

Allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza dei ruoli dei servizi per la maternità. Indagine osservazionale multicentrica nelle strutture sanitarie campane.

A.Guillari¹, F. Stile^{2*}, G. Gargiulo³, A. Capuano⁴, C. Serio⁵, R. Pulpito², M. Perrone⁶, G.F. Prussiano⁷, T.Rea¹

1. Dipartimento di Sanità Pubblica, Università “Federico II” di Napoli, Napoli (Italia)
2. Dipartimento di Ostetricia - P.O. “Valle d’Itria” – Martina Franca, Taranto. Docente a contratto Università degli Studi di Bari “Aldo Moro” , Bari (Italia)
3. U.O.C di Ematologia e Trapianto di Cellule Staminali ematopoietiche, dell’Università Federico II di Napoli, Napoli (Italia)
4. U.O.C di Rianimazione Pediatrica, AORN “Santobono-Pausillipon”, Napoli (Italia)
5. Ostetrica - Libero Professionista, Napoli (Italia)
6. C.P.S Infermiere, Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Universitaria “Federico II” di Napoli, Napoli (Italia)
7. C.P.S Ostetrica - P.O. “Valle d’Itria” – Martina Franca, Taranto (Italia)

* *Corresponding Author*: Dott.ssa Filomena Stile, Dipartimento di Ostetricia - P.O. “Valle d’Itria” – Martina Franca, Docente a contratto Università degli Studi di Bari “Aldo Moro” (Italia).

E-mail: filo_memy@hotmail.it

DOI: [10.32549/OPI-NSC-36](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-36)

ABSTRACT

Introduzione: Il latte materno è da sempre considerato un elemento essenziale ed insostituibile, recante importanti effetti positivi sulla salute sia della madre che del bambino, a breve ed a lungo termine. L'OMS/UNICEF raccomandano di allattare al seno in maniera esclusiva i bambini almeno nei primi sei mesi di vita, ed alcune organizzazioni consigliano di continuare l'allattamento al seno per i primi due anni di vita e oltre. Tuttavia gli attuali modelli di allattamento sono lontani dai livelli raccomandati nonostante nel tempo l'OMS abbia promosso costantemente tale tipo di nutrizione. Causa di tale gap è l'inefficace comunicazione tra gli stessi operatori e le neomamme.

Obiettivo: Valutazione del grado di conoscenza e di adozione della Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF nelle strutture sanitarie campane.

Materiali e Metodi: Indagine osservazionale multicentrica.

Risultati: Dall'analisi dei dati si evidenzia: che nonostante l'elevata presenza di documenti inerenti la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno, presenti per il 76.7% (UU.OO di Ostetricia) e 86.7% (UU.OO di Neonatologia), l'adozione della Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF è piuttosto scarsa in regione Campania. Il ricorso al biberon per la somministrazione di alimenti alternativi, assieme all'elevato numero di professionisti che non ha seguito specifici corsi di formazione, sembrano essere i principali ostacoli.

Conclusione: Il mancato rispetto della Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF riscontrata sul territorio campano può avere ripercussioni sulla salute delle madri e dei bambini a medio e lungo termine. Individuare i principali ostacoli può favorire l'elaborazione di specifici programmi di intervento.

Parole Chiave: allattamento, professionisti sanitari, benefici, formazione, comunicazione

Breastfeeding: protection, encouragement and support. The importance of the roles of maternity services. Multicentric observational study in Campania health structures.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding has always been considered an essential and irreplaceable element, having important positive effects on the health of both the mother and the baby, in the short and long term. WHO/UNICEF recommend breastfeeding babies exclusively for at least the first six months of life, and some organizations recommend continuing breastfeeding for the first two years of life and beyond. However, current breastfeeding models are far from the recommended levels despite the fact that the WHO has constantly promoted this type of nutrition over time. The cause of this gap is the ineffective communication between the health professionals themselves and the new mothers.

Objective: assessment of the degree of knowledge and adoption of the joint WHO/UNICEF declaration in Campania health structures.

Materials and methods: Multicentric observational study

Results: The analysis of the data highlights: that despite the high presence of documents relating to the promotion and support of breastfeeding, 76.7% (UU.OO of Obstetrics) and 86.7% (UU .OO of Neonatologies), the adoption of the WHO/UNICEF Joint Declaration is rather poor in Campania . The use of the bottle for the administration of alternative foods, together with the high number of professionals who have not followed specific training courses, seem to be the main obstacles.

Conclusion: Failure to comply with the WHO/UNICEF Joint Declaration found in Campania can have repercussions on the health of mothers and children in the medium and long term. Identifying the main obstacles can facilitate the development of specific intervention programs.

Keywords: breastfeeding , health professionals , benefits , education , communication

INTRODUZIONE

Il latte materno è da sempre considerato un elemento essenziale ed insostituibile, recante importanti effetti positivi sia sulla salute della madre che allatta sia del bambino allattato al seno, a breve ed a lungo termine[1]. L'OMS/UNICEF nelle linee guida sull'allattamento materno raccomanda, infatti, di allattare al seno in maniera esclusiva i bambini "almeno" nei primi sei mesi della loro vita[1-4].

L'indicatore utilizzato dall'OMS per valutare la numerosità dei bambini allattati al seno tiene conto del numero di bambini di 0-5 mesi di vita che hanno assunto solo latte materno nelle ultime 24 ore, escluso qualsiasi altro alimento, anche acqua o tisane[1-4]. Secondo questo indicatore in Italia la prevalenza dei bambini allattati esclusivamente al seno, si assestava negli scorsi anni al 42.7% rispetto a tutti i bambini di età compresa tra 0-5 mesi[4]. L'impatto delle procedure favorevoli l'attaccamento al seno, indipendentemente dalla modalità di parto avutosi, sia esso spontaneo o cesareo, rimangono significative: l'attaccamento precoce al seno, l'esclusività del latte materno nei primi giorni di vita e infine il servizio di "rooming in" sono fattori che favoriscono l'allattamento materno, sia in termini di numero maggiore di donne che allattano sia in termini di durata complessiva[4].

Le organizzazioni mondiali per la salute, le agenzie governative e non-governative e le associazioni professionali sanitarie raccomandano, oltre l'allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi di vita, l'allattamento al seno per due anni e oltre di vita del bambino[5,6]. La letteratura internazionale mostra come la morbilità e la mortalità tra i bambini nutriti con sostituti del latte materno sia maggiore rispetto a quelli allattati al seno, nei diversi paesi del mondo[7,8]. L'allattamento al seno, infatti, riesce a proteggere il neonato da numerose infezioni virali e batteriche con cui viene in contatto, favorendo lo sviluppo del suo immaturo sistema immunitario[1-2]. Si è ipotizzata una possibile riduzione di circa 1.5 milioni di morti infantili ed un migliore sviluppo psicofisico globale se il latte materno fosse l'alimento prediletto dei bambini almeno sino all'anno di vita[9].

L'allattamento al seno ha anche innumerevoli benefici per la donna. Nell'immediato post partum si nota la riduzione del rischio di anemia ed eccessive perdite ematiche nelle prime ore e giorni

successivi al parto[1,2] e, una significativa riduzione del rischio di cancro del seno del 4 % per ogni anno di lattazione, anche qualora accumulato nel corso di maternità successive[1,10,11]. Inoltre dall'analisi della letteratura si è visto che l'allattamento favorisce il benessere emozionale , psicologico e fisico di tali donne [1,2,12].

Nonostante tali evidenze siano oramai ampiamente riconosciute, gli attuali valori riferiti ad un corretto modello di allattamento al seno sono lontani dai livelli raccomandati [3], sebbene nel tempo l'OMS abbia promosso costantemente tale modalità di alimentazione neonatale. La

campagna di maggiore risonanza mediatica è stata certamente quella del 1991: Ospedale Amico dei Bambini[13-16]. Con tale definizione venivano globalmente identificati gli ospedali che si attenevano ai "Dieci Passi" [3] per un allattamento al seno efficace. I dieci passi consistono in un decalogo di misure finalizzata a creare nelle strutture sanitarie un ambiente in grado di fornire assistenza umanizzata a madre e bambino e che sia di sostegno all'allattamento, inteso come l'unica alimentazione normale per il neonato[17]. I principali enti e società scientifiche raccomandano la corretta comunicazione dei rischi associati al mancato allattamento al seno e all'alimentazione artificiale, sia ai professionisti della salute sia alla popolazione generale[4,18-24]. L'assenza di informazioni accessibili, affidabili, complete e adeguatamente comunicate rende impossibile, per i genitori, decidere cosa sia meglio per sé e per i propri bambini[20].

Nonostante tali raccomandazioni siano state recepite nell'ambito di uno specifico accordo tra Ministero della Salute e Regioni nel 2007[25], nonostante la promozione dell'allattamento al seno sia fortemente enfatizzato nel PSN 2006-2008[18] e nel D.M. 24 Aprile 2000[19] e nonostante siano state attivate diverse campagne di sensibilizzazione a sostegno dell'allattamento al seno, rivolte agli operatori e a tutte le future mamme, a livello nazionale l'attuazione della raccomandazione resta disomogenea. Tra le cause di questa disomogeneità possiamo annoverare una inefficace comunicazione e tra gli stessi operatori sanitari, e tra operatori e neomamme[20].

Obiettivo dello studio

End point primario

Obiettivo primario di questo studio è la valutazione del grado di conoscenza e adozione della Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF[3] "L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza dei ruoli dei servizi per la maternità" del 1989 [3], da parte degli operatori sanitari delle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia e di Neonatologia nelle strutture sanitarie campane.

End points secondari

- Valutazione del grado di comunicazione tra UU.OO. di Ostetricia -Ginecologia e UU.OO. di Neonatologia delle strutture sanitarie partecipanti.
- Valutare la presenza di programmi di formazione messi in atto nelle strutture analizzate e il grado di adesione degli operatori sanitari.
- Valutazione della presenza di protocolli aziendali dedicati alla protezione, incoraggiamento e sostegno dell'allattamento al seno.

Disegno dello studio

Indagine osservazionale multicentrica, per la valutazione della conoscenza e dell'adozione della Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF[3], "L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza dei ruoli dei servizi per la maternità" del 1989 nelle strutture sanitarie campane.

MATERIALI E METODI

Popolazione

Lo studio è stato condotto nel periodo tra Aprile e Ottobre 2015. Per poter avere un campione che

potesse rappresentare in modo omogeneo le 5 Province del territorio Campano, si sono inizialmente individuate le aree con maggiore densità di popolazione; successivamente sono state individuate le aree aventi la maggiore densità di strutture ospedaliere e quelle che avevano dichiarato i numeri maggiori di eventi parto. Sono state quindi contattate le principali strutture sanitarie rispecchiante i criteri descritti, senza differenza tra pubblico e privato accreditato, delle quali la maggior parte collocate nelle Province di Napoli, Salerno, Caserta e Avellino. In merito alla Provincia di Benevento nessuna delle strutture contattate ha dato autorizzazione a partecipare all'indagine. Delle 45 strutture inizialmente selezionate e contattate solo 30 hanno dato la loro disponibilità a partecipare allo studio. Il campione così reclutato è risultato essere composto dalle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia e UU.OO. di Neonatologia delle seguenti strutture:

1. Università "Federico II" di Napoli, Napoli
2. Azienda Ospedaliera "A. Cardarelli"- Napoli
3. Presidio Ospedaliero S. Maria di Loreto Mare - Ospedali - ASL Napoli 1 Centro, Napoli
4. "Ospedali Riuniti " Castellammare di Stabia, Napoli
5. Presidio Ospedaliero "De Luca e Rossano" - Vico Equense, Napoli
6. Presidio Ospedaliero " Santa Maria della Pietà" - Nola , Napoli
7. Presidio Ospedaliero di Boscotrecase, Napoli
8. Presidio Ospedaliero "Umberto I" - Nocera Inferiore, Salerno
9. Presidio Ospedaliero "Villa Malta" – Sarno, Salerno
10. Presidio Ospedaliero "Santa Maria della Speranza" – Battipaglia, Salerno
11. Presidio Ospedaliero "Curteri" - Mercato San Severino, Salerno
12. Presidio Ospedaliero "San Luca" - Vallo della Lucania, Salerno
13. Azienda Ospedaliera Universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" - Salerno
14. Presidio Ospedaliero "Dell'Immacolata" – Sapri, Salerno
15. Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale San Giuseppe Moscati di Avellino, Avellino

16. Presidio Ospedaliero "San Giuseppe Moscati" di Aversa ASL CE2, Caserta
17. Presidio Ospedaliero "San Rocco" Sessa Aurunca, Caserta
18. Ospedale Civile di Caserta, Caserta
19. Clinica "Pineta Grande" Castelvoturno, Caserta
20. Casa di Cura "Maria Rosaria" – Pompei, Napoli
21. Clinica " Villa Stabia" - Castellammare di Stabia, Napoli
22. Casa di Cura "La Madonnina" - San Gennaro Vesuviano, Napoli
23. Clinica "Villa Fiorita", Caserta
24. Presidio Ospedaliero "Incurabili", Napoli
25. Presidio Ospedaliero "San Paolo" Fuorigrotta, Napoli
26. Presidio Ospedaliero "Don Bosco" -Napoli
27. Clinica Mediterranea - Napoli
28. Clinica "Santa Patrizia" Secondigliano, Napoli
29. Clinica "Lourdes", Napoli
30. Presidio Ospedaliero Solofra, Avellino

Criteri di inclusione

- Strutture accreditate dal SSN
- Strutture dotate di U.O. di Ginecologia-Ostetricia e U.O. di Neonatologia
- Strutture con numero di parti annui >500
- Coordinatori correttamente informati e disponibili a partecipare allo studio
- La raccolta dati è stata indirizzata esclusivamente alle informazioni relative all'assistenza del neonato a termine , sano e di peso appropriato. Anche in strutture adibite all'assistenza di neonati patologici, è stata richiesta la compilazione del questionario in relazione ai protocolli e pratiche esclusivamente rivolte al neonato fisiologico.

Criteri di esclusione

- Strutture private non accreditate
- Strutture non dotate di U.O. di Ginecologia-Ostetricia e U.O. di Neonatologia
- Strutture con numero di parti annui < 500
- Coordinatori non disponibili a partecipare allo studio
- Volontà di ritirarsi dallo studio.

Raccolta dati

Per effettuare la raccolta dati è stato utilizzato uno strumento già noto alla specifica letteratura [26]; il questionario viene utilizzato per raccogliere informazioni sul proprio specifico contesto assistenziale all'interno di un programma che faciliti l'adozione di raccomandazioni e il cambiamento nella pratica clinica.

La raccolta dati fa riferimento all'assistenza a neonato a termine, sano e di peso adeguato.

Lo strumento utilizzato è finalizzato ad un'analisi quantitativa incentrata sulle prassi ospedaliere per l'assistenza al neonato a termine, sano e di peso appropriato, articolato in modo tale che l'analisi della situazione attuale tra le strutture arruolate sia condotta seguendo la Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF “ I 10 passi per il sostegno e la promozione dell'allattamento al seno” [3].

Questo strumento è stato sottoposto ai Coordinatori delle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia e UU.OO di Neonatologia a seguito di autorizzazione rilasciata dalle Direzioni Sanitarie delle strutture reclutate previa acquisizione di richiesta formale rilasciata dalla segreteria del CDLM in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II". L'autorizzazione ed il consenso informato ad eseguire lo studio è stato raccolto sia dai responsabili delle strutture stesse che dai dirigenti delle UU.OO di Ostetricia e di Neonatologia. Inoltre il consenso informato è stato raccolto da ogni soggetto partecipante allo studio, ovvero tra i Coordinatori delle UU.OO di Ostetricia

e Neonatologia. Nell'acquisizione del consenso informato è stato specificato che la ricerca non ha ricevuto nessuna forma di finanziamento. La presente indagine rispetta appieno la dichiarazione di Helsinki.

RISULTATI

Dall'analisi dei dati si è delineata la composizione del personale delle UU.OO. adibito all'assistenza al neonato sano (Tabella 1) e si è riscontrata una presenza molto forte della figura professionale ostetrica limitatamente al momento nascita, infatti la presenza di ≤ 2 ostetriche è stata rilevata nel 73.4% delle sale parto. Contrariamente a quello che avviene nelle UU.OO. di Neonatologia dove la figura predominante è quella della puericultrice nel 60% dei casi, al contrario dell'ostetrica la cui presenza in tali unità è solo nel 16.7% dei casi .

Tabella 1. Composizione del personale dedicato assistenza neonato sano UU.OO Ostetricia e UU.OO Neonatologia.

<i>Personale dedicato assistenza neonato sano</i>				
	UU.OO. Ostetricia		UU.OO. Neonatologia	
	<i>f%</i>	<i>f_a</i>	<i>f%</i>	<i>f_a</i>
≤ 2 ostetriche	73.4%	22	16.7%	5

>2 ostetriche	10%	3	0.0%	0
≤ 2 vigilatrice/puericultrice	3.3%	1	60%	18
> 2 vigilatrice/puericultrice	3.3%	1	20%	6
Nessuna risposta	10%	3	3.3%	1

$f\%$ = frequenza percentuale; f_a = frequenza assoluta

Di seguito verranno analizzate le risposte agli items del questionario di pari passo ai relativi singoli punti della Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF, “I 10 passi per il sostegno e la promozione dell’allattamento al seno” [3] da parte delle UU.OO., oggetto di studio (Tabella 2).

Tabella 2. Applicazione dei Dieci Passi OMS nelle UU.OO di Ostetricia e UU.OO di Neonatologia

Passo 1. Definire un protocollo scritto per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario				
	UU.OO. Ostetricia		UU.OO. Neonatologia	
	$f\%$	f_a	$f\%$	f_a
a. Presenza di protocolli sull'allattamento	56.7%	17	66.7%	20
b. Presenza di documenti sull'allattamento	76.7%	23	86.7%	26
Passo 2. Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo				
	UU.OO. Ostetricia		UU.OO. Neonatologia	
Partecipazione corso 18 - 20 OMS/UNICEF	$f\%$	f_a	$f\%$	f_a
Ostetriche				
≤ 50%	26.7%	8	16.7%	5
>50%	23.3%	7	13.3%	4
nessuna risposta	50%	15	70%	21
Infermiere				
≤ 50%	23.3%	7	20%	6
>50%	20%	6	26.7%	8
nessuna risposta	56.7%	17	53.3%	16
Ginecologo				
≤ 50%	40%	12	20%	6
>50%	6.7%	2	10%	3
nessuna risposta	53.3%	16	70%	21
Pediatra				
≤ 50%	26.7%	8	23.3%	7

>50%	16.7%	5	23.3%	7
nessuna risposta	56.6%	17	53.3%	16
partecipazione eventi ECM ultimi 5 anni				
Ostetriche				
≤ 50%	33.3%	10	26.7%	8
>50%	36.7%	11	20%	6
nessuna risposta	30%	9	53.3%	16
Infermiere				
≤ 50%	26.7%	8	30%	9
>50%	26.7%	8	43.3%	13
nessuna risposta	46.6%	14	26.7%	8
Ginecologo				
≤ 50%	36.7%	11	30%	9
> 50%	16.6%	5	13.3%	4
nessuna risposta	46.7%	14	56.7%	17
Pediatria				
≤ 50%	30%	9	36.7%	11
> 50%	20%	6	33.3%	10
nessuna risposta	50%	15	30%	9

Passo 4. Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario.

Tempistica primo attacco:	UU.OO. Ostetricia		UU.OO. Neonatologia	
	<i>f%</i>	<i>f_a</i>	<i>f%</i>	<i>f_a</i>
1 ora				
PS	33.3%	10	33.3%	10
TC	13.3%	4	10%	3
Nessuna risposta	53.4%	16	56.7%	17
2 ore				
PS	43.3%	13	33.3%	10
TC	26.7%	8	26.7%	8
Nessuna risposta	30%	9	40%	12
> di 2 ore				
PS	20%	6	33.3%	10
TC	56.7%	17	63.4%	19
Nessuna risposta	23.3%	7	3.3%	1

Passo 5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione latte anche nel caso in cui vengano separate dai neonati

	UU.OO. Ostetricia		UU.OO. Neonatologia	
Stimolazione del seno in caso di separazione	$f\%$	f_a	$f\%$	f_a
Si	73.3%	22	93.3%	28
No	16.7%	5	6.7%	2
Nessuna Risposta	10%	3	0.0%	0
Passo 6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica				
	UU.OO. Ostetricia		UU.OO. Neonatologia	
	$f\%$	f_a	$f\%$	f_a
a. Latte artificiale in caso di calo ponderale				
10%	40%	12	40%	12
< 10%	40%	12	57%	17
8%	3%	1	0.0%	0
Nessuna risposta	17%	5	3%	1
b. Indicazione commerciale latte artificiale				
Scritto	60%	18	56%	17
Voce	30%	9	11%	3
Nessuna risposta	10%	3	33%	10
Passo 7. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in), in modo che trascorrono insieme 24 ore su 24 durante la permanenza in ospedale				
	UU.OO. Ostetricia		UU.OO. Neonatologia	
	$f\%$	f_a	$f\%$	f_a
Rooming in 24 ore :				
interruzioni \leq 30 min	33.3%	10	30%	9
interruzioni $>$ 30 min	20%	6	33.3%	10
rooming in solo diurno	40%	12	33.3%	10
Nessuna risposta	6.7%	2	3.4%	2
Passo 9. Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento				
	UU.OO. Ostetricia		UU.OO. Neonatologia	
	$f\%$	f_a	$f\%$	f_a
a. Utilizzo di tettarelle e/o succhietto				
sconsigliato	43.3%	13	46.7%	14
consigliato	56.7%	17	53.3%	16
b. somministrazione di liquidi/latte artificiale				
biberon	90%	27	86.7%	26
tazzina/bicchiere	3.3%	1	3.3%	1
siringa	0.0%	0	6.7%	2
nessuna risposta	6.7%	2	3.3%	1

Passo 10. Promuovere la collaborazione tra il personale della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall'ospedale.				
	UU.OO. Ostetricia		UU.OO. Neonatologia	
	<i>f</i> %	<i>f</i> _a	<i>f</i> %	<i>f</i> _a
Visita di dimissione a 48/72 ore dalla nascita eseguita				
pediatra	70%	21	73%	22
pediatra + infermiere	6.7%	2	6.7%	2
infermiere	3.3%	1	0.0%	0
pediatra + ostetrica	0.0%	0	3.3%	1
nessuna delle precedenti	20%	6	17%	5

f% = frequenza percentuale; *f*_a = frequenza assoluta

L'analisi delle risposte relative al 1° Passo, evidenzia sia nelle UU.OO di Ostetricia che in quelle di Neonatologia la presenza di protocolli (56.7% e 66.7%, rispettivamente), intesi come i documenti scritti riportanti l'insieme di azioni professionali finalizzate al raggiungimento di un obiettivo[27], sui principali problemi del seno e di documenti (76.7% e 86.7%, rispettivamente), ovvero raccomandazioni di comportamento clinico elaborate allo scopo di aiutare i professionisti sanitari a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche[27], per la promozione e sostegno dell'allattamento.

L'analisi delle risposte relative al 2° Passo ha evidenziato elevati tassi di non risposta tra il personale sanitario, ovvero del 54.1% per le UU.OO di Ostetricia e del 61.6% per quelle di Neonatologia, dati forse dal fatto che i professionisti non abbiano partecipato o non fossero a conoscenza dell'esistenza di corsi della durata media di 18-20 ore OMS/Unicef, organizzati allo scopo di integrare le competenze dei partecipanti con strumenti teorico-pratici relativi alla promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno[17]. In particolare, elevati tassi di non risposta si riscontrano anche considerando la partecipazione degli operatori ad eventi formativi in tema di allattamento al seno negli ultimi 5 anni (43.3% nelle UU.OO di Ostetricia e 41.7% nelle UU.OO di Neonatologia).

In merito alle risposte relative al 3° Passo, i Coordinatori delle UU.OO di Ostetricia (66.7%) e di Neonatologia (63.3%) hanno riferito che l'informazione non avviene in ambito ospedaliero ma sul territorio.

Analizzando le risposte relative al 4° Passo si evince che la tempistica del primo attacco al seno in occasione di parto spontaneo eutocico avviene alla prima ora nel 33.3% di entrambe le Unità Operative ed inoltre, in questo caso, si riscontra il più elevato tasso di non risposta che si attesta per le UU.OO di Ostetricia al 53.4% e per quelle di Neonatologia al 56.7% . Alla seconda ora il primo attacco al seno avviene, nel caso di parto spontaneo eutocico nel 43.3% delle UU.OO di Ostetricia e nel 33.3% di quelle di Neonatologia. Infine in occasione di parto spontaneo eutocico, il primo attacco al seno avviene dopo 2 ore nel 20% dei casi nelle UU.OO di Ostetricia, mentre si mantiene al 33.3% in quelle di Neonatologia. Viceversa nel parto con taglio cesareo si nota come la tempistica del primo attacco al seno aumenti soprattutto dopo le 2 ore, arrivando al 56.7% dei casi nelle UU.OO di Ostetricia e al 63.3% in quelle di Neonatologia.

Il 5° Passo, in entrambe le UU.OO, è altamente rispettato (73.3% nelle UU.OO di Ostetricia; 93.3% UU.OO. di Neonatologia).

Le risposte relative al 6° Passo pongono l'attenzione sulla somministrazione di alimenti o liquidi diversi dal latte materno. Nel caso in cui il calo ponderale non superi il 10%, troviamo il 40% di prescrizioni in entrambe le UU.OO. e laddove è inferiore al 10%, troviamo il 40% di prescrizioni nelle UU.OO di Ostetricia e il 57% nelle UU.OO di Neonatologia. Dato confermato altresì dall'indicazione commerciale scritta di sostituti del latte materno nel 60% nelle UU.OO di Ostetricia e nel 56% delle Neonatologie.

La pratica del rooming-in è indagata nel 7° Passo. L'aspetto indagato sono le interruzioni che in entrambe le realtà risultano perlopiù sovrapponibili: interruzioni di ≤ 30 minuti abbiamo il 33.3% nelle UU.OO di Ostetricia e il 30% in quelle di Neonatologia. Interruzioni di >30 minuti si riscontrano nel 20% delle UU.OO di Ostetricia, con un aumento fino al 33.3% in quelle di

Neonatologia.

Le risposte relative al 8° Passo: “ Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento”, viene praticato senza limitazione di durata e frequenza sia nelle UU.OO di Ostetricia (63.3%) che in quelle di Neonatologia (60%).

Dall'analisi delle risposte del 9° Passo si è evidenziato che l'uso di biberon per la somministrazione di alimenti alternativi al latte materno avviene nel 90% delle UU.OO di Ostetricia e nell'86.7% delle UU.OO di Neonatologia.

Dalle risposte al 10° Passo è emerso che le visite pediatriche alla dimissione vengono effettuate in entrambe le unità in maniera individuale con i genitori e nel 93.3% dei casi negli stessi Punti nascita. Di solito è il pediatra che si confronta con i genitori nel 70% dei casi e solo in alcune strutture è accompagnato dall'infermiera (7%), mentre è quasi completamente assente la figura dell'ostetrica (3%).

DISCUSSIONE

La ricerca si proponeva differenti scopi: 1) la valutazione del grado di conoscenza e adozione della Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF[3] da parte degli operatori sanitari delle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia e di Neonatologia nelle strutture sanitarie campane, 2) la formazione, 3) la comunicazione tra gli operatori delle diverse unità operative e la comunicazione con le neomamme.

I risultati dello studio mostrano come tale Dichiarazione sia solo in parte rispettata. In merito all'applicazione del primo passo, si evince che in entrambe le tipologie di UU.OO analizzate c'è una tendenza a rispettarlo solo parzialmente.

L'indagine ha messo in evidenza che l'applicazione del secondo passo risulta essere carente, con una scarsa formazione sia volontaria che istituzionale del personale sanitario.

In relazione all'organizzazione degli Incontri di accompagnamento alla Nascita (IAN), in cui è prevista almeno una lezione dedicata all'educazione e all'allattamento, si può osservare che l'enorme

sforzo dei professionisti sanitari non medici risulta ancora parzialmente ottemperato.

Successivamente è stata analizzata la tempistica del primo attacco al seno. E' stata rilevata, in entrambe le UU.OO. un'assoluta inadempienza della raccomandazione, coadiuvata dall'attuazione di pratiche di routine a dir poco inutili. Dai dati si nota come i tempi dettati nella Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF [3] non siano rispettati. Oltre ad essere fortemente raccomandato nelle Linee guida ILCA del 2005[2], l'inizio dell'allattamento al seno entro la prima ora e il contatto pelle-a-pelle continuo, sono in letteratura associati a diversi benefici come ad esempio: il contatto pelle a pelle tra madre e neonato favorisce una produzione di ossitocina endogena che a livello materno porta ad una maggiore contrattilità uterina con minor perdita ematica durante il post partum e al contempo favorisce l'attaccamento precoce, ovvero il bonding madre-neonato che favorisce un aumento della durata media dell'allattamento al seno esclusivo[21-23,28-43]. Le procedure di routine infatti, interrompono l'interazione madre-neonato e ritardano l'allattamento al seno [21,45,46].

I nostri dati mostrano un buon supporto territoriale all'allattamento, tuttavia restano ridotte le informazioni divulgate spontaneamente.

Il sesto Passo analizza l'importanza dell'analisi della relazione tra calo fisiologico e supplemento di latte artificiale, che è data dal fatto che il calo di peso medio alla nascita risulta del 5% e anche inferiore nel caso di allattamento solo con formula[1]. Il calo ponderale massimo da ritenersi normale è del 10%. Un calo fra l'8% e il 10% è significativo ma, non suggerisce di procedere automaticamente ad un supplemento con latte artificiale, cosa che invece è stata riscontrata dall'indagine, nel 40% delle UU.OO. di Ostetricia e nel 57% di quelle di Neonatologie. Una tale situazione, si discosta dalle linee guida dell'OMS/UNICEF e andrebbe pertanto verificata per quanto riguarda la disponibilità materna a rispondere alle richieste del bambino, le modalità di attacco al seno materno e l'eventuale ricorso alla somministrazione di latte materno spremuto, se eventuali problemi di attacco non sono superabili[1].

Altro dato rilevante è la prescrizione di latte artificiale, infatti pur non essendoci una reale necessità,

ciò avviene al momento della dimissione sia in maniera verbale (30% nelle UU.OO. di Ostetricia e 11% in quelle di Neonatologia) e per iscritto (60% nelle UU.OO. di Ostetricia e 56% in quelle di Neonatologia) indicando il nome commerciale del latte formulato. Questa consuetudine è in netto contrasto con quanto stabilito dal “Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno” OMS 1981[46].

Altro aspetto rilevante per la buona riuscita dell'allattamento al seno riguarda il momento della degenza madre/neonato, ovvero il "Praticare il rooming-in" [3].

I nostri dati mostrano purtroppo come ciò non sia proprio attuato nel miglior modo possibile. Dall'analisi dei dati si evince una discordante comunicazione tra le UU.OO. analizzate, come anche il mancato rispetto del passo sopracitato, fondamentale per favorire l'allattamento al seno come suggerito in letteratura [1,2]. I principali studi scientifici mostrano come il rooming-in, ovvero il tenere insieme madre e neonato durante l'intera degenza post-partum ed eseguire esami e test di routine neonatali mentre il neonato è nella stessa stanza della madre, nelle sue braccia o al seno, favorisce sia l'allattamento al seno che il legame madre-neonato[32,45,46,48-58]. La frequenza dell'allattamento è più alta e l'integrazione con latte artificiale risulta inferiore quando madre e neonato sono nella stessa stanza[38,51,52]. Inoltre, alcune pratiche e regole ospedaliere influenzano l'attuazione di un efficace allattamento al seno[31,32,45,53-57]. Anche il mito del riposo (una madre dorme di più quando il neonato è nel nido) non trova riscontro unanime nella letteratura specifica del settore[51]. In merito all'applicazione del 9° Passo: "Non dare tettarelle artificiali o succhiotti durante il periodo dell'allattamento"[3], si rileva una sua totale inadempienza. L'evitare l'uso di succhiotti, tettarelle e integrazioni, in assenza di indicazione medica è affermato anche nelle linee guida ILCA - Strategia 7 "[2], da cui si evince che un precoce uso di integrazioni o succhiotti è associato ad un aumento del rischio di svezzamento precoce ed inoltre, il suo uso nel bambino allattato al seno va evitato, quantomeno per tutto il periodo in cui la produzione di latte materno si calibra alle necessità del bambino[2].

I nostri dati mostrano come all'atto della dimissione i sanitari raramente offrano notizie circa il supporto territoriale offerto alle neomamme. A questo l'Unione Europea in collaborazione con l'OMS nel documento "Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea"[57] del 2006 affermava l'importanza dei gruppi volontari di sostegno mamma-a-mamma ed organizzazioni di peer counsellors, attivi nella maggior parte dei paesi[57]. Tuttavia, la copertura geografica dei loro servizi è in generale medio bassa, raramente alta[58]. Il grado di coordinamento tra questi gruppi è debole in molti paesi e ben sviluppato in altri. I legami col sistema sanitario sono spesso inadeguati per un efficace grado d'integrazione e coordinamento con le autorità preposte[58]. A livello regionale, la necessità di maggiore supporto alla donna e alla famiglia da parte delle istituzioni, nella delicata fase del puerperio è stata sottolineata nel B.U.R.C. n° 4 del 15 Gennaio 2007[59] in cui si afferma la necessità di valorizzare i programmi di sostegno alla genitorialità, la cui efficacia è oramai comprovata da numerosi studi e ricerche.

CONCLUSIONI

Questo studio ha mostrato un mancato rispetto di tutta la Dichiarazione[3] OMS/UNICEF ed una parziale conoscenza della stessa, da parte degli operatori sanitari delle strutture reclutate. Un sostegno efficace richiede l'impegno ad istituire standard d'eccellenza in tutte le istituzioni ed i servizi per la maternità e l'infanzia[21]. A livello individuale, ciò significa accesso per tutte le donne a servizi di sostegno per l'allattamento al seno, compresa l'assistenza di operatori opportunamente qualificati nella gestione dello stesso, peer counsellors e gruppi di sostegno mamma-a-mamma[21]. Riteniamo, alla luce dei dati esposti, necessario la nascita e lo sviluppo di progetti locali e comunitari per il sostegno familiare e sociale, basati sulla collaborazione tra i servizi ed il volontariato, volti a tutelare ed incentivare il diritto di allattare seno [57,59].

LIMITI DELLO STUDIO

Lo studio presenta alcune limitazioni: campionamento casuale e quindi non rappresentativo dell'intero territorio regionale, difficoltà burocratiche in merito all'autorizzazione alla raccolta dati all'interno delle singole strutture. Altro limite importante deriva dalla natura stessa dello studio, ovvero descrittiva, che non ha permesso di eseguire un'analisi inferenziale dei dati. Punto di forza di questo studio è quello di fornire una prima, unica e chiara fotografia del rispetto, da parte delle strutture che hanno partecipato allo studio, della Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF[3].

Abbreviazioni

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

WHO: World Health Organization

UNICEF: Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia

UU.OO. : Unità Operative

PSN: Piano Sanitario Nazionale

D.M : Decreto Ministeriale

SSN : Sistema Sanitario Nazionale

CDLM : Corso di Laurea Magistrale

IAN: Incontri di accompagnamento alla nascita

ILCA : International Lactation Consultant Association

BURC : Bollettino Ufficiale Regione Campania

Eventuali Finanziamenti

Questa ricerca non ha ricevuto nessuna forma di finanziamento.

Conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non hanno conflitti di interesse associati a questo studio.

BIBLIOGRAFIA

1. Davanzo R, Maffeis C, Silano M, Bertino E, Agostoni C, Cazzato T. et. al. 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). 2015. Disponibile a : http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2415_allegato.pdf . Ultimo accesso 02/05/2020
2. International Lactation Consultant Association(ILCA). Clinical Guidelines for the Establishment of the Exclusive Breastfeeding 2005. Disponibile a : <http://breastcrawl.org/pdf/ilca-clinical-guidelines-2005.pdf>. Ultimo accesso: 02 Ottobre 2019
3. Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF. L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità. Organizzazione mondiale della Sanità, Ginevra, 1989. Disponibile a http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1619_allegato.pdf. Ultimo accesso: 15 aprile 2020
4. Cattaneo A, Cialesi R, Francovich L, Gargiulo L, Giusti A, Iannucci L, Mondo L, Rusciani R. LATTE MATERNO: IL BUON INIZIO DELLA SANA ALIMENTAZIONE. A CHE PUNTO SIAMO IN ITALIA?. Iserto Bollettino Epidemiologico Nazionale .Not Ist Super Sanità. 2017;30(1).
5. Chantry C.J, Eglash A, Labbok M. ABM Position on Breastfeeding—Revised 2015. Volume 10, Number 9, 2015 Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/bfm.2015.29012.cha.
6. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. World Health Organization, Geneva. 2003. Disponibile a :

- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42590/9241562218_ita.pdf;jsessionid=681795893D15E340E9D2AA4C92EAB180?sequence=6. Ultimo accesso: 02 maggio 2020
7. Epicentro, Portale di epidemiologia per gli operatori sanitari. Allattamento al seno. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Disponibile a: <https://www.epicentro.iss.it/allattamento> Ultimo accesso: 02 marzo 2020
 8. Nommsen-Rivers LA. Does breastfeeding protect against infant mortality in the United States?. *J Hum Lact*. 2004 Aug ; 20(3):357-8.
 9. UNICEF. Facts for Life. United Nations Children's Fund. 3rd ed. New York. 2002.
 10. Jafari-Mehdiabad F, Savabi-Esfahani M, Mokaryan F, Kazemi A. Relationship between breastfeeding factors and breast cancer in women referred to Seyed Al-Shohada Hospital in Isfahan, Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016 Nov-Dec; 21(6):622-627.
 11. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, Bahl R, Martines J. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015 Dec; 104(467):96-113.
 12. Fox R, McMullen S, Newburn M. UK women's experiences of breastfeeding and additional breastfeeding support: a qualitative study of Baby Café services. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Jul 7; 15:147.
 13. de Jesus PC, de Oliveira MI, Fonseca SC. Impact of health professional training in breastfeeding on their knowledge, skills, and hospital practices: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2016 Sep-Oct; 92(5):436-50.
 14. Munn AC, Newman SD, Mueller M, Phillips SM, Taylor SN. The Impact in the United States of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Early Infant Health and Breastfeeding Outcomes. *Breastfeed Med*. 2016 Jun; 11:222-30.
 15. Asole S, Spinelli A, Antinucci LE, et al. Effect of hospital practices on breastfeeding: a survey in the Italian Region of Lazio. *J Hum Lact* 2009. Aug; 25(3):333-40.

16. Cinquetti M, Colombari AM, Battisti E, Marchetti P, Piacentini G. The influence of type of delivery, skin-to-skin contact and maternal nationality on breastfeeding rates at hospital discharge in a baby-friendly hospital in Italy. *Pediatr Med Chir.* 2019 May 22;41(1).
17. Centro di Documentazione sulla Salute Parinatale e Riproduttiva. Percorso nascita/Allattamento. Saperidoc. Disponibile a: <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/547>. Ultimo accesso: 08 aprile 2020.
18. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Disponibile a: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=1205. Ultimo accesso: 03 maggio 2020.
19. Gazzetta Ufficiale. Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000". Ministero della Sanita'. 2000. Disponibile a : https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.data PubblicazioneGazzetta=2000-06-07&atto.codiceRedazionale=000A6425&elenco30giorni=false. Ultimo accesso 03 maggio 2020.
20. Guadagnare salute. Allattamento al seno: tra arte, scienza e natura- dossier. Disponibile a: https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS_allattamento_2.pdf. Ultimo accesso: 08 aprile 2020.
21. College of Family Physicians of Canada. Infant Feeding Policy Statement 2004. Disponibile a: https://portal.cfpc.ca/ResourcesDocs/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Final_04Infant_Feeding_Policy_Statement.pdf. Ultimo accesso 03 maggio 2020.

22. Di Girolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics*. 2008 Oct; 122 Suppl 2:S43-9.
23. Widstrom AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatr*. 2019 Jul;108(7):1192-1204
24. Zetterstrom R. Breastfeeding and infant-mother interaction. *Acta Paediatr Suppl*. 1999. Aug;88(430):1-6
25. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale, n. 32 del 7 febbraio 2008 - Serie generale. Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno. 20 dicembre 2007. Disponibile a: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2008/02/07/32/so/32/sg/pdf>. Ultimo accesso 03 maggio 2020.
26. Prassi Ospedaliere per l'assistenza al neonato a termine, sano e di peso appropriato. Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria (CeVEAS) Disponibile a: <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeAttachment.php/L/IT/D/4%25Fd%25F9%252FD.0741693c65e6572738c6/P/BLOB%3AID%3D395/E/pdf>. Ultimo accesso : 28/04/2020
27. Triassi M. Il Management in Sanità. Il governo dei sistemi sanitari complessi. 1st ed. Roma: Società Editrice Universo; 2011.
28. Uvnäs Moberg K, Prime DK, Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding Birth. *Infant Journal*. 2013, VOLUME 9 - Issue 6.
29. Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen A, Ransjö-Arvidson A, Mukhamedrakhimov R. et al. Early Contact Versus Separation: Effects on Mother-Infant Interaction One Year Later Birth. 2009 Jun;36(2):97-109
30. Renfrew MJ, Lang S, Woolridge MW. Early versus delayed initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000. (2):CD000043

31. Agudelo S, Gamboa O, Rodríguez F, Cala S, Gualdrón N, Obando E. The Effect of Skin-To-Skin Contact at Birth, Early Versus Immediate, on the Duration of Exclusive Human Lactancy in Full-Term Newborns Treated at the Clínica Universidad De La Sabana: Study Protocol for a Randomized Clinical Trial. 2016 Oct 26;17(1):521.
32. Widstrom AM, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Uvnas-Moberg K, Werner S, et al. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Hum Dev* 1990; Mar;21(3):153-63.
33. Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. *Acta Paediatr* 2004; 93(6):779-85.
34. Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, RansjoArvidson AB, Welles-Nystrom B, Wassberg C, et al. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of “the stress of being born”: a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr* 2003; 92(3):320-6
35. Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992 . Jun-Jul 1992;81(6-7):488-93.
36. Adamkin D.H. Neonatal Hypoglycemia. *Curr Opin Pediatr*.2016 Apr;28(2):150-5
37. Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics* 1990. Aug;86(2):171-5.
38. H M Cooijmans K, Beijers R, Rovers A. C, de Weerth C . Effectiveness of Skin-To-Skin Contact Versus Care-As-Usual in Mothers and Their Full-Term Infants: Study Protocol for a Parallel-Group Randomized Controlled Trial *BMC Pediatr*. 2017 Jul 6;17(1):154.

39. Semmekrot BA, de Vries MC, Gerrits GP, Van Wieringen PM. Optimal breastfeeding to prevent hyperbilirubinaemia in healthy, term newborns. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; Oct 9;148(41):2016-9.
40. Bertini G, Dani C, Tronchin M, Rubaltelli FF. Is breastfeeding really favoring early neonatal jaundice? *Pediatrics* 2001; Mar;107(3):E41.
41. De Chateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. III. Follow-up at one year. *Scand J Soc Med* 1984; 12(2):91-103.
42. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002; 91(12):1301-6
43. Awi DD, Alikor EA. The influence of pre- and postpartum factors on the time of contact between mother and her new-born after vaginal delivery. *Niger J Med* 2004; Jul-Sep;13(3):272-5.
44. Gonçalves J, Fuertes M, João Alves M, Antunes S, Almeida A.R, Casimiro R. Maternal Pre and Perinatal Experiences With Their Full-Term, Preterm and Very Preterm Newborns. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 May 6;20(1):276.
45. Consales A, Crippa B.L, Cerasani J, Morniroli D, Damonte M, Bettinelli M E. Overcoming Rooming-In Barriers: A Survey on Mothers' Perspectives. *Front Pediatr*. 2020 Feb 21;8:53
46. Organizzazione Mondiale della Sanità. Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno. OMS 1981. Disponibile a : http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1467_listaFile_itemName_7_file.pdf.
Ultimo accesso: 03 maggio 2020
47. Centuori S, Burmaz T, Ronfani L, Fragiaco M, Quintero S, Pavan C, et al. Nipple care, sore nipples, and breastfeeding: a randomized trial. *J Hum Lact* 1999; Jun;15(2):125-30
48. Yang X, Gao L.L, Ip W, Chan W. Predictors of Breast Feeding Self-Efficacy in the Immediate Postpartum Period: A Cross-Sectional Study. *Midwifery*. 2016 Oct;41:1-8.

49. Ahluwalia I.B, Morrow B, D'Angelo D, Li R. Maternity Care Practices and Breastfeeding Experiences of Women in Different Racial and Ethnic Groups: Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System (PRAMS). *Matern Child Health J.* 2012 Nov;16(8):1672-8
50. Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breastfeeding variables. *Acta Paediatr Scand* 1990; Nov;79(11):1017-22.
51. Cotto CW, Garcia Fragoso L. Rooming-in Improves Breastfeeding Initiation Rates in a Community Hospital in Puerto Rico . *Bol Asoc Med P R* Jan-Mar 2010;102(1):30-2.
52. Svensson K, Matthiesen A, Widström A. Night Rooming-In: Who Decides? An Example of Staff Influence on Mother's Attitude. *Birth* 2005 Jun;32(2):99-106
53. Braun ML, Giugliani ER, Soares ME, Giugliani C, De Oliveira AP, Danelon CM. Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. *Am J Public Health* 2003; August; 93(8): 1277–1279.
54. Philipp BL, Malone KL, Cimo S, Merewood A. Sustained breastfeeding rates at a US babyfriendly hospital. *Pediatrics* 2003; Sep;112(3 Pt 1):e234-6.
55. Jaafar S H, Seng Lee K, J Ho J. Separate Care for New Mother and Infant Versus Rooming-In for Increasing the Duration of Breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Sep 12;(9):CD006641.
56. Strembel S, Sass S, Cole G, Hartner J, Fischer C. Breastfeeding policies and routines among Arizona hospitals and nursery staff: results and implications of a descriptive study. *J Am Diet Assoc* 1991;91:923-25
57. Unione Europea, Organizzazione Mondiale della Sanità. Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea. OMS 2006. Disponibile a: https://www.unicef.it/Allegati/Raccomandazioni_UE_alimentazione_lattanti.pdf. Ultimo accesso 03 maggio 2020.

58. Giusti A, Conti S, Di Lorenzo G, Donati S, Perra A, Grandolfo R. How Italian midwives contribute to breastfeeding promotion: a national experience of "cascade" training, 2006 Jan-Feb;62(1):53-67.
59. REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 23 novembre 2007 - Deliberazione N. 2041 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria - Linee guida alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Campania sulla promozione dell'allattamento al seno. B.U.R.C.2008. Disponibile a :
http://www.sito.regione.campania.it/burc/pdf08/burc02or_08/del2041_07.pdf. Ultimo accesso 03 maggio 2020