciati fra argomenti di biologia, di fisiologia della lattazione e di gestione clinica dei comuni problemi dell'allattamento [TAS et al. 2020; Mulcahy et al., 2022; Hookway and Brown, 2023; Davanzo et al., 2025c]. Periodici corsi strutturati e di qualità andrebbero intesi come obbligatori per il personale d'area perinatale, al pari di ogni altra formazione ritenuta necessaria. Dal momento che la legge lascia ai singoli atenei la definizione dei tempi e delle modalità dei percorsi formativi (Legge 15/05/1997, n. 127, <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1997-05-15;127!vig=>), particolarmente rilevante è il documento di consenso sulla formazione del personale sanitario prodotto dal Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare per la Promozione dell'Allattamento al Seno [TAS, 2020] e sottoscritto dalle Società scientifiche, dagli Ordini e dalle Associazioni professionali. Questo documento identifica i bisogni formativi minimi sia dei corsi universitari delle professioni sanitarie (formazione *pre-service*), sia di quelli della formazione *in-service*, successiva all'inserimento nel mondo del lavoro.

7. L'interazione con le famiglie non tradizionali

L'interazione con le famiglie non tradizionali (coppie non binarie, gravidanze surrogate, famiglie omogenitoriali) sui temi inerenti all'allattamento può rappresentare una sfida che richiede specifica preparazione e competenze comunicative [MacDonald et al., 2016].

Transgender maschili (persone di genere maschile, con cariotipo XX alle quali è stato assegnato il sesso femminile alla nascita) e transgender femminili (persone di genere femminile, con cariotipo XY alle quali è stato assegnato il sesso maschile alla nascita), anche se in terapia ormonale rispettivamente mascolinizzante e femminilizzante, possono scegliere di allattare al seno i loro bambini ed essere capaci di produrre latte senza aver partorito, anche se molti sono i fattori condizionanti, fra i quali un'eventuale pregressa chirurgia mammaria.

Si può riuscire a stimolare una certa produzione di latte utilizzando protocolli specifici per bambini adottati, come il Protocollo Newman-Goldfarb della Canadian Breastfeeding Foundation (https://www.canadianbreastfeedingfoundation.org/induced/regular_protocol.shtml), che combina il trattamento ormonale con uno di stimolazione del seno mediante uso del tiralatte e ricorso al domperidone con dosaggi tuttavia superiori a 30 mg/die, limite al di sopra del quale si riscontra un aumentato rischio di aritmia e di morte improvvisa [Drugs and Lactation Database 2026].

La terapia ormonale con testosterone per l'affermazione di genere nei transgender maschili non ha effetti indesiderati sul lattante [Oberhelman-Eaton et al., 2022], ma può interferire con la prolattina. Nella survey condotta da Trahair (2025) i transgender femminili raramente producono latte e non giungono ad allattare al seno. Va notato come in queste famiglie, che hanno intrapreso un percorso di affermazione di genere, la relazione di allattamento assuma un particolare valore simbolico [Trahair et al., 2025]. Un linguaggio non aderente alla transizione della persona può evocare/intensificare la disforia di genere. Al termine "padre" o "madre" va preferito quello di "genitore".

Analogamente, il richiamo alle mammelle, emblema di identità binaria, può non risultare gradito, per cui, quantomeno nel mondo anglo-sassone, è attualmente invalso l'uso del termine *chestfeeding*, traducibile in italiano come allattamento al petto o semplicemente come allattamento.

8. La diade e l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera

L'assistenza perinatale deve prevedere un'organizzazione delle strutture sanitarie, che orienti le famiglie ad avviare l'allattamento attraverso l'implementazione di pratiche postnatali di assistenza personalizzata alla diade madre-neonato, quali il contatto pelle-a-pelle o *skin-to-skin contact* (SSC), il *rooming-in* e l'allattamento al seno precoce, esclusivo e a richiesta [Gosdin et al., 2025].

Fondamentale per l'applicazione delle buone pratiche è, come sempre, un'adeguata formazione del personale sanitario e l'educazione delle famiglie.

8.1. Il contatto pelle-a-pelle e il collasso postnatale

Lo SSC tra neonato e madre è raccomandato sia dopo il parto vaginale che dopo TC [Pérez-Jiménez et al., 2025; Martínez-Hortelano et al., 2025]. Va effettuato nelle prime 2 ore post-parto o comunque almeno fino al termine della prima poppata, in quanto offre numerosi e documentati benefici: promuove il *bonding*, facilita l'avvio [Jaafar et al., 2016; Karimi et al., 2019] e la durata [Karimi et al., 2019; Moore et al., 2025] dell'allattamento, riduce il pianto e lo stress neonatale, stabilizza i valori glicemici, migliora il termocollaboro e la stabilità cardiorespiratoria, stimola l'ossitocina materna. Lo SSC va attuato sia in Sala Parto che durante la successiva degenza nel reparto di Ostetricia, ponendo attenzione alla prevenzione del collasso postnatale (Sudden Unexpected Postnatal Collapse o SUPC) [Task Force SUPC, 2023]. Sebbene le cause della SUPC non siano sempre identificabili, è possibile intervenire sui fattori di rischio noti. Durante la gravidanza e il post-partum, la famiglia va adeguatamente informata sull'importanza di praticare lo SSC in sicurezza, evitando le posizioni asfissianti, la distrazione genitoriale (abuso del cellulare) e il *co-sleeping*. Il neonato dopo la poppata deve essere posizionato supino e il *co-bedding* va sempre supervisionato. La partecipazione della famiglia è fondamentale per garantire una gestione sicura del neonato, supportata da una sorveglianza ripetuta, utilizzando le schede SIN di osservazione del neonato per la Sala Parto e il *rooming-in* [Task Force SUPC, 2023]. In particolare, il neonato va monitorato attentamente nei primi 10–15 minuti di vita, per verificare la possibilità di continuare lo SSC. La sorveglianza nelle prime 2 ore deve essere frequente, adeguata al contesto e non intrusiva, monitorando sia la madre che la posizione del neonato sul torace materno [Task Force SUPC, 2023]. Qualora le condizioni della madre o le circostanze organizzative non permettano lo SSC in sicurezza, il contatto può essere interrotto e il neonato deve essere posizionato supino in culla accanto alla madre o, in alternativa, può essere coinvolto nella supervisione un altro *caregiver*. Le valutazioni nelle prime 2 ore devono peraltro riguardare tutti i neonati, inclusi quelli separati dalla madre. Il supporto alla diade continua durante il *rooming-in*, per tutta la durata della degenza.

In assenza di indicazioni cliniche particolari, il personale sanitario deve effettuare almeno due controlli tra la 3ª e la 12ª ora di vita, periodo di transizione neonatale e di maggiore stanchezza per i genitori, ed almeno un controllo ogni 8 ore fino alla dimissione, monitorando quelli che sono i parametri fisiologici essenziali del neonato (colorito, attività respiratoria, reattività) [Task Force SUPC, 2023].

Se la madre non può praticare lo SSC in Sala Parto, possono subentrare il padre o altro *caregiver*, con effetti benefici simili a quelli riscontrati con la madre, in particolare sulla riduzione dello stress neonatale [Kuo et al., 2022].

8.2. Il rooming-in

In condizioni fisiologiche o a basso rischio il *rooming-in* costituisce uno standard assistenziale di riferimento, che risulta appropriato per la maggioranza delle coppie madre-neonato [Ministero della Salute 2024] (**Tabella 4**).

La condivisione della stanza promuove l'avvio precoce dell'allattamento (anche se non necessariamente la sua durata), l'attacco frequente al seno ($\geq 8-10$ /die) in risposta ai segnali precoci di fame del bambino, una vantaggiosa colonizzazione del neonato con gli stessi microbi che colonizzano la madre e, più in generale, promuove la relazione mamma-neonato ed il *bonding* secondo l'obiettivo *zero-separation* [Bergman, 2019]. Per la mamma il *rooming-in* rappresenta l'opportunità di un'esperienza immediata e diretta di accudimento, con il supporto e la supervisione del personale sanitario, al fine di favorire gradualmente la sua autonomia e di promuovere la consapevolezza delle proprie competenze genitoriali (*empowerment*).

Per lo staff ospedaliero il *rooming-in* consente una più facile e precoce identificazione di eventuali impedimenti o difficoltà nella gestione in autonomia del bambino, in modo da favorire una dimissione appropriata e protetta.

Il *rooming-in* va sempre proposto in maniera adeguata sia a livello istituzionale (senza ambiguità e fornendo sostegno concreto), sia a livello professionale (con competenza, empatia e intelligenza emotiva). La presenza del *caregiver* può contribuire ad aiutare e sostenere la madre, dandole modo di accudire con maggior facilità il proprio bambino.

Qualora per alcune donne l'esperienza del *rooming-in* risulti particolarmente impegnativa ed intensa, specialmente in concomitanza di condizioni generali fisiche e/o psicologiche non ottimali, l'équipe sanitaria, in maniera individualizzata e d'intesa con la madre, deve riconsiderare l'applicabilità e la continuità del *rooming-in*.



Tabella 4. Comportamenti corretti e strategie per effettuare in sicurezza il *rooming-in*

Preparare il personale sanitario
Organizzare per lo staff corsi di formazione sulla gestione del <i>rooming-in</i> e sull'assistenza al neonato in collaborazione con la famiglia
Informare, supportare ed accogliere genitori/familiari/caregiver
- In occasione degli incontri di accompagnamento alla nascita, in Sala Parto, nel corso della degenza postpartum e durante le visite ambulatoriali dare informazioni su organizzazione del <i>rooming-in</i>, possibilità di sostegno da parte del personale sanitario, routine ospedaliera, cura del neonato, importanza del contatto pelle-a-pelle e dell'allattamento al seno, posizione del neonato durante la poppata tale da garantire la pervietà delle prime vie aeree, posizione di sicurezza del neonato durante il sonno - Produrre materiale informativo, cartaceo o digitale e poster (da affiggere possibilmente in ogni stanza di degenza e nelle aree comuni dei reparti di assistenza perinatale) sulla gestione in sicurezza del neonato ed in particolare sull'individuazione ed eliminazione dei fattori di rischio della SUPC, sulle cadute accidentali, sulla condivisione del letto, sul posizionamento dei neonati su una superficie separata durante il sonno - Offrire la possibilità di accogliere il neonato al Nido/Neonatologia in casi particolari di stanchezza materna o di altri oggettivi impedimenti al <i>rooming-in</i> - Consentire alla donna di identificare un <i>caregiver</i>, che abbia libero accesso al reparto e possa dare sostegno continuo (anche notturno), fisico ed emozionale - Fornire un aiuto supplementare istituzionale nella prima giornata post-partum e nelle ore notturne, in particolar modo alle mamme primipare con ridotto sostegno familiare e a quelle che hanno partorito con taglio cesareo (TC) o con parto vaginale complicato, o che mostrano segni di disagio psicologico o difficoltà nella gestione del bambino
Preservare la qualità del sonno di mamma e bambino
Massimizzare il comfort e promuovere una buona igiene del sonno (letto comodo, luci modulabili e di intensità adeguata alle necessarie valutazioni cliniche, giusta temperatura ambientale, riduzione del rumore, riduzione delle interruzioni del sonno per visite, esami e procedure non differibili)
Salvaguardare la sicurezza del neonato attraverso la cura dell'ambiente e la definizione di percorsi
- Controllare e ridurre il rischio ambientale (per esempio di caduta del neonato) applicando procedure aziendali o specifici protocolli di reparto - Seguire le raccomandazioni per la prevenzione della SUPC secondo le linee guida della Task Force <i>ad hoc</i> della SIN, applicando un protocollo di monitoraggio del neonato nelle prime 2 ore e successivamente nel settore del <i>rooming-in</i> - Prima di attivare il <i>rooming-in</i>, valutare con attenzione le condizioni cliniche di mamma e neonato - Definire percorsi assistenziali per le madri a rischio psicosociale (per esempio in caso di tossicodipendenza o di disagio mentale); - Registrare ed analizzare gli eventi avversi, per un continuo miglioramento della qualità delle cure

La condivisione del letto fra madre e bambino durante il *rooming-in* (*co-bedding*) è una soluzione pratica, che facilita l'allattamento e la gestione del bambino, ma la permanenza nello stesso letto durante il sonno della mamma o di entrambi (*co-sleeping*) va sconsigliata, suggerendo piuttosto di riporre il bambino in posizione supina nella sua culla a fianco del letto [Task Force SUPC, 2023].

Una volta rientrati a casa, nel caso in cui, nonostante i suggerimenti contrari da parte dei professionisti della salute, si ipotizzi comunque una gestione con *co-sleeping*, vanno forniti alcuni correttivi che possano ridurre il rischio di SUPC e di *Sudden Infant Death Syndrome* (SIDS) correlato al *co-sleeping* [Jullien, 2021]. Fra questi va ricordata

la posizione a “C” (*cuddle curl*) in cui il bambino è posizionato supino vicino al genitore, che forma una “C” con il proprio corpo attorno al bambino [Wiessinger et al., 2014].

Un problema particolare è quello delle cadute del neonato/lattante dal letto con rischio di fratture perlopiù craniche ed ematomi endocranici. Anche se l'esigua letteratura disponibile riporta una prognosi nel complesso buona, vanno comunque messi in atto sia in ospedale sia a casa adeguati protocolli di prevenzione, evitando il *co-sleeping*, usando la culletta o la *sidecar bassinet*, fornendo informazioni scritte per le famiglie, offrendo controlli più frequenti da parte dello staff nel caso di sedazione materna o di TC o durante le ore notturne [The Joint Commission, 2018].

8.3. Ittero neonatale ed allattamento

È importante distinguere tra ittero fisiologico, ittero da insufficiente apporto di latte materno con possibile disidratazione (solitamente riscontrabile nei primi giorni di vita) ed ittero da latte materno in bambini con buona crescita al seno [Flaherman & Maisels, 2017]. Sono disponibili una serie di indicazioni per promuovere l'allattamento esclusivo al seno nel neonato itterico (**Tabella 5**).

Dal momento che la fototerapia (FT) continua convenzionale non è esente da effetti avversi e rappresenta una possibile causa di separazione fra madre e neonato, è preferibile ricorrere alla fototerapia ciclica. Studi recenti hanno documentato l'efficacia della FT ciclica a confronto di quella continua [Arnold et al., 2020; Dani et al., 2024], facilitando le poppate al seno ed il contatto, anche visivo, tra mamma e bambino negli intervalli di tempo in cui la fototerapia resta sospesa [Davanzo et al., 2025a; 2025b].

Tabella 5. Gestione del neonato itterico allattato al seno.

- La fototerapia (FT) va, per quanto possibile, gestita nella stanza della mamma per evitare la separazione
- Il neonato va messo nell'incubatrice se il controllo termico non può essere diversamente tutelato, anche in base alla temperatura ambientale ed alla tipologia della lampada da FT utilizzata
- La FT continua può essere sostituita dalla ciclica/intermittente ogni qualvolta la bilirubinemia serica totale (TSB) risulti inferiore di più di 2 mg/dl rispetto alla soglia per l'exsanguinotrasfusione
- Non sono candidati alla FT ciclica i neonati con itteri emolitici, che solitamente richiedono la FT nella prima giornata di vita, né i neonati con età gestazionale inferiore alle 35 settimane
- Quando si ricorre alla FT ciclica si può decidere di effettuare la sospensione della FT in base al manifestarsi dei segni di fame del neonato. Può essere attuato uno schema che nell'arco di 3 ore preveda 2 ore di FT ed 1 ora di interruzione
- Se il neonato non si sveglia e non richiede di alimentarsi, l'interruzione della FT avviene dopo 2 ore creando le condizioni e gli stimoli affinché il bambino si attacchi al seno
- Durante l'interruzione della FT:
 - il bambino esce dall'incubatrice
 - si toglie la benda protettiva agli occhi per facilitare il contatto visivo con la madre
 - si favorisce l'attacco al seno
 - si può ricorrere al contatto pelle-a-pelle fra madre e bambino al fine di sfruttarne il noto effetto galattogogo
- I neonati itterici allattati al seno con almeno 8 poppate/die e normoidratati non devono ricevere supplementazioni di formule latte
- L'assunzione inadeguata di latte materno suggerita da un numero di poppate <8/die o dal calo ponderale eccessivo (>8-10% del peso neonatale), con ipernatriemia (>145 mEq/l) può portare a iperbilirubinemia. In questi casi è opportuno aumentare il numero delle poppate o supplementare il neonato con latte materno spremuto e/o con formula. Questi interventi possono portare ad una riduzione della TSB

8.4. L’Iniziativa Ospedale Amico delle Bambine e dei Bambini e il Progetto Policy Aziendale sull’Allattamento

Nell’organizzazione e nella gestione dei punti nascita, la *Baby Friendly Hospital Initiative* (BFHI) rappresenta l’iniziativa dell’UNICEF adottata in molti paesi del mondo e costituisce un riferimento internazionale per la promozione, il sostegno e la protezione dell’allattamento materno. In Italia, insieme alla BFHI, la Policy Aziendale per l’Allattamento (PAA) contribuisce a consolidare le buone pratiche a sostegno dell’allattamento, declinandole ed applicandole nella realtà operativa dei centri nascita nazionali. Il Progetto PAA è condotto esclusivamente da professionisti dell’area sanitaria, con un focus particolare sull’elaborazione di protocolli assistenziali basati sulle evidenze scientifiche.

8.4.1. La BFHI

La BFHI è stata promossa dall’OMS e dall’UNICEF per rendere un ospedale efficace nel promuovere, proteggere e sostenere l’allattamento, e si fonda sull’applicazione di 10 Passi (rivisitati nel 2018) e sulle buone pratiche ospedaliere necessarie per la loro realizzazione [UNICEF & WHO 2018].

La BFHI richiede un cambiamento culturale ed organizzativo tale da ottenere un tasso di allattamento esclusivo di almeno l’80%, definendo un indubbio *gold standard* assistenziale. Dal suo lancio internazionale nel 1991, in Italia sono stati accreditati dall’UNICEF una trentina di ospedali a seguito di una valutazione esterna.

8.4.2. Il progetto PAA

Un’indagine condotta nel 2014 dal Tavolo Tecnico Allattamento del Ministero della Salute [TAS 2014] documentava che l’allattamento al seno esclusivo alla dimissione dalle Maternità italiane variava ampiamente dal 20% al 97%. Con questa premessa epidemiologica e tenuto conto del numero ancora limitato in Italia di Ospedali Amici delle Bambine e dei Bambini, SIN e SIP, insieme ad altre società scientifiche (SINUPE, AOGOI, SIGO, SIPINF, SININF) e federazioni professionali (FNOPO, FNOPI) e ad un’associazione di genitori (Vivere Onlus) hanno lanciato in Italia nel 2023 il Progetto Policy Aziendale per l’Allattamento (PAA) [Davanzo et al., 2025d], che attualmente coinvolge all’incirca il 30% degli Ospedali di Maternità italiani.

Il Progetto PAA si ispira alla BFHI e richiede agli ospedali di raggiungere traguardi ambiziosi, ma con modalità meno complesse. Il Progetto PAA si è dimostrato efficace nell’incrementare il tasso di allattamento esclusivo alla dimissione dagli Ospedali di Maternità [Davanzo et al., 2026] e nel far raggiungere nell’arco di un biennio, ad oltre 50 ospedali, lo status di Punto Nascita per l’Allattamento. Il Progetto PAA non prevede né *site visit* di tutoraggio, né valutazione esterna sui traguardi conseguiti nella promozione dell’allattamento. Per rendere più agile il progetto è stata preferita l’autovalutazione rispetto alla più accurata valutazione esterna [Araújo et al., 2019].

9. L'allattamento dei neonati con bisogni speciali

9.1. Nelle Unità di Terapia Intensiva Neonatale

La separazione precoce è dannosa sia per i neonati (sani o con bisogni speciali) che per i genitori, andando ad alterare il legame biologico ed emotivo che si è sviluppato nella diade madre-feto durante la gravidanza. Le conseguenze di questa separazione si ripercuotono sulla salute mentale e fisica sia del bambino sia della famiglia, interferendo con l'allattamento, con lo sviluppo e con l'*attachment*. Tutte le Neonatologie e le Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) sono chiamate a prevedere un accesso libero ai genitori 24/24 ore e 7/7 giorni per permettere ai neonati più fragili di poter godere dei benefici, sia a breve che a lungo termine, della vicinanza dei genitori (**Tabella 6**). Si dovrebbero quindi prevedere spazi ricreativi per i genitori/famiglie dei neonati ricoverati.

Il latte materno con le sue proprietà nutritive, bioattive e funzionali, la sua digeribilità, il contenuto in enzimi, fattori di crescita (*growth factors*) e cellule staminali, va inteso come riferimento nutrizionale (*gold standard*) per tutti i neonati, soprattutto in presenza di condizioni cliniche complesse e bisogni speciali e quindi anche per i pretermine [Parker et al., 2021], i neonati con peso alla nascita <2500 g, i neonati chirurgici, cardiopatici [Elgersma et al., 2022] e con sepsi.

Nelle UTIN vanno quindi sviluppati programmi di sostegno all'allattamento per garantire le migliori opportunità di crescita e sviluppo a ciascun neonato ricoverato [Davanzo et al. 2017]; sono indispensabili una formazione multidisciplinare ed un'assistenza centrata sulla famiglia. Per favorire il *bonding*, l'OMS raccomanda per tutti i neonati prematuri o di basso peso alla nascita (LBWI) il contatto pelle-a-pelle continuo e prolungato della *kangaroo care* (KC) nell'arco delle 24 ore (per almeno 8/24 ore), iniziando immediatamente dopo la nascita o, almeno, il prima possibile [WHO 2025]. Il microambiente della KC è congeniale per il neonato e rappresenta la modalità per eccellenza della *care*.

Tabella 6. Benefici del libero accesso dei genitori nella UTIN e del loro coinvolgimento nell'accudimento del proprio neonato.

Benefici a breve termine
▪ Aumento del coinvolgimento dei genitori nelle cure del proprio figlio e miglioramento del legame genitore-neonato ▪ Riduzione dello stress per neonato e genitori ▪ Aumento della stabilità neurovegetativa del neonato ▪ Aumento della durata dello SSC ▪ Aumento dei tassi di allattamento ▪ Miglioramento della nutrizione e della crescita neonatale ▪ Riduzione della morbidità neonatale ▪ Riduzione della degenza
Benefici a lungo termine
▪ Migliore sviluppo neurocomportamentale del neonato ▪ Miglioramento dell'interazione genitore-bambino dopo la dimissione ▪ Miglior benessere mentale dei genitori ▪ Riduzione dei costi di ospedalizzazione nelle UTIN ▪ Riduzione del tasso di re-ospedalizzazione dopo la dimissione

Ogni sessione di KC dovrebbe durare almeno 90 minuti [Artese et al., 2023] ed essere ripetuta durante la degenza in maniera intermittente [Davanzo et al., 2013], sia in UTIN che nell'area di cure subintensive [Tham et al., 2026]. La KC rappresenta un fattore che favorisce in maniera potente l'avvio e la prosecuzione dell'allattamento, rivelandosi un vero e proprio galattogogo: aumenta l'accesso al seno da parte del neonato, incrementa l'esclusività e la durata nel tempo dell'allattamento [Wang et al., 2021], riduce nella madre ansia e depressione postpartum [Pathak et al., 2023]. Uno studio condotto in Italia mostra che solo il 62% delle UTIN risulta aperta 24/24 ore ai genitori e che la KC, pur applicata nel 94% dei centri, viene limitata a determinate fasce orarie ed incostantemente offerta al padre del neonato [Artese et al., 2021]. Il riportare nella cartella clinica del neonato le sessioni di KC può facilitare un suo uso più estensivo.

Gli interventi e le tappe che portano in maniera efficace un neonato dalla KC all'allattamento direttamente al seno sono ormai chiaramente indicati in letteratura [EFCNI, 2022; Perugi et al., 2024; WHO 2025a]. È infatti importante giungere ad un allattamento diretto al seno già durante la degenza, non limitandosi al traguardo di un allattamento con latte materno spremuto [Davanzo et al., 2009]. È noto infatti che una mamma abile e sicura nell'attacco al seno del proprio neonato riuscirà ad allattare più a lungo.

9.2. Il latte umano donato e le Banche del Latte Umano Donato

La possibilità di utilizzare il latte umano proveniente dalle Banche del Latte Umano Donato (BLUD) nei casi in cui non sia disponibile il latte della propria mamma risulta particolarmente importante per i neonati più vulnerabili [Arslanoglu et al., 2023].

Il latte umano donato (LUD) viene sottoposto a pastorizzazione, che inevitabilmente riduce l'attività di alcune delle sue componenti biologiche ed immunologiche. Il LUD comunque mantiene un'attività protettiva, pur ridotta, ma ancora vantaggiosa per i bambini vulnerabili [Meier et al., 2017], come testimoniato dalla ridotta incidenza della NEC nei pretermine alimentati con LUD rispetto a quelli alimentati con formule latte.

Il LUD è meglio tollerato della formula e l'alimentazione enterale può essere iniziata più precocemente ed aumentata più rapidamente, permettendo così di ridurre la durata della nutrizione parenterale e della permanenza dell'eventuale catetere venoso centrale, con una conseguente minore incidenza di complicanze infettive. Tali benefici si associano ad una riduzione dei tempi di ricovero e quindi dei costi ospedalieri.

Le qualità del LUD sono importanti anche per i nati sottoposti a chirurgia intestinale o con cardiopatia congenita. In data 26 febbraio 2025 è stato approvato dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana il documento "Disponibilità del latte umano donato in Italia," sviluppato da un gruppo di lavoro ad hoc composto da rappresentanti dell'Associazione Italiana Banche del Latte Umano Donato (AIBLUD), del TAS, della SIN e di Vivere Onlus. Si tratta di un documento che prevede la Regionalizzazione delle BLUD, per razionalizzarne la rete e renderla più efficiente (https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2025-02-26&atto.codiceRedazionale=25A01192&elenco30giorni=false).

Il baliatico volontario e la condivisione fra donne (parenti o conoscenti) di latte umano è un'opzione prevista dall'OMS in contesti di emergenza sanitaria e di interventi umanitari [Victora et al., 2025; USAID et al., 2025; Coutsoudis et al., 2026], quando non siano disponibili né il latte materno, né il LUD. Al di fuori di queste situazioni particolari la condivisione di latte umano non va né incoraggiata né sostenuta, specialmente in ambito ospedaliero, a causa della potenziale trasmissione dell'HIV anche in presenza di un test negativo, in considerazione della nota esistenza di un periodo finestra [Humphrey et al., 2010].



10. Nutrizione in allattamento

10.1. La dieta

La dieta della nutrice è stata spesso oggetto di raccomandazioni di carattere restrittivo o prescrittivo nella convinzione, non provata scientificamente, che esistessero alimenti galattogoghi o, viceversa, alimenti interferenti negativamente con la produzione di latte o con il gradimento ed il benessere del lattante. Esiste una continuità sensoriale, gustativa ed olfattiva, fra le esperienze del bambino *in utero* e in corso di allattamento. Infatti, attraverso il liquido amniotico il feto ha già potuto assaporare e memorizzare tutti i cibi assunti dalla madre in gravidanza e che ritroverà nel latte materno.

Bisogna dare fiducia alle donne nella propria capacità di allattare anche senza seguire diete speciali o assumere di routine supplementi nutrizionali, interventi che possono avere un mero effetto placebo. Il fabbisogno calorico della donna che allatta, rispetto ad una donna che non allatta di pari età e pari indice di massa corporea (BMI), è di soli 330–500 kcal in più [EFSA 2010; SINU 2024]. Anche il fabbisogno di liquidi in corso di allattamento non va enfatizzato: basta un'introduzione aggiuntiva di 700 ml/die rispetto al periodo pregravidico [EFSA 2010; SINU 2024]. La supplementazione di ferro, in assenza di precedente anemia materna, non è necessaria, dal momento che il fabbisogno di ferro in corso di allattamento è di soli 9 mg/die (come conseguenza dell'amenorrea da lattazione), a fronte dei 18 mg/die al di fuori dell'allattamento per la donna in età fertile e dei 27 mg/die durante la gravidanza [CDC 2025e].

Il latte prodotto da una donna che segua una dieta vegana o vegetariana ben bilanciata ha una composizione adeguata [CDC 2025c]. Dal momento che questo bilanciamento dietetico non è sempre garantito, diventa comune raccomandazione supplementare tutte le donne vegane con vitamina B12. Anche molti vegetariani, in assenza di consumo frequente di latticini/uova, beneficiano di un supplemento con la vitamina B12 [Melina et al., 2016]. In corso di allattamento è raccomandata un'introduzione adeguata di acido docosaesaenoico (DHA), che viene garantita dal consumo di almeno 2 porzioni alla settimana di pesce “grasso” (sgombero, salmone, anguilla, capitone, aringa) o “semigrasso” (triglia, cefalo, carpa, sardina) [Fondazione Confalonieri Ragonese, 2018].

10.2. L'alcol

L'alcol assunto dalla donna passa rapidamente nel latte e per il suo effetto neurodepressivo è sconsigliato durante tutto il periodo dell'allattamento. Sebbene siano ampiamente noti i danni fetali per l'assunzione di alcol in gravidanza (sindrome feto-alcolica), sono ancora limitati gli studi in allattamento [Wilson et al., 2017]. Sono riportate alterazioni del sonno e problemi cognitivi con disturbi nel linguaggio, nella scrittura e nella comprensione del testo [Gibson and Porter, 2020], ma mancano dati convincenti sugli effetti negativi per il lattante a seguito di assunzioni limitate ed occasionali d'alcol [Haastrup et al., 2014].

Il CDC indica il limite massimo di un bicchiere di vino (125 ml) o una lattina di birra (330 ml) o un bicchierino di superalcolici (40 ml) nell'arco delle 24 h. Nel caso questa quota di alcol venga assunta in un'unica volta, l'attesa consigliata prima della poppata è di 2 ore [CDC 2025d].

Il limite di queste quantità va abbassato in base alla tolleranza individuale all'alcol. Questi riferimenti riducono la colpevolizzazione della mamma, che si trovi ad assumere limitate e occasionali quantità di alcol. Tuttavia, per evitare ambiguità, si conferma la raccomandazione generale di evitare in allattamento le bevande alcoliche.

10.3. La caffeina

Nella maggior parte dei casi il bambino, attraverso il latte, riceve solo percentuali limitate (~1,5%) della caffeina introdotta dalla mamma, con picco ematico entro 30–120 minuti dall'assunzione materna. Dosi eccessive di caffeina possono determinare sul lattante irritabilità, tremori e disturbi del sonno.

L'assunzione di caffeina in allattamento non dovrebbe superare i 200 mg/die, quantità corrispondente a 2–3 tazzine di caffè al giorno (un caffè espresso contiene circa 80 mg di caffeina) [EFSA 2015; Purkiewicz et al., 2022; ANDOS et al. 2023]. Si ricorda che una lattina da 330 ml di bevanda alla cola contiene circa 35 mg di caffeina, 100 g di cioccolata al latte 20 mg, 100 g di cioccolata fondente 60–80 mg ed una bustina di tè circa 35 mg.

11. La scarsa introduzione di latte materno

È frequente che la madre tema di non aver latte a sufficienza. La scarsa introduzione di latte materno deve però essere confermata da criteri affidabili quali l'inadeguatezza di crescita e/o di diuresi (**Tabella 7**).

Tabella 7. Criteri per definire una scarsa introduzione di latte materno.

- Perdita eccessiva di peso (>10%) nei primi giorni di vita con ipersodiemia
- Peso a 3 settimane di vita ancora inferiore a quello della nascita (solitamente il recupero avviene entro le prime 2 settimane di vita)
- Scarsa crescita utilizzando le curve dell'OMS del 2006
- Diuresi contratta indicata da un numero di pannolini bagnati <5–6/die a partire dal 4° giorno di vita

Una causa molto frequente di vera scarsa produzione di latte è il mancato drenaggio del seno per un attacco non corretto o poco frequente da parte del bambino, non compensato da un adeguato uso del tiralatte. È pertanto importante che il personale valuti ripetutamente l'attacco al seno in occasione di poppate diverse, fin dalle prime ore di vita, ma anche nei giorni successivi alla montata lattea, utilizzando apposite schede di valutazione della poppata [Jensen et al., 1994; Tornese et al., 2012].

L'ansia e lo stress possono interferire negativamente sulla produzione di latte ed è quindi importante essere empatici, incoraggiando ed informando la donna in maniera adeguata, in particolare sulla fisiologia della lattazione. Risulta strategico fornire il supporto necessario evitando di confonderla.

In caso di scarsa introduzione di latte materno, oltre alla verifica dell'attacco, molto spesso risultano efficaci da un lato il semplice ripristino di un pattern delle poppate fisiologico per durata e numero (accettando che le poppate siano frequenti) e dall'altro un sostegno allo stesso tempo pratico e psicologico. Non esistono invece sufficienti evidenze cliniche a sostegno del ricorso ai galattogoghi.

Un particolare e frequente problema, che induce la mamma a sospettare di non avere latte a sufficienza, sono le crisi di lattazione, episodi caratterizzati da improvvisa insoddisfazione del bambino, che possono essere in realtà superati semplicemente assecondando la richiesta di poppate più frequenti e più lunghe, rassicurando la madre [Pérez-Escamilla et al., 2023]. Le crisi di lattazione sono impropriamente interpretate come scatti di crescita, che non trovano però nei primi sei mesi di vita un documentato fondamento biologico [Davanzo & Baldassarre, 2024b].

12. Dall'allattamento esclusivo all'alimentazione complementare

Un'alimentazione complementare che mantenga l'allattamento al seno rispetta la progressione del bambino verso l'autonomia alimentare. Le raccomandazioni dell'OMS per la popolazione generale continuano a indicare il sesto mese compiuto per l'inizio dell'alimentazione complementare [WHO 2023a; 2026].

D'altra parte, le linee guida di alcune società scientifiche che si occupano in particolare di nutrizione pediatrica, suggeriscono la possibilità di introdurre alimenti semisolidi e solidi già durante la cosiddetta finestra di tolleranza dei 4–6 mesi di vita [Fewtrell et al., 2017; ESPGHAN 2024].

L'indicazione dei 4–6 mesi tuttavia resta controversa [Smith & Becker, 2016; Grummer-Strawn et al., 2024], non ha valore universale e non trova unanimità di consenso fra le società scientifiche [Caroli et al., 2022].

Il timing dell'alimentazione complementare va declinato per ciascuna diade madre-bambino in maniera appropriata, considerando l'interesse mostrato dal bambino verso il cibo, il raggiungimento di un grado sufficiente di maturazione neuromotoria con la perdita del riflesso di protrusione della lingua e la capacità del bambino di restare seduto con supporto e di portare il cibo alla bocca.

13. Il sonno sicuro e la SIDS

L'allattamento al seno, anche non esclusivo, riduce il rischio di SIDS [Hauck et al., 2011]. Per ridurre ulteriormente il rischio di SIDS e facilitare le poppate notturne, è essenziale promuovere la condivisione della stessa stanza. Quando il lattante dorme, va messo in una culla a parte, perlomeno nei primi 6 mesi di vita [Jullien, 2021; Moon et al., 2022; Tappin et al., 2023].

Prima della dimissione dall'ospedale devono essere fornite alla mamma le informazioni su come allattare in sicurezza anche di notte. Può essere comodo allattare in posizione laterale, ma raccomandando di riporre il bambino al termine di ogni poppata nella sua culla, supino, senza cuscino né altri oggetti.

14. Il supporto all'allattamento dopo la dimissione

Dopo la dimissione dall'ospedale la diade mamma-bambino potrà avere necessità di un supporto per proseguire nel migliore dei modi l'allattamento. Per questo serve un'integrazione funzionale tra i vari professionisti della salute che si occupano della diade: neonatologo/pediatra, ostetrica e infermiera del Punto Nascita d'intesa con pediatra di famiglia, personale sanitario consultoriale e consulenti volontarie per l'allattamento, che operano sul territorio.

È necessario definire un piano assistenziale dedicato alle diadi con bisogni speciali, che richiedono un supporto più attento per condizioni sanitarie (ad esempio prematurità o patologie materne e/o neonatali) o per situazioni socioculturali complesse, ricorrendo, quando opportuno, al coinvolgimento di mediatori culturali.

L'organizzazione degli ambulatori dell'ospedale, dei distretti sanitari e dei pediatri di famiglia deve prevedere tempo e spazi dedicati all'allattamento, in modo da facilitare l'aggregazione, il confronto e l'aiuto tra pari, la valutazione della poppata ed il relativo supporto. Anche la *home visiting* [Cheng et al., 2019] e la telemedicina possono risultare valide metodologie complementari di supporto professionale durante il *follow-up*.

15. Il telesupporto all'allattamento

È una pratica che consente il sostegno a distanza mediante contatto video. Può rientrare nel *follow-up* dopo un ricovero in UTIN, ma può anche essere utilizzato da madri di neonati fisiologici in caso di dubbi o problemi emergenti. Risulta utile certamente in presenza di difficoltà o impossibilità della donna a recarsi in ospedale ma, più in generale, può rappresentare una fase intermedia di sostegno fra la semplice telefonata e la consulenza in presenza. Importante è disporre di una piattaforma dedicata che tuteli la privacy.

La pandemia da SARS- CoV-2 ha dato un'accelerazione significativa al ricorso alla telemedicina in modalità sincrona (videochiamate, videoconferenze) o asincrona (SMS, app, piattaforme online) [Chuo et al., 2022]. La consulenza in allattamento da remoto, in particolare in caso di situazioni complesse o disagiate o con difficoltà di accesso ai servizi, è risultata efficace nell'aumentare la prevalenza e la durata dell'allattamento [Hubschman-Shahar, 2022; Gavine et al., 2022] ed è stata apprezzata sia dai genitori che dai professionisti della salute.

Le linee di indirizzo nazionale per l'erogazione della telemedicina (Conferenza Stato Regioni 2020, Decreti del Ministro della Salute del 21 settembre e del 30 settembre 2022) hanno indicato quali siano i requisiti funzionali, i professionisti coinvolti (per esempio medici, infermieri, ostetriche e psicologi), le competenze richieste ed i bisogni formativi inerenti.

La SIN, limitatamente al telesupporto individuale all'allattamento, ha richiamato l'attenzione sulle modalità organizzative della videochiamata, il bisogno formativo del personale dedicato, la pianificazione dell'incontro con tempo massimo dedicato, la tutela della privacy, la definizione di un eventuale *follow-up* e/o dell'invio a uno specialista (per esempio al senologo) e la funzione di triage che il telesupporto riveste rispetto alle situazioni che richiedono una visita in presenza [Davanzo et al., 2024c].



16. La riospedalizzazione

La riospedalizzazione in caso di malattia del bambino o della madre può portare a separazione fra madre e figlio e possibile interruzione dell'allattamento [Bartick et al., 2021; TAS 2021]. In caso di malattia del bambino, le Neonatologie/UTIN e le Pediatrie devono dotarsi di una policy e di protocolli assistenziali che tutelino il diritto di madre e bambino a stare vicini e, al caso, di allattare al seno. Gli ostacoli più comuni all'allattamento durante il ricovero di un bambino e le possibili soluzioni sono indicate nella **Tabella 8**.

La cura della specifica patologia, per cui il bambino è ricoverato, deve integrarsi con il supporto al mantenimento delle poppate e, se il bambino non può attaccarsi al seno, con protocolli per mantenere la lattazione che indichino adeguati schemi di spremitura del latte.

Tabella 8. Ostacoli incontrati da una madre nell'allattare al seno il proprio bambino ricoverato in ospedale.

Difficoltà	Strategie/soluzioni/commenti
Accesso limitato della madre all'area di degenza Separazione madre-bambino	Le Unità di cura del bambino devono dotarsi di una policy che tuteli il diritto della madre a stare accanto al figlio
Mancata consapevolezza della madre di doversi spremere il latte	Implementazione di un protocollo operativo sulla spremitura del latte per mantenere la lattazione, qualora un bambino ricoverato non possa succhiare al seno. Il protocollo deve prevedere l'istruzione della mamma sulle modalità di spremitura, conservazione ed uso del latte spremuto
Mancata disponibilità di pompe tiralatte	Dotazione di pompe tiralatte adeguata al numero di lattanti assistiti
Stress e preoccupazione per le condizioni di salute del bambino, che ostacolano l'emissione del latte con rischio di ingorgo mammario e ridotta produzione di latte	Sostegno emotivo, motivazionale e pratico da parte dello staff per mantenere il rapporto madre-bambino e l'allattamento e per gestire le più comuni difficoltà
Rifiuto del seno, difficoltà di attacco e di suzione dovuti a sintomi del lattante quali dispnea, febbre, vomito, diarrea, dolore	Somministrazione del latte materno spremuto al bambino con metodi adeguati alle condizioni cliniche (siringa, cucchiaino, tazzina, sondino naso-gastrico o eventualmente biberon) per garantire una nutrizione orale/enterale di maggiore qualità
Digiuno del bambino o prescrizione di orari rigidi delle poppate in occasione di indagini strumentali o di un intervento chirurgico o come parte della cura	La collaborazione con i genitori in reparto facilita questo aspetto organizzativo. L'allattamento o la somministrazione di latte materno spremuto o formula dovrebbe essere per quanto possibile a richiesta, riconoscendo i precoci segnali di fame del lattante ricoverato. Per il digiuno procedurale o preoperatorio vanno applicati i limiti minimi internazionalmente riconosciuti e proposti dalla SIP: a) per un bambino che assume latte materno: 3 ore prima di una procedura anestesiológica o di un intervento chirurgico o di un'indagine sul tubo digerente; b) per un bambino che assume formula latte: 4 ore prima di una procedura anestesiológica o di un intervento chirurgico o di un'indagine sul tubo digerente

Questo implica la formazione del personale in servizio, l'informazione delle mamme e la dotazione di un numero sufficiente di apparecchiature per l'estrazione del latte. Il fabbisogno orientativo è di due pompe tiralatte per il singolo reparto di Pediatria o di una pompa tiralatte ogni 3 neonati dell'UTIN.

Va ridimensionata l'impropria enfasi data al rischio infettivologico collegato alla presenza della madre a fianco

del letto/culla del bambino. Vanno garantite l'accurata igiene delle mani della madre e, al caso, la disponibilità di dispositivi di protezione individuale (mascherine) [TAS 2021].

Nel caso di riospedalizzazione della mamma, vanno implementati protocolli specifici che possano permetterle di non separarsi dal bambino e di continuare, eventualmente supportata da un caregiver, l'allattamento al seno [TAS 2021]. Un approccio di questo genere promuove il benessere psicologico della donna e può contrastare eventuali reazioni ansioso-depressive conseguenti al ricovero [TAS 2023].

17. La spremitura del latte materno

Tutti i reparti che assistono lattanti e/o mamme in allattamento devono avere dei protocolli specifici per la spremitura del latte dal seno. La spremitura può essere di due tipi: 1) la spremitura manuale, da insegnare a tutte le mamme nelle prime 36 ore dal parto e quindi prima dell'arrivo della montata lattea, per renderle autonome in caso di improvvisa necessità; 2) la spremitura elettrica, da preferire tutte le volte che questa non sia semplicemente saltuaria od occasionale [Eglish et al., 2017]. Va effettuata seguendo corrette norme di igiene, in ambiente tranquillo, facendo precedere alla spremitura il massaggio del seno e la stimolazione del seno/capezzolo per attivare il riflesso ossitocico e favorire l'eiezione del latte. La **Tabella 9** indica le situazioni in cui è indicata la spremitura del latte materno.

Tabella 9. Indicazioni alla spremitura del latte materno.

- Avvio/mantenimento (o incremento) della produzione lattea quando il neonato non è in grado di stimolare o drenare il seno in maniera adeguata come nei casi di neonato pretermine di basso (LBWI) o bassissimo peso (VLBWI) alla nascita, neonato ipotonico, neonato ricoverato in UTIN
- Drenaggio del seno (tipicamente in attesa della montata lattea) per compensare la mancata/ridotta suzione al seno da parte di un neonato con difficoltà di attacco, in attesa che la situazione si risolva. Per esempio: neonato con frattura della clavicola e dolore alla poppata in certe posizioni, anchiloglossia, asimmetria cervico-faciale, torcicollo congenito
- Drenaggio di un seno troppo pieno o con ingorgo
- Dolore all'attacco (non diversamente gestibile) per ragadi dolenti o altra patologia del capezzolo o per esiti di mastoplastica o di radioterapia. In questi casi è preferibile la spremitura manuale
- Sospensione temporanea dell'allattamento (per assunzione a breve termine di farmaci non compatibili, esecuzione di esami scintigrafici con radionuclidi) per prevenire l'ingorgo del seno o un calo della produzione di latte materno
- Separazione della mamma dal bambino per qualunque causa, inclusa l'ospedalizzazione per malattia della madre o del bambino con impossibilità di attacco diretto al seno
- Necessità di procurarsi scorte di latte in previsione del ritorno al lavoro o di drenare il seno in caso di tensione mammaria (per allontanamento del bambino dalla mamma)
- Necessità di somministrare il latte materno dopo averlo sottoposto a pastorizzazione, qualora risulti indicato per ragioni mediche
- Donazione del latte spremuto a una BLUD
- Spremitura nell'ultimo trimestre di gravidanza. Tale procedura può essere indicata nelle gravide diabetiche per produrre una scorta di colostro in previsione del rischio di ipoglicemia neonatale [Forster et al., 2017] e nelle donne in sovrappeso o obese (con BMI $\geq$ 25) per gestire l'usuale ritardo della montata lattea [Johnsen et al., 2021; Demirci et al., 2023; Estafanous et al., 2023; Cuffe et al., 2024]. La spremitura può essere effettuata in donne a basso rischio di parto pretermine con la tecnica press/compress/relax, per 3–5 minuti alla volta, 2–3 volte al giorno, a partire dalla 36^a–37^a settimana di gestazione. Il latte viene raccolto in siringhe da 1–3 cc (sono consigliate siringhe con tappo) collocate nel freezer in una borsa di plastica

Per maggiori dettagli sulla tecnica della spremitura manuale e sull'uso corretto del tiralatte, si può far riferimento ai documenti del TAS [TAS 2019, 2021] e a specifici video didattici:

- <https://www.youtube.com/watch?v=0CJBHXiJ1OQ>
- www.illitalia.org/risorse/video
- <https://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/hand-expressing-milk.html>.

Dopo il parto, qualora si renda necessario, ad esempio in caso di nascita di un neonato pretermine o con bisogni speciali, la spremitura del latte dovrebbe essere avviata entro 3–6 ore.

Durante un ricovero in Neonatologia o in Pediatria si raccomanda che la durata complessiva della spremitura sia di 100–120 minuti/24 ore suddivisi in 8 (minimo 6) spremiture/24 ore [Parker et al., 2020; Ru et al., 2020], concentrate in circa 18–19 h per consentire il riposo notturno della mamma. Ogni spremitura dovrebbe prolungare l'estrazione 1–2 minuti oltre la fuoriuscita dell'ultima goccia di latte per essere certi che il seno sia stato sufficientemente drenato e per ridurre la concentrazione alveolare del FIL (*Feedback Inhibitor of Lactation*).

La spremitura con tiralatte elettrico risulta efficace se: a) nei primi giorni di vita permette di ottenere ≥ 20 ml per sessione in 3 sessioni consecutive; b) una madre che partorisce a termine raccoglie una quantità di latte pari a ≥ 600 ml/die a 7 giorni dal parto e una madre con parto pretermine raccoglie una quantità ≥ 500 ml/die a 14 giorni dal parto [Fewtrell et al., 2016; Hoban et al., 2021].

È preferibile il ricorso ad una pompa tiralatte elettrica corredata di un kit per l'estrazione simultanea dei due seni, perché i tempi di spremitura si accorciano e la produzione di latte aumenta sensibilmente [Prime et al., 2012]. L'estrazione risulta più efficace utilizzando modelli di tiralatte che imitano la dinamica di suzione del neonato (pattern multifasici di suzione). Per evitare il dolore nella spremitura meccanica, le coppe del tiralatte devono essere di misura il più possibile personalizzata e l'intensità del vacuum deve essere mantenuta entro livelli di comfort per la madre [Meier et al., 2012; 2016].

La spremitura risulta più efficace in situazioni che attivano l'ossitocina materna, come il contatto pelle-a-pelle, la presenza/vicinanza del bambino o almeno la visione del bambino da una fotografia. Nel caso di ricovero in UTIN questo significa favorire l'estrazione del latte in prossimità della postazione del neonato. Da notare come il latte spremuto possa presentare variazioni di colore (verdognolo, rosato, ruggine) essenzialmente dovute alla presenza di piccole quantità di sangue nel latte, che tuttavia non ne controindicano la somministrazione al lattante.

18. La conservazione e la somministrazione del latte materno

Non solo la raccolta, ma anche la conservazione e l'utilizzo del latte vanno definiti da specifici protocolli ospedalieri (**Tabella 10**), che tutelino sempre le condizioni di corretta igiene.

Tabella 10. *Modalità di conservazione del latte materno.*

- Le quantità di latte materno spremute nell'arco delle 24 ore vanno messe in contenitori differenti e refrigerate
- Al termine della giornata si raggruppa il latte raccolto e già refrigerato in un numero minore di contenitori, anche per l'eventuale congelamento
- Il contenitore col latte da congelare non va riempito completamente. Si lasciano 2 cm liberi per compensare la variazione di volume legata al congelamento
- Il latte va etichettato con data ed ora di raccolta in modo da poter decidere quale latte va consumato per primo
- In ambito ospedaliero, i contenitori vanno identificati (anche con dati anagrafici) per evitare errori di somministrazione del latte al neonato sbagliato
- Il latte materno conservato nel frigorifero può essere riscaldato a bagnomaria o con uno scaldabiberon prima dell'utilizzo, evitando invece l'uso del forno a microonde, che espone il lattante al rischio di ustioni e riduce le qualità immuno-biologiche del latte
- Se già riscaldato una prima volta e non utilizzato, il latte non può essere di nuovo riposto in frigorifero per essere riutilizzato
- Il latte materno congelato può essere scongelato lentamente, spostandolo nel vano frigorifero (+4°C) o, più velocemente, ponendo il contenitore chiuso sotto il flusso di acqua corrente tiepida, oppure riscaldandolo a bagnomaria
- Il latte scongelato non può essere ricongelato
- Lo scongelamento del latte potrebbe portare a variazioni di odore o colore che non indicano la perdita di qualità, né la necessità di eseguire sul latte esami, in particolare batteriologici
- Il latte conservato, una volta riscaldato, può essere somministrato al lattante con il bicchierino, la siringa, il biberon o il sondino naso-gastrico, a seconda del caso, delle condizioni del bambino e dell'organizzazione della struttura sanitaria

Il personale deve assicurarsi che tutte le mamme ricevano istruzioni corrette, anche ricorrendo alla consegna di materiale scritto.

Il latte spremuto va messo in contenitori di vetro o plastica idonea (polipropilene privo di bisfenolo) e va conservato secondo le indicazioni in **Tabella 11**.

In caso di necessità, il latte materno fresco o scongelato può essere conservato in borsa termica con blocchetti refrigeranti per 24 h [Parker et al., 2021; TASIP 2023].

Il latte rimasto fuori dal frigo a temperatura ambiente non superiore ai 25°C va somministrato entro 4 h.

Tabella 11. *Tempi di conservazione del latte materno [Parker 2026, modificato].*

	Latte fresco	Latte scongelato
Temperatura ambiente (< 25°C)	4 ore	
Borsa termica (con blocchetti refrigeranti)	24 ore	
Frigorifero (0–4°C)	96 ore	48 ore
Freezer (–18°C)	12 mesi	Non previsto e da evitare

19. Le vere controindicazioni ad allattare

Le vere controindicazioni all'allattamento sono rare e vanno considerate tali solo dopo un'accurata valutazione del rapporto rischi-benefici basata sulle evidenze scientifiche disponibili (**Tabella 12**) [WHO & UNICEF 2009; Davanzo 2018].

Tabella 12. Controindicazioni ad allattare.

Condizione	Eventuale commento
Galattosemia classica neonatale (deficit galattosio-1-fosfato uridil-transferasi)	-
Malattia delle urine a sciroppo d'acero	-
Fenilchetonuria	Consentita (sotto controllo specialistico) l'assunzione di limitate quantità di latte materno per il suo effetto positivo sul neurosviluppo
Terapie con farmaci non compatibili con l'allattamento in base alla valutazione del rischio lattazionale, ricorrendo ai siti LactMed ed e-Lactancia. Si tratta di alcuni chemioterapici, dei radioisotopi e di pochi altri farmaci	Per il periodo di assunzione del farmaco o in base al tempo di decadimento del radioisotopo
Assunzione di alcol	Benché sia in assoluto preferibile non assumere bevande alcoliche durante l'allattamento, l'assunzione occasionale e moderata non sembra causare conseguenze sul lattante [Haastrup et al., 2014]
Droghe: in particolare cocaina, amfetamine ed eroina	Gli effetti del consumo di marijuana in corso di allattamento sono invece incerti [Ryan et al., 2018].
Alcune infezioni materne	Vedi il capitolo del presente Position Statement dedicato ad allattamento ed infezioni materne

20. Allattamento e nuova gravidanza

Una donna che allatta può rimanere gravida potendo vivere il dilemma se l'allattamento del primogenito interferisca o meno con la salute materna e/o con quella dell'embrione/feto. Il latte in corso di gravidanza varia progressivamente di composizione fino a ridiventare colostro nel terzo trimestre. Tuttavia per un bambino già ben avviato all'alimentazione complementare il problema della qualità nutrizionale ed immunobiologica del latte prodotto è da un punto di vista pratico trascurabile.

Secondo il Ministero della Salute (TAS) e la Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP), una donna in normale stato di salute può allattare in corso di gravidanza senza temere di compromettere il proprio stato di nutrizione o quello dell'embrione/feto [Cetin et al., 2014].

Inoltre, l'ossitocina stimolata dalla suzione del primogenito non è in grado di causare prematurità, anche se generalmente è consigliabile sospendere l'allattamento nel terzo trimestre di gravidanza in caso di rallentamento della crescita fetale o di minaccia di parto pretermine o di gravidanza gemellare [Cetin et al., 2014].

21. La contraccezione durante l'allattamento

La scelta del contraccettivo in corso di allattamento deve tener conto non solo dei possibili effetti sulla salute della donna e del bambino, ma anche delle conseguenze sulla stessa lattazione [ACOG, 2019; CDC 2024; WHO 2025]. Il metodo dell'amenorrea da lattazione (LAM), basandosi sul potenziale blocco dell'ovulazione da parte della prolattina, può essere utilizzato per la pianificazione familiare in donne che non intendano ricorrere a metodi contraccettivi meccanici o ormonali. Qualora la madre allatti in via esclusiva (con intervalli fra poppate fino a 4 ore di giorno e 6 ore di notte), sia amenorroica (nessun sanguinamento di durata >2 giorni dopo i primi 56 giorni dal parto) e il bambino sia di età inferiore a sei mesi, la protezione da una nuova gravidanza in regime di rapporti sessuali liberi è del 98% [Kennedy et al., 1989; Pérez et al., 1992].

I metodi contraccettivi non ormonali, come il contraccettivo intrauterino al rame, noto anche come spirale (Cu-IUD), e le barriere fisiche (preservativo, diaframma) sono da preferire in puerperio, specialmente in caso di progressi interventi chirurgici al seno o di nascite multiple o pretermine, quando cioè si teme un'inadeguata produzione di latte.

Anche i contraccettivi ormonali a base di progestinico sono un'opzione per la donna che allatta in quanto non interferiscono con la produzione di latte. A questa categoria di contraccettivi appartengono la *progestin-only pill* a base di desogestrel o di drospirenone, l'impianto sottocutaneo a rilascio di etonogestrel ed infine il DMPA-depo (acetato di medrossiprogesterone) somministrabile per via intramuscolare, ma in Italia off-label come contraccettivo.

I metodi contraccettivi ormonali combinati (COC) contengono estrogeno e progestinico. I COC includono formulazioni orali, anelli vaginali e cerotti transdermici, da non utilizzare in puerperio, sia per l'aumentato rischio trombotico, sia perché possono avere, diversamente dai contraccettivi a base di progestinico, un effetto inibitorio sulla lattazione [Goulding et al., 2018; WHO 2025b]. Né la pillola progestinica, né i COC comportano effetti avversi sui neonati allattati al seno [Melka et al., 2020].

La contraccezione ormonale d'emergenza utilizza il levonorgestrel (LNG) e l'acetato di ulipristal (UPA).

Il LNG, somministrato in un'unica dose orale di 1,5 mg, è considerato sicuro in corso di allattamento [Polakow-Farkash et al., 2013].

L'UPA, un modulatore selettivo del recettore del progesterone, viene utilizzato fino a 5 giorni dopo il rapporto sessuale. La biodisponibilità orale ed il trasferimento nel latte dell'UPA sono scarsi e risulta sicuro in corso di allattamento [Rudzinski et al., 2023]. Se da un lato il foglietto illustrativo AIFA raccomanda di sospendere l'allattamento per una settimana, la FDA, diversamente, non indica alcun periodo di sospensione.

22. Farmaci e allattamento

I foglietti illustrativi dei farmaci non rappresentano un'affidabile fonte di informazione sulla compatibilità dei farmaci con l'allattamento, in quanto, in assenza di studi specifici su un certo farmaco, quasi sempre lo controindicano o danno informazioni ambigue e poco rassicuranti [Arguello et al., 2015].

Va tenuto presente che l'80% degli effetti avversi riscontrati nel lattante è stato riportato per farmaci attivi sul sistema nervoso centrale o su quello cardio-vascolare per assunzioni da parte della madre nei primi due mesi di vita del bambino [Soussan et al., 2014; Anderson et al., 2016].

La valutazione della compatibilità dei farmaci con l'allattamento deve prevedere una metodologia adeguata [TAS/TASF 2018; Davanzo et al., 2016]. È quindi necessario far riferimento ad accreditate fonti bibliografiche accessibili online come LactMed (Drugs and Lactation Database: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/>

NBK501922/) o e-Lactancia (<https://e-lactancia.org/>) o per via telefonica (numero verde dell'ENTIS-CAV dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo).

Bisogna però tenere a mente che è la madre a fare la scelta finale, potendo optare per il non allattamento al seno anche dopo essere stata rassicurata sulla sicurezza d'uso di un determinato farmaco.

Dato di rilievo è la recente decisione da parte dell'European Medicines Agency (EMA) di prevedere l'inclusione negli studi di tossicologia anche di gravide e di donne in allattamento [ICH-EMA 2025]. In futuro quindi i farmaci autorizzati dall'EMA potranno fornire indicazioni specifiche anche sull'effettivo rischio in corso di lattazione.

23. Mezzi di contrasto radiologici ed allattamento

Secondo il Position Paper di SIRM, SIP, SIN e TAS [Cova et al., 2014; Documento Intersocietario 2020] nel caso di indagine radiologica con la somministrazione per via endovenosa di mezzo di contrasto (a base di iodio o a base di gadolinio) non è necessario sospendere l'allattamento, qualunque sia l'età post-gestazionale del lattante [Knipe 2026]. Per quanto riguarda la somministrazione di radionuclidi alla donna che allatta si raccomanda la sospensione dell'allattamento per un tempo pari a 5 volte l'emivita del tracciante, secondo le indicazioni fornite dal medico di Medicina Nucleare.

24. Il fumo

Le fumatrici producono meno latte ed allattano meno delle donne che non fumano; inoltre hanno un maggior rischio di mastite [Vlachou et al., 2024]. La nicotina passa nel latte materno dove raggiunge concentrazioni tre volte superiori a quelle plasmatiche della mamma [Napierala et al., 2016] apparentemente senza comportare rischi per il bambino. Restano invece rilevanti gli effetti sul bambino conseguenti all'esposizione passiva al fumo di sigaretta: aumentato rischio di SIDS e di infezioni respiratorie. Le donne che usano la sigaretta elettronica allattano più delle donne che fumano sigarette convenzionali [Hamilton et al., 2023], ma meno a lungo delle donne che non fumano [McBride & Haile, 2021].

Non ci sono ancora studi che confermino (o smentiscano) un minor impatto delle sigarette elettroniche sulla salute del lattante. È descritta una sindrome di astinenza neonatale in caso di esposizione alle sigarette elettroniche durante la gravidanza [Bolumen-Lopez et al., 2025]. L'uso delle sigarette elettroniche resta ad ogni modo sconsigliato in corso di allattamento [InfantRisk Center 2025].

25. L'abuso di sostanze

L'uso di sostanze stupefacenti illecite ("droghe") e l'abuso da parte della donna in fase riproduttiva di farmaci neurotropi prescritti per ragioni mediche pur legittime, rappresenta un problema rilevante [Reece-Stremtan & Marinelli, 2015] ed in progressivo aumento.

Dati provenienti dal Regno Unito documentano che le donne che hanno fatto uso di sostanze illecite o hanno seguito una terapia di mantenimento con oppioidi (metadone o buprenorfina) durante la gravidanza, avviano l'allattamento meno frequentemente della popolazione generale, indipendentemente dalla qualità del sostegno ricevuto dai professionisti sanitari, come verosimile conseguenza delle caratteristiche proprie di questa popolazione femminile [Goel et al., 2011].

La dipendenza di una madre da sostanze psicotrope mette il bambino a rischio di disturbi del neurosviluppo anche per la presenza di altri cofattori: lo stato socioeconomico basso (sebbene l'uso di sostanze sia trasversale alle varie categorie socioeconomiche), il basso livello di istruzione, l'alimentazione inadeguata, il limitato accesso all'assistenza prenatale, l'associato consumo di tabacco e alcol. Inoltre, le donne che abusano di sostanze illecite sono a rischio di disturbi psichiatrici e di patologie infettive da retrovirus (HIV, HTLV) e da virus epatotropi (HBV, HCV), con possibile trasmissione materno-infantile e con necessità di un trattamento farmacologico aggiuntivo.

25.1 Il metadone

Quando una donna tossicodipendente in trattamento con metadone allatta al seno, si riscontra una minore incidenza della sindrome di astinenza neonatale (NAS) ed un minor bisogno di farmaci nel caso in cui sia necessario trattare il neonato [Welle-Strand et al., 2013].

L'attuale approccio alla NAS non si limita però alla sola terapia farmacologica, valorizzando fortemente l'attenzione sulla relazione madre-bambino e sull'ambiente in cui la diade è accolta ed assistita [Harris et al., 2023].

L'ipereccitabilità del neonato può così trovare giovamento dalla gestione congiunta di madre e neonato nella stessa stanza d'ospedale (*rooming-in*), da un ambiente tranquillo e accogliente, da un'alimentazione auspicabilmente al seno e che risponda alle richieste del bambino [Hodgson & Abrahams, 2012].

Si considera che il rischio per il neonato di depressione respiratoria da metadone sia limitato alle assunzioni materne in acuto o in associazione ad altre sostanze d'abuso o per dosaggi di metadone superiori ai 100 mg/die [Anderson, 2023]. Prendere in carico e sostenere l'allattamento in queste madri rappresenta una vera sfida e gli operatori sanitari devono quindi sapersi porre in maniera appropriata di fronte alla frequente contraddizione fra l'enunciazione materna di voler allattare e quindi di limitarsi all'assunzione del solo metadone prescritto, ed il frequente riscontro della limitata capacità della donna di astenersi da assunzioni estemporanee di droghe quali eroina, amfetamine e cocaina. La sicurezza dell'allattamento in queste donne va attentamente valutata, tenendo conto del bilancio complessivo fra benefici dell'allattamento e rischi per il lattante.

25.2 Gli oppioidi

I rischi derivanti dall'uso di oppioidi (eroina, codeina, fentanyl) durante l'allattamento al seno includono la sedazione dei genitori, una ridotta capacità di rispondere ai segnali del neonato e per il bambino il rischio di SIDS.

25.3 La marijuana

I prodotti a base di cannabis contengono due principi attivi dominanti: il tetraidrocannabinolo (THC) ed il cannabidiolo. Il THC, principale composto attivo della marijuana, è liposolubile e si distribuisce rapidamente al tessuto adiposo ed al cervello. La concentrazione di THC nel latte umano può superare le concentrazioni plasmatiche materne a causa dell'elevato contenuto lipidico del latte umano e della natura lipofila dei cannabinoidi. Il THC nel latte umano si rileva solitamente entro un'ora dall'assunzione, ha un'emivita pari a 12–39 ore ed un tempo di *clearance* fino a 6 settimane. Viene comunemente raccomandato di astenersi dal consumo di marijuana durante l'allattamento, anche se mancano dati precisi sugli effetti per il lattante derivanti dal passaggio nel latte dei cannabinoidi [Drugs and Lactation Database 2026]. Come per il tabacco, anche l'esposizione passiva al fumo di marijuana pone il lattante ad un rischio aumentato di SIDS e di infezioni respiratorie.

26. Le infezioni materne

Nelle **Tabelle 13, 14 e 15** sono presentate delle sinossi sul rapporto fra infezioni materne e sicurezza dell'allattamento al seno [Lawrence & Lawrence 2021; CDC 2025a].

Human Immunodeficiency Virus (HIV). Nei paesi industrializzati l'allattamento in caso di HIV+ resta in linea di principio controindicato [Ranzani et al., 2025], anche se le linee guida disponibili differiscono fra i diversi paesi [Keane et al., 2025]. Le madri HIV+ dovrebbero ricevere un *counselling* basato sulle evidenze scientifiche e centrato sulla paziente [Van Der Wekken-Pas L et al., 2026]. Infatti se la donna è in terapia antiretrovirale (ART) dall'inizio della gravidanza, presenta soppressione virale e viene eseguita un'adeguata profilassi farmacologica neonatale, il rischio complessivo di trasmissione dalla madre al bambino (MTCT) è molto basso, compreso fra lo 0,3% e l'1%. Se la madre, pienamente informata dei rischi, intende allattare, può quindi essere sostenuta in questa sua scelta [Powell et al., 2023; Abuogi et al. 2024; Bajwa et al. 2026]. Naturalmente bisogna valutare l'eventuale coesistenza di tossicodipendenza e/o di disturbi mentali (per esempio di depressione), che interferirebbero con la *compliance* e l'*outcome*. Va comunque fatta firmare dalla madre/famiglia una liberatoria per il Servizio Sanitario (Appendice).

Tubercolosi. L'allattamento può essere avviato dopo 2 settimane di trattamento farmacologico [CDC 2025a]. Per alcuni autori italiani bisogna piuttosto attendere che l'espettorato risulti negativo per la ricerca del bacillo della tubercolosi [Di Comite et al., 2016]. Durante la separazione dalla madre il latte estratto può essere somministrato al bambino, a meno di una tubercolosi multiresistente o della presenza di mastite tubercolare. I vecchi farmaci antitubercolari passano poco nel latte materno e sono in genere considerati sicuri, mentre per i farmaci di più recente introduzione le conoscenze sono ancora limitate.

Brucellosi. La trasmissione verticale complessiva da una madre affetta al figlio è del 15–20%, senza distinguere il momento del contagio (gravidanza, parto o allattamento) [Huy 2024]. Molti casi riportati in letteratura indicano il latte materno come possibile via di trasmissione [Dadar et al., 2021; Loftus et al., 2025]. Si ritiene che, se la brucellosi materna non è trattata, l'allattamento non risulti sicuro. La raccomandazione attuale è quindi quella di evitare l'allattamento finché la madre non abbia avviato un trattamento antibiotico appropriato da almeno 48–96 ore [Evans et al. 2020]. Nel caso di lattanti pretermine o immunocompromessi la cautela deve essere maggiore e si può considerare una sospensione dell'allattamento più lunga, nell'attesa di ottenere il controllo dell'infezione materna.

Streptococco gruppo B (SGB). La nutrizione con latte materno ha un effetto protettivo nei confronti delle sepsi tardive (LOS) da Stafilococco tipiche del neonato pretermine [El Manouni El Hassani et al., 2019], mentre risulta controverso il rapporto fra allattamento e rischio di infezione tardiva (sepsi o meningite) da SGB. Anche se l'allattamento non implica un rischio aumentato di LOS da SGB [Ching et al., 2021], sepsi/meningiti tardive da SGB sono seppur raramente descritte in neonati, in particolare pretermine, alimentati con latte materno, con o senza coesistente mastite materna [Berardi et al., 2013; Filleron et al., 2014; Miselli et al., 2022]. Lo SGB viene di fatto isolato nello 0,8-3,5 % dei campioni di latte di donne asintomatiche con lattanti sani [Kubin et al., 1987; Burianova et al., 2013]. L'esame colturale per la ricerca dello SGB non va fatto di routine sul latte materno nel timore che rappresenti un potenziale veicolo di SGB, e neppure in occasione di un primo episodio di sepsi da SGB [Ching et al., 2021], ma va considerato nei casi di sepsi ricorrenti da SGB o di mastite da SGB.

Tabella 13. Infezioni ed allattamento

Infezione	Valutazione	Commento
HIV	Controindicato per le donne dei paesi industrializzati (Fonte: AAP/CDC/ISS)	Nei paesi a basso reddito si incoraggia la donna ad allattare al seno mentre assume la ART ogniqualvolta l'allattamento con formula non risponda ai criteri di essere AFASS (<i>Acceptable, Feasible, Affordable, Sustainable, Safe</i>) (WHO 2023b). Nei paesi industrializzati la madre HIV positiva in trattamento antiretrovirale (ART) e con bassa viremia (<50 copie/ml) può essere sostenuta se desidera allattare
HTLV-1 e HTLV-2	Controindicato	-
HBV (epatite B)	Sicuro se viene eseguita una profilassi corretta	Il rischio di trasmissione materno-infantile con l'allattamento è trascurabile se il neonato viene vaccinato. Non è raccomandato ritardare l'inizio della prima poppata fino alla somministrazione del vaccino e delle immunoglobuline anti-HBV, da effettuarsi entro le prime 12 h di vita [CDC 2025b].
HAV (epatite A)	Sicuro (nessuna trasmissione col latte materno)	Se l'infezione materna è recente (<15 giorni), il neonato va protetto con vaccino o immunoglobuline standard.
HCV (epatite C)	Il rischio di trasmissione materno-infantile dell'infezione è di circa il 5% [Ragusa et al., 2020], indipendentemente dal tipo di allattamento seguito	L'allattamento non costituisce un fattore di rischio per la trasmissione materno-infantile [Quek et al., 2024], ma è preferibile sospendere transitoriamente l'allattamento in caso di ragadi sanguinanti o sangue visibile nel latte [CDC 2025a].
CMV	Sempre compatibile nei nati a termine o pretermine con EG >32 settimane. Controindicazione controversa nei neonati pretermine ≤32 settimane e/o con peso alla nascita ≤1.5 kg [Davanzo 2018; Osterholm & Schleiss, 2020]	Nei neonati di peso >1.5 kg e/o con EG > 32 settimane un'eventuale infezione da CMV è asintomatica o paucisintomatica. La decisione se usare o meno il latte fresco della mamma nei neonati pretermine con EG < 32 settimane e peso neonatale < 1.5 kg viene presa in base al protocollo vigente nella singola UTIN. Molte UTIN preferiscono usare latte materno fresco per massimizzare la protezione antinfettiva e per il ridotto rischio di NEC [Parker et al., 2021], piuttosto che temere il rischio di un'infezione postnatale da CMV con possibile alterazione dello sviluppo neuro-cognitivo. Per eliminare il CMV del latte si può considerare la pastorizzazione Holder (se disponibile) o il congelamento del latte materno a -20°C (meno efficace). Nei casi di nati a termine (o a maggior ragione pretermine), di madre CMV positiva, con Immunodeficienza Congenita Combinata Grave (SCID) alcuni autori suggeriscono la sospensione dell'allattamento al seno in considerazione della gravità di un'eventuale infezione da CMV acquisita col latte materno [Bustamante Ogando JC et al 2019; Mongkonsritragoon W et al 2023; Allenspach EJ et al 2025]. Questa indicazione, valida per i rarissimi casi con diagnosi confermata, resta per il momento controversa in assenza di studi che chiariscano il rapporto rischi/benefici dell'allattamento al seno in questa particolare categoria di bambini [Kelty et al 2019; Walter et al. 2019]. È preferibile il ricorso al latte materno pastorizzato o congelato, quest'ultimo come seconda scelta in quanto meno efficace nell'eliminare il CMV.

In generale i benefici dell'allattamento superano il rischio di trasmissione dello SGB, specialmente quando si seguano adeguate norme igieniche e il trattamento di un'eventuale mastite sia tempestivo [Davanzo et al. 2013; Miselli et al., 2022].

Tabella 14. Infezioni ed allattamento

Infezione	Valutazione	Commento
Parotite	Compatibile	-
Rosolia	Compatibile	-
Morbillo	Compatibile	Da adottare l'uso della mascherina (per impedire il passaggio di <i>droplet</i>) ed il lavaggio delle mani.
Varicella (VZV)	Compatibile, a meno di insorgenza a cavallo del parto: da 2 giorni prima a 5 giorni dopo	Se varicella peri-partum sono indicate: 1) la separazione madre-bambino finché la madre non risulti più contagiosa (5-6 gg dopo l'esordio dell'esantema) o fino a completa crostificazione delle lesioni; 2) la profilassi neonatale con immunoglobuline anti-HZV e 3) la somministrazione di latte spremuto [CDC 2025a], previa accurata igiene delle mani ed in assenza di lesioni nell'area cutanea di applicazione della pompa alla mammella
Herpes Simplex virus (HSV)	Compatibile, a meno di lesioni al seno	Evitare l'allattamento dal lato affetto finché le eventuali lesioni al seno non si siano risolte
Influenza/ virus respiratorio sinciziale (RSV)	Compatibile	Precauzioni igieniche durante la fase acuta della malattia (mascherina, lavaggio delle mani)
SARS-CoV2	Compatibile	Separazione solo se la madre è in condizioni gravi. Precauzioni igieniche (mascherina, lavaggio delle mani) durante le poppate al seno. Latte spremuto sempre somministrabile
Febbre del virus del Nilo Occidentale (WNV)	Compatibile	-
Malattia da Virus Ebola (EVD)	Controindicato	Allattamento quando la madre sia guarita
Malattia di Marburg	Controindicato	Allattamento quando la madre sia guarita
Tubercolosi attiva bacillifera	Controindicato se Tbc cavitaria non trattata	L'allattamento diretto al seno può essere avviato dopo 2 settimane di terapia antitubercolare

Tabella 15. Infezioni ed allattamento.

Infezione	Valutazione	Commento
Brucellosi	Controindicazione solo in assenza di trattamento della brucellosi nella madre [CDC 2025a]	Ripresa dell'allattamento dopo 48-96 ore dall'inizio della terapia
Malaria	Compatibile	Verificare compatibilità dei farmaci antimalarici assunti
Sifilide	Compatibile	In caso di lesioni sul seno, il latte va spremuto e buttato. In assenza di lesioni cutanee sul seno non c'è alcuna limitazione all'attacco del bambino [NIH 2023]
Toxoplasmosi	Compatibile	-
Mastite	Compatibile	Se la madre è motivata a continuare ad allattare può farlo dal lato sano. Dopo avvio dell'antibioticoterapia, può allattare anche dal seno affetto
Ascesso mammario	Compatibile	Se la madre è motivata a continuare ad allattare può farlo dal lato sano. Dopo avvio dell'antibioticoterapia, può allattare anche dal seno affetto
Candidiasi del capezzolo/areola	Compatibile	Indicato appropriato trattamento con antimicotici di madre e lattante



27. La patologia della mammella

27.1 Il dolore alla poppata

Il dolore alla poppata rappresenta un grande ostacolo all’allattamento, che richiede al neonatologo/pediatra un approccio empatico ed efficace [Berens et al., 2016]. Nella **Tabella 16** sono indicate le più comuni cause di dolore alla poppata con il trattamento relativo. Bisogna tener presente comunque che il dolore alla poppata, nella gran parte dei casi, è causato da o associato a un attacco non adeguato al seno.

Tabella 16. Sinossi del trattamento delle patologie che causano dolore al capezzolo [ANDOS et al., 2024].

Causa	Sintomatologia	Terapia
Edema del seno	▪ In corso di montata lattea o anche successivamente ▪ Associato a stasi lattea/ingorgo/mastite	▪ Impacchi freddi (senza applicazione di ghiaccio) dopo aver drenato il seno con poppate frequenti o mediante spremitura ▪ Ibuprofene come antinfiammatorio/antiedemigeno ▪ Drenaggio linfatico (dolce) in direzione ascellare ▪ Pressione digitale inversa sull’areola. https://www2.hse.ie/babies-children/breastfeeding/tips-techniques/reverse-pressure-softening/
Ragadi del capezzolo	▪ Causate per lo più da scorretto attacco al seno o da presenza di anchiloglossia [Dias et al., 2025]. ▪ Inizialmente la madre avverte dolore, successivamente compaiono arrossamenti e screpolature (ragadi), anche sanguinanti ▪ Le ragadi possono sovrainfettarsi con lo <i>Staphylococcus aureus</i> (lesioni con secrezioni gialle, croste) o con <i>Candida albicans</i>	▪ Correggere l’attacco e la suzione al seno del bambino ▪ Tenere asciutti i capezzoli, evitare l’eccessiva deterzione ▪ Alternare le posizioni di attacco al seno ▪ A fine poppata spremere un po’ di latte sui capezzoli a scopo cicatrizziale ▪ Trattamenti specifici per alcune condizioni del lattante come asimmetria cervico-faciale, torcicollo congenito e frenulo linguale corto. La frenulectomia non risulta costantemente risolutiva nel migliorare l’outcome dell’allattamento al seno [da Silva 2026] ▪ Stimolare il riflesso ossitocinico prima della poppata

Segue a pagina successiva

Continuazione Tabella 16.

Causa	Sintomatologia	Terapia
Infezione da <i>Candida</i> del capezzolo	▪ Lesioni lucide, color salmone, talora screpolate ▪ Dolore urente/trafittivo, irradiato alla schiena, presente anche fra le poppate ▪ Spesso associato a vaginite materna da <i>Candida</i> o a candidiasi orale del bambino (mughetto) o a dermatite da pannolino	▪ Miconazolo o clotrimazolo topici, 4 volte al giorno per 7–14 giorni ▪ Se inefficace, fluconazolo per via orale ▪ Va prestata attenzione all'igiene delle mani ed alla pulizia dei tiralatte eventualmente in uso
Eczema	▪ Arrossamento, croste e vescicole con evoluzione a lesioni croniche lichenificate, squamose ▪ Dolore urente su capezzolo e areola ▪ Predisposizione individuale	▪ Evitare lavaggio frequente con sapone, pomate con sostanze irritanti, contatto con residui alimentari presenti nella bocca del bambino ▪ Corticosteroidi topici ▪ Mupirocina, se eczema infetto
Fenomeno di Raynaud del capezzolo	▪ Cambiamento difasico o trifasico (pallore, cianosi, rossore) del colore del capezzolo per vasospasmo e successiva vasodilatazione ▪ Dolore trafittivo spesso intensissimo, locale o irradiato, di durata anche maggiore a 30 minuti, talora presente anche fra le poppate ▪ Spesso confuso con la candidiasi del capezzolo	▪ Evitare farmaci vasocostrittori e nicotina ▪ Ibuprofene come antidolorifico ▪ Impacchi caldi ▪ Vasodilatatori (nifedipina)

27.2 L'ingorgo mammario

L'ingorgo mammario è una condizione, mono o bilaterale, conseguente a stasi di latte, caratterizzata da edema interstiziale, aumento volumetrico del seno, segni di infiammazione locale (il seno appare caldo, di consistenza aumentata, dolente, teso e lucente), in assenza di febbre (o con rialzi febbrili lievi $<38.5^{\circ}\text{C}$ e di durata non superiore a 24 ore) [Berens, 2015; Mitchell *et al.*, 2022]. La diagnosi differenziale, essenzialmente clinica, è con la mastite ed il trattamento deve essere basato sul controllo dei sintomi.

27.3 La mastite acuta e l'ascesso mammario

La mastite acuta si presenta come una regione del seno eritematosa, edematosa e dolorosa accompagnata da segni e sintomi sistemici come febbre (temperatura inguinale $>38.5^{\circ}\text{C}$), brividi e malessere generale simil-influenzale per più di 24 ore [Amir, 2014]. Viene frequentemente preceduta da ragadi del capezzolo e da stasi localizzata di latte. L'evoluzione in ascesso mammario è facilitata dalla presenza di piercing dei capezzoli [Lee *et al.*, 2018].

La mastite è sostenuta perlopiù da ceppi di *Staphylococcus aureus* o, meno spesso, di *Streptococcus* (di solito GBS) [Rimoldi *et al.*, 2020; Pileri *et al.*, 2025]. Nella mastite batterica l'infezione può diffondersi da una regione specifica del seno a diversi quadranti. Se curata in maniera non adeguata la mastite batterica rischia di provocare quadri gravi di sepsi e recidive frequenti [Mitchell *et al.*, 2022]. La diagnosi differenziale, essenzialmente clinica, è con l'ingorgo e l'ascesso mammario. La terapia della mastite si basa sul controllo dei sintomi con farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS) e con impacchi freddi, sul corretto e frequente drenaggio del seno (massaggi, spremitura) [Witt *et al.*, 2016; Mitchell *et al.*, 2022] e su un'appropriata antibioticotera (Tabella 17).

Tabella 17. Antibioticoterapia nella mastite. Tutti i farmaci elencati sono compatibili con l'allattamento [ANDOS et al., 2024].

Situazione clinica	Trattamento ambulatoriale	Trattamento ospedaliero
Standard	Amoxicillina/Clavulanato 875 mg/125 mg × 3/die per os per 10-14 giorni <i>oppure</i> Cefalexina 500 mg × 4/die per os per 10-14 giorni <i>oppure</i> Dicloxacillina 500 mg × 4/die per os per 10-14 giorni	Clindamicina 900 mg ev × 3/die, infusa in 10-60 minuti per 10-14 giorni <i>oppure</i> Oxacillina 2 g ev x6/die, infusa in 30 minuti per 10-14 giorni Se il quadro clinico è grave si associa Gentamicina 5 mg/kg ev × 1/die.
Se allergia	Claritromicina 500 mg × 2/die per os per 10 – 14 gg	Clindamicina 900 mg ev × 3/die, infusa in 10-60 minuti per 10-14 giorni Se il quadro clinico è grave si associa Gentamicina 5 mg/kg ev × 1/die
Sospetto di MRSA	Clindamicina 300 mg × 3/die per os per 10-14 giorni <i>oppure</i> Trimetoprim-Sulfametoxazolo 800 mg/160 mg × 2/die per os per 10-14 giorni (da evitare nel caso di neonati pretermine o con deficit sospetto/certo di G6PD).	Clindamicina 900 mg ev x3/die, infusa in 10-60 minuti per 10-14 giorni in associazione a Gentamicina 5 mg/kg ev × 1/die <i>oppure</i> Vancomicina 15 mg/kg ev × 2/die §
>2 episodi di mastite	Terapia in base ad antibiogramma da coltura del latte	Terapia in base ad antibiogramma da coltura del latte e/o emocoltura
Mancato miglio- ramento dopo 48 ore di terapia empirica		
Stato settico (sospetta sepsi)	È indicato il ricovero ospedaliero	Seguire protocolli dedicati per la sepsi materna

§ La vancomicina è proposta come seconda scelta con l'obiettivo di ridurre l'uso e contrastare l'antibiotico-resistenza.

Qualora la terapia empirica non funzioni dopo 48 ore o quando ci siano più di due episodi di mastite nel corso dello stesso allattamento, si raccomanda di:

1. eseguire esami colturali del latte per una definizione del patogeno e per un'antibioticoterapia mirata;
2. passare ad una terapia antibiotica attiva sui ceppi di *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA);
3. effettuare ecografia per giungere ad una tempestiva diagnosi di un eventuale ascesso mammario, che potrà essere trattato con agoaspirazioni ecoguidate piuttosto che con il drenaggio chirurgico. L'agoaspirazione (anche ripetuta) risulta efficace in oltre il 90% dei casi anche quando il diametro dell'ascesso superi i 5 cm, tradizionale limite di riferimento per procedere al drenaggio chirurgico [Boakes et al., 2018; Colin et al., 2019; Pileri et al., 2022; ANDOS et al., 2024].
4. Per riuscire a continuare ad allattare, la donna affetta da mastite/ascesso richiede un particolare sostegno anche psicologico in famiglia e da parte dello staff sanitario. Il seno andrà tenuto drenato come parte dell'ap-

proccio terapeutico complessivo mediante spremiture del latte che in prima battuta saranno manuali, meglio tollerate. L'interruzione anche temporanea dell'allattamento in corso di mastite/ascesso non risulta supportata da evidenze scientifiche. Eppure può capitare che l'allattamento venga lo stesso interrotto per vari motivi quali lo stato settico della madre, il dolore al seno, il drenaggio di un ascesso, il timore di contagio del lattante. In questi casi si suggerisce di riprendere l'allattamento non appena la madre risulti stabile, si senta pronta ed il dolore al seno consenta la rimozione efficace del latte.

27.4 La mastoplastica accrescitiva

Per alcune donne si tratta di una scelta estetica per migliorare l'autostima, per altre invece è un intervento di ricostruzione dopo una mastectomia a seguito di un carcinoma della ghiandola mammaria. Solitamente questo tipo di intervento si associa ad un minor tasso di allattamento [Ram et al., 2022], anche se l'inserimento della protesi non determina di per sé un ostacolo alla lattazione.

27.5 La mastoplastica riduttiva

Viene solitamente effettuata per ottenere un volume mammario meglio proporzionato al corpo della donna. Il tipo di tecnica scelta dal chirurgo può condizionare il successo dell'allattamento, specialmente quando risultino sezionati i dotti lattiferi. In generale le donne con pregressa mastoplastica riduttiva riescono ad allattare, anche se con minor successo (minor avvio e minor durata) a causa del ridotto volume ghiandolare e, verosimilmente, di condizionamenti psicologici [Koussayer et al., 2024].

27.6 Allattare dopo un cancro al seno

In base alle attuali conoscenze vi è un sufficiente consenso sui seguenti *statement*: 1) Molte donne operate al seno per cancro esprimono il desiderio di portare avanti una gravidanza e di allattare al seno ai fini di un *empowerment* riproduttivo. Questa è un'opzione lecita e sicura. 2) Nel caso di mastectomia monolaterale la fisiologia della lattazione rende possibile condurre l'allattamento anche da una sola mammella, ma con maggiori difficoltà. 3) Il potenziale secretorio di una ghiandola mammaria sottoposta a radioterapia è ridotto per danno ai lattociti. 4) L'interruzione per due anni del trattamento ormonale di mantenimento per consentire gravidanza e allattamento non peggiora la prognosi del cancro al seno. 5) Nel caso sia indicata una mastectomia profilattica, questa può essere in sicurezza posticipata. 6) Non tutte le donne operate possono o vogliono allattare. Quelle che lo fanno (perlopiù dal seno controlaterale) rappresentano circa il 60% e allattano in media per 4,4 mesi [Peccatori et al., 2025].

In sintesi, la chirurgia mammaria o un pregresso cancro al seno rappresentano una sfida all'allattamento per motivi anatomici, medici e psicologici, ma di per sé non lo controindicano [ANDOS et al., 2024].

28. Allattare dopo un trapianto d'organo

L'allattamento dopo un trapianto (per esempio di rene o di fegato) è possibile [Thiagarajan et al. 2013; Constantinescu et al. 2014; Sarkar et al. 2018; Anderson, 2020], ma richiede una valutazione medica attenta, soprattutto per quanto riguarda la compatibilità dei farmaci immunosoppressori assunti dalla donna. Fra le molecole utilizzate, il tacrolimo, il prednisone, la ciclosporina e l'azatioprina sono attualmente considerate compatibili con l'allattamento.

29. La protezione dell'allattamento

È prevista da norme e codici etici. Le violazioni delle Leggi nazionali sono sanzionabili, mentre quelle dei Codici etici non lo sono.

29.1 La legislazione italiana

Le direttive italiane contenute nell'Accordo Stato Regioni del 20 dicembre 2007, "Linee di indirizzo nazionale sulla promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno" e i successivi Piani Nazionali di Prevenzione sono in sintonia, anche se in termini riduttivi, con le indicazioni di OMS e UNICEF (<https://www.unicef.org/documents/baby-friendly-hospital-initiative>).

L'Italia, a partire dal 1994 (DM n. 500/94, DL n. 241 del 19.3.1996; DM 16 gennaio 2002; DM n. 46 del 22 febbraio 2005; DM 82/2009), ha solo parzialmente integrato il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno (comunemente e semplicemente detto "il Codice") [WHO 1981] nel suo ordinamento legislativo, ma il Codice nel suo complesso continua ad essere un essenziale riferimento etico.

In particolare, all'art. 14, comma 1, lettera e) del DL 82/2009 inerente alle lettere di dimissione per i neonati si sottolinea che "non devono prevedere uno spazio predefinito per le prescrizioni dei sostituti del latte materno," al fine di non minare nelle donne in allattamento esclusivo la fiducia nella propria capacità di allattare naturalmente.

La legge (Decreto Sanzionatorio D.L. 84/2011) prevede anche la possibilità da parte di chiunque di segnalare eventuali violazioni di legge in carta semplice oppure tramite un apposito modulo (https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2011-06-14&atto.codiceRedazionale=011G0127).

29.2 Il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno

L'art. 24 della Convenzione ONU sui Diritti del Bambino del 1989, ratificata in Italia con Legge 176/1991, riconosce il diritto del bambino al miglior stato di salute, che, com'è ampiamente riconosciuto, risulta condizionato in maniera positiva dall'allattamento. Il Codice [WHO 1981] adottato dall'Assemblea Mondiale della Sanità (AMS) e le successive Risoluzioni di egual valenza dell'AMS intendono favorire l'allattamento al seno agendo in particolare sul marketing.

Il Codice si riferisce ad ogni tipo di formula in polvere o liquida, di partenza, di proseguimento e di crescita ("formule speciali" incluse), ad ogni altro cibo o bevanda venduti o presentati come adatti sotto i sei mesi di età, e si riferisce anche ai biberon ed alle tettarelle [WHO 2017]. È anche disponibile una Guida all'implementazione del Codice [WHO 2016].

Il Codice indica fra l'altro che: 1) è vietata la pubblicità dei sostituti del latte materno destinati all'alimentazione dei bambini fino all'età di 3 anni e di qualunque alimento complementare dichiarato adatto all'alimentazione di lattanti con meno di 6 mesi; 2) le aziende non devono creare conflitti di interesse all'interno del sistema sanitario mediante la sponsorizzazione di eventi formativi, le donazioni di forniture di sostituti del latte o di apparecchiature agli ospedali, gli incentivi ai professionisti, la diffusione di informazioni pubblicitarie; 3) le etichette non devono "idealizzare" l'alimentazione con formule lattee o vantare meriti inesistenti.

29.3 Il marketing dell'industria via internet e social

Il *marketing* digitale dei sostituti del latte materno è divenuto la forma principale di pubblicità delle aziende di prodotti alimentari per l'infanzia. Un nuovo rapporto dell'OMS del 2022 ha delineato le tecniche di marketing digitale progettate per influenzare le decisioni delle nuove famiglie su come nutrire i propri bambini. Attraverso strumenti come app, gruppi di supporto virtuali, *influencer* retribuiti sui social media, promozioni e concorsi, forum o servizi di consulenza, tali aziende possono acquistare o raccogliere informazioni personali e inviare promozioni personalizzate alle gravide e alle neomamme, ad esempio facendole figurare nei *feed* di singoli utenti. Tali contenuti personalizzati sui social media, spesso non riconoscibili come pubblicità, costituiscono una grande sfida per la legislazione nazionale [WHO 2022]. Gli studi dimostrano come un marketing fuorviante rafforzi i miti sull'allattamento al seno e sul latte materno e mini la fiducia delle donne nella loro capacità di allattare con successo [Jones et al., 2022]. L'OMS ha pertanto redatto delle linee guida sulle misure normative volte a limitare il marketing digitale dei sostituti del latte materno [WHO 2022].

Anche in Italia sono necessarie nuove leggi per porre fine a pubblicità inappropriate o ad altre forme di promozione dei prodotti a base di latte artificiale, soprattutto in campo digitale [Orfeo et al., 2022]. Al tempo stesso occorre implementare l'uso dei social media come strumento positivo per educare e sensibilizzare le famiglie sui benefici comprovati dell'allattamento al seno.

30. Il ritorno al lavoro

30.1 La legislazione italiana a sostegno dell'allattamento

Il diritto delle madri di allattare e di bilanciare vita lavorativa e vita familiare (*work-life balance*) è riconosciuto dalla legislazione italiana e deve essere considerato nella più ampia prospettiva del contrasto alla denatalità. L'impossibilità di conciliare genitorialità e lavoro ha costretto, nel biennio 2023-2024, 86.355 dimissioni volontarie di lavoratrici madri con figli fino a 3 anni (Fonte: Ispettorato Nazionale del Lavoro). Attualmente il congedo di maternità obbligatorio per le mamme lavoratrici dipendenti comprende 2 mesi prima del parto e 3 mesi dopo (Legge 53/2000) e viene retribuito per l'80% dello stipendio (Legge 30 dicembre 2024). Restano escluse dalla misura le lavoratrici autonome e le iscritte alla gestione separata INPS per i lavoratori autonomi.

La SIN ritiene necessario allargare la platea delle mamme aventi diritto e prolungare il congedo di maternità postnatale ad almeno sei mesi, anche per agevolare le donne nel raggiungere il tempo minimo necessario per l'allattamento esclusivo al seno (Comunicato SIN 2020; <https://blog.sin-neonatologia.it/wp-content/uploads/2020/06/CS-SIN-FAMILY-ACT-25-06-2020.pdf>).

30.2 La tutela dell'allattamento nei luoghi di lavoro

La situazione di una mamma che allatti esclusivamente e che debba tornare al lavoro o al suo corso di studi è frequente e merita particolare attenzione (**Tabella 18**) [Schleiff et al. 2026].

Negli USA un'apposita normativa (il Pump Act: *Providing Urgent Maternal Protections*) impone ai datori di lavoro di garantire alle lavoratrici che allattano, per tutto il primo anno di vita del bambino, una pausa durante l'orario di servizio e uno spazio pulito e privato, che non sia la toilette, per l'estrazione del latte; <https://www.dol.gov/agencies/whd/pump-at-work>

In Italia la madre ha diritto a 2 ore di permesso giornaliero retribuito per allattare il bambino (1 ora se l'orario di lavoro è <6 h) (D.L. 26 marzo 2001, n. 151. T.U. sulla maternità e paternità Art. 39 e seguenti: "Riposi per allattamento"). Questo diritto vale fino al compimento del primo anno di vita del bambino.

Tabella 18. Strategie per la mamma da adottare alcune settimane prima del rientro al lavoro o a scuola/università; <https://www.unicef.org/parenting/food-nutrition/breastfeeding-workplace>

- Concordare con il datore di lavoro le pause durante l'orario di servizio in cui spremere il latte e la disponibilità di uno spazio privato e pulito (non la toilette) dove estrarre, conservare il latte e pulire le parti del tiralatte
- Acquistare/noleggare un tiralatte, imparare a usarlo e a lavarne i pezzi correttamente. In alternativa imparare a estrarre il latte manualmente. Conservare una scorta di latte estratto in congelatore. Abituare in anticipo il bambino al biberon, ma offerto da un'altra persona (non dalla stessa madre)
- Imparare a conservare il latte estratto al lavoro in appositi sacchetti o contenitori di vetro o di plastica BPA-free (privi di bisfenolo A) ermetici ed etichettati da collocare nel frigo messo a disposizione o in una borsa termica con ghiaccio sintetico
- Chiedere al team dell'asilo nido a cui afferirà il lattante in che modo viene gestito e tutelato l'uso del latte materno spremuto
- Cercare sostegno e consigli presso risorse istituzionali locali e nazionali e associazioni *peer-to-peer*, per madri che allattano e che sono già tornate al lavoro

31. Ringraziamenti

Si ringraziano il dott. Jacopo Angeletti (Civitanova Marche) per l'iniziale lavoro di formattazione sul manoscritto, il dott. Stefano Ghirardello (Pavia) per aver condiviso il foglio informativo per mamme HIV+ che desiderano allattare al seno e la dott.ssa Silvia Ricci (Firenze) per la consulenza su allattamento e SCID.

32. Appendice

Foglio informativo per madre HIV positiva che desidera allattare al seno

Di seguito viene riportato come esempio il foglio informativo in uso presso l'IRCCS San Matteo di Pavia.

Io, *[Nome e Cognome della madre]*, consapevole della mia condizione di sieropositività HIV, desidero esprimere il mio consenso ad allattare al seno il/la mio/a bambino/a, *[Nome del bambino/a]*, nato/a il *[Data di nascita del/la bambino/a]*.

Consapevole dei rischi associati alla trasmissione dell'HIV tramite il latte materno ed avendo ricevuto informazioni complete e chiare dai professionisti sanitari riguardo a tali rischi, dichiaro di comprendere che:

1. Nonostante le terapie antiretrovirali e le precauzioni adottate, esiste ancora un rischio di trasmissione dell'HIV attraverso il latte materno, pari all'1% nelle madri senza viremia.
2. Sono consapevole che la trasmissione dell'HIV al mio bambino/a potrebbe avere conseguenze gravi sulla sua salute e per questo non è raccomandato dalle Linee Guida nazionali ed internazionali.
3. L'ospedale ed il suo personale sconsigliano l'allattamento al seno e non sono responsabili di alcuna potenziale trasmissione del virus al mio bambino.

Riconosco che questa decisione è stata presa in base alle mie circostanze personali e alla mia valutazione del rapporto rischio-beneficio per me e per il/la mio bambino/a. Pertanto, libera e consapevole, esonero l'ospedale *[Nome dell'ospedale]* e tutto il personale coinvolto nell'assistenza medica e infermieristica da qualsiasi responsabilità nel caso in cui dovesse verificarsi la trasmissione dell'HIV al/la mio/a bambino/a durante l'allattamento.

Mi impegno inoltre a seguire tutte le precauzioni consigliate dai professionisti sanitari per ridurre il rischio di trasmissione dell'HIV al/la mio/a bambino/a durante l'allattamento, compresa la corretta assunzione della terapia antiretrovirale.

Sarà inoltre mia responsabilità sottopormi a controlli medici regolari per monitorare la mia salute e quella del/la mio/a bambino/a ed assicurarmi di somministrare al/la mio/a bambino/a la profilassi antiretrovirale secondo le indicazioni dei professionisti sanitari al momento della dimissione.

Data

Firma

33. Riferimenti bibliografici

1. Abuogi L, Noble L, Smith C; Committee on Pediatric and Adolescent HIV; Section on Breastfeeding. Infant Feeding for Persons Living with and at Risk for HIV in the United States: Clinical Report. *Pediatrics* 2024 Jun 1;153(6):e2024066843. doi: 10.1542/peds.2024-066843.
2. ACOG Practice Bulletin No. 206: Use of Hormonal Contraception in Women with Coexisting Medical Conditions. *Obstet Gynecol* 2019 Feb;133(2):e128-e150. doi: 10.1097/AOG.0000000000003072.
3. Allenspach EJ, Rawlings DJ, Petrovic A, Chen K. X-Linked Severe Combined Immunodeficiency. 2003 Aug 26 [updated 2025 Dec 4]. In: Adam MP, Bick S, Mirzaa GM, Pagon RA, Wallace SE, Amemiya A, editors. *GeneReviews*® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993–2026.
4. Amir LH; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #4: Mastitis, revised March 2014. *Breastfeed Med* 2014 Jun;9(5):239-43. doi: 10.1089/bfm.2014.9984.
5. Anderson PO, Manoguerra AS, Valdés V. A Review of Adverse Reactions in Infants from Medications in Breastmilk. *Clin Pediatr (Phila)* 2016;55 (3):236-44. doi: 10.1177/0009922815594586.
6. Anderson PO. Breastfeeding after Organ Transplantation. *Breastfeed Med* 2020 Feb;15(2):69-71. doi: 10.1089/bfm.2019.0280.
7. Anderson PO. Codeine and Breastfeeding. *Breastfeed Med* 2026 Feb 27:15568253261429410. doi: 10.1177/15568253261429410.
8. Anderson PO. Opioid Use Disorder During Breastfeeding. *Breastfeed Med* 2023 Jun;18(6):410-412. doi: 10.1089/bfm.2023.0088.
9. ANDOS, ANISC, AOGOI, Associazioni e ONG per l'Allattamento Materno, Centro Antiveleni-Bergamo, Comitato Italiano per l'UNICEF, ESRA, FIMMG, FIMP, FNOPI, FNOPO, IEO, SICPRE, SIGO, SIN, SIP, SIPO e SIRM. Position Statement sulla Patologia della Mammella e Lattazione del Gruppo di Lavoro Nazionale Interdisciplinare *ad hoc* 2024. https://www.sin-neonatologia.it/wp-content/uploads/2024/10/Pat.Mamm-Lattazione_-17_10_24.pdf.
10. Araújo RG, Fonseca VM, de Oliveira MIC, Ramos EG. External evaluation and self-monitoring of the Baby-friendly Hospital Initiative's maternity hospitals in Brazil. *Int Breastfeed J* 2019 Jan;5:14:1. doi: 10.1186/s13006-018-0195-4
11. Arguello B, Salgado TM, Fernandez-Llimos F. Assessing the information in the Summaries of Product Characteristics for the use of medicines in pregnancy and lactation. *Br J Clin Pharmacol* 2015 Mar; 79(3):537-44. doi: 10.1111/bcp.12515.
12. Arnold C, Tyson JE, Pedroza C, Caro WA et al. Cycled Phototherapy Dose-Finding Study for Extremely Low-Birth-Weight Infants: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2020;174(7):649–56. doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.0559.
13. Arslanoglu S, Moro GE, Tonetto P, De Nisi G, et al. Recommendations for the establishment and operation of a donor human milk bank. *Nutr Rev* 2023 Mar 9;81(Suppl 1):1-28. doi: 10.1093/nutrit/nuad012.
14. Artese C, Ferrari F, Perugi S, Cavicchioli P, et al; Developmental Care Study Group of Italian Society and Neonatology. Surveying family access: kangaroo mother care and breastfeeding policies across NICUs in Italy. *Ital J Pediatr* 2021 Dec 2;47(1):231. doi: 10.1186/s13052-021-01164-8.
15. Artese C, Carlino M, Cavicchioli P, Ceccatelli M, et al. Kangaroo Care. Le Indicazioni Nazionali della SIN. GdS Care Neonatale–SIN e Vivere Onlus C. 2023. <https://blog.sin-neonatologia.it/wp-content/uploads/2023/05/Indicazioni-KC-documento-nazionale-05-2023-1.pdf>.
16. Bajwa H, Rogerson D, Ramos G, Kern L. Breastfeeding with HIV: faculty and trainee clinical experience with updated 2023 HHS guidelines. *Front Reprod Health* 2026 Mar 13; 8:1768530. doi: 10.3389/frph.2026.1768530
17. Bartick M, Hernández-Aguilar MT, Wight N, Mitchell KB, et al. ABM Clinical Protocol #35: Supporting Breastfeeding During Maternal or Child Hospitalization. *Breastfeed Med* 2021 Sep;16(9):664-674. doi: 10.1089/bfm.2021.29190.mba.
18. Berardi A, Rossi C, Creti R, China M, et al. Group B streptococcal colonization in 160 mother-baby pairs: a prospective cohort study. *J Pediatr*. 2013 Oct;163(4):1099-104.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.05.064.
19. Berens P, Eglash A, Malloy M, Steube AM. ABM Clinical Protocol #26: Persistent Pain with Breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2016 Mar;11(2):46-53. doi: 10.1089/bfm.2016.29002.pjb
20. Berens PD. Breast Pain: Engorgement, Nipple Pain, and Mastitis. *Clin Obstet Gynecol*. 2015 Dec;58(4):902-14. doi: 10.1097/GRF.0000000000000153.
21. Bergman NJ. Birth practices: Maternal-neonate separation as a source of toxic stress. *Birth Defects Res*. 2019 Sep 1;111(15):1087-1109. doi: 10.1002/bdr2.1530.
22. Boakes E, Woods A, Johnson N, Kadoglou N. Breast Infection: A Review of Diagnosis and Management Practices. *Eur J Breast Health* 2018 Jul 1;14(3):136-143. doi: 10.5152/ejbh.2018.3871.
23. Bolumen-Lopez A, U'Wais A, Patel K, Priest S, et al. Neonatal nicotine withdrawal in a newborn exposed to maternal e-cigarette use. *J Neonatal Perinatal Med* 2025 Oct 9:19345798251387336. doi: 10.1177/19345798251387336.
24. Burianová I, Paulová M, Cermák P, Janota J. Group B streptococcus colonization of breast milk of group B streptococcus positive mothers. *J Hum Lact*. 2013 Nov;29(4):586-90. doi: 10.1177/0890334413479448
25. Bustamante Ogando JC, Partida Gaytán A, Aldave Becerra JC, Álvarez Cardona A, et al. Latin American consensus on the supportive management of patients with severe combined immunodeficiency. *J Allergy Clin Immunol*. 2019 Oct;144(4):897-905. doi: 10.1016/j.jaci.2019.08.002. Epub 2019 Aug 13
26. Caba-Flores MD, Martínez-Valenzuela C, Cárdenas-Tueme M, Camacho-Morales A. Micro problems with macro consequences: accumulation of persistent organic pollutants

- and microplastics in human breast milk and in human milk substitutes. *Environ Sci Pollut Res Int* 2023 Sep;30(42):95139-95154. doi: 10.1007/s11356-023-29182-5.
27. Caroli M, Vania A, Verga MC, Di Mauro G, et al. Recommendations on Complementary Feeding as a Tool for Prevention of Non-Communicable Diseases (NCDs)-Paper Co-Drafted by the SIPPS, FIMP, SIDOHaD, and SINUPE Joint Working Group. *Nutrients* 2022 Jan 7;14(2):257. doi: 10.3390/nu14020257.
28. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Maternal diet and breastfeeding. CDC 2025. <https://www.cdc.gov/breastfeeding-special-circumstances/hcp/diet-micronutrients/maternal-diet.html>.
29. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recommended dietary allowances for alcohol. September 2025. <https://www.cdc.gov/breastfeeding-special-circumstances/hcp/vaccine-medication-drugs/alcohol.html>.
30. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recommended dietary allowances for iron. February 2025. <https://www.cdc.gov/breastfeeding-special-circumstances/hcp/diet-micronutrients/iron.html>.
31. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Contraindications to Breastfeeding. CDC 2025 <https://www.cdc.gov/breastfeeding-special-circumstances/hcp/contraindications/index.html>.
32. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Hepatitis B and C Infections and Breastfeeding. CDC 2025. <https://www.cdc.gov/breastfeeding-special-circumstances/hcp/illnesses-conditions/hepatitis-b-c.html>.
33. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2024). U.S Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. <https://www.cdc.gov/contraception/hcp/usmec/index.html>.
34. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Hepatitis B or C infections. Sept 2025 <https://www.cdc.gov/breastfeeding-special-circumstances/hcp/illnesses-conditions/hepatitis-b-c.html>.
35. Cetin I, Assandro P, Massari M, Sagone A, et al. Working Group on Breastfeeding, Italian Society of Perinatal Medicine and Task Force on Breastfeeding, Ministry of Health, Italy. Breastfeeding during pregnancy: position paper of the Italian Society of Perinatal Medicine and the Task Force on Breastfeeding, Ministry of Health, Italy. *J Hum Lact*. 2014 Feb;30(1):20-7. doi: 10.1177/0890334413514294.
36. Cheng LY, Wang X, Mo PK. The effect of home-based intervention with professional support on promoting breastfeeding: a systematic review. *Int J Public Health* 2019 Sep;64(7):999-1014. doi: 10.1007/s00038-019-01266-5.
37. Ching NS, BATTERY JP, Lai E, Steer AC, et al. Breastfeeding and Risk of Late-Onset Group B Streptococcal Disease. *Pediatrics* 2021 Sep; 148(3):e2020049561. doi: 10.1542/peds.2020-049561.
38. Chuo J, Makkar A, Machut K, Zenge J, Jagarapu J, Azzuqa A, Savani RC. Telemedicine across the continuum of neonatal-perinatal care. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2022 Oct;27(5):101398. doi: 10.1016/j.siny.2022.101398. Epub 2022 Oct 29.
39. Colin C, Delov AG, Peyron-Faure N, Rabilloud M, et al. Breast abscesses in lactating women: evidences for ultrasound-guided percutaneous drainage to avoid surgery. *Emerg Radiol* 2019 Oct;26(5):507-514. doi: 10.1007/s10140-019-01694-z. Epub 2019 Jun 1.
40. Comunicato SIN del Presidente prof Fabio Mosca; Family Act: sostegno a famiglia strategico per ripartenza. <https://blog.sin-neonatologia.it/wp-content/uploads/2020/06/CS-SIN-FAMILY-ACT-25-06-2020.pdf>.
41. Constantinescu S, Pai A, Coscia LA, Davison JM, et al. Breast-feeding after transplantation. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014 Nov;28(8):1163-73. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2014.09.001.
42. Cos-Busquets J, Cabedo-Ferreiro RM, Liutsko L, Reyes-Lacalle A, et al. GREEN MOTHER Group. A Comprehensive Assessment of the Environmental Impact of Different Infant Feeding Types: The Observational Study GREEN MOTHER. *J Adv Nurs*. 2025 Dec;81(12):8230-8241. doi: 10.1111/jan.16473. Epub 2024 Oct 3.
43. Coutoudis A, Reimers P, Cassey J, Doherty T. Wet Nursing and Human Milk Sharing: Reviving Sustainable Systems to Prioritise Breastfeeding. *Matern Child Nutr* 2026 Mar;22(1):e70144. doi: 10.1111/mcn.70144.
44. Cova MA, Stacul F, Quaranta R, Guastalla P, et al. Radiological contrast media in the breastfeeding woman: a position paper of the Italian Society of Radiology (SIRM), the Italian Society of Paediatrics (SIP), the Italian Society of Neonatology (SIN) and the Task Force on Breastfeeding, Ministry of Health, Italy. *Eur Radiol* 2014 Aug;24(8):2012-22. doi: 10.1007/s00330-014-3198-6.
45. Cuffe C, Giglia R, Cooper MN, Hill J, et al. Study Protocol for a Stepped-Wedge Cluster (Nested) Randomized Controlled Trial of Antenatal Colostrum Expression (ACE) Instruction in First-Time Mothers: The ACE Study. *J Hum Lact* 2024 Feb;40(1):80-95. doi: 10.1177/08903344231215074.
46. Dadar M, Shahali Y, Alamian S. Isolation of *Brucella melitensis* biovar 1 from human milk confirms breastfeeding as a possible route for infant infection. *Microb Pathog* 2021 Aug; 157:104958; doi: 10.1016/j.micpath.2021.104958.
47. da Silva BV, Barollo AV, Sá NDNL, Oliveira LB, et al. Lingual Frenotomy in Breastfeeding Infants: An Umbrella Review. *Int J Paediatr Dent* 2026 Jan;36(1):90-104. doi: 10.1111/ipd.70031.
48. Dani C, Remaschi G, Rossi F, Fusco M, et al. Splanchnic and cerebral oxygenation during Cyclic phototherapy in preterm infants with hyperbilirubinemia. *Eur J Pediatr*. 2024;183(12):5313-9. DOI: 10.1007/s00431-024-05810-1
49. Davanzo R, Baldassarre ME. Infant Growth Spurts in the Context of Perceived Insufficient Milk Supply. *Nutrients* 2024b Oct 27;16(21):3657. doi: 10.3390/nu16213657.
50. Davanzo R, Bettinelli ME, Baldassarre M, Mondello I, et al. Breastfeeding Section of the Italian Society of Neonatology. Tele-support in breastfeeding: position statement of the Italian society of Neonatology. *Ital J Pediatr* 2024c Nov 9;50(1):240. doi: 10.1186/s13052-024-01816-5. Documento in Italiano: <https://blog.sin-neonatologia.it/wp-content/uploads/2024/05/>

- Davanzo-et-al-Telesupporto-al-LM_2024.pdf
51. Davanzo R, Brovedani P, Travan L, Kennedy J, et al. Intermittent kangaroo mother care: a NICU protocol. *J Hum Lact* 2013a Aug;29(3):332-8. doi: 10.1177/0890334413489375.
 52. Davanzo R, Bua J, De Cunto A, Farina ML, et al. Advising mothers on the use of medications during breastfeeding: a need for a positive attitude. *J Hum Lact* 2016;32(1):15-9. DOI: 10.1177/0890334415595513
 53. Davanzo R, Cavicchioli P, Agosti M, Dani C. Mother infant zero separation for neonatal jaundice: we are getting closer. *Ital J Pediatr* 2025a. Aug 15;51(1):254. doi: 10.1186/s13052-025-02104-6.
 54. Davanzo R, Cavicchioli P, Agosti M, Dani C. La fototerapia ciclica. Promuovere la separazione zero e l'allattamento nell'ambito delle cure neonatali individualizzate. *Medico e Bambino* 2025b;44(2):103-106. doi: 10.53126/MEB44103.
 55. Davanzo R, Romagnoli C, Corsello G. Position Statement on Breastfeeding from the Italian Pediatric Societies. *Ital J Pediatr* 2015 Oct 24;41:80; doi: 10.1186/s13052-015-0191-x.
 56. Davanzo R, Ronfani L, Brovedani P, Demarini S; Breastfeeding in Neonatal Intensive Care Unit Study Group. Breast feeding very-low-birthweight infants at discharge: a multicentre study using WHO definitions. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2009 Nov;23(6):591-6. doi: 10.1111/j.1365-3016.2009.01068.x. PMID: 19840296.
 57. Davanzo R, Salvatori G, Baldassarre M, Cetin I, et al; "HPB Project" Working Group. Promotion of breastfeeding in Italian Maternity Hospitals: a pre-intervention study. *Ital J Pediatr* 2024a Oct 25;50(1):219. doi: 10.1186/s13052-024-01793-9.
 58. Davanzo R, Salvatori G, Baldassarre M, Gagliardi L, et al., on behalf of the "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.
 59. Davanzo R, Salvatori G, Gianni ML, Corsello A, et al. Distance learning on breastfeeding education for residents in pediatrics. *Eur J Pediatr* 2025c Sep 26;184(10):640. doi: 10.1007/s00431-025-06468-z.
 60. Davanzo R: Update sul Progetto Policy Aziendale per l'Allattamento. *Quaderni ACP* 2025, 32 (4), 174-176. doi: 10.53141/QACP.2025.174-176
 61. Davanzo R. Controversies in Breastfeeding. *Front Pediatr* 2018 Nov 1;6:278; doi: 10.3389/fped.2018.00278.
 62. Davanzo, R, Bua, J, Travan L, Human Milk and Formulas for Neonatal Nutrition. In: Buonocore G, Bracci R, Weindling, M. (eds) *Neonatology*. Springer Nature, 2017. https://doi.org/10.1007/978-3-319-18159-2_185-2.
 63. Demirci JR, Glasser M, Bogen DL, Sereika SM, et al. Effect of antenatal milk expression education on lactation outcomes in birthing people with pre-pregnancy body mass index ≥ 25 : protocol for a randomized, controlled trial. *Int Breastfeed J* 2023 Mar 16;18(1):16. doi: 10.1186/s13006-023-00552-6
 64. Dias JM, Abanto J, Pinto JC, Areias C, et al. Prevalence of Ankyloglossia in Portuguese Newborns and its effect on Exclusive Breastfeeding and Maternal Nipple Pain During Postpartum Hospitalization. *J Pediatr Clin Pract* 2025 Nov 13;19:200195; doi: 10.1016/j.jpdc.2025.200195.
 65. Di Comite A, Esposito S, Villani A, Stronati M; Italian Pediatric TB Study Group. How to manage neonatal tuberculosis. *J Perinatol*. 2016 Feb;36(2):80-5. doi: 10.1038/jp.2015.99. Epub 2015 Aug 13.
 66. Documento inter-societario SIRM, SIP, SIN. Raccomandazioni per la donna che allatta sottoposta a esami radiologici con l'impiego di mdc endovascolare. <https://sirm.org/wp-content/uploads/2021/04/314-Documento-intersocietario-SIRM-SIN-SIP-2020-Raccomandazioni-mdc-e-allattamento.pdf>
 67. Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; Domperidone, 2026; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501371/>
 68. Drugs and Lactation Database (LactMed.) [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; Cannabis, 2026; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501587/>
 69. EFCNI, Andritsou F, Oude-Reimer M, Camba F, Ceccatelli M, et al. European Standards of Care for Newborn Health: Promotion of breastfeeding. 2022. <https://newborn-health-standards.org/standards/standards-english/care-procedures/promotion-of-breastfeeding/>
 70. Eglash A, Simon L; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants, Revised 2017. *Breastfeed Med* 2017 Sep;12(7):390-395. doi: 10.1089/bfm.2017.29047. aje. Epub 2017 Jun 29. Erratum in: *Breastfeed Med* 2018 Jul/Aug;13(6):459. doi: 10.1089/bfm.2017.29047.aje.correx
 71. Elgersma KM, McKechnie AC, Schorr EN, Shah KM, et al. The Impact of Human Milk on Outcomes for Infants with Congenital Heart Disease: A Systematic Review. *Breastfeed Med* 2022 May;17(5):393-411. doi: 10.1089/bfm.2021.0334.
 72. El Manouni El Hassani S, Berkhout DJC, Niemark HJ, et al. Risk Factors for Late-Onset Sepsis in Preterm Infants: A Multicenter Case-Control Study. *Neonatology* 2019;116(1):42-51. doi: 10.1159/000497781.
 73. Estafanous M, Lee A, Thomas A, Burns Thomas A, et al. Breastfeeding and Antepartum Breast Milk Expression (BABE): A Randomized Control Trial Utilizing an Electric Breast Pump and its Effect on Postpartum Breastfeeding. *Breastfeed Med* 2023 Oct;18(10):759-766. doi: 10.1089/bfm.2023.0053.
 74. EFSA (European Food Safety Authority) Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA). Scientific Opinion on Dietary Reference Values for Water. *EFSA Journal* 2010, 8 (3), 1459. doi.org/10.2903/j.efsa.2010.1459
 75. EFSA (European Food Safety Authority); Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA). Scientific Opinion on the safety of caffeine. *EFSA Journal* 2015, 13 (5), 4102. doi.org/10.2903/j.efsa.2015.4102
 76. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition (ESPGHAN); European Academy of Paediatrics (EAP); European Society for Paediatric Research (ESPR); European Academy for Allergy and Clinical Immunology

- (EAACI); Federation of International Societies for Paediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition (FISPGHAN); Latin American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition (LASPGHAN); Pan Arab Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition (PASPGHAN); Asian Pan-Pacific Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (AAPSGHAN); North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN); World Allergy Organization (WAO); Asia Pacific Academy of Pediatric Allergy, Respiratory & Immunology (APAPARI). World Health Organization (WHO) guideline on the complementary feeding of infants and young children aged 6-23 months 2023: A multisociety response. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2024 Jul;79(1):181-188. doi: 10.1002/jpn3.12248.
77. Evans A, Garner C, Krusch K, Hale T, et al. Brucellosis during Breastfeeding. *InfantRisk* 2020. <https://www.infantrisk.com/content/brucellosis-during-breastfeeding>
 78. Fewtrell M, Bandsma RHJ, Baur L, Duggan CP, et al. Role of Pediatricians in Promoting and Supporting Breastfeeding: A Position Paper of the International Pediatric Association Strategic Advisory Group on Infant, Child, and Adolescent Nutrition. *Ann Nutr Metab* 2023;79(6):469-475. doi: 10.1159/000534004.
 79. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017 Jan;64(1):119-132. doi: 10.1097/MPG.0000000000001454.
 80. Fewtrell MS, Kennedy K, Ahluwalia JS, Nicholl R, et al. Predictors of expressed breast milk volume in mothers expressing milk for their preterm infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2016 Nov;101(6), F502-F506. doi: 10.1136/archdischild-2015-308321
 81. Fiedler H, Kallenborn R, de Boer J, Sydnés LK. The Stockholm Convention: a tool for the global regulation of persistent organic pollutants. *Chemistry International* 2019; 41 (2), 4-11. <https://doi.org/10.1515/ci-2019-0202>
 82. Filleron A, Lombard F, Jacquot A, Jumas-Bilak E, et al. Group B streptococci in milk and late neonatal infections: an analysis of cases in the literature. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2014 Jan;99(1): F41-7. doi: 10.1136/archdischild-2013-304362.
 83. Flaherman VJ, Maisels MJ; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for Management of Jaundice in the Breastfeeding Infant 35 Weeks or More of Gestation-Revised 2017. *Breastfeed Med* 2017 Jun;12(5):250-257. doi: 10.1089/bfm.2017.29042.vjf.
 84. Fondazione Confalonieri Ragonese su mandato SIGO, AOGOI, AGUI. Giugno 2018; https://www.sigo.it/wp-content/uploads/2018/06/LG_NutrizioneinGravidanza.pdf
 85. Forster DA, Moorhead AM, Jacobs SE, Davis PG, et al. Advising women with diabetes in pregnancy to express breastmilk in late pregnancy (Diabetes and Antenatal Milk Expressing [DAME]): a multicenter, unblinded, randomised controlled trial. *Lancet* 2017 Jun 3;389(10085):2204-2213. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31373-9.
 86. Gavine A, Marshall J, Buchanan P, Cameron J, et al. Remote provision of breastfeeding support and education: Systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr* 2022 Apr;18(2):e13296. doi: 10.1111/mcn.13296.
 87. Gibson L, Porter M. Drinking or Smoking While Breastfeeding and Later Academic Outcomes in Children. *Nutrients* 2020 Mar 20;12(3):829. doi: 10.3390/nu12030829.
 88. Goel N, Beasley D, Rajkumar V, Banerjee S. Perinatal outcome of illicit substance use in pregnancy--comparative and contemporary socio-clinical profile in the UK. *Eur J Pediatr* 2011 Feb;170(2):199-205. doi: 10.1007/s00431-010-1284-6.
 89. Gosdin L, Marks KJ, Addo OY, O'Connor L, et al. Longitudinal Association of Maternity Care Practices with Exclusive Breastfeeding in U.S. Hospitals, 2018-2022. *Children (Basel)* 2025 Oct 26;12(11):1454. doi: 10.3390/children12111454.
 90. Goulding AN, Wouk K, Stuebe AM. Contraception and Breastfeeding at 4 Months Postpartum Among Women Intending to Breastfeed. *Breastfeed Med* 2018 Jan/Feb;13(1):75-80. doi: 10.1089/bfm.2017.0064.
 91. Goulding N, Northstone K, Taylor CM, Emmett P, et al. Differences in Neurocognitive Development between Children who had had no Breast Milk and those who had had Breast Milk for at least 6 Months. *Nutrients* 2025 Aug 31;17(17):2847. doi: 10.3390/nu17172847.
 92. Gridneva Z, George AD, Suwaydi MA, Sindi AS, et al. Environmental determinants of human milk composition in relation to health outcomes. *Acta Paediatr* 2022 Jun;111(6):1121-1126. doi: 10.1111/apa.16263. Epub 2022 Feb 1
 93. Grummer-Strawn LM, Lutter CK, Siegfried N, Rogers LM, et al. Response to: World Health Organization (WHO) guideline on the complementary feeding of infants and young children aged 6-23 months 2023: A multisociety response. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2024 Nov;79(5):1084-1086. doi: 10.1002/jpn3.12363.
 94. Haastруп MB, Pottegård A, Damkier P. Alcohol and breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2014 Feb;114(2):168-73. doi: 10.1111/bcpt.12149.
 95. Hamilton WN, Masud N, Kouambo C, Tarasenko YN. Perinatal Smoking and E-cigarette Use and their Relationship with Breastfeeding: PRAMS 2015-2020. *Breastfeed Med* 2023 Nov;18(11):855-863. doi: 10.1089/bfm.2023.0152.
 96. Harris M, Schiff DM, Saia K, Muftu S, et al. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #21: Breastfeeding in the Setting of Substance Use and Substance Use Disorder (Revised 2023). *Breastfeed Med* 2023 Oct;18(10):715-733. doi: 10.1089/bfm.2023.29256.abm.
 97. Heidari Z, Kohan S, Keshvari M. Empowerment in breastfeeding as viewed by women: A qualitative study. *J Educ Health Promot* 2017 May 5;6:33, doi: 10.4103/jehp.jehp_34_16.
 98. Henshaw EJ. Breastfeeding and Postpartum Depression: A Review of Relationships and Potential Mechanisms. *Curr*

- Psychiatry Rep 2023 Dec;25(12):803-808. doi: 10.1007/s11920-023-01471-3. Epub 2023 Oct 31.
99. Hoban R, Medina Poeliniz C, Somerset E, Tat Lai C, et al. Mother's Own Milk Biomarkers predict coming to volume in Pump-dependent Mothers of Preterm Infants. *J Pediatr* 2021 Jan; 228:44-52.e3. doi: 10.1016/j.jpeds.2020.09.010.
 100. Hodgson ZG, Abrahams RR. A rooming-in program to mitigate the need to treat for opiate withdrawal in the newborn. *J Obstet Gynaecol Can* 2012 May;34(5):475-81. doi: 10.1016/s1701-2163(16)35245-8.
 101. Hookway L, Brown A. The lactation skill gaps of multidisciplinary paediatric healthcare professionals in the United Kingdom. *J Hum Nutr Diet* 2023 Jun;36(3):848-863. doi: 10.1111/jhn.13172.
 102. Hubschman-Shahar LE. Lactation Telehealth in Primary Care: A Systematic Review. *Breastfeed Med* 2022 Jan;17(1):6-21. doi: 10.1089/bfm.2021.0105.
 103. Humphrey JH, Marinda E, Mutasa K, Moulton LH, et al. ZVITAMBO study group. Mother to child transmission of HIV among Zimbabwean women who seroconverted postnatally: prospective cohort study. *BMJ* 2010 Dec 22;341:c6580. doi: 10.1136/bmj.c6580.
 104. Huy, T.X.N. Exploring the impact of brucellosis on maternal and child health: transmission mechanisms, patient effects, and current trends in drug use and resistance: a scoping review. *Beni-Suef Univ J Basic Appl Sci* 2024; 13, 108. doi: org/10.1186/s43088-024-00569-8
 105. ICH (International Council for Harmonization of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use), EMA (European Medicines Agency). ICH E21 Guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials. Scientific guidelines. 12 May 2025 EMA/CHMP/ICH/149462/2025 Committee for Human Medicinal Products. https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/ich-e21-guideline-inclusion-pregnant-breastfeeding-individuals-clinical-trials_en.pdf
 106. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 Aug 26;2016(8):CD006641. doi: 10.1002/14651858.CD006641.pub3.
 107. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1994 Jan;23(1):27-32. doi: 10.1111/j.1552-6909.1994.tb01847.x.
 108. Johnsen M, Klingenberg C, Brand M, Revhaug A, et al. Antenatal breastmilk expression for women with diabetes in pregnancy - a feasibility study. *Int Breastfeed J* 2021 Jul 23;16(1):56. doi: 10.1186/s13006-021-00393-1.
 109. Jones A, Bhaumik S, Morelli G, Zhao J, et al. Digital Marketing of Breast-Milk Substitutes: a Systematic Scoping Review. *Curr Nutr Rep* 2022 Sep;11(3):416-430. doi: 10.1007/s13668-022-00414-3
 110. Jullien S. Sudden infant death syndrome prevention. *BMC Pediatr* 2021 Sep 8;21(Suppl 1):320. doi: 10.1186/s12887-021-02536-z.
 111. Karimi FZ, Sadeghi R, Maleki-Saghooni N, Khadivzadeh T. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2019 Jan;58(1):1-9. doi: 10.1016/j.tjog.2018.11.002.
 112. Keane A, Haberl L, Aho I, Bernardi S, et al. WAVE (Women Against Viruses in Europe), European AIDS Clinical Society. European Guidelines on HIV and breastfeeding: "Same, same, but different" - Results from a WAVE survey. *HIV Med* 2025 Oct;26(10):1515-1524. doi: 10.1111/hiv.70072.
 113. Kelty WJ, Beatty SA, Wu S, Hanson IC, et al. The role of breastfeeding in cytomegalovirus transmission and hematopoietic stem cell transplant outcomes in infants with severe combined immunodeficiency. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2019 Nov-Dec;7(8):2863-2865.e3. doi: 10.1016/j.jaip.2019.05.041. Epub 2019 Jun 5.
 114. Kennedy KI, Rivera R, McNeilly AS. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception*. 1989 May;39(5):477-96. doi: 10.1016/0010-7824(89)90103-0.
 115. Knipe H. Contrast media and breastfeeding. *Radiopaedia*, Mar 2026. <https://radiopaedia.org/articles/contrast-media-and-breastfeeding>.
 116. Koussayer B, Taylor J, Warner J, Alkaelani MT, et al. Breastfeeding Ability after Breast Reductions: What does the Literature Tell us in 2023? *Aesthetic Plast Surg* 2024 Mar;48(6):1142-1155. doi: 10.1007/s00266-023-03690-8.
 117. Kubín V, Mrastíková H, Paulová M, Motlová J, Franěk J. Group B streptococci in the milk of lactating mothers. *Zentralbl Bakteriol Mikrobiol Hyg A*. 1987 Jun;265(1-2):210-7. doi: 10.1016/s0176-6724(87)80168-2.
 118. Kuo SF, Chen IH, Chen SR, Chen KH, et al. The Effect of Paternal Skin-to-Skin Care: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Control Trials. *Adv Neonatal Care* 2022 Feb 1;22(1):E22-E32. doi: 10.1097/ANC.0000000000000890
 119. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding, a guide for the medical profession, ISBN: 978-0323680134, 9th Edition. Elsevier Publisher 2021.
 120. Lee B, Vangipuram R, Petersen E, Tying SK. Complications associated with intimate body piercings. *Dermatol Online J* 2018 Jul 15;24(7):13030/qt5gp333zr.
 121. Leeming, D, Marshall J, Hinsliff S. Self-conscious emotions and breastfeeding support: A focused synthesis of UK qualitative research. *Maternal & Child Nutrition* 2021, 18:e13270. <https://doi.org/10.1111/mcn.13270>.
 122. Liu L, Xiao G, Zhang T, Zhou M, et al. Levels and Determinants of Antenatal Breastfeeding Attitudes among Pregnant Women: A Cross-Sectional Study. *Children (Basel)* 2023 Jan 31;10(2):275. doi: 10.3390/children10020275.
 123. Loftus C, Jervis J, Owen V, Wingfield T, et al. A Family Cluster of Imported Human *Brucella melitensis* Infection with Probable Breast Milk Transmission: A Case Series. *Trop Med Infect Dis* 2025 Aug 14;10(8):227. doi: 10.3390/tropicalmed10080227.
 124. Lovcevic I. Associations of breastfeeding duration and

- cognitive development from childhood to middle adolescence. *Acta Paediatr.* 2023 Aug;112(8):1696-1705. doi: 10.1111/apa.16837.
125. MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D. et al. Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; 16, 106. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0907-y>.
 126. Martínez-Hortelano JA, Saz-Lara A, González JLG, Cristóbal-Aguado S, et al. Skin-to-skin contact and breastfeeding after caesarean section: A systematic review and meta-analysis of intervention studies. *Int J Nurs Stud.* 2025 Mar 5;166:105038; doi: 10.1016/j.ijnurstu.2025.105038.
 127. McAllister J, Wexelblatt S, Ward L. Controversies and Conundrums in Newborn Feeding. *Clin Perinatol* 2023 Sep;50(3):729-742. doi: 10.1016/j.clp.2023.04.003.
 128. McBride M, Haile ZT. Association Between Electronic Nicotine Delivery Systems Use and Breastfeeding Duration. *Breastfeed Med.* 2021 Nov;16(11):886-893. doi: 10.1089/bfm.2021.0132.
 129. McNestry C, O'Reilly SL, Twomey PJ, Crowley RK, et al. Breastfeeding and later depression and anxiety in mothers in Ireland: a 10-year prospective observational study. *BMJ Open* 2026 Jan 8;16(1):e097323; doi: 10.1136/bmjopen-2024-097323.
 130. Meek JY, Noble L; Section on Breastfeeding. Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2022 Jul 1;150(1):e2022057988; doi: 10.1542/peds.2022-057988.
 131. Meier P, Patel A, Esquerra-Zwiers A. Donor Human Milk Update: Evidence, Mechanisms, and Priorities for Research and Practice. *J Pediatr* 2017 Jan;180:15-21; doi: 10.1016/j.jpeds.2016.09.027.
 132. Meier PP, Engstrom JL, Janes JE, Jegier BJ, et al. Breast pump suction patterns that mimic the human infant during breastfeeding: greater milk output in less time spent pumping for breast pump-dependent mothers with premature infants. *J Perinatol* 2012 Feb;32(2):103-10. doi: 10.1038/jp.2011.64.
 133. Meier PP, Patel AL, Hoban R, Engstrom JL. Which breast pump for which mother: an evidence-based approach to individualizing breast pump technology. *J Perinatol* 2016 Jul;36(7):493-9. doi: 10.1038/jp.2016.14.
 134. Melina V, Craig W, Levin S. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian Diets. *J Acad Nutr Diet* 2016 Dec;116(12):1970-1980. doi: 10.1016/j.jand.2016.09.025.
 135. Melka D, Kask K, Colli E, Regidor PA. A single-arm study to evaluate the transfer of drospirenone to breast milk after reaching steady state, following oral administration of 4 mg drospirenone in healthy lactating female volunteers. *Womens Health (Lond)* 2020 Jan-Dec;16:1745506520957192; doi: 10.1177/1745506520957192.
 136. Minarini G, Lima E, Figueiredo K, Carmona AP, et al. Factors Influencing Exclusive Breastfeeding During the Postpartum Period: A Mixed-Methods Study. *Nutrients* 2025 Sep 18;17(18):2992. doi: 10.3390/nu17182992.
 137. Ministero della Salute. Tavolo tecnico multidisciplinare sulla continuità del rapporto madre-bambino durante l'ospedalizzazione alla nascita. Benessere della coppia madre-bambino e sicurezza del neonato: il rooming-in. Ministero della Salute. Roma, Ottobre 2024. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3477_allegato.pdf
 138. Miselli F, Frabboni I, Di Martino M, Zinani I, et al. Transmission of Group B Streptococcus in late-onset neonatal disease: a narrative review of current evidence. *Ther Adv Infect Dis* 2022 Dec 21;9:20499361221142732. doi: 10.1177/20499361221142732.
 139. Mitchell KB, Johnson HM, Rodríguez JM, Eglash A, et al.; Academy of Breastfeeding Medicine. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. *Breastfeed Med* 2022 May;17(5):360-376. doi: 10.1089/bfm.2022.29207.kbm.
 140. Mongkonsritragoon W, Huang J, Fredrickson M, Seth D, et al. Positive Newborn Screening for Severe Combined Immunodeficiency: What Should the Pediatrician Do? *Clin Med Insights Pediatr* 2023 Mar 31; 17:11795565231162839. doi: 10.1177/11795565231162839.
 141. Moon RY, Carlin RF, Hand I; Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The Committee on Fetus and Newborn. Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. *Pediatrics* 2022 Jul 1;150(1):e2022057990; doi: 10.1542/peds.2022-057990.
 142. Moore ER, Brimdyr K, Blair A, Jonas W, et al. Immediate or early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2025 Oct 22;10(10):CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub5.
 143. Mulcahy H, Philpott LF, O'Driscoll M, Bradley R, et al. Breastfeeding skills training for health care professionals: A systematic review. *Heliyon* 2022; 8 (11), e11747, <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e11747>
 144. Napierala M, Mazela J, Merritt TA, Florek E. Tobacco smoking and breastfeeding: Effect on the lactation process, breast milk composition and infant development. A critical review. *Environ Res.* 2016 Nov; 151:321-338; doi: 10.1016/j.envres.2016.08.002.
 145. Napolini NF, Vanzele PAR, Tótoló P, Schüroff PA, et al. Lead contamination in human milk affects infants' language trajectory: results from a prospective cohort study. *Front Public Health* 2024 Aug 13; 12:1450570. doi: 10.3389/fpubh.2024.1450570
 146. NIH (National Institutes of Health). Syphilis: MotherToBaby Fact Sheets. NCBI Bookshelf. NIH 2023; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK603252/>
 147. Nieto C, Lopez-Mases P, Vila-Candel R, Lazaro E. Experience of breastfeeding during hospitalization after birth: a qualitative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2026 Jan; 316:114786; doi: 10.1016/j.ejogrb.2025.114786.
 148. Oberhelman-Eaton S, Chang A, Gonzalez C, Braith A, Singh RJ, Lteif A. Initiation of Gender-Affirming Testosterone Therapy in a Lactating Transgender Man. *J Hum Lact.* 2022 May;38(2):339-343. doi: 10.1177/08903344211037646. Epub 2021 Sep 7.

149. Orfeo L, Staiano A, Davanzo R, Salvatori G. Latte artificiale, SIN e SIP chiedono regolamentazione del marketing digitale. SIN e SIP 2022 <https://sip.it/2022/05/09/latte-artificiale-sin-e-sip-chiedono-regolamentazione-del-marketing-digitale/>
150. Osterholm EA, Schleiss MR. Impact of breast milk-acquired cytomegalovirus infection in premature infants: Pathogenesis, prevention, and clinical consequences? *Rev Med Virol* 2020 Nov;30(6):1-11. doi: 10.1002/rmv.2117.
151. Parker LA, Sullivan S, Kruger C, Mueller M. Timing of milk expression following delivery in mothers delivering preterm very low birth weight infants: a randomized trial. *J Perinatol* 2020 Aug;40(8):1236-1245. doi: 10.1038/s41372-020-0688-z.
152. Parker MG, Stellwagen L, Miller ER, Noble L, et al. Committee on Fetus and Newborn; Section on Breastfeeding; Committee on Nutrition. Promoting Human Milk and Breastfeeding for the Very Low Birth Weight Infant: Clinical Report. *Pediatrics* 2026 Jan 12:e2025073625. doi: 10.1542/peds.2025-073625.
153. Parker MG, Stellwagen LM, Noble L, Kim JH, et al; Section on Breastfeeding, Committee on Nutrition, Committee on Fetus and Newborn. Promoting Human Milk and Breastfeeding for the Very Low Birth Weight Infant. *Pediatrics* 2021 Nov;148(5):e2021054272. doi: 10.1542/peds.2021-054272. Epub 2021 Oct 11.
154. Pathak BG, Sinha B, Sharma N, Mazumder S, Bhandari N. Effects of kangaroo mother care on maternal and paternal health: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2023 Jun 1;101(6):391-402G. doi: 10.2471/BLT.22.288977. Epub 2023 Mar 31.
155. Patnode CD, Henrikson NB, Webber EM, Blasi PR, et al. Breastfeeding and Health Outcomes for Infants and Children: A Systematic Review. *Pediatrics* 2025 Jul 1;156(1):e2025071516. doi: 10.1542/peds.2025-071516.
156. Peccatori FA, Niman SM, Partridge AH, Ruggeri M, et al; International Breast Cancer Study Group and the POSITIVE Trial Collaborators. Breastfeeding after Hormone Receptor-Positive Breast Cancer: Results from the POSITIVE Trial. *J Clin Oncol* 2025 Aug 20;43(24):2712-2719. doi: 10.1200/JCO-24-02697.
157. Pérez A, Labbok MH, Queenan JT. Clinical study of the lactational amenorrhoea method for family planning. *Lancet* 1992 Apr 18;339(8799):968-70. doi: 10.1016/0140-6736(92)91538-j.
158. Pérez-Escamilla R, Tomori C, Hernández-Cordero S, Baker P, et al.; 2023 Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *Lancet* 2023 Feb 11;401(10375):472-485. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01932-8.
159. Pérez-Jiménez JM, de-Diego-Cordero R, Borrallo-Riego Á, Luque-Oliveros M, et al. Beyond Pain Management: Skin-to-Skin Contact as a Humanization Strategy in Cesarean Delivery: A Randomized Controlled Trial. *Healthcare (Basel)* 2025 Jul 30;13(15):1866. doi: 10.3390/healthcare13151866.
160. Perugi S, Ciarcià M, Coviello C, Fusco M, et al.; PROBREAST Study Group. A structured program to promote breastfeeding improved the rates in very preterm infants at discharge. *Acta Paediatr* 2024 Jun;113(6):1322-1330. doi: 10.1111/apa.17184.
161. Pileri P, Coco C, Lubrano C, Mazzocco MI et al. Antibiotic Resistance in Breastfeeding Diseases: A Multidisciplinary Study in an Italian Level III Medical Center. *J Hum Lact.* 2025 Nov;41(4):514-523. doi: 10.1177/08903344251363599. Epub 2025 Oct 17.
162. Pileri P, Sartani A, Mazzocco MI, Giani S et al. Management of Breast Abscess during Breastfeeding. *Int J Environ Res Public Health* 2022 May 9;19(9):5762. doi: 10.3390/ijerph19095762.
163. Pizzi E, et al. The Surveillance System on Children aged 0-2: results of the 2025 data collection. Istituto Superiore di Sanità (ISS), Rome 2026. <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/pdf/sintesi-2025.pdf>
164. Polakow-Farkash S, Gilad O, Merlob P, Stahl B, et al. Levonorgestrel used for emergency contraception during lactation - a prospective observational cohort study on maternal and infant safety. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013 Feb;26(3):219-21. doi: 10.3109/14767058.2012.722730.
165. Powell AM, Knott-Grasso MA, Anderson J, Livingston A, et al. Infant feeding for people living with HIV in high resource settings: a multi-disciplinary approach with best practices to maximise risk reduction. *Lancet Reg Health Am.* 2023 May 29; 22:100509. doi: 10.1016/j.lana.2023.100509.
166. Prime DK, Garbin CP, Hartmann PE, Kent JC. Simultaneous breast expression in breastfeeding women is more efficacious than sequential breast expression. *Breastfeed Med* 2012 Dec;7(6):442-7. doi: 10.1089/bfm.2011.0139.
167. Purkiewicz A, Pietrzak-Fiećko R, Sörgel F, Kinzig M. Caffeine, Paraxanthine, Theophylline, and Theobromine Content in Human Milk. *Nutrients* 2022 May 25;14(11):2196. doi: 10.3390/nu14112196
168. Purkiewicz A, Regin KJ, Pietrzak-Fiećko R. Breastfeeding in the Context of Trauma and Previous Psychological Experiences: A Narrative Review. *Nutrients* 2026 Jan 30;18(3):455. doi: 10.3390/nu18030455.
169. Quek JWE, Loo JH, Lim EQ, Chung AH, et al. Global epidemiology, natural history, maternal-to-child transmission, and treatment with DAA of pregnant women with HCV: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* 2024 Jul 13; 74:102727; doi: 10.1016/j.eclinm.2024.102727.
170. Ragusa R, Corsaro LS, Frazzetto E, Bertino E, et al. Hepatitis C Virus Infection in Children and Pregnant Women: An Updated Review of the Literature on Screening and Treatments. *AJP Rep.* 2020 Jan;10(1):e121-e127. doi: 10.1055/s-0040-1709185. Epub 2020 Mar 31.
171. Ram S, Ram HS, Rosenthal YS, Attali E, et al. The impact of breast augmentation on breast feeding in primigravida women - A cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2022 Jan; 268:116-120; doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.11.436.
172. Reece-Stremtan S, Marinelli KA. ABM clinical protocol #21: guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, revised 2015. *Breastfeed Med* 2015 Apr;10(3):135-41. doi: 10.1089/bfm.2015.9992.
173. Ranzani A, Lapadula G, D'Aloia F, Ornaghi S, et al. Pregnancy

- in women living with HIV: Experience of IRCCS San Gerardo dei Tintori and a narrative review. *New Microbiol* 2025 Oct;48(3):215-225.
174. Rimoldi SG, Pileri P, Mazzocco MI, Romeri F, et al. The Role of *Staphylococcus aureus* in Mastitis: A Multidisciplinary Working Group Experience. *J Hum Lact* 2020 Aug;36(3):503-509. doi: 10.1177/0890334419876272.
 175. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, et al. Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* 2016 Jan 30;387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2.
 176. Ru X, Huang X, Feng Q. Successful Full Lactation Achieved by Mothers of Preterm Infants Using Exclusive Pumping. *Front Pediatr* 2020 Apr 24; 8:191; doi: 10.3389/fped.2020.00191.
 177. Rudzinski P, Lopuszynska I, Pazik D, Adamowicz D, et al. Emergency contraception - A review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2023 Dec; 291:213-218; doi: 10.1016/j.ejogrb.2023.10.035.
 178. Ryan SA, Ammerman SD, O'Connor ME; Committee on Substance Use and Prevention; Section on Breastfeeding. Marijuana Use During Pregnancy and Breastfeeding: Implications for Neonatal and Childhood Outcomes. *Pediatrics* 2018 Sep;142(3):e20181889; doi: 10.1542/peds.2018-1889.
 179. Salvatori G, Casero D, Barbaglia M, Cazzato C et al. Diggiuno procedurale e pre-operatorio: quanto deve durare? *Pediatria* 2024; 6: 15-16; https://sip.it/wp-content/uploads/2024/07/Pediatria6_WEB_pag_15-17.pdf
 180. Sarkar M, Bramham K, Moritz MJ, Coscia L. Reproductive health in women following abdominal organ transplant. *Am J Transplant* 2018 May;18(5):1068-1076. doi: 10.1111/ajt.14697.
 181. Schleiff MJ, Nambiar D, Yimer FN, Varallyay NI, et al. Is breastfeeding 'exclusive'? Barriers facing global health professionals and proposed solutions. *PLOS Glob Public Health*. 2025 Mar 26;5(3):e0004377. doi: 10.1371/journal.pgph.0004377
 182. SINU (Società Italiana di Nutrizione Umana). Livelli di assunzione di riferimento di nutrienti ed energia (LARN). Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU) 2024, V Revisione. ISBN: 978-8886154765; Editore Biomedica, Milano
 183. Smith HA, Becker GE. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 Aug 30;2016(8):CD006462. doi: 10.1002/14651858.CD006462.pub4.
 184. Soussan C, Gouraud A, Portolan A, Jean-Pastor MJ et al. Drug induced adverse reactions via breastfeeding: a descriptive study in the French Pharmacovigilance Database. *Eur J Clin Pharmacol* 2014;70(11): 1361-6. doi: 10.1007/s00228-014-1738-2.
 185. Tappin D, Mitchell EA, Carpenter J, Hauck F, et al. Bed-sharing is a risk for sudden unexpected death in infancy. *Arch Dis Child* 2023 Feb;108(2):79-80. doi: 10.1136/archdischild-2021-322480.
 186. TAS (Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento al Seno) & TASf (Tavolo tecnico per la valutazione delle problematiche relative all'Allattamento al Seno e la contestuale necessità di trattamento con Farmaci)-Ministero della Salute. Position Statement sull'uso di farmaci da parte della donna che allatta al seno. *Medico e Bambino Pagine Elettroniche* 2018; 21(4). https://www.medicoebambino.com/?id=IPS1804_10.html
 187. TAS (Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento al Seno), Ministero della Salute. Allattamento al Seno nelle strutture sanitarie in Italia. Report sulla Survey Nazionale 2014. Ministero della Salute, 2015 Roma. https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_2256_allegato.pdf
 188. TAS (Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento al Seno), Ministero della Salute. La continuità del rapporto madre-bambino e il mantenimento dell'allattamento in caso di ricovero ospedaliero, DGISAN Ufficio 5, Ministero della Salute, 2021: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3091_allegato.pdf
 189. TAS (Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento al Seno), Ministero della Salute. Position Statement: Allattamento e Promozione della Salute Materno-Infantile: Focus sulla Salute Mentale. 2023; https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3341_allegato.pdf.
 190. TAS, SIP, SIN, ACP, FIMP, Collegi Universitari dei Direttori Scuole di Specialità di Pediatria e degli Ordinari di Pediatria, SIMP, SIGO, FNOMCeO, FNOPO, FNOPI, FNO-TSRM-PSTRP. La Formazione del Personale Sanitario sull'Allattamento. Raccomandazioni del Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento (TAS), delle Società scientifiche, degli Ordini e delle Associazioni professionali. Maggio 2020; https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_2976_allegato.pdf
 191. TASIP (Tavolo Tecnico Allattamento al Seno della Società Italiana di Pediatria). Il poster sulla conservazione del latte materno. *Pediatria* N° 3, marzo 2023. <https://sip.it/2023/05/15/il-poster-sulla-conservazione-del-latte-materno/>
 192. Task Force SUPC della Società Italiana di Neonatologia. Indicazioni sulla Prevenzione e Gestione del Collasso Postnatale (SUPC). SIN Marzo 2023. https://a2x6c0.emailsp.com/assets/2/MANUALE_SUPC_21_4.pdf
 193. Taylor EN & Wallace LE. Feminist breastfeeding advocacy and the problem of guilt. In Smith PH, Hausman BL & Labbok M (Eds). *Beyond Health, beyond choice: breastfeeding constraints and realities*. Pag 193-202. ISBN: 0813553164. Rutgers University Press 2012.
 194. Tham TN, Thinh LH, Quang NT, Thanh HD, et al. Optimising Neonatal Intensive Care: The Unmet Potential of Sustained Skin-to-Skin Contact in Preterm and High-Risk Infants. *J Clin Nurs* 2026 Mar 18. doi: 10.1111/jocn.70295.
 195. The Joint Commission. Preventing newborns falls and drops. *Quick Safety* 2018. <https://www.jointcommission.org/resources/quick-safety/alerts/preventing-newborn-falls-and-drops/>

- digitalassets.jointcommission.org/api/public/content/663baf3e0c1647358b4e8204b3f7a126?v=9410ee88
196. Thiagarajan KM, Arakali SR, Mealey KJ, Cardonick EH, et al. Safety considerations: breastfeeding after transplant. *Prog Transplant* 2013 Jun;23(2):137-46.
 197. Tornese G, Ronfani L, Pavan C, Demarini S, et al. Does the LATCH score assessed in the first 24 hours after delivery predict non-exclusive breastfeeding at hospital discharge? *Breastfeed Med* 2012 Dec;7(6):423-30. doi: 10.1089/bfm.2011.0120.
 198. Trahair ED, Kokosa S, Weinhold A, Parnell H, et al. Pilot Survey Assessing Lactation and Breastfeeding Experiences, Attitudes, and Knowledge Among Transfeminine Individuals. *Breastfeed Med* 2025 May;20(5):359-364. doi: 10.1089/bfm.2024.0290.
 199. UNICEF UK. Having meaningful conversations with mothers: a guide to using the Baby Friendly signature sheets. UNICEF UK; The Baby Friendly Initiative, 2025; <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2018/10/Having-meaningful-conversations-with-mothers.pdf>
 200. UNICEF, WHO (World Health Organization). Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE. Ten steps to successful breastfeeding, from UNICEF and the World Health Organization. WHO 2018 <https://www.unicef.org/media/95191/file/Baby-friendly-hospital-initiative-implementation-guidance-2018.pdf>
 201. USAID, ENN, IFE Core Group 2025 <https://www.ihan.es/wp-content/uploads/2025/09/Supporting-wet-nursing-during-emergencies-ENGLISH.pdf>
 202. Van Der Wekken-Pas L, Kleuskens M, Bekker C, Van Leeuwen L, et al. Factors influencing counseling on infant feeding options: a qualitative study with women living with HIV and their healthcare professionals in a high-income setting. *AIDS Care* 2026 Jan 27;1-12. doi: 10.1080/09540121.2025.2611072.
 203. Vargas-Perez S, Hernández-Martínez C, Voltas N, Arijá V, et al. Early breastfeeding as protective factor for preschool emotional and behavioral health. *Eur J Pediatr* 2025 Dec 24;185(1):38. doi: 10.1007/s00431-025-06666-9.
 204. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, et al.; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016 Jan 30;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
 205. Virassamy B, Caramia F, Savas P, Harris MA, et al. Parity and lactation induce T-cell-mediated breast cancer protection. *Nature* 2026 Jan;649(8096):449-459. doi: 10.1038/s41586-025-09713-5.
 206. Vlachou M, Kyrkou GA, Vivilaki V, Georgakopoulou VE, et al. Tobacco Smoke Exposure and Lactation. *Cureus* 2024 Nov 13;16(11):e73651. doi: 10.7759/cureus.73651.
 207. Walter JE, Heimall J. CMV-Seropositive Mothers of SCID: To Breastfeed or Not? *J Allergy Clin Immunol Pract* 2019 Nov-Dec;7(8):2866-2867. doi: 10.1016/j.jaip.2019.08.028
 208. Wang Y, Zhao T, Zhang Y, Li S, et al. Positive Effects of Kangaroo Mother Care on Long-Term Breastfeeding Rates, Growth, and Neurodevelopment in Preterm Infants. *Breastfeed Med* 2021 Apr;16(4):282-291. doi: 10.1089/bfm.2020.0358.
 209. Welle-Strand GK, Skurtveit S, Jansson LM, Bakstad B, et al. Breastfeeding reduces the need for withdrawal treatment in opioid-exposed infants. *Acta Paediatr* 2013 Nov;102(11):1060-6. doi: 10.1111/apa.12378.
 210. WHO (World Health Organization), UNICEF. Acceptable Medical Reasons for Use of Breast-Milk Substitutes. Geneva: Department of Child and Adolescent Health and Development. WHO 2009. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/81100633-298e-45c8-8c0c-db8da585faa4/content>
 211. WHO (World Health Organization). Global breastfeeding scorecard 2022: protecting breastfeeding through further investments and policy actions; WHO 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-NFS22.6>
 212. WHO (World Health Organization). Global Nutrition Targets 2025. Breastfeeding Policy Brief. WHO/NMH/NHD/14.7. Geneva: WHO 2014. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/149022/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf?sequence=1
 213. WHO (World Health Organization). Guida sul porre fine alla promozione inappropriata di alimenti per lattanti e bambini piccoli. 69^a Assemblea Mondiale della Sanità, A69/7 Add.1, Provisional Agenda item 12.1, Nutrizione materna, dei neonati e dei bambini, WHO 2016. http://www.ibfanitalia.org/wp-content/uploads/2017/08/who-guidance-A69-7-2016_it.pdf
 214. WHO (World Health Organization). Indicators for assessing breastfeeding practices. WHO/CDD/SER/91.14, Geneva 1991 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/62134/WHO_CDD_SER_91.14.pdf?sequence=1
 215. WHO (World Health Organization). Infant and young child feeding. WHO 2026; <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
 216. WHO (World Health Organization). Infant feeding for the prevention of mother-to-child transmission of HIV. WHO 2023b; <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ade44b1-647c-462d-9ac2-3f4e3dd874a8/content>
 217. WHO (World Health Organization). Kangaroo mother care: a clinical practice guide. Geneva: WHO; 2025a. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/newborn-health/kangaroo_mother_care_a_clinical_practice_guide.pdf?sfvrsn=4211ba4c_3
 218. WHO (World Health Organization). Scope and impact of digital marketing strategies for promoting breast-milk substitutes. Geneva: WHO 2022. <https://iris.who.int/handle/10665/353604>
 219. WHO (World Health Organization). The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva: WHO 1981. <https://www.who.int/publications/i/item/9241541601>
 220. WHO (World Health Organization). The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: Frequently Asked Questions (2017 Update), Geneva,

- Switzerland, WHO 2017. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254911/WHO-NMH-NHD-17.1-eng.pdf>
221. WHO (World Health Organization). Medical eligibility criteria for contraceptive use, sixth edition. Geneva: WHO 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 222. WHO (World Health Organization). WHO Guidance on regulatory measures aimed at restricting digital marketing of breast-milk substitutes. WHO 2023c. <https://iris.who.int/handle/10665/374182>
 223. WHO (World Health Organization). WHO Guidelines for complementary feeding of infants and young children 6-23 months of age. Geneva. WHO 2023c. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>
 224. World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use, sixth edition. Geneva: WHO; 2025b. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115583>
 225. Wiessinger DW, Smith LJ, Pitman T. The LLLI. Sweet Sleep: Nighttime and Naptime Strategies for Breastfeeding Family. The LLLI 2014. ISBN: 978-0345549914. Kindle Edition 2014
 226. Wilson J, Tay RY, McCormack C, Allsop S, et al. Alcohol consumption by breastfeeding mothers: Frequency, correlates and infant outcomes. *Drug Alcohol Rev* 2017 Sep;36(5):667-676. doi: 10.1111/dar.12473.
 227. Witt AM, Bolman M, Kredit S, Vanic A. Therapeutic Breast Massage in Lactation for the Management of Engorgement, Plugged Ducts, and Mastitis. *J Hum Lact* 2016 Feb;32(1):123-31. doi:10.1177/0890334415619439.

EDITOR

Riccardo Davanzo, Trieste (Italia)
riccardo.davanzo@gmail.com

PROGETTO GRAFICO

Davanzographics, Trieste (Italia)
www.davanzographics.com

Stampato: settembre 2026

Con il contributo non condizionante di

