

**ABM Clinical Protocol #2:
Guidelines for Hospital Discharge
of the Breastfeeding Term Newborn and Mother:
“The Going Home Protocol,” Revised 2014**

**Protocollo clinico n.2 dell’Academy of Breastfeeding Medicine:
Linee guida per la dimissione dall’ospedale
del neonato allattato e a termine e della madre nutrice:
“Il protocollo del ritorno a casa”, Revisionato nel 2014**

Amy Evans¹⁻², Kathleen A. Marinelli,³⁻⁴ Julie Scott Taylor,⁵ e The Academy of Breastfeeding Medicine

Uno degli obiettivi centrali dell’Academy of Breastfeeding Medicine è lo sviluppo di protocolli clinici per la gestione di problemi medici comuni che potrebbero avere un impatto sulla buona riuscita dell’allattamento. Questi protocolli servono unicamente come linee guida per la cura delle madri nutrici e dei bambini allattati e non delineano un piano terapeutico esclusivo né fungono da standard di assistenza sanitaria. Variazioni al trattamento possono essere appropriate in base ai bisogni del singolo paziente.

¹ University of California San Francisco - Fresno, Fresno, California.

² Center for Breastfeeding Medicine and Mother’s Resource Center at Community Regional Medical Center, Fresno, California

³ Division of Neonatology and Connecticut Human Milk Research Center, Connecticut Children’s Medical Center, Hartford, Connecticut.

⁴ University of Connecticut School of Medicine, Farmington, Connecticut.

⁵ Alpert Medical School of Brown University, Providence, Rhode Island.

Introduzione

La reale buona riuscita dell'allattamento è misurata in parte sia dalla durata che dall'esclusività dell'allattamento. L'attenzione preventiva ai bisogni di madre e bambino al momento della dimissione dall'ospedale è cruciale per assicurare la riuscita dell'allattamento e la sua lunga durata. Si raccomanda di considerare i principi e le pratiche seguenti prima di dimettere la madre e il suo bambino a termine.

Linee-guida Cliniche

1. Un operatore sanitario formato sulla valutazione formale dell'allattamento dovrebbe eseguire e documentare una valutazione dell'efficacia dell'allattamento almeno una volta nelle 8 ore precedenti la dimissione della madre e del bambino. Una valutazione simile dovrebbe essere stata eseguita durante l'ospedalizzazione, preferibilmente almeno una volta ogni 8-12 ore. In Paesi come il Giappone, nei quali il ricovero in ospedale può durare fino ad una settimana, la valutazione dovrebbe continuare fino a che l'allattamento non sia ben avviato, per poi poter diminuire in frequenza. Dovrebbe includere valutazioni di posizione, attacco, trasferimento di latte, ittero fisiologico, colore delle feci e sua transizione, quantità di feci e urine e annotazione della presenza di cristalli di acido urico se presenti. Il peso del bambino e la percentuale del calo dovrebbero essere valutati ma non è necessario controllarli spesso. Per esempio, in Australia, i bambini vengono pesati alla nascita e alla dimissione o al terzo giorno di vita, a seconda di quale situazione si presenti per prima. Devono anche essere affrontate tutte le problematiche sollevate dalla madre come dolore ai capezzoli, incapacità ad effettuare la spremitura manuale, percezione di produzione inadeguata ed eventuale percezione del bisogno di integrazione.¹⁻⁷ (I; II-3; III) (La qualità dell'evidenza [livelli di evidenza I, II-1, II-2, II-3 e III] per ogni raccomandazione come definita nel U.S. Preventive Services Task Force Appendix A Task Force Ratings⁸ è annotata tra parentesi.) È importante porre domande dettagliate - molte madri potrebbero non menzionare queste problematiche se non direttamente interrogate.

2. Prima della dimissione dovrebbe essere eseguita una valutazione predittiva dei problemi di allattamento basata sui fattori di rischio materni e/o del bambino (Tabelle 1 e 2). (III)

Tutti i problemi riguardanti l'allattamento, sia osservati dal personale ospedaliero che sollevati dalla madre, dovrebbero essere gestiti e documentati nella cartella clinica prima della dimissione di madre e bambino. Ciò include il

tempestivo riconoscimento e la programmazione di un piano terapeutico per una possibile anchiloglossia, che può influenzare l'attacco, la lattogenesi e il futuro allattamento.^{9,10} (è in preparazione un protocollo clinico aggiornato.) (I) Deve esserci un piano d'azione che includa il follow-up del problema dopo la dimissione.¹¹⁻¹⁴ (II-3) Se chi si occupa della madre e chi si occupa del bambino non sono la stessa persona, ci deve essere comunicazione coordinata su qualsiasi questione tra il personale ostetrico e pediatrico, per un follow-up ottimale (vedi Linea-guida n.10)

3. Medici, ostetriche, infermiere e tutto il resto dello staff dovrebbero incoraggiare la madre ad allattare in modo esclusivo per i primi 6 mesi di vita del bambino e a continuare l'allattamento per almeno il primo anno e preferibilmente fino a 2 anni e oltre.^{3,15,16} (III)

Questa è la raccomandazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e di organizzazioni appartenenti a singoli Stati come il National Health and Medical Research Council in Australia.¹⁷

La Joint Commission, un'organizzazione che accredita strutture ospedaliere e cliniche negli Stati Uniti e nel mondo, sta ora richiedendo la documentazione riguardante i tassi di allattamento esclusivo quale parte del processo di accreditamento per ospedali e punti nascita negli Stati Uniti. Gli U.S. Centers for Disease Control and Prevention hanno raccomandazioni simili.^{14,18-21} (III)

L'aggiunta di cibo complementare appropriato dovrebbe avvenire compiuti i 6 mesi di vita.²² (I) Le madri traggono beneficio da spiegazioni delle motivazioni e da suggerimenti pratici relativi all'allattamento esclusivo. Dovrebbero essere evidenziati i vantaggi medici, psicosociali e sociali per madre e bambino e il perché l'integrazione di formula artificiale sia scoraggiata. Tali informazioni sono una componente standard di una consulenza preventiva che affronti convinzioni e abitudini personali con attenzione alla cultura dell'individuo.²³⁻²⁵ È necessaria un'assistenza specifica per le madri che stanno programmando di rientrare al lavoro o a scuola (vedi Linea guida n.7).²⁶ (II-2)

4. Le famiglie trarranno beneficio da materiali informativi sull'allattamento (così come su altri aspetti della cura del bambino) appropriati e non commerciali.²⁷ (I) Non dovrebbero essere distribuiti valigette omaggio contenenti formula artificiale, succhiotti, materiale pubblicitario commerciale riferito in modo specifico a formula artificiale o cibo per bambini, nonché qualsiasi materiale non appropriato per una madre nutrice e un bambino allattato. Questi prodotti potrebbero incoraggiare pratiche scorrette di allattamento, che potrebbero portare a svezzamento prematuro.²⁷

5. Prima della dimissione le madri nutrici e le altre persone ritenute opportune (padri, partner, nonne, persone di sostegno, etc.) trarranno beneficio da indicazioni preventive semplificate sulle questioni-chiave nell'immediato futuro. (I) Occorre prestare attenzione a non sovraccaricare le madri. A tutti i genitori dovrebbero essere fornite informazioni specifiche in forma scritta riguardo a:

- a. prevenzione e gestione degli ingorghi
- b. interpretazione dei segnali del bambino e allattamento "a richiesta"
- c. indicatori di adeguata assunzione di latte (evacuazione di tutto il meconio, tre o quattro evacuazioni al giorno dal quarto giorno, passaggio a feci gialle entro il quinto giorno, almeno cinque-sei minzioni al giorno entro il quinto giorno e ritorno al peso della nascita entro il decimo-quattordicesimo giorno al massimo)
- d. segni di ittero eccessivo^{4,28} (III)
- e. ritmo sonno/veglia nei neonati, incluse pratiche per un sonno condiviso in sicurezza²⁹ (III)
- f. assunzione di farmaci da parte della madre, fumo e consumo di alcool
- g. soggettività della frequenza delle poppate, inclusa la normalità delle poppate serali a grappolo
- h. uso del succhiotto (nelle comunità in cui l'uso di succhiotti è comunemente raccomandato per prevenire la sindrome della morte improvvisa del lattante [SIDS]), scoraggiandone l'uso fino a che l'allattamento sia ben avviato, almeno 3-4 settimane. (Queste raccomandazioni per l'uso di succhiotti come possibile prevenzione della SIDS sono in linea con le raccomandazioni dell'Accademia Americana di Pediatria con Sede negli Stati Uniti. L'allattamento stesso è considerato preventivo della SIDS. Il Ministero della Salute, del Lavoro e del Welfare Giapponese sostiene l'allattamento, il non fumare e la posizione supina per il sonno ma non incoraggia l'uso del succhiotto.)³⁰⁻³⁴ (I)
- i. informazioni per il follow-up e recapiti.

6. Ogni madre nutrice dovrebbe ricevere indicazioni sulla tecnica di spremitura manuale (sia che usi o no un tiralatte), così che sia in grado di alleviare un ingorgo, aumentare la produzione di latte, mantenere la sua produzione di latte ed ottenere latte per nutrire il bambino nel caso in cui lei e il bambino dovessero essere separati o il bambino non fosse in grado di nutrirsi direttamente al seno.³⁵⁻³⁷ (II-1)

7. Ad ogni madre nutrice dovrebbero essere forniti i nomi e i numeri di telefono di medici e servizi sanitari che possano fornire consigli, consulenza e valutazione dello stato di salute in relazione all'allattamento, idealmente disponibile 24 ore su 24.^{1,3} (I)

8. Ad ogni madre nutrice dovrebbe essere fornito un elenco dei servizi e dei gruppi di sostegno tra pari presenti sul territorio come i gruppi di sostegno da mamma a mamma de La Leche League, Australian Breastfeeding Association, gruppi di sostegno organizzati da ospedali/cliniche, gruppi di sostegno statali [p. es. Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) negli Stati Uniti] con numeri di telefono, nomi e indirizzi. (II-1; III) Le madri dovrebbero essere incoraggiate a contattare e a prendere in considerazione l'idea di frequentare uno di questi gruppi.³⁸⁻⁴⁴ (II-3; III)

9. Se una madre sta programmando di rientrare a scuola o al lavoro poco dopo il parto, potrebbe trarre beneficio da informazioni aggiuntive.^{36,37} (II-1) Queste informazioni dovrebbero includere la necessità di sostegno sociale continuativo, i possibili problemi di produzione di latte, l'estrazione e la conservazione del latte fuori casa, la possibilità di pause dal lavoro per una poppata con il bambino e le informazioni su leggi regionali e/o nazionali riguardanti le sistemazioni per l'allattamento e l'estrazione del latte sul luogo di lavoro.

È prudente fornirle queste informazioni in forma scritta, così che abbia risorse per quando arrivi per lei il momento di prepararsi al rientro a scuola o al lavoro.

10. Nei Paesi in cui la dimissione avviene normalmente entro 72 ore dalla nascita, prima della dimissione dovrebbero essere programmati per madre e bambino degli appuntamenti per visite ambulatoriali o a domicilio entro 3-5 giorni di vita da parte di un medico, un'ostetrica o un operatore sanitario formato sull'allattamento e supervisionato da un medico, durante le quali l'allattamento possa essere valutato. Tutti i bambini dovrebbero essere visti entro 48-72 ore dalla dimissione; i bambini dimessi prima delle 48 ore di vita dovrebbero essere visti entro 24-48 ore dalla dimissione.^{1,3} (III) Nei Paesi in cui la dimissione avviene 5-7 giorni dopo la nascita, il bambino può essere visto diverse volte dal medico prima della dimissione. In Giappone, dove questo è il caso, la successiva visita di routine è raccomandata a 2 settimane salvo problemi. In base alla scelta della madre la sua visita post-parto può essere programmata prima della dimissione o le si possono dare le informazioni affinché prenoti da sé l'appuntamento una volta rientrata a casa. In molti Paesi questo appuntamento sarà con il ginecologo, il medico di famiglia o l'ostetrica che ha partecipato al parto. In altri Paesi come l'Australia, se il parto è avvenuto in un ospedale pubblico sarà con il suo medico di famiglia, che non avrà assistito al parto.

11. Sono raccomandate ulteriori visite per madre e bambino, anche se la dimissione avviene più tardi del quinto giorno di vita, finché tutte le questioni cliniche rilevanti come l'adeguata quantità di feci e urine, l'ittero e il raggiungimento del peso della nascita entro 10-14 giorni di vita non siano risolte.

Un bambino che non ha recuperato il peso della nascita entro i primi 10 giorni di vita ma che ha mostrato un aumento di peso stabile e appropriato per più giorni va probabilmente bene. Questo bambino ha bisogno di follow-up continuo e ravvicinato ma potrebbe non necessitare di interventi.

Un bambino che manifesti un calo che si avvicina al 7% del peso della nascita al quinto-sesto giorno di vita ha bisogno di essere strettamente monitorato finché non venga raggiunto un aumento di peso stabile. Se dovesse essere notato un calo del 7% o superiore dopo 5-6 giorni di vita, dovrà essere monitorato ancora più strettamente e con ancora maggiore attenzione. Questi bambini richiedono una valutazione attenta. Entro 4-6 giorni i bambini dovrebbero prendere peso quotidianamente, il che rende la percentuale del calo ancora più significativa nel momento in cui viene presa in considerazione la mancanza di questo aumento quotidiano. Oltre all'attenzione su questo punto, i bambini con queste criticità devono essere valutati in modo specifico per problemi legati all'allattamento e al trasferimento di latte.¹⁻⁷ (III)

12. Se da un punto di vista medico la madre è pronta per la dimissione dall'ospedale ma il bambino non lo è, dovrebbe essere fatto ogni sforzo per permettere alla madre di rimanere in ospedale come paziente o come "madre nutrice" con accesso al bambino, per sostenere l'allattamento esclusivo. Durante la permanenza prolungata del bambino il mantenimento del rooming-in totale è ottimale.^{19,20,43} (II-1)

13. Se la madre viene dimessa dall'ospedale prima che lo sia il bambino (come nel caso di un bambino malato), la madre dovrebbe essere incoraggiata a trascorrere quanto più tempo possibile con il bambino, per praticare il contatto pelle-a-pelle e la terapia canguro con il proprio bambino non appena possibile, per continuare l'allattamento.⁴⁵⁻⁴⁹ (I;II-2) Per i periodi di tempo in cui la madre non è presente in ospedale dovrebbe essere invitata ad estrarre e conservare il latte e a portarlo in ospedale per il bambino. Dovrebbe almeno mostrare di sapersi spremere il latte prima della dimissione. Se avesse problemi con la produzione di latte è opportuno un rinvio rapido ad una consulente in allattamento e/o un medico formato sull'allattamento e sulla gestione dello stesso.(III) Il latte potrebbe essere estratto a casa e portato in ospedale per essere somministrato al bambino. Alcuni Paesi scoraggiano questa

pratica, ma non ci sono evidenze per contraddire questa raccomandazione e per contro molte evidenze per sostenere l'uso del latte della madre nel caso di questi bambini fragili.

Suggerimenti per la Futura Ricerca

Sebbene la maggioranza delle raccomandazioni cliniche in questo protocollo siano basate in modo solido su evidenze scientifiche, permangono aree da colmare con studi futuri. Sappiamo che in alcune zone del mondo il tasso di avvio dell'allattamento è alto in ospedale ma precipita dopo la dimissione. Una volta che madre e bambino ricevono le migliori informazioni scientificamente corrette e la migliore assistenza possibile in ospedale, quali buone pratiche devono essere implementate per garantire che il processo di "rientro a casa" sia privo di ostacoli? Quali reti culturalmente appropriate che offrano sostegno, aiuto e suggerimenti devono essere per loro facilmente disponibili indipendentemente da dove vivono, dal livello socio-economico e di istruzione? C'è molto lavoro da fare in quest'area per sviluppare e testare modelli di politiche e di piani d'azione che potrebbero essere replicati in aree simili per determinare le migliori pratiche a sostegno dell'allattamento esclusivo.

Nel 2002⁵⁰ venne realizzata una Cochrane Review per osservare gli effetti della "dimissione precoce" (meno di 48-72 ore) sugli esiti di madri e bambini, incluso l'allattamento a 6 mesi. I risultati furono ambigui, senza differenze tra gruppo sperimentale e di controllo, ma non ci furono standardizzazione delle definizioni o tentativi di quantificare l'istruzione in ospedale e il follow-up al rientro a casa. È un'area ricca di aspetti da esaminare mentre cerchiamo di comprendere quando una madre sia pronta per essere dimessa.⁵ Infine, se la futura ricerca usasse volutamente le stesse misurazioni degli esiti primari e secondari al momento descritti in letteratura, diventerebbero possibili future metanalisi di questi dati.⁴⁹

Ringraziamenti

Questo lavoro è stato in parte sostenuto da un contributo del Maternal and Child Health Bureau, U.S. Department of Health and Human Services.

Riferimenti

1. Langan RC. Discharge procedures for healthy newborns. *Am Fam Physician* 2006;73:849–852.
2. Schanler RJ, Krebs N, Mass S, eds. *Breastfeeding Handbook for Physicians*, 2nd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics and American College of Obstetrics and Gynecologists, 2014.
3. American Academy of Pediatrics, Section on Breastfeeding. Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e327–e341.

4. Gartner L. ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for management of jaundice in the breastfeeding infant equal or greater than 35 weeks gestation. *Breastfeed Med* 2010;5:87–93.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 570. Breastfeeding in underserved women: Increasing initiation and continuation of breastfeeding. *Obstet Gynecol* 2013;122:323–428.
6. Academy of Breastfeeding Medicine Board of Directors. Position on breastfeeding. *Breastfeed Med* 2008;3:269–70.
7. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Professional*, 7th ed. Philadelphia: Saunders, 2010.
8. Appendix A Task Force Ratings. Guide to Clinical Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force. 2nd edition. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430 (accessed December 15, 2013).
9. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: A randomized trial. *Pediatrics* 2011;128:280–288.
10. Ballard J, Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical protocol #11: Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad, 2004 [Members Only page]. <http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/ankyloglossia.pdf> (accessed December 19, 2013).
11. Yanicki S, Hasselback P, Sandilands M, et al. The safety of Canadian early discharge guidelines. *Can J Public Health* 2002;93:26–30.
12. Ahluwalia IB, Morrow B, Hsia J. Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics* 2005;116:1408–1412.
13. Britton JR, Baker A, Spino C, et al. Postpartum discharge preferences of pediatricians: Results from a national survey. *Pediatrics* 2002;110:53–60.
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: Hospital practices to support breastfeeding, United States, 2007 and 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011;60:1020–1025.
15. American Academy of Family Physicians. Breastfeeding Policy Statement, 2013. www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding.html (accessed December 13, 2013).
16. James DC, Dobson B; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Promoting and supporting breastfeeding. *J Am Diet Assoc* 2005;105:810–818.
17. National Health and Medical Research Council. *Infant Feeding Guidelines*. Canberra: National Health and Medical Research Council, 2012.
18. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services (a joint WHO/UNICEF statement). *Int J Gynaecol Obstet* 1990;31:171–183.
19. U.S. Department of Health and Human Services. *The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding*. Washington, DC: Office of the Surgeon General, U.S. Department of Health and Human Services, 2011.
20. Joint Commission Perinatal Core Measures. <http://manual.jointcommission.org/releases/TJC2013A/PerinatalCare.html> (accessed December 13, 2013).
21. World Health Organization. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: Report of an Expert Consultation. March 2001. www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf (accessed December 13, 2013).
22. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(1):CD003517.
23. Setrakian HU, Rosenman MB, Szucs K. Breastfeeding and the Baha'í' faith. *Breastfeed Med* 2011;6:221–225.
24. Centers for Disease Control and Prevention. Racial and ethnic differences in breastfeeding initiation and duration, by state—National Immunization Survey, United States, 2004–2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010;59:327–334.
25. Segawe M. Buddhism and breastfeeding. *Breastfeed Med* 2008;3:124–128.
26. Guendelman S, Kosa JL, Pearl M, et al. Juggling work and breastfeeding: Effect of maternity leave and occupational characteristics. *Pediatrics* 2009;123:e38–e46.
27. Sadacharan R, Grossman X, Matlak S, et al. Hospital discharge bags and breastfeeding at 6 months: Data from the Infant Feeding Practices Study II. *J Hum Lact* 2013 Dec 4 [Epub ahead of print]. DOI: 10.1177/0890334413513653. <http://jhl.sagepub.com/content/early/2013/11/25/0890334413513653.full.pdf> + [html](http://jhl.sagepub.com/content/early/2013/11/25/0890334413513653.html) (accessed December 19, 2013).
28. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297–316.
29. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #6: Guideline on co-sleeping and breastfeeding. Revision, March, 2008. *Breastfeed Med* 2008; 3:38–43.
30. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, et al. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior. *JAMA* 2001;286:322–326.
31. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep related infant deaths: Expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2011;128:1030–1039.
32. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. Technical report: SIDS and other sleep related infant deaths: Expansion of recommendations for a safe infant sleep environment. *Pediatrics* 2011;128:e1341–e1367.
33. Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, et al. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: Case control study of SIDS in South West England. *BMJ* 2009;339:b3666.
34. Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, et al. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: A metaanalysis. *Pediatrics* 2011;128:1–8.
35. Eglash A; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #8: Human milk storage information for home use for full-term infants (original protocol March 2004; revision #1 March 2010). *Breastfeed Med* 2010;5:127–130.

36. Eldridge S, Croker A. Breastfeeding friendly workplace accreditation. Creating supportive workplaces for breastfeeding women. *Breastfeed Rev* 2005;13:17–22.
37. Health Resources and Services Administration. The Business Case for Breastfeeding. Steps for Creating a Breastfeeding Friendly Worksite: Bottom Line Benefits. 2008. <http://mchb.hrsa.gov/pregnancyandbeyond/breastfeeding/> (accessed December 13, 2013).
38. Phillip BL. Every call is an opportunity. Supporting breastfeeding mothers over the telephone. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:525–532.
39. Anderson AK, Damio G, Young S, et al. A randomized trial assessing the efficacy of peer counseling on exclusive breastfeeding in a predominantly Latina low-income community. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:836–841.
40. Graffy J, Taylor J. What information, advice, and support do women want with breastfeeding? *Birth* 2005;32:179–186.
41. Bronner Y, Barber T, Vogelhut J, et al. Breastfeeding peer counseling: Results from the national WIC survey. *J Hum Lact* 2001;17:119–168.
42. Bronner Y, Barber T, Davis S. Breastfeeding peer counseling: Policy implications. *J Hum Lact* 2001;17:105–109.
43. Mickens AD, Modeste N, Montgomery S, et al. Peer support and breastfeeding intentions: Among black WIC participants. *J Hum Lact* 2009;25:157–162.
44. Gross SM, Resnik AK, Nanda JP, et al. Early postpartum: A critical period in setting the path for breastfeeding success. *Breastfeed Med* 2011;6:407–412.
45. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 2008; 122(Suppl 2):S43–S49.
46. Browne JV. Early relationship environments: Physiology of skin-to-skin contact for parents and their preterm infants. *Clin Perinatol* 2004;31:287–298.
47. Carfoot S, Williamson PR, Dickson R. A systematic review of randomized controlled trials evaluating the effect of mother/baby skin-to-skin care on successful breastfeeding. *Midwifery* 2003;19:148–155.
48. Kirsten GF, Bergman NJ, Hann FM. Kangaroo mother care in the nursery. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:443–452.
49. Moore ER, Anderson GC, Bergman NJ. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(3):CD003519.
50. Brown S, Small R, Argus B, et al. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(3):CD002958.
51. Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:273–297.

I Protocolli dell'ABM scadono 5 anni dopo la data di pubblicazione.
Revisioni basate sulle evidenze scientifiche vengono realizzate entro 5 anni o prima, se ci sono cambiamenti significativi nelle evidenze.

Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee
Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Chairperson
Maya Bunik, MD, MSPH, FABM, Co-Chairperson
Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson
Nancy Brent, MD
Amy E. Grawey, MD
Alison V. Holmes, MD, MPH, FABM
Ruth A. Lawrence, MD, FABM
Tomoko Seo, MD, FABM
Julie Scott Taylor, MD, MSc, FABM

Traduzione di Elena Fumagalli,
Consulente LLL
Revisione di Carla Scarsi e Tiziana De Meo,
Consulenti LLL
Traduzione inversa di Shevawn O'Connor,
Consulente LLL

Certified Translation: this translation has been approved by the Academy of Breastfeeding Medicine.

Traduzione certificata: questa traduzione è stata approvata dall'Academy of Breastfeeding Medicine.

Per comunicazioni: abm@bfmed.org

BREASTFEEDING MEDICINE
 Volume 9, Number 1, 2014
 © Mary Ann Liebert, Inc.
 DOI: 10.1089/bfm.2014.9996

Tradotto nell'ottobre 2014

Tabella 1. Fattori di rischio materni per problemi di allattamento

Fattori

Storia/sociali

- Primiparità
- Intenzione di allattare e di usare anche biberon o formula a meno di 6 settimane
- Intenzione di usare succhiotti e/o tettarelle artificiali a meno di 6 settimane
- Intenzione/necessità di rientro precoce a scuola o al lavoro
- Storia di problemi in precedenti esperienze di allattamento o di bambini allattati con scarso aumento di peso
- Storia di infertilità
- Concepimento grazie a tecnologie di fecondazione assistita
- Problemi medici significativi (p.es. ipotiroidismo non trattato, diabete, fibrosi cistica, ovaie policistiche)
- Estremi dell'età materna (p.es. madre adolescente o oltre i 40 anni)
- Problemi psicosociali (p.es. depressione, ansia, mancanza di sostegno all'allattamento)
- Travaglio prolungato
- Induzione o accelerazione prolungate del travaglio
- Uso di farmaci durante il travaglio (benzodiazepine, morfina e altri che possano causare sonnolenza nel neonato)
- Complicazioni peripartum (p.es. emorragia postpartum, ipertensione, infezione)
- Intenzione di usare contraccettivi ormonali prima che l'allattamento sia ben avviato (6 settimane)
- Percezione di produzione di latte inadeguata
- Uso di farmaci (sono comuni indicazioni inappropriate sulla compatibilità con l'allattamento)

Anatomici/fisiologici

- Mancanza di aumento visibile del seno durante la pubertà o la gravidanza
 - Capezzoli piatti, introflessi o molto grandi
 - Variazioni nell'aspetto dei seni (marcata asimmetria, seni ipoplastici, tubolari)
 - Precedenti interventi chirurgici al seno, incluse procedure cosmetiche (importante chiederlo - non sempre ovvio all'esame)
 - Precedenti ascessi al seno
 - Obesità materna (indice di massa corporea $\geq 30 \text{ kg/m}^2$)
 - Capezzoli estremamente dolenti o dolenti in modo persistente
 - Mancanza di "attivazione secretoria", lattogenesi II. (Il latte non è "arrivato" in modo evidente entro 72 ore postpartum. Questo potrebbe essere difficile da valutare se madre e bambino sono dimessi dall'ospedale nelle prime 24 - 48 ore dopo il parto.)
 - Madre non in grado di estrarre manualmente il colostro
 - Necessità di ausili o dispositivi per l'allattamento (come paracapezzoli, tiralatte o dispositivi di alimentazione supplementare) al momento della dimissione
-

Adattato con permesso da Neifert^{51,p.285} e da *Breastfeeding Handbook for Physicians*.^{2,p.90} (III)

Tabella 2. Fattori di rischio del bambino per problemi di allattamento

Fattori

Medici/anatomici/fisiologici

- Basso peso alla nascita o prematuro (<37 settimane)
- Gemelli
- Difficoltà ad attaccarsi ad uno o entrambi i seni
- Suzione inefficace o non prolungata
- Anormalità anatomiche della bocca (p.es. schisi del labbro/del palato, macroglossia, micrognazia, frenulo corto/anchiloglossia con valutazione medica qualificata)
- Problemi medici (p.es. ipoglicemia, infezione, ittero, distress respiratorio)
- Problemi neurologici (p.es. sindromi genetiche, ipertonia, ipotonia)
- Bambino persistentemente sonnolento
- Eccessiva perdita di peso del bambino (> 7–10% del peso della nascita nelle prime 48 ore)

Ambientali

- Separazione madre/bambino
 - Dipendenza dal tiralatte
 - Integrazioni di formula
 - Allattamento non avviato in modo efficace entro la dimissione dall'ospedale
 - Dimissione dall'ospedale a < 48 ore di età⁵⁰
 - Uso precoce del succhiotto
-

Adattato con permesso da Neifert^{51,5,285} e da *Breastfeeding Handbook for Physicians*.^{2,6,91} (III)