

## ALLATTAMENTO MATERNO IN ITALIA : RUOLO DEL GINECOLOGO

Romana Prosperi Porta\*, Elise Chapin\*\*, Maria Grazia Porpora\*, Giuseppe Canzone\*\*\*

\* Department of Gynaecology, Obstetrics and Urology, "Sapienza" University of Rome, Policlinico Umberto I, Viale Regina Elena 324, 00161 Rome, Italy.

\*\* Task Force Unicef BFHCI, Comitato Italiano UNICEF

\*\*\*

### ABSTRACT

In Italia, sebbene la % di madri che allattano stia aumentando secondo i dati ISTAT riferiti al 2013, ancora tali % sono lontane dallo standard richiesto dall'OMS. Il mancato allattamento raramente è riconosciuto come un possibile effetto della medicalizzazione della nascita ma piuttosto come una decisione materna. Il ginecologo, in team con gli altri operatori sanitari del percorso nascita uniformemente formati e rispettosi della diade madre-bambino, può realmente contribuire a promuovere l'allattamento materno.

**Keywords** : breastfeeding, birthing practices, obstetricians' role

**Correspondence to** : romana.prosperiporta@uniroma1.it

### INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'UNICEF e le Società Scientifiche internazionali di Pediatria e di Ginecologia sono concordi nel ritenere l'allattamento materno determinante per la salute del bambino e della madre, considerandolo un intervento di prevenzione sanitaria primaria.

Nel 2003, l'OMS, congiuntamente all'Unicef, ha elaborato una Strategia Globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini che affermava l'importanza dell'allattamento esclusivo nei primi 6 mesi di vita ed il proseguimento dello stesso in modo complementare fino a che mamma e figlio non lo desiderano(1). In Italia, tali raccomandazioni sono state accolte nell'ambito di uno specifico accordo tra Ministero della Salute e Regioni nel 2007 con conseguente attivazione di campagne di sensibilizzazione per promuovere l'allattamento materno, rivolte sia agli operatori che alle mamme. Secondo l'ultimo Report dell'ISTAT riferito all'anno 2013, le madri che allattano sono aumentate rispetto al 2005 (85,5% contro l' 81,1%).

Continua a crescere anche la durata media del periodo di allattamento : da 6,2 mesi nel 2000 a 7,3 mesi nel 2005 fino al valore di 8,3 nel 2013. Il numero medio di mesi di allattamento esclusivo al seno è pari a 4,1 con valori più alti nella Provincia Autonoma di Trento (5,0) e quelli più bassi in Sicilia (3,5). (2)

Alla base di questo crescente interesse verso l'allattamento va ricordata, come strategia vincente nell'aumentare il tasso di madri che allattano, il Progetto OMS/UNICEF " Baby Friendly Hospital " (BFH) nato negli anni '90, rapidamente diffuso nel mondo e nel 2007 diventato in Italia " Baby Friendly Hospital/Community Initiative" (BFHCI) integrando anche il territorio nel programma di promozione, protezione e sostegno all'allattamento materno. (3,4, 5) In Italia a tutt'ora, gli ospedali certificati BFH sono 22 (pari al 4% dei nati ) e 6 Comunità.

Questo Progetto ha definito in modo inequivocabile i 10 passi da seguire nei reparti di maternità degli ospedali , affinché la mamma possa allattare con successo il

proprio bambino. Sebbene ognuno di questi passi sia importante e tutti siano legati uno all'altro, alcuni assumono un ruolo centrale e strategico per la riuscita del progetto. Un ruolo estremamente importante nell'ambito di questo progetto è attribuito alla formazione degli operatori sanitari dei servizi materno-infantili dell'ospedale e del territorio che sono a diretto contatto prima con le donne in gravidanza e successivamente con le madri. I primi giorni dopo il parto rappresentano un momento particolarmente delicato e le competenze, le conoscenze e l'attitudine verso l'allattamento materno degli operatori sanitari, nonché la loro capacità di trasferire competenze alle neomamme, possono influenzare significativamente il successo dell'allattamento futuro. In questa prospettiva il sostegno fornito dagli operatori sanitari assume un peso determinante, a condizione, tuttavia, che venga attuato da tutte le figure professionali coinvolte, attraverso una formazione secondo gli standard internazionali, monitorata periodicamente con valutazione dei risultati.

Il mancato allattamento raramente è riconosciuto come un possibile effetto della medicalizzazione ma piuttosto come una decisione materna, sebbene una ricerca autorevole dell'Istituto Superiore di Sanità del 2002 rivela che oltre il 95% delle donne italiane ha una propensione positiva verso l'allattamento (6).

L'avvio dell'allattamento è un momento molto delicato, molti sono gli ostacoli e le barriere che si presentano alla madre durante il pur breve ricovero in ospedale. Primo fra tutti, almeno in Italia, è la scarsa formazione sulla gestione dell'allattamento da parte degli operatori dedicati e la scarsa informazione e sostegno alle madri. Gli operatori sanitari, nei loro diversi ruoli, dovrebbero informare e sostenere le donne durante la gravidanza, il parto, il dopo parto ed il ritorno a casa. Nello specifico, le madri andrebbero informate sull'importanza dell'allattamento, sui rischi dell'alimentazione artificiale e sulla normale gestione dell'allattamento. Inoltre, un ostacolo ancora presente in molte maternità italiane è la separazione fin dalla nascita, del bambino dalla propria madre come pratica routinaria quando ormai è ben nota l'importanza del rooming in da subito dopo il parto.

## RUOLO DEL GINECOLOGO IN ITALIA NELLA PROMOZIONE E SOSTEGNO DELL'ALLATTAMENTO MATERNO.

In Italia, il ginecologo è il primo operatore sanitario che la donna in gravidanza incontra e quello che vede più di frequente durante i 9 mesi di attesa.

Negli USA è stato stimato, in accordo con The National Center for Health Statistics, un numero di visite ginecologico-ostetriche di 25 milioni nel 2006 : 20 milioni sono costituiti da esami prenatali di routine, 2.379,024 di esami postpartum e 1.7milioni di esami di medicina generale. (7)

In Italia non abbiamo un dato preciso per quanto riguarda il numero medio delle visite ginecologico-ostetriche che la donna effettua in gravidanza e nel postpartum però sappiamo che il 94,3% delle donne si sottopone alla prima visita entro il terzo mese di gravidanza e che il 37,6% ha fatto almeno 7 ecografie durante la gestazione (il 23,8% nel 2000 e il 28,9% nel 2005). (2)

Ognuna di queste visite quindi, diventa un' opportunità per il ginecologo per informare sull'importanza dell'allattamento, influenzare positivamente e consolidare nei mesi questo tipo di scelta della donna nel dopo parto. Nella realtà, almeno in Italia, il ginecologo è convinto che questo tipo d' informazioni non siano di sua competenza, che spetta all'ostetrica ed al pediatra questo compito mentre il suo si esaurisce con la nascita del bambino ed il ritorno a casa della coppia madre-bambino.

L'unica nota positiva è che questa convinzione non è solo del ginecologo ma un po' di tutti, inclusi gli informatori farmaceutici delle industrie produttrici di latte artificiale che non vanno a promuovere il loro latte artificiale ai ginecologi che quindi non rischiano di violare il *Codice Internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno*.

Un possibile ostacolo alla promozione dell'allattamento da parte dei ginecologi, va ricercato nel loro mancato training durante la specializzazione, sui temi della fisiologia della lattazione e sulla gestione, diagnosi e trattamento dei più frequenti problemi che possono comparire durante l'allattamento, dall'ingorgo alla mastite.

La medicalizzazione della gravidanza e del parto, in Italia come in altri paesi occidentali, è in continuo aumento senza peraltro accompagnarsi ad azioni da parte degli operatori sanitari di informazione, di counselling e di sostegno sui temi che riguardano il percorso nascita, primo tra tutti il tema riguardante l'allattamento materno. Sicuramente la figura professionale che segue la donna in gravidanza, condiziona il livello di medicalizzazione. L'ostetrica da sola, sarebbe sufficiente a seguire la gravidanza fisiologica ed assistere i travagli/ parti regolari, lasciando al ginecologo le condizioni che presentano connotati di rischio o francamente patologici. L'ostetrica, protettiva nei confronti della madre e del bambino nella loro individualità come anche nella loro unità, rappresenta la figura professionale maggiormente capace di rispettare la fisiologia e diventare parte del processo di empowerment della donna durante la gravidanza e dopo quando diventa madre.

Il 9 maggio 1985, durante il Congresso "Tecnologia appropriata per la nascita", tenutosi a Forteleza, l'OMS produce 15 Raccomandazioni che si basano sul principio che ogni donna ha il diritto fondamentale di ricevere un'assistenza prenatale appropriata, di svolgere un ruolo centrale in tutti gli aspetti di questa assistenza, compresa la partecipazione nel pianificare, nel portare avanti e nel valutare l'assistenza stessa e che i fattori sociali, emotivi e psicologici sono decisivi per capire e porre in atto un'assistenza perinatale appropriata. (8) In realtà in Italia, tali raccomandazioni sono state ignorate per molto tempo e solo negli ultimi 15 anni grazie soprattutto al progetto BFHI dell'OMS/Unicef è ritornata l'attenzione sulle pratiche della nascita; nel 2012 sono state definitivamente inserite nel progetto BFHI anche le "Cure amiche della madre" che riguardano le procedure medicalizzanti in sala travaglio/parto che possono influenzare l'esito dell'allattamento.

Ma in che cosa consistono le Cure amiche della madre ? :

- [ Poter essere accompagnate durante il travaglio/parto da una persona di propria fiducia
- [ Passeggiare, muoversi durante il travaglio in caso si desideri
- [ Trovare posizioni di proprio gradimento durante il travaglio/parto
- [ Prendere in considerazione l'utilizzo di metodi non farmacologici per alleviare il dolore
- [ Bere e mangiare cibi leggeri durante il travaglio
- [ Evitare l'uso di pratiche cliniche sulla cui utilità non esistono prove di efficacia
- [ Le cure di routine non comprendono procedure invasive

**IMPATTO DELLE PRATICHE OSTETRICHE DELLA NASCITA  
SULL'ALLATTAMENTO**

Solide evidenze scientifiche internazionali, mostrano che minimizzare gli interventi medici e preservare la normalità della nascita, sono associati ad una nascita più fisiologica, facile e sicura.

Secondo i dati ISTAT, l'Italia è il Paese dell'Unione Europea con il più alto tasso di Tagli Cesarei : il 36,3 % nel 2013, oltre il doppio di quella raccomandata dall'OMS e superiore di quasi 10 punti percentuali rispetto alla media UE (27 %). (2). Non volendo entrare in questa sede sulle motivazioni di tale aumento, peraltro ben note a tutti, è ben comprensibile come in caso di TC, l'avvio dell'allattamento materno può essere compromesso se questo non è ben sostenuto dall'aiuto di operatori competenti. Il passo 4 del BFHI prevede che subito dopo il parto vaginale o il TC d'elezione in anestesia periferica, venga posizionato il bambino pelle a pelle sul torace della madre per almeno un'ora, ripetendo questa procedura più volte nei giorni successivi alla nascita. L'immediato e prolungato contatto pelle a pelle rappresenta la più importante strategia dopo la nascita per l'avvio dell'allattamento ed è dimostrato che la separazione della diade madre-bambino non dovuta a manovre di rianimazione, è ingiustificata e dannosa (9). Il contatto pelle a pelle immediato e prolungato supporta tutti gli aspetti dell'allattamento, specialmente il bonding/attaccamento, la produzione di latte e la normale suzione del bambino. (10,11) Durante questo momento i livelli di catecolamine del neonato sono alti, le pupille sono dilatate, i riflessi sono acuti ed il neonato è in uno stato di allerta piuttosto alto (12). I neonati in contatto pelle a pelle con la loro madre, esibiscono modelli di coordinamento delle mani, di suzione, di massaggio delle mammelle, di movimento verso le mammelle e un inizio di suzione. (13) Questo contatto tra madre e bambino provoca una cascata ormonale, caratterizzata soprattutto dal rilascio di ossitocina che crea fiducia nella donna. Il contatto tattile aumenta la secrezione gastrica nella madre e nel bambino, promovendo la motilità gastrointestinale e la digestione (14). Il diretto contatto pelle a pelle contrasta l'instabilità termica nel neonato, spesso causa di separazione del neonato dalla madre e di aggravamento dell'ipoglicemia con conseguente supplementazione inappropriata. (15) Purtroppo sappiamo che, almeno in Italia, ad eccezione degli ospedali BFH, sono poche le maternità che permettono alle madri il contatto pelle a pelle con il proprio bambino alla nascita, soprattutto in sala operatoria durante un TC d'elezione.

Il taglio cesareo espone la madre a possibili complicazioni che possono interferire con l'attaccamento madre- bambino e compromettere l'allattamento. Imparare la cura del bambino nel postoperatorio può risultare molto difficile, può minare l'intenzione della madre di allattare ed aumentare il rischio di problemi di attacco e conseguente depressione postpartum. L'allattamento favorisce la normale risoluzione della gravidanza e la transizione della madre nella normale fisiologia della lattazione. I neonati che nascono con TC hanno un maggiore rischio di alterata suzione con minore trasferimento di latte dalla mammella i primi 5 giorni di vita con conseguente aumento di supplementazioni con latte artificiale non necessarie, con il mancato svuotamento delle mammelle e la conseguente soppressione della lattazione (16). Il TC d'elezione senza travaglio, riduce l'endorfina fetali ed il livello di endorfine più basso si ripercuote sulla quantità di colostro e di latte, deprivando il bambino di importanti componenti di alleviazione del dolore anche con una nascita più difficile e compromettendo un avvio fisiologico dell'allattamento. (17)

Vari autori riportano % di allattamento esclusivo più basso nelle donne sottoposte a TC vs quelle con PS sia a 2 settimane che a 2 mesi dalla nascita (18,19). Otamiri ha osservato che i bambini nati tramite TC erano meno eccitabili, presentavano una risposta neurologica significativamente più bassa durante i primi 2 giorni di vita e

avevano livelli di catecolamine più bassi e questo può essere relazionato a risposte neurologiche precoci nel neonato (20,21).

Il ginecologo spesso sottovaluta l'importante ruolo dell'ossitocina in gravidanza, durante la nascita, l'allattamento ed il pelle a pelle. Le donne che partoriscono per via vaginale hanno maggiori livelli di ossitocina di quelle che vengono sottoposte a TC con un maggiore incremento dei livelli di prolattina a 20-30 minuti subito dopo l'inizio dell'allattamento con un numero di pulses correlato alla durata dell'allattamento esclusivo (22,23).

Nel 2001, Rowe-Murray e Fisher hanno studiato in modo prospettico l'impatto del parto operativo sulla implementazione del passo 4 del BFHI "inizio precoce dell'allattamento entro 30 minuti dalla nascita". Le donne che erano state sottoposte a TC presentavano un ritardo significativo nell'inizio dell'allattamento : nei BFH il 27% delle madri aveva iniziato l'allattamento entro 30 minuti dalla nascita e nel 60% dei casi dopo 60 minuti mentre nei 3 Ospedali -non BF nessuna delle madri sottoposte a TC aveva potuto attaccare il proprio bambino al seno.(24)

Oltre al TC anche l'episiotomia sembra interferire con l'allattamento. Eseguita durante il PS per aumentare l'apertura della vagina, al fine di facilitare la nascita del bambino, talvolta è causa di lacerazioni che si estendono fino al retto, fistole e disfunzioni dei muscoli dello sfintere. Molte ricerche sono state pubblicate a supporto di un uso selettivo e non di routine dell'episiotomia. Anche l'OMS si è pronunciato in merito all'uso non routinario di questa pratica e sono state pubblicate numerose Linee Guida al riguardo che affermano che non c'è evidenza scientifica su un probabile danno perineale, prolasso vaginale futuro o incontinenza urinaria in caso di mancata episiotomia (25). Purtroppo però nonostante tali raccomandazioni autorevoli, ancora l'episiotomia di routine viene effettuata in modo diffuso nel mondo e quasi sempre senza il consenso informata da parte della donna. Il suo impatto sull'esito dell'allattamento però non è stato ancora ben documentato. La Kitzinger riporta nel 1981 uno studio sulla percezione delle donne riguardo il loro dolore da episiotomia e quanto questo le distraesse dall'allattamento; il 17% del gruppo con episiotomia ed il 21% di episiotomia e lacerazioni riferirono grande disturbi durante l'allattamento mentre solo il 3% di quelle senza problemi al perineo (26).

Lo skin to skin della madre con il suo bambino durante la sutura della episiotomia, promuove la produzione delle endorfine endogene tra cui l'ossitocina, determinando un sollievo fisiologico dal dolore e facilitando l'allattamento precoce.

Secondo la filosofia che prevenire è meglio che curare, la prevenzione dei danni possibili alla nascita, continua ad essere la migliore strategia. Difendere la fisiologia durante il travaglio assecondando la scelta della madre, la libertà di muoversi e di adottare le posizioni verticali, mangiare e bere cose leggere, evitare le procedure invasive di routine e utilizzare metodi non farmacologici per alleviare il dolore. Tutte le mamme devono essere sostenute con un aiuto competente per quanto riguarda l'avvio dell'allattamento ma le mamme che hanno bambini con problemi, sicuramente ancora di più.

L'ossitocina è la grande protagonista durante il travaglio, il parto, la lattazione, l'attaccamento madre-bambino, la sessualità, lo sviluppo della fiducia in sé, la digestione, la calma e la guarigione. L'adrenalina è l'antagonista della ossitocina per cui ogni situazione o evento che innalza i livelli di adrenalina in travaglio, parto, postpartum nelle madri, va a ridurre, inibire o minare la miriade di processi psicologici o fisiologici necessari per uno sviluppo ottimale dell'allattamento nella diade madre-bambino. L'influenza negativa della paura e dello stress sull'avanzamento del travaglio è d'altra parte ben documentata in letteratura. Più di

30 anni fa, Lederman et al. ha misurato i livelli di catecolamine nei campioni di sangue di primipare sane in travaglio ed ha trovato alti livelli di adrenalina nella fase iniziale del travaglio nelle donne che presentavano un travaglio più lento e anomalie del battito cardiaco fatale (27).

La separazione della madre dal suo bambino immediatamente dopo la nascita, ad esclusione per le manovre di rianimazione, non è stata mai valutata come sicura ed efficace. In ogni caso sia i bambini in buona salute ma a maggior ragione quelli con problemi, non dovrebbero essere separati dalla madre e non gli dovrebbe essere negato il conforto di essere tenuti tra le braccia materne, allattati e coccolati, sfruttando le proprietà di risoluzione del dolore del colostro e del latte.

La ricerca ha confermato che le modalità del travaglio di parto agiscono sull'inizio della lattogenesi II (inizio copioso della secrezione di latte). Un ritardo nell'inizio della produzione copiosa di latte mette il neonato a rischio di entrate caloriche insufficienti, esposizione a latte artificiale, problemi nella suzione, danneggia l'avvio dell'allattamento e mina la fiducia della madre nelle proprie capacità di allattare. "Poco latte" è la causa più frequente di supplementazione dell'allattamento e il ritardo dell'inizio della lattogenesi II è la conseguenza negativa circa le difficoltà del travaglio.

Durante il travaglio sono prodotti gli oppioidi endogeni (beta-endorfine) che aumentano con l'intensità delle contrazioni, raggiungendo il picco con l'avvicinarsi del parto. Questi naturali neurotrasmettitori che aumentano durante il travaglio, smussano o modulano il dolore della donna e passano attraverso la placenta al feto che è così pronto per la vita extrauterina. Queste ondate di ormoni nella madre e nel feto, aumentano la produzione di surfactante, che sgombra i polmoni del neonato in preparazione al respiro extrauterino; mobilizza il grasso bruno per il calore ed il supporto calorico delle funzioni del corpo; fornisce un ricco apporto di sangue al cuore ed al cervello del neonato e fa scattare l'attaccamento tra madre e bambino. Le beta-endorfine prodotte durante il travaglio e presenti nel colostro e nel latte materno, proteggono il bambino dal dolore. Zanardo et al. hanno trovato che le beta-endorfine del colostro erano significativamente più alte nelle madri che avevano partorito per via vaginale comparate con quelle che erano state sottoposte a TC d'elezione con anestesia epidurale e senza travaglio (28). Loro hanno raccolto inoltre campioni di beta-endorfine nel colostro e nel latte materno di transizione a 4, 10 e 30 giorni dopo il parto di tre gruppi di madri: un gruppo aveva partorito a termine per via vaginale, un gruppo aveva partorito per via vaginale pretermine (35.6 settimane +/- 0.3 giorni) e un terzo gruppo con TC d'elezione a termine (29). Le beta-endorfine erano significativamente più alte nel colostro delle madri che avevano partorito per via vaginale, negli ultimi 10 giorni del postpartum; la più alta concentrazione era nelle madri che avevano partorito pre-termine. Essi ipotizzarono che il livello elevato di beta-endorfine nel colostro e nel latte di transizione potesse essere coinvolto con l'adattamento allo stress ed altre condizioni potenziali. La scoperta di più alti livelli nelle madri di bambini pretermini, che dovrebbero avere una maggiore adattabilità, suggerisce un ruolo nella nascita pretermine. La somministrazione di anestesia epidurale causa una brusca caduta dei livelli di beta-endorfine.

## CONCLUSIONI

Detto questo, il ginecologo non si può più nascondere dietro alle ostetriche ed ai pediatri dicendo che l'allattamento materno non lo riguarda anche perché il BFHI ha ben dimostrato che trasversalmente riguarda tutti gli operatori del settore materno-infantile; più questi operatori sapranno fare lavoro di squadra con la diade madre-bambino, con la forza di informazioni univoche e con un approccio comunicativo giusto, non giudicante e più saranno in grado di promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento materno.

E' importante che il ginecologo abbia nel proprio bagaglio culturale le conoscenze adeguate riguardanti la pratica dell'allattamento. Nel corso della specializzazione in Ostetricia e Ginecologia dovrebbe essere dato un ampio spazio sia alla fisiologia che alla patologia della lattazione.

“ Le madri con i loro bambini formano un'unità biologica e sociale inseparabile; la salute e la nutrizione dell'uno non può essere disgiunta dalla salute e la nutrizione dell'altro” (1). Purtroppo il momento della nascita divide le responsabilità professionali : la nascita è dominio del ginecologo, mentre la cura del neonato è responsabilità dei pediatri.

La responsabilità dell'allattamento non riguarda una sola categoria professionale. I programmi curriculari degli specialisti in pediatria e in ginecologia ancora non includono in maniera sistematica la gestione dell'allattamento sulla base delle evidenze scientifiche. Un'eccezione a questa separazione è costituito dalla ostetrica che si prende cura della donna durante la gravidanza con i corsi di accompagnamento alla nascita, durante il parto e l'allattamento nel postpartum. Il WHO ha identificato l'ostetrica come il più appropriato operatore sanitario per seguire la gravidanza e la nascita normale includendo il rischio e il riconoscimento delle complicazioni nonché la cura dell'allattamento. Tuttavia, sebbene la categoria delle ostetriche sia molto di sostegno per l'allattamento purtroppo anche loro non presentano nel loro curriculum formativo, un corso di formazione (20 ore OMS/Unicef) considerato lo standard internazionale nella formazione sull'allattamento. Solo recentemente in pochissimi corsi di laurea in Ostetricia nelle Università italiane, è stata attivato in modo permanente questo tipo di formazione. Dal 2013 è partito in Italia il progetto Baby Friendly University che prevede oltre alla formazione standard, la valutazione alla fine del Corso di laurea in Ostetricia, delle competenze acquisite da parte di un team di valutatori dell'UNICEF; ad ora solo l'Università Bicocca di Milano è stata certificata avendo superato la valutazione da parte dell' Unicef.

Il Progetto BFHCI OMS/UNICEF con il suo approccio multidisciplinare, è capace di superare la visione separatista della diade mamma/bambino, orientando le scelte di quelle donne poco informate sui benefici dell'allattamento e sui rischi della alimentazione artificiale. Una donna ben informata pretenderà sempre durante il ricovero in ospedale, l'applicazione delle buone pratiche secondo lo standard internazionale mentre una non informata subirà la mala gestione, incolpando la cattiva sorte per non aver avuto abbastanza latte.

Il ginecologo, come gli altri operatori del percorso nascita, ha un ruolo chiave e una responsabilità precisa nel preservare l'intero processo riproduttivo in un setting di supporto emozionale e sociale, libero dalla paura, dall' ansia e dal pericolo. Le sue “azioni” durante il travaglio ed il parto, non sono prive di conseguenze anzi possono avere delle ripercussioni sull'allattamento quindi la conoscenza di questi temi, la capacità di lavorare in team con gli altri operatori sanitari uniformemente formati ed il rispetto della diade madre-bambino può realmente contribuire a promuovere l'allattamento materno.

## BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Global Strategy for infant and young child feeding. *Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003*
2. Report ISTAT, 9 dicembre 2014. <http://www.istat.it>
3. Division of Child Health and Development Staff, World Health organization. Evidence for ten steps to successful breastfeeding. *Geneva:WHO, 1998*
4. E.M. Chapin, R. Cosentino, L. Speri, M.E. Bettinelli “ L’UNICEF Italia e la Promozione dell’allattamento materno. Lo sviluppo del Programma “ Insieme per l’allattamento: Ospedali& Comunità Amici dei Bambini” . *Quaderni acp 2012; 19(6): 246-249*
5. Bettinelli ME, Chapin EM, Cattaneo A. Establishing the Baby-Friendly Community Initiative in Italy: development, strategy and implementation. *J Hum Lact 2012 Aug;28(3):297-303*
6. Grandolfo M, Donati S, Giusti A. Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002 Aspetti metodologici e risultati nazionali. *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.*



7. National Center for Health Statistics. Preliminary data. [www.cdc.gov/nchs](http://www.cdc.gov/nchs) (accessed December 2010)
8. “Appropriate Technology for Birth” *Lancet*. 1985 Aug 24;2(8452):436-7.
9. Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR, “ Randomized controller 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):779-785
10. Kennell J, McGrath S. “Starting the process of mother-infant bonding. *Acta Paediatr*. 2005;94(6):775-777
11. Anderson G, Chiu S, Morrison B, Ludington-Hoe S. “Skin to skin care for breastfeeding difficulties postbirth”. In: *Field T, ed Touch and massage in Early Child Development: Skillman, NJ: Johnson & Johnson Pediatric Institute; 2004:115-136*
12. Lagercrantz H, Slotkin TA. “The stress of being born”. *Sci Am*. 1986;254(4):100-107
13. Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Nissen E, Uvnas-Moberg K. “Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking”. *Birth*. 2001;28(1):13-19
14. Uvnas-Moberg K. “Gastrointestinal hormones and pathophysiology of functional gastrointestinal disorders”. *Scand J Gastroenterol Suppl*. 1987; 128:138-146
15. Wight N, Marinelli KA. ABM Protocols: ABM Clinical Protocol #1: Guidelines for Glucose Monitoring and treatment of Hypoglycemia in Breastfed Neonates. *New Rochelle, NY: Academy of Breastfeeding Medicine; 2006*
16. Evans KC, Evans RG, Royal R, Esterman AJ, James SL. “Effect of cesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2003;88(5):F380-F382.
17. Zanardo V, Nicolussi S, Favaro F, et al. Effect of postpartum anxiety on the colostrum milk beta-endorphin concentrations of breastfeeding mothers. *J Obstet Gynaecol*. 2001;21(2):130-134
18. Samuels SE, Margen S, Schoen EJ. Incidence and duration of breastfeeding in a health maintenance organization population. *Am J Clin Nutr*. 1985;42(3):504-510
19. Procianny RS, Fernandes-Filho, Lazaro L, Sartori NC. Factors affecting breastfeeding: the influence of cesarean section. *J Trop Pediatr*. 1984;30(1):39-42
20. Otamiri G, Berg G, Ledin T, Leijon I, Lagercrantz H. Delayed neurological adaptation in infants delivered by elective cesarean section and the relation to catecholamine levels. *Early Hum Dev*. 1991;26(1):51-60
21. Linda J. Smith, Mary Kroeger “ Impact of Birthing Practices on breastfeeding”. Second Edition. 2010 by Jones and Bartlett Publishers, LLC
22. Uvnas-Moberg K. The Oxytocin Factors. *Cambridge, MA: Da Capo Press/Perseus Books Group; 2003*
23. Nissen E, Uvnas-Moberg K, Svensson K, Stock S, Widstrom AM, Winberg J. Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by cesarean section or by vaginal route. *Early Hum Dev*. 1996;45(1-2):103-118
24. Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby Friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*. 2002;29(2):124-131

25. World Health Organization. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. *Geneva, Switzerland: World Health Organization;2000.*
26. Kitzinger S. Some women's experiences of episiotomy. In: *National Childbirth Trust, ed. Pamphlet NLM #05304054-6. London: National Childbirth Trust; 1981*
27. Lederman RP, Lederman E, Work B, Jr., McCann DS. Anxiety and epinephrine in multiparous women in labor: relationship to duration of labour and fetal heart rate pattern. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;153(8):870-877
28. Zanardo V, Nicolussi S, Giacomini C, Faggiani D, Favaro F, Plebani M. Labor pain effects on colostrum milk beta-endorphin concentrations of lactating mothers. *Biol Neonate.* 2001;79 (2):87-90
29. Zanardo V, Nicolussi S, Carlo G, et al. Beta endorphin concentrations in human milk. *J pediatr gastroenterol Nutr.* 2001; 33(2): 160-164