



La continuità del rapporto madre-bambino e il mantenimento dell'allattamento in caso di ricovero ospedaliero



Ministero della Salute

Il presente documento è stato sottoposto alla valutazione del Comitato di Bioetica dell'Istituto Superiore di Sanità e approvato nella seduta del 3 maggio 2021

Questo documento è attento alla prospettiva di genere e prevede che tutte le declinazioni di genere siano da intendersi sempre al maschile e al femminile (1; 2).

La continuità del rapporto madre-bambino e il mantenimento dell'allattamento in caso di ricovero ospedaliero

Indicazioni a cura del Gruppo di Lavoro multi-professionale 2020-2021

- Tavolo Tecnico Operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno (TAS) del Ministero della Salute
- Comitato Italiano per UNICEF - Fondazione Onlus
- Federazione Nazionale degli ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO)
- Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO)
- Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO)
- Società Italiana di Pediatria (SIP)
- Società Italiana di Neonatologia (SIN)
- Associazione Culturale Pediatri (ACP)
- Società di Medicina Perinatale (SIMP)
- Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO)
- Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT)
- Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO)
- Federazione Nazionale Ordini Professionali Infermieristiche (FNOPI)
- Federazione Nazionale degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione (FNO TSRM PSTRP)
- Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (CNOP)

Indice

P

Premesse 8

- I Diritti del Bambino 9
- Raccomandazioni sull'alimentazione infantile 9
- La relazione genitori-bambino 9

Obiettivo del presente documento 11

O

R

Relazione madre-bambino e allattamento: ruolo dell'ospedale 12

- Alla nascita 13
 - In seguito 13
 - Ricovero del bambino 13
 - Ricovero della madre 16
 - Trasmissione di infezioni da batteri ospedalieri, potenzialmente multi-resistenti²³
 - Acquisizione per via respiratoria e da contatto di infezioni virali 23
-

R

Raccomandazioni in caso di ospedalizzazione 25

- Per i decisori politici 26
 - Per i responsabili dell'assistenza ospedaliera 26
 - Per le figure professionali dello staff ospedaliero 27
- Ricovero del bambino 27*
Ricovero della mamma 28

Appendice 34

A

G

Gruppo di Lavoro multi-professionale 2020-2021 sulla continuità del rapporto madre-bambino e il mantenimento dell'allattamento in caso di ricovero ospedaliero 36

B

Bibliografia 41

- Box 1. Difficoltà con l'allattamento durante il ricovero di un bambino 15
 - Box 2. Spremitura manuale del latte materno 17
 - Box 3. Uso del tiralatte elettrico (Azienda USL Toscana Nord Ovest 2020) 20
 - Box 4. Conservazione e somministrazione del latte materno 22

 - Tavola 1. Vere e false controindicazioni ad allattare 31
-



Premesse

L'esigenza di elaborare questo documento trova il suo fondamento nelle motivazioni di seguito riportate.

➤ I Diritti del Bambino

La Convenzione ONU sui Diritti dell'infanzia e dell'Adolescenza, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite in data 20 novembre 1989 (3) e ratificata come Legge 27 maggio 1991, n° 176 dal Parlamento italiano (4) stabilisce che il bambino, fin dalla nascita, ha il diritto di essere accudito, non separato dai propri genitori (art. 9) e di godere del miglior stato di salute possibile (art. 24), documentatamente collegato anche all'allattamento. La separazione fra madre e bambino ed il non allattamento possono portare alla perdita di benefici in particolare connessi allo sviluppo fisico e psicologico del bambino, che sono tanto più preziosi, quanto più questi risulti vulnerabile da un punto di vista fisico, psichico e socio-familiare.

➤ Raccomandazioni sull'alimentazione infantile

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (www.who.int/health-topics/breastfeeding), il Ministero della Salute (www.salute.gov.it/portale/allattamento) (5) e le Società scientifiche pediatriche (Accademia Americana di Pediatria (6); Gruppo di Lavoro delle Società scientifiche pediatriche sull'Allattamento (7)) raccomandano l'allattamento esclusivo fino a 6 mesi di età compiuti, la sua prosecuzione anche in corso di alimentazione complementare e, in base al desiderio di mamma/bambino, anche fino a 2 anni di vita ed oltre. Si tratta di un forte richiamo in particolare ai policy makers (decisori) ed agli operatori sanitari a promuovere le buone pratiche per l'allattamento negli ospedali e nelle strutture socio-sanitarie territoriali, prendendo coerenti decisioni organizzative e implementando pratiche cliniche e protocolli assistenziali basati sulle evidenze scientifiche e condivisi dal personale in servizio. Un riferimento internazionale per le buone pratiche del Percorso Nascita è fornito dall'Iniziativa Ospedale e Comunità Amici delle Bambine e dei Bambini dell'WHO-UNICEF (8).

➤ La relazione genitori-bambino

Molti studi hanno evidenziato come nei bambini piccoli, privati o separati per motivi diversi dalla madre, possa manifestarsi a breve e a lungo termine una serie di conseguenze non solo emotive, ma anche di natura biologica (9–13). Anche le Indicazioni ad interim dell'Istituto Superiore della Sanità su gravidanza, parto ed allattamento, pur prodotte e finalizzate all'assistenza nei Punti Nascita in periodo di pandemia da COVID-19, ribadiscono l'importanza della tutela della relazione genitore-bambino (14). Tutelare la relazione genitore-figlio è funzionale ad evitare lo stress prodotto dalla sepa-

razione che, nei primi anni di vita, potrebbe determinare ripercussioni importanti, tanto da essere definito da alcuni autori come “stress tossico” (15–17).

Inoltre, impedire che il genitore stia assieme al figlio ammalato complica la gestione dell'assistenza nei confronti di un bambino ospedalizzato (necessità di somministrare i pasti, di fornire igiene e pulizia, di affrontare l'irrequietezza/agitazione del bambino).

Obiettivo del presente documento

Il presente documento ha l'obiettivo di permettere alla madre che allatta di poter stare con il proprio bambino in caso di ospedalizzazione, riducendo così il rischio di interruzione dell'allattamento.



Relazione madre-bambino e allattamento:
ruolo dell'ospedale

➤ Alla nascita

- Il dipartimento materno infantile aziendale si trova nella posizione strategica di promuovere e facilitare, fin dalla gravidanza nell'ambito del Percorso Nascita, le buone pratiche di protezione, promozione e sostegno della relazione madre-bambino e l'avvio dell'allattamento in sala parto, nel primo post partum e in puerperio (18–20)
- Nel caso di neonati fisiologici la vicinanza fra genitori-bambino e l'avvio dell'allattamento sono facilitati dalla pratica del contatto pelle a pelle (skin to skin contact) adeguato per modalità e tempi (21; 22) e da quella del rooming-in (18; 23). Il rooming-in è possibile anche nel caso in cui le condizioni cliniche materne richiedono attenzioni o assistenza particolari, sempre che non si renda necessario il trasferimento della madre in terapia sub-intensiva/intensiva. Nel caso di neonati patologici o ad alto rischio, la relazione genitori-bambino, la kangaroo mother care (24) e l'avvio dell'allattamento sono facilitati dall'accesso (illimitato o quanto più estensivo possibile) dei genitori nelle Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) e dal loro coinvolgimento nell'accudimento del proprio bambino come parte integrante delle cure (25). L'Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini per le Unità Neonatali (Neo- BFHI) (26; 27) rappresenta un progetto strutturato di riferimento. Qualora nelle UTIN non sia disponibile il latte della propria madre va privilegiato l'utilizzo del latte umano donato di banca (28).

➤ In seguito

- L'ospedale mantiene anche successivamente alla nascita un ruolo rilevante nel garantire la continuità del rapporto genitori-bambino e nel facilitare la prosecuzione dell'allattamento, in particolare ogni qualvolta un elemento della coppia madre-bambino sia ricoverato.
- **L'ospedalizzazione della madre o del bambino dovrebbe implicare una presa in carico complessiva della famiglia. Lo staff ospedaliero dovrebbe tradurre questo obiettivo di lavoro in protocolli assistenziali specifici, adeguati e condivisi per proteggere la relazione genitori-bambino, mantenere unita per quanto possibile la famiglia e tutelare l'allattamento, tenendo naturalmente conto delle scelte familiari. Questi protocolli vanno sostenuti da una policy della struttura sanitaria.**

➤ Ricovero del bambino

Il bambino, in caso di malattia o di esecuzione di accertamenti diagnostici, può essere

ricoverato (Box 1) in vari reparti ospedalieri, più spesso, presso la pediatria, la patologia neonatale, il pronto soccorso, la chirurgia-pediatria o in caso di gravi condizioni generali in un'Unità di Terapia Intensiva Neonatale (TIN o UTIN), di Terapia Intensiva Pediatrica (TIP) o in una rianimazione pediatrica. La modalità di alimentazione di un bambino alla dimissione dall'ospedale, dopo adeguato trattamento per una patologia medica (per esempio una pielonefrite) o per una patologia chirurgica (per esempio ernia inguinale o invaginazione intestinale, ecc...), non è irrilevante, visti gli effetti a lungo termine dell'allattamento (29). In letteratura è stato, in particolare, messo in evidenza il problema delle madri di bambini affetti da bronchiolite, comune patologia tipica del primo anno di vita, le quali dichiarano di non aver ricevuto durante il ricovero l'atteso sostegno sull'allattamento (30).



- La gestione dell'allattamento/mantenimento della produzione di latte è un problema da affrontare fin dal momento del ricovero, in quanto spesso già compromesso nei giorni precedenti per le condizioni di salute del bambino (poppate difficoltose, suzione debole, ecc...).
- L'impedimento dell'accesso della madre/genitore al reparto di cura del figlio o della vicinanza fra madre e bambino è realmente giustificato solo in rare situazioni logistico-organizzative. Il tipo di alimentazione del bambino (se allattato dalla madre o meno) non deve peraltro condizionare l'accesso illimitato (24/24 h) di almeno uno e per quanto possibile di entrambi i genitori.

Box 1. Difficoltà con l'allattamento durante il ricovero di un bambino

<i>Difficoltà</i>	<i>Strategie/soluzioni/commenti</i>
<p>Un bambino ricoverato in ospedale spesso presenta difficoltà con l'allattamento (rifiuto del seno, difficoltà di attacco al seno e di suzione, ecc...) principalmente legate alla sua sintomatologia (dispnea, vomito, diarrea, febbre, sintomatologia dolorosa, ecc...).</p> <p>Una madre stressata e preoccupata per le condizioni di salute del bambino può incontrare difficoltà con l'allattamento al punto da veder ostacolata l'emissione del latte dal seno con conseguente aumentato rischio di ingorgo mammario e di ridotta produzione di latte.</p>	<p>Un sostegno emotivo, motivazionale e pratico per mantenere il rapporto madre- bambino e l'allattamento e per gestire le più comuni difficoltà.</p> <p>In assenza di attacco diretto al seno, la spremitura del latte materno e la sua somministrazione al bambino con metodi adeguati alle sue condizioni cliniche (siringa, cucchiaino, tazza, sondino naso-gastrico o eventualmente con biberon) consente di mantenere la lattazione, ridurre il rischio di ingorgo mammario e garantire una nutrizione orale/enterale di maggior qualità.</p>
<p>Un bambino, pur in grado di succhiare al seno, può essere messo a digiuno o può essere sottoposto a schemi di alimentazione rigidi in occasione dell'esecuzione di indagini strumentali, di un intervento chirurgico o come parte della cura.</p>	<p>Vanno applicati i limiti minimi di digiuno che sono internazionalmente riconosciuti (31; 32).</p> <p>Per un bambino che assume latte materno:</p> <ul style="list-style-type: none">• 2 h prima di una procedura anestesiológica• 4 h prima di un intervento chirurgico o di un'indagine del tubo digerente <p>Per un bambino che assume formula latteá:</p> <ul style="list-style-type: none">• 4 h prima di una procedura anestesiológica• 6 h prima di un intervento chirurgico o di un'indagine del tubo digerente <p>Vanno osservati i segnali del bambino per un allattamento/nutrizione secondo le sue tempistiche, a meno di una precisa prescrizione medica. La collaborazione con i genitori in reparto facilita questo aspetto organizzativo.</p>

➤ Ricovero della madre

- L'autorizzazione all'accesso del bambino al reparto è subordinata alle condizioni di salute della madre.
- Nella maggioranza dei casi è possibile e preferibile che la donna ospedalizzata continui ad allattare. Molte condizioni ritenute incompatibili con l'allattamento, alla luce delle attuali evidenze scientifiche, vanno intese come false avvertenze o come ostacoli ad allattare piuttosto che reali controindicazioni (Box 1) (33).
- Va evitata, per quanto possibile, l'improvvisa interruzione dell'allattamento, dal momento che può generare problemi di salute e di comportamento sia nel bambino (agitazione, pianto, difficoltà ad alimentarsi), che nella madre (ansia, rischio di ingorgo e mastite).
- La donna andrebbe ricoverata in una stanza singola per consentirle di tenere con sé non solo il bambino, ma anche un familiare/caregiver, che la supporti nella gestione del bambino e le consenta di riposare.
- La presenza del bambino con la mamma in un reparto non pediatrico implica un'attitudine all'accoglienza, che coinvolge anche i professionisti delle unità operative competenti (pediatra, neonatologo/a, ostetrico/a, infermiere pediatrico). Dovrebbe essere fornita una culletta e, in caso di bisogno, prevedere l'eventuale aiuto competente.
- Il personale sanitario del reparto di ricovero dovrebbe essere informato sulle motivazioni relazionali e di salute che suggeriscono di tenere assieme madre e bambino (34) e dovrebbe fornire alla madre l'assistenza logistica necessaria per facilitare il mantenimento della lattazione anche se il bambino, per vari motivi, non può attaccarsi al seno. Interventi finalizzati ed efficaci per mantenere in questo caso la nutrizione con latte materno sono in particolare la spremitura del seno (Box 2, Box 3) (35), la conservazione del latte materno (Box 4) e l'offerta al bambino del latte materno spremuto (36–41).
- Qualora non sia stato possibile allattare direttamente al seno durante il ricovero, la donna va informata sulla possibilità di riprendere normalmente l'allattamento alla fine del periodo di ospedalizzazione. In questo caso potrà giovare del supporto di servizi e risorse territoriali a sostegno dell'allattamento.
- Per un bambino ospitato assieme alla madre in ambiente ospedaliero il rischio di acquisire un'infezione va attentamente valutato. Bisogna considerare essenzialmente due distinti rischi: 1) la trasmissione di infezioni da batteri ospedalieri, potenzialmente multi-resistenti; 2) l'acquisizione per via respiratoria e da contatto di infezioni virali.

Box 2. Spremitura manuale del latte materno

Video didattici



<https://www.youtube.com/watch?v=0CJBHXiJ10Q>

<https://www.Illitalia.org/risorse/video>

<https://med.stanford.edu/newborns/breastfeeding>

La spremitura del latte materno risulta utile ogniqualvolta il bambino non possa succhiare direttamente al seno. La spremitura del latte materno di fatto riesce a sostituire la mancata stimolazione ed il mancato continuo drenaggio della mammella da parte del bambino. Drenando le mammelle, la madre può ridurre il rischio di ingorgo, mastite e può mantenere la produzione di latte.

La spremitura del seno risulta utile in caso di ospedalizzazione sia della madre, che del bambino.

- In caso di ricovero di un bambino alla nascita o in epoche successive gli operatori sanitari, in particolare quelli della UTIN e/o Patologia Neonatale, della Pediatria, Pronto Soccorso, della TIP, della Chirurgia pediatrica e della Rianimazione pediatrica sono chiamati a sostenere la mamma ed a fornire alla madre che allatta semplici ed efficaci informazioni per avviare o mantenere l'allattamento, possibilmente direttamente al seno. Di fronte ad un bambino con ostruzione nasale, per esempio, si suggerisce alla madre di pulire il naso, di far estendere leggermente il capo del bambino, di sostenerlo in una posizione in cui tronco e capo siano allineati per consentirgli di sfruttare al meglio la sua ridotta forza di suzione. Si potrà anche condurre la poppata in posizione semi-reclinata, che permette al bambino di essere contenuto e stabile e di utilizzare le proprie competenze innate per raggiungere il seno ed attaccarsi in una maniera per lui più congeniale.
- Per mantenere la produzione di latte materno il professionista sanitario potrà anche ricorrere ad interventi come la spremitura del latte materno, accompagnato da in-

dicazioni sulla sua conservazione e successiva somministrazione al bambino. Per la spremitura del seno, l'equipe ospedaliera che ha in cura la madre può far riferimento alle competenze dello staff dell'Ostetricia e/o di quello della Neonatologia, che hanno maggior consuetudine con la gestione dell'allattamento. Questa collaborazione tuttavia non va intesa come delega permanente dei problemi relativi all'allattamento. È infatti opportuno che si sviluppino competenze autonome e si definiscano semplici protocolli dedicati a favorire la spremitura del latte materno ed il mantenimento dell'allattamento.

- La spremitura manuale dovrebbe essere già stata insegnata alla madre, sia all'interno del corso di accompagnamento alla nascita (CAN), sia nell'UO di Ostetricia dopo il parto. In caso contrario, è importante che la madre possa ricevere informazioni corrette e aiuto pratico per acquisire le competenze necessarie per spremere il seno correttamente e per utilizzare efficacemente un tiralatte idoneo (elettrico, se disponibile, possibilmente doppio con spremitura simultanea ai due seni e uso attivo delle mani della mamma sul seno, per economizzare sui tempi e rendere la manovra più efficiente). La spremitura manuale può anche essere proposta ogni qualvolta la spremitura mediante tiralatte risulti dolorosa. Per dettagli ed accorgimenti sulla spremitura del latte materno si rimanda anche ad altre pubblicazioni ed a video didattici disponibili online.
- Anche il personale dei corsi di accompagnamento alla nascita nel caso della madre ospedalizzata può contribuire a sostenere il padre o altro familiare accudente (caregiver), fornendo le informazioni adeguate a sostenere la madre nel suo percorso di ospedalizzazione.
- Si ricordano alcuni utili accorgimenti per condurre una spremitura manuale efficace ed appropriata:
 - a. Favorire un ambiente che garantisca alla madre comfort, privacy e rispetto dei tempi.
 - b. Fare la spremitura preferibilmente accanto al bambino per facilitare l'attivazione psicologica del riflesso ossitocinico di emissione del latte.
 - c. Lavare accuratamente le mani.
 - d. Ammorbidire il seno e stimolare il riflesso dell'ossitocina prima dell'inizio della spremitura attraverso un massaggio che comprenda tutte le parti del seno, compreso il capezzolo.

- e. Mettere il pollice a circa 3 cm dalla base del capezzolo e le altre dita dal lato opposto del capezzolo, sempre a circa 3 cm dalla base del capezzolo.
- f. Sporgersi in avanti sul contenitore, premere verso la cassa toracica con indice e pollice, senza tirare e senza far scivolare le dita sulla pelle. Comprimere quindi il seno e poi rilasciare la pressione. Ripetere la sequenza più volte, facendo attenzione a non far scivolare le dita, né spremere il capezzolo.
- g. Spostare la posizione di indice e pollice in maniera circolare, per drenare tutti i settori del seno.
- h. Tener presente che potrebbero passare anche 1 o 2 minuti prima che il latte esca. Se il latte non esce, provare a spostare le dita avvicinandole o allontanandole. Informare la madre che le prime volte potrebbe risultare difficile eseguire la spremitura, ma che con la pratica diventa una manovra progressivamente più semplice.
- i. Considerare che la durata della spremitura non è una questione di tempo, ma di efficacia (quantità di latte ottenuta dalla spremitura). Nei primi giorni dopo il parto per avviare l'allattamento si consiglia di spremere il seno per almeno 20 minuti per volta almeno 8 volte nelle prime 24 ore, iniziando entro 6 ore dalla nascita in caso di separazione del neonato.
- j. Spremere una mammella e spostarsi sull'altra quando non esce più latte dalla prima; spremere quindi la seconda mammella e ripetere la manovra alternando le mammelle fino a che continua la fuoriuscita di latte. Durante queste manovre non si deve sentire dolore.

Box 3. Uso del tiralatte elettrico (Azienda USL Toscana Nord Ovest 2020)

Un'adeguata tecnica di spremitura del seno consente di ottenere il massimo volume di latte con la più alta concentrazione di grassi, dal momento che la concentrazione di grasso nel latte materno è maggiore nella parte finale della quantità spremuta rispetto alla parte iniziale. Una chiara e semplice informazione sull'utilizzo del tiralatte serve alla madre anche per evitare l'insorgere di microtraumi e di lesioni al capezzolo e al seno derivanti da uso inappropriato del tiralatte o di coppe di misure non adatte alle dimensioni dei capezzoli.

Si ricordano alcuni utili accorgimenti per condurre una spremitura mediante tiralatte elettrico efficace ed appropriata:

- a. Favorire un ambiente che garantisca alla madre comfort, privacy e rispetto dei tempi.
- b. Usare il tiralatte preferibilmente accanto al bambino per facilitare l'attivazione psicologica del riflesso ossitocinico di emissione del latte.
- c. Lavare accuratamente le mani.
- d. Ammorbidire il seno e stimolare il riflesso dell'ossitocina prima dell'inizio della spremitura attraverso un massaggio che comprenda tutte le parti del seno, compreso il capezzolo, per 1-2 minuti.
- e. Utilizzare un tiralatte elettrico ad uso ospedaliero usando simultaneamente le 2 coppe che devono essere della misura adatta alla conformazione del seno.
- f. Regolare la forza di vuoto al livello massimo che non dia fastidio (dopo qualche minuto probabilmente si potrà aumentarla un po') e contemporaneamente usare le mani attivamente sul seno per massaggiarlo e per comprimerlo, mentre il tiralatte lavora, continuare con massaggio e compressione su un seno e dopo sull'altro. Le zone migliori dove usare le mani sono le parti del seno dove si sente più tensione e quelle che, comprimendole, generano un flusso maggiore di latte. Quando il flusso di latte è finito o quasi, spegnere il tiralatte.
- g. Fare una pausa di pochi minuti per massaggiare nuovamente i seni, curando in maniera particolare le zone periferiche.
- h. Ricominciare ad estrarre il latte con il tiralatte da un seno alla volta singolarmente, sempre usando attivamente le mani per massaggiare e comprimere. In questa fase, se preferito, si può anche drenare il seno con la spremitura manuale. Qualsiasi tecnica venga utilizzata, si alternano i seni diverse volte, fino a che il latte esce. Anche se si ottiene solo una piccola quantità di latte, la spremitura stimola comunque

la produzione di latte.

- i. La spremitura non deve far male. Qualsiasi manovra provochi dolore al seno ed al capezzolo può compromettere il benessere della madre e la produzione di latte ed è quindi necessario cercarne la causa e la soluzione.

Box 4. Conservazione e somministrazione del latte materno (42; 43)

- Il latte spremuto va messo in contenitori di vetro o plastica idonea e conservato in frigorifero ad una temperatura di 0-4 °C.
- Il latte rimasto fuori dal frigo a temperatura ambiente va somministrato entro 4 h.
- Sul contenitore va indicato il momento della spremitura del latte (data e ora) ed alcuni dati identificativi anagrafici per evitare la somministrazione di latte scambiato/sbagliato.
- In ambito ospedaliero i protocolli di conservazione a 0-4°C raccomandano di non superare i 4 giorni, anche se alcune fonti bibliografiche suggeriscono durate maggiori.
- Il latte così conservato, una volta riscaldato, può essere dato al lattante al seno, con il bicchierino, con la siringa, con il dispositivo di alimentazione supplementare al seno, con il biberon, col sondino naso-gastrico, a seconda del caso e delle condizioni del bambino.
- Prima d'essere proposti ed applicati si deve valutare se questi metodi di somministrazione del latte materno spremuto risultano appropriati nel contesto assistenziale specifico, tenuto conto di una serie di fattori quali la condizione clinica del bambino, inclusa la competenza a succhiare, a deglutire, a coordinare il ciclo suzione- deglutizione-respiro, il desiderio espresso dalla madre che ha avuto accesso a tutte le informazioni specifiche e individuali. In altre parole, si devono riconoscere e rispettare i segnali che giungono dal bambino e che indicano i tempi e le quantità per lui appropriati.
- La ripresa graduale dell'attacco fisiologico direttamente al seno dovrebbe essere un obiettivo condiviso fra madre e personale dell'UO ospedaliera, supportato da un'assistenza competente e concreta; peraltro rappresenta un segno che conferma la via della guarigione.

➤ Trasmissione di infezioni da batteri ospedalieri, potenzialmente multi-resistenti

Questo rischio è poco plausibile e praticamente trascurabile per un lattante sano, che di fatto è un semplice ospite, non sottoposto a procedure e tantomeno a manovre invasive. Il lavaggio preliminare delle mani da parte della madre e di chi si trovasse eventualmente a manipolare il bambino e l'utilizzo per il bambino della biancheria personale, rappresentano un ulteriore elemento di rassicurazione.

➤ Acquisizione per via respiratoria e da contatto di infezioni virali

- La possibile fonte di infezione è rappresentata da pazienti ricoverati o da operatori sanitari o da visitatori (44).
- Si calcola che le infezioni virali ospedaliere in epoca pre-COVID-19 ammontassero a circa il 5 % del totale delle infezioni ospedaliere (45; 46). Va precisato che una parte di queste infezioni resta comunque asintomatica e può essere identificata solo da analisi virologiche di sorveglianza.
- Per i reparti pediatrici la percentuale di infezioni respiratorie virali sale al 23 % del totale delle infezioni ospedaliere (45; 46). Gli interventi di controllo (anche mediante isolamento dei pazienti) della trasmissione delle infezioni respiratorie virali in ambito ospedaliero pediatrico sono efficaci nel ridurre il tasso di trasmissione. Uno studio statunitense ha documentato la riduzione da 0.8 a 0.5 episodi ogni 1.000 giornate di ricovero ospedaliero (47) mentre uno studio messicano su lattanti ha evidenziato la riduzione da 6.09 a 1.46 episodi ogni 100 pazienti (48).
- La trasmissione intraospedaliera da paziente affetto da specifica infezione virale agli altri pazienti ricoverati nello stesso reparto è fenomeno noto (49). Come esempi si ricorda che il 25 % dei pazienti adulti si infetta col virus dell'influenza di tipo B in corso di micro-epidemia ospedaliera (50); la trasmissione dell'infezione del virus respiratorio sinciziale fra bambini ospedalizzati è in media del 28.5 % (51). Nella popolazione pediatrica ricoverata nel periodo inverno-primavera il rischio di contrarre un'infezione respiratoria virale dal compagno di stanza è pari al 3% (52).
- Mancano invece informazioni precise sul rischio generico di acquisire un'infezione respiratoria virale nelle unità operative diverse da quelle ove si ricoverano pazienti infettivi, come ad esempio in un reparto di pediatria. Questo rischio, normalmente molto basso, si accentua nel periodo da novembre a marzo/aprile, in cui tipicamen-

te si manifestano le infezioni respiratorie. Durante la fase epidemica/pandemica di un'infezione potenzialmente grave come quella da SARS-CoV-2 si ricorda l'obbligatorietà dell'osservanza delle disposizioni per la prevenzione dell'infezione come l'utilizzo di mascherine, il distanziamento fisico e l'accurata igiene delle mani (53).

- Indipendentemente dalla fase pandemica, l'accesso degli operatori alla stanza di ricovero di mamma e bambino, va effettuato secondo le vigenti procedure di prevenzione della trasmissione delle infezioni ospedaliere.
- Nell'ambito della suddetta pandemia da SARS-CoV-2 si considera sicuro il contatto intimo fra madre COVID-19 positiva ed il bambino anche allattato, sempre che vengano seguite le norme sopra citate di controllo della trasmissione dell'infezione (17; 54; 55).



Raccomandazioni in caso di
ospedalizzazione

➤ Per i decisori politici

In considerazione della priorità sociale e sanitaria di tutelare la relazione madre-bambino e la salute materno-infantile durante l'ospedalizzazione di mamma e/o bambino, è opportuna la definizione di linee di indirizzo nazionali sull'applicazione delle buone pratiche secondo quanto riportato nel presente documento.

La loro applicazione potrebbe essere inserita tra gli obiettivi di performance delle strutture.

➤ Per i responsabili dell'assistenza ospedaliera

- I direttori generali, sanitari, di dipartimento, di struttura complessa ed i responsabili di unità operativa semplice, in considerazione dell'essenziale importanza di mantenere unita la diade mamma/bambino e di promuovere e proteggere la prosecuzione dell'allattamento, durante l'ospedalizzazione successiva alla nascita, sono chiamati ad implementare specifiche soluzioni organizzative e ad applicare adeguati protocolli assistenziali, redatti secondo le evidenze disponibili e condivisi con personale sanitario adeguatamente formato.
- In particolare, sarebbe necessario prevedere una politica ospedaliera (policy) con relative procedure, che garantisca la presenza del genitore in caso di ricovero ospedaliero e che faciliti la presenza del bambino e di un familiare/caregiver nel caso di ricovero ospedaliero della madre.
- La policy prevede l'uso di un modulo di consenso informato, nel caso la madre desideri tenere con sé un bambino d'età inferiore ai 6 mesi durante il proprio ricovero in un reparto diverso da quelli di ostetricia e ginecologia, neonatologia o pediatria. L'Appendice propone il nucleo essenziale del modulo di consenso informato, approvato dal Comitato di Bioetica dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). La veste definitiva del modulo stesso va declinata a livello dell'azienda ospedaliera, ricorrendo eventualmente al contributo del locale comitato etico.
- La politica suddetta implica l'identificazione e l'organizzazione delle risorse umane e materiali disponibili (ospedaliere e territoriali) in modo da poter trovare una soluzione al sostegno non solo dell'allattamento, ma più in generale della vicinanza di madre/genitore-bambino.
- Nel caso di ricovero del bambino, i protocolli specifici devono anche prevedere la fornitura ai reparti ospedalieri, più direttamente interessati, dei presidi necessari per la spremitura del latte materno finalizzata a facilitare e sostenere l'allattamento, nel caso in cui il bambino non possa attaccarsi direttamente al seno. In questo senso

appare particolarmente importante l'informazione e/o formazione (essenziale e sufficiente) del personale che verrà a contatto con mamma e bambino (34).

- Dal momento che, in caso di ricovero del bambino, la vicinanza con la madre e l'alimentazione/nutrizione con il latte materno possono migliorare il decorso clinico, la terapia va integrata con la promozione ed il sostegno della relazione madre-bambino e dell'allattamento.
- Durante la permanenza in ospedale va mantenuta l'attenzione verso l'igiene di tutti gli oggetti che entrano in contatto con il neonato e si provvederà ad un'attenta pulizia dei kit di raccolta del latte materno e dei mezzi per somministrarlo (bicchierino o biberon).
- In caso di ricovero della mamma si raccomanda di implementare la gestione congiunta di madre e figlio (rooming-in), in particolare nei primi 6 mesi di vita, ogni qualvolta le condizioni strutturali e organizzative lo permettano o, in alternativa, si raccomanda di consentire la possibilità che il bambino, in particolare se allattato, possa accedere al reparto dove la madre è ricoverata, provenendo da casa o dal reparto di pediatria- neonatologia, dove può essere ospitato.

➤ Per le figure professionali dello staff ospedaliero

Ricovero del bambino

Nel caso di ricovero del bambino per malattia o intervento chirurgico o procedure diagnostiche il team pediatrico o neonatologico dovrebbe:

- garantire la continuità della relazione e della vicinanza genitori-bambino per tutta la durata della degenza, come parte integrante delle cure, prevedendo un accesso illimitato H24 al reparto di almeno uno e per quanto possibile di entrambi i genitori.
- se il bambino è allattato, tener presente che il latte materno in questo contesto è ancora più prezioso, viste le sue caratteristiche nutrizionali e biologiche;
- sostenere l'allattamento parallelamente alla terapia;
- incoraggiare le poppate al seno, a meno che queste non risultino realmente controindicate dalla situazione clinica del bambino;
- incoraggiare la madre a spremere il latte (manualmente o col tiralatte) per poterlo comunque somministrare, quando il bambino non risulti capace di attaccarsi direttamente al seno a causa della malattia;
- riconoscere che il digiuno imposto prima di una procedura anestesiológica o di un intervento chirurgico può essere ridotto in sicurezza da 4h a 2h nel bambino allattato rispetto a quello nutrito con formula lattea. Peraltro questi tempi, indicati dall'Inter-

national Committee for the Advancement of Procedural Sedation, non vanno intesi come assoluti, vista la possibilità di accorciarli, quando i volumi introdotti per via orale risultino minimi (32).

- considerare, in casi particolari, qualora manchi transitoriamente il latte materno e in accordo con la famiglia, l'ipotesi dell'utilizzo del latte umano di banca (28).

Ricovero della mamma

Nel caso di ricovero della mamma il personale sanitario delle UU.OO. in generale ed in particolare di quelle d'area materno-infantile dovrebbe:

- considerare le particolari esigenze di una donna ospedalizzata con un figlio che prende latte materno o formulato;
- esplorare le intenzioni della famiglia riguardanti l'eventuale gestione congiunta del bambino e la prosecuzione dell'allattamento; in tale caso sarà opportuno condividere un piano di assistenza individualizzato da un lato sull'accudimento e l'alimentazione del bambino e dall'altro sulle scelte farmacologiche per la madre compatibili, per quanto possibile, con l'allattamento sulla base di consulenze presso i centri anti-veleni (per esempio il Centro Antiveneni dell'Ospedale di Bergamo; numero verde attivo 24/24 h: 800883300) e del ricorso a banche dati (per esempio Drugs and Lactation Database LactMed; E-Lactancia) o a documenti aggiornati (56);
- avere un approccio basato su evidenze per quanto riguarda la valutazione della compatibilità dei farmaci in allattamento. Qualora ci fossero dubbi sulla sicurezza per il lattante per la somministrazione alla donna che allatta di sostanze chimiche e farmaci, va fatto riferimento a fonti bibliografiche autorevoli, con attitudine positiva nei confronti dell'allattamento (57);
 - la somministrazione alla madre di anestetici, farmaci, mezzi di contrasto radiologici o radionuclidi raramente giustifica la sospensione dell'allattamento con l'obiettivo di evitare effetti collaterali nel lattante (Tavola 1).
 - la multipla somministrazione parenterale di farmaci (per es.: antibiotici, oppioidi, insulina, eparine a basso peso molecolare, ecc.) non è di per sé motivo per controindicare in maniera automatica l'allattamento, visto il loro scarso o nullo passaggio nel latte materno ed il trascurabile assorbimento da parte dell'intestino del bambino di una minima quota di farmaco eventualmente passata nel latte materno (58);
- implementare e rendere sostenibile sotto il profilo dell'organizzazione la gestione ospedaliera congiunta (rooming-in) del bambino (in particolare per bambini fino ai 6 mesi) e della donna quando questa lo desidera, se le sue condizioni cliniche lo

consentano, risulti sicuro per il bambino da un punto di vista sanitario e sussistano favorevoli condizioni logistiche;

- valutare se ci sia familiare o persona di fiducia disponibile a supportare la madre nell'accudimento del bambino durante la sua permanenza in ospedale;
- considerare che il rischio infettivo corso da un bambino allattato o in visita nella U.O. dove è ricoverata la madre, sulla base della plausibilità biologica sembrerebbe ridursi, qualora le caratteristiche logistiche e strutturali del reparto siano favorevoli, come nel caso di disponibilità di stanze singole, in osservanza delle procedure di prevenzione della trasmissione delle infezioni ospedaliere;
- offrire alla madre sostegno e aiuto adeguato e competente per mantenere l'allattamento durante il ricovero, attivando se necessario in modo tempestivo i professionisti specificamente dedicati all'assistenza di madre e bambino;
- prestare attenzione al supporto alla coppia madre-bambino in situazioni di disagio psichico (59–61);
- in caso di ricovero programmato, consigliare alla madre di fare scorta di latte materno spremuto nel periodo antecedente al ricovero per ridurre l'eventuale bisogno di formule per l'infanzia;
- comprendere come la situazione clinica della madre raramente rappresenta una vera controindicazione all'allattamento (62), che, per essere tale, deve procurare nocimento a madre e/o bambino in maniera tale da annullare tutti i ben noti benefici del latte materno (33);
- informare le madri sulle varie posizioni che possono facilitare l'allattamento dopo un periodo obbligato a letto (71, 72);
- considerare che in alcune situazioni come ad esempio dopo un'anestesia generale, la gestione del bambino richiede l'intervento di un caregiver diverso dalla madre per almeno 24 h;
- informare la donna ospedalizzata che un breve periodo di riduzione della produzione di latte materno è una risposta attesa e naturale allo stress materno dovuto alla malattia o all'intervento chirurgico e all'eventuale separazione dal bambino e la produzione di latte è destinata a tornare normale, qualora la madre accetti, nel rispetto del suo stato di salute, di condurre poppate più frequenti e prolungate;
- qualora non sia possibile allattare durante l'ospedalizzazione della madre o non sia possibile ospitare il bambino in ospedale sarà necessario applicare protocolli adeguati ed aggiornati per la spremitura, la conservazione e l'uso del latte spremuto ed il mantenimento della lattazione (Box 2, 3, 4).

Tabella 1.

Vere e false controindicazioni ad allattare
(6; 7; 58; 62–69)

Tavola 1. Vere e false controindicazioni ad allattare

<i>Situazione</i>	<i>Commento</i>
Malattie materne	<p>L'allattamento è attualmente controindicato per le persone che vivono con l'HIV/AIDS (70); tutte le altre condizioni materne sono o false controindicazioni (per es.: sclerosi multipla, rettocolite ulcerosa) o piuttosto ostacoli (per es: febbre).</p>
Assunzione materna di farmaci	<ul style="list-style-type: none">• Controindicati in particolare citostatici e antitumorali; per tutti gli altri fare aggiornata valutazione del rischio di assunzione di latte materno per il bambino, senza tenere nel frattempo in sospeso la prosecuzione dell'allattamento.• Il problema si pone essenzialmente per i prematuri ed i bambini sotto i 2 mesi di vita e per alcuni farmaci psicotropi e cardioattivi

Tavola 1. Vere e false controindicazioni ad allattare

<i>Situazione</i>	<i>Commento</i>
Anestesia	<p>Né l'anestesia locale, né quella loco-regionale (epidurale, spinale), né l'anestesia generale giustificano la sospensione dell'allattamento o il gettare via il primo latte</p>
Mezzi di contrasto (m.d.c.) (iodati ed a base di gadolinio)	<ul style="list-style-type: none"> • Passano in quote trascurabili. Sono sostanzialmente gli stessi m.d.c. che verrebbero dati al bambino in caso di indagini strumentali. • Non è necessario buttare il primo latte, né sospendere l'allattamento per 12 - 48 h. • Tutti i m.d.c. sono compatibili con l'allattamento tranne i 3 agenti gadopentetato dimeglumina, gadodiamide, gadoversetamide, considerati ad alto rischio di fibrosi sistemica nefrogenica, patologia peraltro non propria dell'età pediatrica.

Tavola 1. Vere e false controindicazioni ad allattare

<i>Situazione</i>	<i>Commento</i>
Radionuclidi	<ul style="list-style-type: none">• Consultare il medico di medicina nucleare per informazioni sull'emivita del radionuclide e gettare il latte spremuto per lo stretto tempo necessario suggerito dallo stesso medico di medicina nucleare.• Sospendere l'allattamento diretto al seno, ma drenare frequentemente e a fondo il seno per mantenere la produzione ed evitare l'ingorgo/mastite



Appendice

Bozza di un possibile modulo di consenso informato nel caso di ricovero materno

*Può valere per ricoveri anche in un reparto diverso da quello di Ostetricia & Ginecologia.
La veste definitiva del modulo va declinata a livello ospedaliero.*

Io sottoscritta (Cognome e Nome) nata il (), ricoverata nel reparto di (), tenuto conto che ho un figlio d'età inferiore ai 6 mesi di vita esprimo la seguente opzione (pregasi segnare quella corretta):

- mi sento in grado di gestire autonomamente il mio bambino in un regime di rooming-in;
- desidero avere la possibilità di ricevere visita da parte del mio bambino accolto in Pediatria/Neonatologia o proveniente da casa in occasione delle poppate, al seno o al biberon, e/o anche al di fuori delle poppate;
- preferisco vedere il bambino alla fine del ricovero e/o avere la possibilità di decidere più avanti:

Dichiaro inoltre d'essere consapevole che:

- il personale del reparto in cui sono ricoverata non può garantire l'assistenza specifica e specialistica al bambino e che quindi sarà necessaria la presenza di una figura di supporto di fiducia della famiglia (caregiver);
- esiste un basso rischio per il mio bambino di acquisire un'infezione respiratoria, in particolare virale, restando accolto in ambiente ospedaliero. Tale rischio, che può essere trascurabile applicando le vigenti misure di riduzione delle infezioni respiratorie, incluso l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuali (DPI) va bilanciato col rischio di sospensione definitiva dell'allattamento e di interruzione delle altre cure materne.





Gruppo di Lavoro multi-professionale
2020-2021 sulla continuità del rap-
porto madre-bambino e il manteni-
mento dell'allattamento in caso di ri-
covero ospedaliero

Tavolo Tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento al seno (TAS)

- | | | |
|---|------------------------------|---|
| ➤ | Riccardo Davanzo, Presidente | Istituto materno-infantile IRCCS
Burlo Garofolo (TS) |
| ➤ | Massimo Casciello | Ministero della Salute
Direttore Generale DGISAN |
| ➤ | Giuseppe Plutino | Ministero della Salute |
| ➤ | Roberto Copparoni | Ufficio 5 DGISAN |
| ➤ | Maria Grazia Privitera | Ministero della Salute
Ufficio 9 DGPRES |
| ➤ | Marco Silano | Istituto Superiore di Sanità (ISS) |
| ➤ | Ida Andreozzi | Coordinamento Sanità delle Regioni
e Province Autonome |
| ➤ | Chiara Giovannozzi | |
| ➤ | Guglielmo Salvatori | Rappresentante Medici Pediatri |
| ➤ | Giuseppe Canzone | Rappresentante Medici Ginecologi e Ostetrici |
| ➤ | Maria Vicario | Federazione Nazionale Ordini
delle Ostetriche (FNOPO) |
| ➤ | Chiara Toti | Associazioni e ONG per l'allattamento |
| ➤ | Vanda Lanzafame | Ministero dell'Università e Ricerca (MUR) |
| ➤ | Adriana Ciampa | Ministero del Lavoro e Politiche Sociali |
| ➤ | Alessandra Sgroi | Dipartimento per le Pari Opportunità |
| ➤ | Sabina Gainotti | Unità di Bioetica, Istituto Superiore di Sanità |
-

Società Scientifiche, Ordini e Associazioni Professionali

- Francesco Samengo, Presidente
 - Manuela D'Alessandro
 - Elise Chapin
 - Stefania Solare
 - Patrizia Cipriani
 - Marta Fiasco
 - Nicola Pinelli
 - Gianfranco Finzi, Presidente
 - Alberto Villani, Presidente
 - Giuseppe Banderali
 - Giovanni Corsello
 - Diego Peroni
 - Nicola Romeo
 - Annamaria Staiano
 - Fabio Mosca, Presidente
 - Marica Bettinelli
 - Maria Lorella Gianni
 - Massimo Agosti
 - Federica Zanetto, Presidente
 - Giuseppe Pagano
 - Anna Pedrotti
 - Gherardo Rapisardi
 - Gruppo di Lavoro "Nutrizione"
dell'ACP:
 - Sergio Conti Nibali
 - Adriano Cattaneo
 - Monica Garraffa
 - Lucio Piermarini
 - Luca Ramenghi, Presidente
 - Herbert Valensise, Vice Presidente
 - Antonio Chiantera, Presidente
 - Irene Cetin
 - Paola Pileri
 - Marcello Tavio, Presidente
 - Elio Castagnola
 - Claudio Mastroianni
- Comitato Italiano per l'UNICEF
Fondazione Onlus
- Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO)
- Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO)
- Società Italiana di Pediatria (SIP)
- Società Italiana di Neonatologia (SIN)
- Associazione Culturale Pediatri (ACP)
- Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP)
- Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia (SIGO)
- Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT)
-

Tecnici ortopedici: Silvia Guidi

Tecnici sanitari di laboratorio
biomedico: Fulvia Pasi; Maria
Rosaria Diodati; Alessia Cabrini

Tecnici sanitari di radiologia medica:
Teresa Calandra; Barbara Pelos

Tecnico della fisiopatologia
cardiocircolatoria e perfusione
cardiovascolare: Stefania Genova

Tecnico della riabilitazione
psichiatrica: Michela Di Matteo

Terapisti della neuro e della
psicomotricità dell'età evolutiva:
Chiara Ricci; Camilla Fontana;
Martina Sechi; Eleonora Buccilli

Terapisti occupazionali: Marta
Nobilia; Alessandra Palieri

Federazione Nazionale Ordini dei Tecnici Sanitari
di Radiologia Medica, delle Professioni Sanitarie
Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzio-
ne (FNO TSRM PSTRP)

B

Bibliografia

1. Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (2018). Linee Guida per l'uso del genere nel linguaggio amministrativo del MIUR. Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 12 Dec 2020].
2. (2019). Direttiva n. 2/2019 del 26 giugno 2019 del Ministro per la pubblica amministrazione e del Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con delega in materia di pari opportunità, recante «Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati unici di garanzia nelle amministrazioni pubbliche» e, in particolare, il paragrafo 3.5. (GU Serie Generale n.184 del 07-08-2019)). Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 5 Apr 2021].
3. Nazioni Unite (1989). Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. (New York: UNICEF). Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 21 Feb 2021].
4. Italia (1991). Legge 27 maggio 1991, n. 176 Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989. (GU Serie Generale n.135 del 11-06-1991 - Suppl. Ordinario n. 35). Disponibile al seguente [link](#)
5. World Health Organization Childhood overweight and obesity - homepage. Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 05 Jan 2019].
6. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 129 (3), e827-41. doi: 10.1542/peds.2011-3552.
7. Davanzo R., Maffei C., Silano M., Bertino E., Agostoni C., Cazzato T., Tonetto P., Staiano A., Vitiello R., Natale F., et al. (2015). Allattamento al seno e uso del latte materno/umano - Position Statement 2015 di Società Italiana di Pediatria (SIP), Società Italiana di Neonatologia (SIN), Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche (SICuPP), Società Italiana di Gastroenterologia Epatologia e Nutrizione Pediatrica (SIGENP) e Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP). (Documento condiviso dal TAS istituito presso il Ministero della Salute nella riunione del 15 settembre 2015). Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 29 Jan 2019].
8. UNICEF Italia (2021). Insieme per l'Allattamento. Disponibile a: <https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/> [Accesso: 9 Apr 2021].
9. Bowlby J. (1982). Attachment and Loss, vol. 1: Attachment. (New York: Basic Books).
10. Bowlby J., Robertson J. (1954). A 2-year-old goes to hospital. Proceedings of

the Royal Society of Medicine-London 46(6), 425-427.

11. Cooklin A. R., Giallo R., D'Esposito F., Crawford S., Nicholson J. M. (2013). Postpartum maternal separation anxiety, overprotective parenting, and children's social-emotional well-being: Longitudinal evidence from an Australian cohort. *Journal of Family Psychology* 27(4), 618. doi:
12. Jaafar S. H., Ho J. J., Lee K. S. (2016). Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 8(8), CD006641. doi: 10.1002/14651858.CD006641.pub3.
13. Abulizi X., Pryor L., Michel G., Melchior M., van der Waerden J., on behalf of The EDEN Mother-Child Cohort Study Group (2017). Temperament in infancy and behavioral and emotional problems at age 5.5: The EDEN mother-child cohort. *PLoS One* 12(2), e0171971. doi: 10.1371/journal.pone.0171971.
14. Giusti A., Zambri F., Marchetti F., Corsi E., Preziosi J., Sampaolo L., Pizzi E., Taruscio D., Salerno P., Chiantera A., et al. (2021). Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19. Aggiornamento del Rapporto ISS COVID-19 n. 45/2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2021). (Roma: Istituto Superiore di Sanità). Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 25 Feb 2021].
15. Levine S. (2005). Developmental determinants of sensitivity and resistance to stress. *Psychoneuroendocrinology* 30(10), 939-946. doi: 10.1016/j.psyneuen.2005.03.013.
16. Shonkoff J. P., Garner A. S., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 129(1), e232-46. doi: 10.1542/peds.2011-2663.
17. Bergman N. J. (2019). Birth practices: Maternal-neonate separation as a source of toxic stress. *Birth Defects Res* doi: 10.1002/bdr2.1530.
18. Conferenza Stato-Regioni (2010). Accordo tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Accordo Governo-Regioni su Linee indirizzo promozione e miglioramento percorso nascita e riduzione taglio cesareo doi:

19. World Health Organization, UNICEF (2018). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby- friendly Hospital Initiative. (Geneva: World Health Organization). Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 15 Apr 2018].
20. World Health Organization (2020). Meeting women’s emotional, psychological and clinical needs during childbirth. Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 9 Apr 2021].
21. Moore E. R., Bergman N., Anderson G. C., Medley N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 11CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.
22. Davanzo R., Merewood A., Manzoni P. (2020). Skin-to-Skin Contact at Birth in the COVID-19 Era: In Need of Help. Am J Perinatol doi: 10.1055/s-0040-1714255.
23. Yamauchi Y., Yamanouchi I. (1990). The relationship between rooming-in/ not rooming-in and breast-feeding variables. Acta Paediatr Scand 79(11), 1017-1022. doi: 10.1111/j.1651- 2227.1990.tb11377.x.
24. Davanzo R., Brovedani P., Travan L., Kennedy J., Crocetta A., Sanesi C., Strajn T., De Cunto A. (2013). Intermittent kangaroo mother care: a NICU protocol. J Hum Lact 29(3), 332-338. doi: 10.1177/0890334413489375.
25. Tavolo Tecnico Operativo interdisciplinare per la promozione dell’allattamento al seno (TAS), Società Italiana di Neonatologi (SIN), Vivere Onlus (2016). Promozione dell’uso di latte materno nelle Unità di Terapia Neonatale ed accesso dei genitori ai reparti. Raccomandazione congiunta di Tavolo Tecnico Operativo interdisciplinare per la promozione dell’allattamento al seno (TAS), Società Italiana di Neonatologi (SIN) e Vivere Onlus. Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 27 Jul 2020].
26. Maastrup R., Haiek L. N., The Neo-BFHI Survey Group (2019). Compliance with the Baby- friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards (Neo-BFHI): A cross-sectional study in 36 countries. Matern Child Nutr 15(2), e12690. doi: doi: 10.1111/mcn.12690.
27. World Health Organization, United Nations Children’s Fund (UNICEF) (2020). Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the baby-friendly hospital initiative for small, sick and preterm newborns. Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 5 Aug 2020].
28. Conferenza Stato-Regioni (2013). ACCORDO 5 dicembre 2013 Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle «Linee di indirizzo nazionale per l’organizzazione e la gestione delle banche del latte umano

- donato nell'ambito della protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno». (Repertorio atti n. 168/CSR). (GU Serie Generale n.32 del 08-02-2014). Disponibile al seguente [link](#)
29. Friedrich S., Meybohm P., Kranke P. (2020). Nulla Per Os (NPO) guidelines: time to revisit? *Curr Opin Anaesthesiol* 33(6), 740-745. doi: 10.1097/ACO.0000000000000920.
30. Heilbronner C., Roy E., Hadchouel A., Jebali S., Smii S., Masson A., Renolleau S., Rigourd V. (2017). Breastfeeding disruption during hospitalisation for bronchiolitis in children: a telephone survey. *BMJ Paediatr Open* 1e000158. doi: 10.1136/bmjpo-2017-000158.
31. Frykholm P., Schindler E., Sümpelmann R., Walker R., Weiss M. (2018). Preoperative fasting in children: review of existing guidelines and recent developments. *Br J Anaesth* 120(3), 469-474. doi: 10.1016/j.bja.2017.11.080.
32. Green S. M., Leroy P. L., Roback M. G., Irwin M. G., Andolfatto G., Babl F. E., Barbi E., Costa L. R., Absalom A., Carlson D. W., et al. (2020). An international multidisciplinary consensus statement on fasting before procedural sedation in adults and children. *Anaesthesia* 75(3), 374-385. doi: 10.1111/anae.14892.
33. Victora C. G., Bahl R., Barros A. J. D., França G. V. A., Horton S., Krasevec J., Murch S., Sankar M. J., Walker N., Rollins N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 387(10017), 475-490. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
34. Ministero della Salute (2020). 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. Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 25 Nov 2020].
35. Tavolo Tecnico Allattamento (TAS) del Ministero della Salute. (2019). La spremitura del latte. In *Allattare al seno - Un investimento per la vita*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile al seguente [link](#)
36. Hill P. D., Aldag J. C., Chatterton R. T. (1996). The effect of sequential and simultaneous breast pumping on milk volume and prolactin levels: a pilot study. *J Hum Lact* 12(3), 193-199. doi: 10.1177/089033449601200315.
37. Jones E., Dimmock P. W., Spencer S. A. (2001). A randomised controlled trial to compare methods of milk expression after preterm delivery. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 85(2), F91-5. doi: 10.1136/fn.85.2.f91.

38. Kent J. C., Mitoulas L. R., Cregan M. D., Geddes D. T., Larsson M., Doherty D. A., Hartmann P. E. (2008). Importance of vacuum for breastmilk expression. *Breastfeed Med* 3(1), 11-19. doi: 10.1089/bfm.2007.0028.
39. Prime D. K., Geddes D. T., Spatz D. L., Robert M., Trengove N. J., Hartmann P. E. (2009). Using milk flow rate to investigate milk ejection in the left and right breasts during simultaneous breast expression in women. *Int Breastfeed J* 410. doi: 10.1186/1746-4358-4-10.
40. Morton J., Hall J. Y., Wong R. J., Thairu L., Benitz W. E., Rhine W. D. (2009). Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. *J Perinatol* 29(11), 757-764. doi: 10.1038/jp.2009.87.
41. Sisk P., Quandt S., Parson N., Tucker J. (2010). Breast milk expression and maintenance in mothers of very low birth weight infants: supports and barriers. *J Hum Lact* 26(4), 368-375. doi: 10.1177/0890334410371211.
42. Slutzah M., Codipilly C. N., Potak D., Clark R. M., Schanler R. J. (2010). Refrigerator storage of expressed human milk in the neonatal intensive care unit. *J Pediatr* 156(1), 26-28. doi: 10.1016/j.jpeds.2009.07.023.
43. Davanzo R., Travan L., Demarini S. (2010). Storage of human milk: accepting certain uncertainties. *J Hum Lact* 26(3), 233-234. doi: 10.1177/0890334410374601.
44. Mermel L. A., Jefferson J. A., Smit M. A., Auld D. B. (2019). Prevention of hospital-acquired respiratory viral infections: Assessment of a multimodal intervention program. *Infect Control Hosp Epidemiol* 40(3), 362-364. doi: 10.1017/ice.2018.337.
45. Aho L. S., Simon I., Bour J. B., Morales-Gineste L., Pothier P., Gouyon J. B. (2000). Epidémiologie des infections nosocomiales virales en pédiatrie [Epidemiology of viral nosocomial infections in pediatrics]. *Pathol Biol (Paris)* 48(10), 885-892.
46. Wright S. A., Bieluch V. M. (1993). Selected nosocomial viral infections. *Heart Lung* 22(2), 183-187.
47. Rubin L. G., Kohn N., Nullet S., Hill M. (2018). Reduction in Rate of Nosocomial Respiratory Virus Infections in a Children's Hospital Associated with Enhanced Isolation Precautions. *Infect Control Hosp Epidemiol* 39(2), 152-156. doi: 10.1017/ice.2017.282.
48. Gómez-Villa R. J., Comas-García A., López-Rojas V., Pérez-González L. F., Sánchez-Alvarado J., Salazar-Zaragoza R., Ruiz-González J. M., Alpuche-Solís A. G., Noyola D. E. (2008). Effect of an infection control program on the frequency of

nosocomial viral respiratory infections. *Infect Control Hosp Epidemiol* 29(6), 556-558. doi: 10.1086/588000.

49. Bonvehí P. E., Temporiti E. R. (2018). Transmission and Control of Respiratory Viral Infections in the Healthcare Setting. *Current Treatment Options in Infectious Diseases* 10(2), 182-196. doi: 10.1007/s40506-018-0163-y.

50. Sansone M., Wiman Å., Karlberg M. L., Brytting M., Bohlin L., Andersson L. M., Westin J., Nordén R. (2019). Molecular characterization of a nosocomial outbreak of influenza B virus in an acute care hospital setting. *J Hosp Infect* 101(1), 30-37. doi: 10.1016/j.jhin.2018.06.004.

51. French C. E., McKenzie B. C., Coope C., Rajanaidu S., Paranthaman K., Pebody R., Nguyen-Van-Tam J. S., Noso-RSV S. G., Higgins J. P., Beck C. R. (2016). Risk of nosocomial respiratory syncytial virus infection and effectiveness of control measures to prevent transmission events: a systematic review. *Influenza Other Respir Viruses* 10(4), 268-290. doi: 10.1111/irv.12379.

52. Wenzel R. P., Deal E. C., Hendley J. O. (1977). Hospital-acquired viral respiratory illness on a pediatric ward. *Pediatrics* 60(3), 367-371.

53. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2021). Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings Guidance. Sixth update – 9 February 2021. Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 9 Apr 2021].

54. Organizzazione Mondiale della Sanità (2020). Domande frequenti (FAQ): Allattamento e COVID-19. Per operatori sanitari [FREQUENTLY ASKED QUESTIONS: Breastfeeding and COVID-19 For health care workers (28 April 2020)] Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 6 May 2020].

55. Davanzo R., Mosca F., Moro G., Sandri F., Agosti M. (2020). ALLATTAMENTO e INFEZIONE da SARS-CoV-2 (Coronavirus Disease 2019 - COVID-19) - Indicazioni ad interim della Società Italiana di Neonatologia (SIN), Versione 3, 10 maggio 2020. Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 24 Oct 2020].

56. Tavolo Tecnico Allattamento (TAS), Tavolo Tecnico per la Valutazione delle Problematiche Relative all'allattamento al seno e la contestuale necessità di trattamento con farmaci (TASF) (2018). Position statement sull'uso di farmaci da parte della donna che allatta al seno. (Roma: Ministero della Salute). Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 20 Feb 2021].

57. Tavolo Tecnico Allattamento (TAS) del Ministero della Salute (2014). Farmaci nella donna che allatta al seno: un approccio senza pregiudizi. (Roma: Ministero

della Salute). Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 20 Feb 2021].

58. Datta, P., Baker, T., Hale, T. W. (2019). Balancing the Use of Medications While Maintaining Breastfeeding. *Clin Perinatol* 46(2), 367-382. doi: 10.1016/j.clp.2019.02.007.

59. Cavarreta V., Faucetta A., Guarnieri B. C., Perricone G. (2021). Alcune considerazioni sul documento “La continuità del rapporto madre-bambino ed il mantenimento dell’allattamento in caso di ricovero ospedaliero”. Gruppo di Lavoro ad hoc della Società Italiana di Psicologia Pediatrica (S.I.P.Ped).

60. Come prevenire la depressione post partum e sentirsi nuovamente se stesse. (opuscolo realizzato nell’ambito del Progetto “Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum” finanziato nel marzo 2012 dal Ministero della Salute, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) (CUP-I85J11000900005). Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 9 Apr 2021].

61. Ministero della Salute (2020). Depressione post partum. Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 9 Apr 2021].

62. Davanzo R. (2018). Controversies in breastfeeding. *Frontiers in Pediatrics* 2018 Nov 1;6:278. doi: 10.3389/fped.2018.00278. PMID: 30443539; PMCID: PMC6221984.

63. Dalal P. G., Bosak J., Berlin C. (2014). Safety of the breast-feeding infant after maternal anesthesia. *Paediatr Anaesth* 24(4), 359-371. doi: 10.1111/pan.12331.

64. Sachs H. C., Committee on Drugs (2013). The Transfer of Drugs and Therapeutics into Human Breast Milk: An Update on Selected Topics. *Pediatrics* 132(3), e796-809. doi: 10.1542/peds.2013-1985.

65. Tavolo Tecnico Allattamento (TAS) del Ministero della Salute (2014). L’uso dei mezzi di contrasto nella donna che allatta Raccomandazioni della Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM), Società Italiana di Pediatria (SIP), Società Italiana di Neonatologia (SIN) e del Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare per la Promozione dell’Allattamento al Seno del Ministero della Salute. (Roma: Ministero della Salute). Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 9 Apr 2021].

66. Cova M. A., Stacul F., Quaranta R., Guastalla P., Salvatori G., Banderali G., Fonda C., David V., Gregori M., Zuppa A. A., et al. (2014). 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* 24(8), 2012-2022. doi: 10.1007/s00330-014-3198-6.

67. Davanzo R., Bua J., De Cunto A., Farina M. L., De Ponti F., Clavenna A., Mandrella S., Sagone A., Clementi M. (2015). Advising Mothers on the Use of Medications during Breastfeeding: A Need for a Positive Attitude. *J Hum Lact* 32(1), 15-19. doi: 10.1177/0890334415595513.
68. Drugs and Lactation Database (LactMed). Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 9 Apr 2021].
69. ASST Papa Giovanni XXIII (2021) Centro antiveleni e tossicologia [Online]. Bergamo: ASST Papa Giovanni XXIII. Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 9 Apr 2021].
70. Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria in collaborazione con le sezioni L e M del Comitato tecnico sanitario - CTS (2021). FAQ - Hiv e Aids. Disponibile al seguente [link](#) [Accesso: 9 Apr 2021].
71. Mohrbacher N., Stock J., La Leche League International (2003). *The Breastfeeding Answer Book*, 3rd revised edition. (Schaumburg, IL: La Leche League International).
72. Tavolo Tecnico Allattamento (TAS) del Ministero della Salute. (2019). *In quale modo allattare. Posizione ed attacco*. In *Allattare al seno - Un investimento per la vita*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile al seguente [link](#)

Ministero della Salute

Direzione generale per l'igiene
e la sicurezza degli alimenti e la
nutrizione

Ufficio 5 - Nutrizione e informazione
ai consumatori



www.salute.gov.it