

Agenda 2019-2022 per l'allattamento

RICCARDO DAVANZO

UOC di Pediatria e Neonatologia, Ospedale "Madonna delle Grazie", ASM, Matera

L'allattamento al seno è il frutto di scelta materna in un ambito di influenze multifattoriali, ma il ruolo del pediatra nel sostegno alla donna che allatta resta importante. La sua attitudine si gioca fra l'altro nel saper distinguere fra ostacoli e controindicazioni ad allattare.

CINQUANT'ANNI DOPO

Sul numero del 1° agosto 1971 la rivista *The American Journal of Clinical Nutrition* dava spazio a una serie di articoli sul latte materno curati da una coppia di straordinari pediatri e nutrizionisti californiani, Derrick Jelliffe e la moglie Eleanore^{1,2}.

Quasi 50 anni fa, in quel periodo di rapida diffusione dell'allattamento artificiale, i Jelliffe mentre da un lato rimarcavano le proprietà biochimiche e immunologiche del latte umano e la dimensione psicologica, economica e sociale dell'allattamento al seno, al contempo stigmatizzavano il tiepido atteggiamento se non proprio l'indifferenza dei pediatri di fronte alle negative variazioni epidemiologiche dell'allattamento naturale in particolare nei Paesi a risorse limitate.

I coniugi Jelliffe, di fronte alla diffusione eccessiva dell'uso dei sostituti del latte materno, avevano una visione globale sviluppatasi anche per aver a lungo lavorato nell'Africa tropicale, ma merita considerare come nell'indice di quel *Symposium* i cui atti erano stati ospitati dalla rivista nordamericana, le problematiche dell'allattare nelle società moderne, comprese quelle industrializzate, fossero già tutte lucidamente delineate.

Rileggendo quelle pagine di sapore storico dell'ormai lontano 1971, dobbiamo riconoscere che mantengono nel complesso ancor oggi una certa

2019-2022 ACTION PLAN FOR BREASTFEEDING

(*Medico e Bambino* 2019;38:237-241)

Key words

Breastfeeding, Contraindication, Attitude, Knowledge, Physician's role, Practice

Summary

The Italian Paediatric Societies recommend breastfeeding as the nutritional norm, unless an informed choice of mothers or an acceptable medical reason for formula feeding exists. Disappointingly, the 2014 Survey on Breastfeeding in Italy conducted by the Task Force on Breastfeeding of the Ministry of Health (TAS) has showed inadequate breastfeeding rates at Maternity discharge and later at 3 and 5 months of age. As a result, TAS has prepared an Action Plan for breastfeeding, which unavoidably implies a pivotal role for the paediatrician in supporting breastfeeding among their patients' parents. Paediatricians are called to show their positive attitude toward breastfeeding particularly when managing controversial situations. Indeed, after careful scrutiny many maternal conditions erroneously believed to be true contraindication to breastfeeding are better considered as simple obstacles.

attualità come testimonianza del perdurare dell'interesse sull'allattamento, ma allo stesso tempo, anche per il fatto che alcune problematiche erano e sono rimaste le stesse, in parte ancora irrisolte.

IL PEDIATRA E LA SCELTA GENITORIALE

È ampiamente riconosciuto che il consumo di latte materno sia equo e trans-culturale e accomuni nel globo individui appartenenti a società molto diverse fra loro, dando all'individuo le stesse opportunità nutrizionali e di salute.

Questa consapevolezza scientifica e umana però da sola non basta per garantire l'allattamento al seno. Infatti è la donna, e in termini più estesi la famiglia, a prendere la decisione sul tipo di allattamento del neonato, in base a cultura, istruzione, credo, professione, esperienze precedenti e secondo valori e motivazioni personali³.

A un'analisi critica questa scelta materna si rivela però almeno parzialmente illusoria, dal momento che vengono spesso a mancare alla donna/famiglia sia una corretta informazione sia il necessario supporto sociale e sanitario per avviare e mantenere l'allattamento al seno⁴.

In questo mezzo secolo che ci separa dalle puntualizzazioni dei coniugi Jelliffe si è chiarito come anche per i Paesi industrializzati la sostituzione di un'alimentazione al seno con una con un sostituto del latte materno riduca in realtà la salute materno-infantile e aumenti i costi sanitari di una popolazione che risulta meno sana^{5,6}. Con la consapevolezza quindi che si debba investire sulla promozione dell'allattamento al seno, le Società scientifiche pediatriche italiane hanno prodotto un'articolata *position statement*^{7,8}, frutto della collaborazione di un *panel* inter-societario di esperti di SIP (Società Italiana di Pediatria), SIN (Società Italiana di Neonatologia), SIC-CuPP (Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche), SIGENP (Società Italiana di Gastroenterologia Epatologia e Nutrizione Pediatrica) e SIMP (Società Italiana di Medicina Perinatale). In questo documento sono stati sviluppati tutti i principali aspetti medico-scientifici di interesse neonatologico e pediatrico riguardanti l'allattamento al seno e l'uso del latte materno (Box 1) potendo quindi rappresentare per il pediatra un utile riferimento per il lavorare quotidiano.

Allo stesso tempo, nella *position statement* sopra citata si rimarca come la scelta da parte di una madre informata di non allattare debba essere accolta da parte del personale sanitario senza discriminazioni rispetto a chi allatta al seno. In altre parole non ci devono essere da parte nostra né giudizi negativi né conseguenti difficoltà relazionali né sensi di frustrazione di fronte a una scelta che nega quanto da noi magari entusiasticamente proposto o semplicemente facilitato.

Ma se l'allattamento al seno è il risultato di una libera scelta materna, bisogna anche chiederci se questa giusta convinzione non possa indurre gli operatori sanitari meno motivati a un minor impegno culturale e operativo nei riguardi dell'allattamento al seno.

Va annotato come i pediatri non abbiano sempre una buona conoscenza della lattazione umana e un'adeguata competenza per gestire nelle Maternità l'avvio dell'allattamento e succes-

Box 1 - SINTESI DELLA POSITION STATEMENT 2015 DELLE SOCIETÀ PEDIATRICHE ITALIANE SULL'ALLATTAMENTO

1. L'allattamento al seno reca ben documentati benefici alla salute sia della madre che del suo bambino e anche alla comunità in considerazione della riduzione dei costi sanitari.
2. L'allattamento al seno, pur norma nutrizionale naturale, deve essere appreso dalle nuove madri, che possono incontrare ostacoli, particolarmente nell'avvio dell'allattamento nelle Maternità, così come nei primi tempi dopo la dimissione. Le neo-madri hanno bisogno di consigli e supporto da parte di personale competente e con un'attitudine positiva nei confronti dell'allattamento.
3. Nel promuovere l'allattamento al seno il neonatologo e il pediatra devono essere consapevoli sull'esistenza di potenziali conflitti di interesse, in particolare nel rapporto con le aziende produttrici di prodotti alimentari per l'infanzia.
4. Bisogna accettare senza discriminazioni la scelta di una madre di non allattare al seno. Questa scelta però deve essere informata, cioè effettuata dopo aver ricevuto informazioni complete e aiuto concreto e adeguato.
5. Dati epidemiologici sull'allattamento vanno raccolti utilizzando le definizioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità alla dimissione dalle Maternità e in occasioni delle sedute vaccinali del 3° e del 5° mese.
6. Il neonatologo e il pediatra devono avere un'adeguata formazione teorica sulla fisiologia della lattazione e sulla gestione pratica dell'allattamento.
7. L'allattamento al seno va controindicato solo per buone ragioni mediche.
8. Nelle Maternità i neonatologi e i pediatri devono usare protocolli clinici e organizzativi che combinino la promozione dell'allattamento al seno con le buone pratiche basate sulle evidenze scientifiche.
9. Si raccomanda:
 - a. l'allattamento esclusivo al seno per circa 6 mesi
 - b. di utilizzare le curve di crescita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per esprimere il giudizio di scarsa crescita nei bambini allattati esclusivamente al seno e conseguentemente per introdurre alimenti complementari solidi e semisolidi fra i 4 ed i 6 mesi.
 - c. di continuare con l'allattamento al seno anche dopo l'introduzione di cibi solidi e semisolidi e anche oltre il 2° anno di vita secondo il desiderio materno.
10. Nelle Unità di Terapia Intensiva Neonatale bisogna attuare interventi di promozione dell'allattamento al seno e dell'uso del latte materno. Le Banche del Latte Umano sono una componente di questi interventi.

sivamente a livello ambulatoriale le problematiche connesse alla durata dell'allattamento.

Non consentire il pelle-a-pelle in Sala Parto, nonostante i riconosciuti vantaggi biologici e psicologici, dovrebbe essere percepito come imbarazzante; parimenti imbarazzante prescrivere di *default* aggiunte di latte formulato al neonato allattato al seno che a una settimana di vita non abbia ripreso il peso neonatale, o al lattante eutrofico per un semplice ittero. Dovrebbero essere ritenute scientificamente superate anche le indicazioni routinarie alle famiglie di avviare attivamente l'alimentazione complementare dal 4° mese di vita in un bambino allattato esclusivamente al seno e con crescita normale, visto lo sfavorevole bilancio costi/benefici di questa scelta. A tale proposito c'è da chiedersi

quanto esteso sia attualmente fra i pediatri, nell'ambito di una valutazione auxologica, l'uso delle curve di crescita 0-6 mesi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, strumento per contrastare l'epidemia globale di obesità, in quanto non sottovalutano la crescita del lattante al seno e riducono la tentazione di ricorrere a una formula latte non necessaria.

CONTROINDICAZIONI E OSTACOLI AD ALLATTARE

Conosciamo quali sono le vere controindicazioni ad allattare? In prima battuta siamo tutti d'accordo a sconsigliare l'allattamento al seno in caso di infezione materna da virus dell'immunodeficienza umana (HIV), o per l'introduzione di codeina o diazepam da

Box 2 - SELEZIONE DI SITUAZIONI MATERNE IN CUI ALLATTARE È CONTROVERSO

Condizioni di salute preesistenti

- Mastoplastica accrescitiva Minor probabilità di successo dell'avvio e durata dell'allattamento, ma nessun pregiudizio o controindicazione.
- Mastoplastica riduttiva Successo dell'allattamento molto variabile (4-75%) in base all'investimento psicologico della donna, ma soprattutto in base al tipo di intervento chirurgico effettuato (esistono una trentina di tecniche chirurgiche differenti).
- Pregresso cancro al seno La riduzione chirurgica del parenchima può rappresentare un ostacolo alla lattazione. Allattare non ha effetto oncogeno o di riattivazione tumorale in una donna giudicata guarita dal tumore al seno.
- Prolattinoma Compatibile l'allattamento senza limitazioni di durata. Un eventuale trattamento con antagonisti della dopamina (bromocriptina o cabergolina) può essere postposto a fine lattazione.

Condizioni riguardanti la salute riproduttiva

- Nuova gravidanza Non è necessario sospendere automaticamente l'allattamento al seno in occasione di una nuova gravidanza, quantomeno nel primo e secondo trimestre. Nei Paesi industrializzati l'allattamento al seno non è causa di aborti, alterazioni della crescita fetale, parto pretermine, inadeguatezza nutrizionale del latte umano. Nel terzo trimestre di gravidanza tuttavia l'allattamento è sconsigliato nel caso di gravidanza gemellare, minaccia di parto pretermine, ritardo della crescita intrauterina.
- Contraccezione ormonale Dopo il puerperio (42 giorni postpartum) sono sicuri non solo la minipillola a base di progestinici (POP), ma anche la pillola di combinazione (CHC).

Infezioni materne

- Citomegalovirus (CMV) Neanche per i neonati di peso molto basso alla nascita (VLBW) o significativamente pretermine (< 32 settimane di età gestazionale) è indicata la pastorizzazione del latte di madri CMV-positive. L'opzione per l'uso del latte materno anche fresco (senza trattamento termico di congelamento o pastorizzazione) si basa sulla miglior protezione contro una patologia grave come la enterocolite necrotizzante, a fronte di una mancata conferma di outcome neuroevolutivi negativi.
- Virus dell'immunodeficienza umana (HIV) Attualmente la positività materna per HIV resta, nei Paesi industrializzati come l'Italia, una controindicazione ad allattare. È prevedibile che in futuro l'allattamento diventi accettabile quando siano soddisfatti alcuni precisi criteri. Infatti, nei Paesi anglosassoni viene ormai considerata l'opzione allattamento al seno qualora la madre sia in trattamento antiretrovirale, abbia una carica bassa di HIV e, naturalmente, esprima il desiderio di allattare.
- Zika virus Non è provata la trasmissione materno-infantile del virus Zika con il latte materno.

Sostanze chimiche nel latte umano

- Farmaci Vengono riportati effetti collaterali solo nei bambini allattati in maniera esclusiva, limitatamente ai primi 3 mesi di vita. Peraltro l'associazione causale raramente è stata confermata. Nei periodi successivi e in fase di svezzamento il problema praticamente non si pone. Il problema di definire se un farmaco è compatibile o meno con l'allattamento è quasi completamente limitato ai farmaci attivi sul sistema cardiovascolare e sul sistema nervoso centrale. Sul web esistono ottime risorse per avere informazioni aggiornate: <https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>.
- Mezzi di contrasto per RM e TC La sospensione dell'allattamento per 12-24 ore (mantenendo la produzione di latte mediante spremitura del seno) non va suggerita routinariamente, ma solo quando si usano i seguenti 3 agenti: gadopentetato dimeglumina, gadodiamide e gadoversetamide.

Da voce bibliografica 9, modificata.

parte della donna che allatta. Ci disorientiamo però di fronte a una lunga serie di altre condizioni in cui allattare al seno è controverso, incontrando molte difficoltà a esprimere un giudizio privo di ambiguità e rassicurante sulla liceità dell'allattamento⁹.

Come è noto, le insinuazioni sulla sicurezza dell'allattamento hanno provenienza varia e origini spesso non chiare, quali i tabù popolari o le fonti mediche ormai storiche della Roma imperiale o della settecentesca Medicina Occupazionale di Bernardino Ramazzini. Prendendo in esame queste condizioni controverse, il più delle volte ci si imbatte nella confusione concettuale fra controindicazione ad allattare (condizione che implicherebbe danno alla madre o al bambino) e semplice ostacolo ad allattare, condizione in cui la madre può farcela a continuare ad allattare, magari con il nostro sostegno pratico e psicologico⁹. Nella lista non esaustiva riportata nel *Box 2* è elencata una serie di situazioni che sulla base delle evidenze scientifiche a nostra disposizione possono essere attualmente giudicate come compatibili con l'allattamento¹⁰⁻¹².

ALLATTAMENTO E ATTITUDINE DEL PEDIATRA

L'attitudine del pediatra al sostenere l'allattamento ha la sua verifica proprio nella tipologia di condizioni cliniche o personali in cui le evidenze scientifiche mancano e/o non sono del tutto chiarificatrici o più semplicemente non sono immediatamente accessibili. In queste situazioni particolari, in analogia a quanto vale per la mamma che sceglie le modalità di allattamento del proprio bambino, anche il pediatra risulta condizionato, nel suo spendersi sul sostegno dell'allattamento, da fattori vari quali le personali scelte riproduttive, la scala valoriale individuale, l'esigenza di sbrigarci a risolvere un problema di allattamento con un'immediata prescrizione della formula. Può talora esistere addirittura il comprensibile timore medico-legale di effetti avversi in un lattante la cui madre assume un far-

maco e magari richiede al pediatra una certificazione di sicurezza di sapore quasi notarile.

Potremmo osservare che nella gestione dell'allattamento e del bambino allattato al seno il pediatra si porti dietro in realtà gli stessi problemi e gli stessi limiti vissuti nelle altre aree di cura e prevenzione in cui si trova ad agire: il grado di motivazione riscontrabile di fronte a un problema, le conoscenze specifiche possedute e l'interesse alla sfida gestionale, la disponibilità di tempo, le competenze a comunicare.

Feldman-Winters ha confrontato le risposte date dai pediatri nordamericani a una *survey* sull'allattamento riproposta per tre volte nel giro di 20 anni¹³. Nel 2014, rispetto al 1995, una maggior percentuale di pediatri ha compilato e restituito il questionario (72% vs 55%). I pediatri nel 2014 riferiscono di raccomandare maggiormente l'allattamento (76 vs 65%), ma si mostrano meno convinti che alla fine le madri possano farcela ad allattare (57% vs 70%) e che i benefici dell'allattamento risultino maggiori rispetto alle difficoltà (50% vs 70%). Lo studio documentava anche come i pediatri più giovani (al di sotto dei 45 anni di età) si sentano meno sicuri nella gestione dei problemi collegati all'allattamento. L'Autrice conclude che se da un lato i pediatri sono maggiormente allineati con le raccomandazioni ufficiali che giungono dalle Società scientifiche (nello caso specifico l'*American Academy of Pediatrics*), d'altro canto sono maggiormente dubbiosi sul successo delle donne con l'allattamento. Non è chiaro ovviamente se questo scetticismo sia il risultato di un cambiamento nel tempo della formazione del pediatra piuttosto che di una sua maggior consapevolezza delle influenze negative sull'allattamento a seguito di cambiamenti socio-sanitari o del clima politico o della situazione economica.

I pediatri di oggi, negli USA come in Italia, hanno certamente molti più strumenti e risorse a disposizione rispetto a quelli di 20 o 30 anni fa per poter essere competenti nella gestione dell'allattamento e provarne una gratificazione professionale piuttosto che una solo ideale.

Anche se non vi sono dati precisi su quale sia il *trend* attitudinale dei pediatri italiani di fronte all'allattamento al seno, l'esperienza maturata negli incontri di aggiornamento scientifico sul tema dell'allattamento al seno testimonia tuttavia come molti pediatri rimarchino che, per avere successo con l'allattamento, siano preminenti la motivazione e la volontà materna rispetto a qualsivoglia impegno da parte del pediatra.

Sorge allora il dubbio che chi sente di avere un ruolo limitato nel sostegno alla donna che allatta sia indotto a fare un minor investimento sull'acquisizione di conoscenze sulla lattazione umana e di competenze professionali, che consentano di aiutare la donna a risolvere i problemi eventualmente associati all'allattamento. Insomma un circolo vizioso con la comprensibile prescrizione finale della formula.

Una soluzione quantomeno parziale per superare i limiti di azione del singolo professionista con l'allattamento al seno si basa ancora una volta sull'integrazione e sulla sinergia di interventi con gli altri colleghi e operatori sanitari e con le figure laiche attive nella comunità, quali le consulenti di *La Leche League*, IBCLC (*In-*

ternational Board Certified Lactation Consultant), donne consulenti alla pari (*peer-to-peer*).

Per sostenere l'allattamento servono quindi un investimento sulle conoscenze e competenze, la consapevolezza dei propri limiti, una disponibilità al confronto con figure professionali differenti, la condivisione di obiettivi di lavoro comuni.

Si badi bene però che non potrà nemmeno mancare la capacità di riconoscere, senza ostinazione, che molte donne, nonostante tutti i nostri sforzi, chiederanno e otterranno comunque per i loro bambini la formula. Insomma: mai alibi al disimpegno conoscitivo e operativo, mai sconsolati di fronte al fisiologico limite di *compliance* dell'utenza.

SURVEY 2014 E PROPOSTE 2019-2022 DEL TAVOLO TECNICO SULL'ALLATTAMENTO

Non sono noti esattamente i tassi di allattamento in Italia, vista la mancanza di un monitoraggio che copra tutto il territorio nazionale e che utilizzi le definizioni sull'alimentazione infantile accreditate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Box 3 - AGENDA 2019-2022 PROPOSTA DAL TAS PER INTERVENTI DI PROMOZIONE DELL'ALLATTAMENTO IN ITALIA

1. Monitorare i tassi di allattamento.
2. Dare enfasi e peso a livello nazionale e regionale alle attività di promozione dell'allattamento nell'ambito del Percorso Nascita mediante:
 - inserimento di un rappresentante del TAS nel Comitato Percorso Nascita (CPN) nazionale;
 - inserimento a livello delle singole Regioni del referente regionale per l'allattamento nei comitati regionali del Percorso Nascita.
3. Individuare a livello degli Assessorati regionali specifici obiettivi sull'allattamento per i *policy maker*, in particolare per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.
4. Promuovere un'educazione scolastica che includa la lattazione umana.
5. Promuovere la formazione universitaria sull'allattamento al seno.
6. Ottimizzare le risorse pubbliche per la formazione degli operatori sanitari.
7. Riconoscere a livello istituzionale lo *status* di Amico del Bambino (UNICEF).
8. Informare la popolazione sull'allattamento attraverso i *mass media* con modalità prive di ambiguità e di retorica, condizionate il meno possibile dai conflitti di interesse e dall'esperienza personale, incoraggianti l'allattamento nei luoghi pubblici (pubblici esercizi, musei ecc.) e l'allattamento di lunga durata (negli asili nido ecc.).
9. Aumentare la protezione dell'allattamento al seno in ambito sociale ed economico, contrastando informazioni, atteggiamenti e pratiche che possano scoraggiarlo e/o contrastarlo.

MESSAGGI CHIAVE

- Il pediatra nel promuovere l'allattamento al seno è chiamato ad avere un'attitudine positiva nelle situazioni controverse.
- A un'analisi più attenta molte condizioni comunemente intese come controindicazioni ad allattare si rivelano piuttosto degli ostacoli.
- Il Tavolo Tecnico dell'Allattamento (TAS) del Ministero della Salute ha predisposto un'Agenda 2019-2022 per la promozione dell'allattamento.

La *survey* nazionale 2014 promossa dal Tavolo Tecnico sull'Allattamento (TAS) del Ministero della Salute¹⁴ ha però evidenziato una grande intervallabilità fra 11 Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Il tasso di allattamento esclusivo in uscita dalle Maternità varia dal 20% al 97%. Solo 5 Regioni (Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia e in minor misura la Campania) hanno fornito dati sulla durata dell'allattamento, che a 3 mesi di vita risulta esclusivo in una percentuale variabile dal 47% al 52%, ma che a 5 mesi mostra una forbice di tasso di allattamento esclusivo fra il 12% e il 30%. Da rilevare che, con la sola eccezione della Campania, nessuna Regione del Centro-Sud ha fornito dati epidemiologici per la *survey* 2014 sull'allattamento al seno.

Questi dati parziali sono sufficienti per documentare che nel nostro Paese c'è ancora bisogno di interventi per diffondere maggiormente l'allattamento.

L'esperienza sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento condotta in Italia da molti gruppi e singoli individui fin dalla fine degli anni '70, progressivamente maturata e consolidata negli ultimi 20 anni, ha consentito al TAS la definizione di un'Agenda 2019-2022 sull'allattamento.

L'Agenda è stata lanciata a Roma il 23 gennaio 2019 in occasione della Seconda Conferenza Nazionale sull'Allattamento tenutasi al Ministero della Sanità¹⁵.

In ciascuno dei 9 punti elencati nell'Agenda (*Box 3*) il pediatra è chiamato all'azione e risulta coinvolto a vario titolo e misura, sia sotto il profilo organizzativo sia a livello individuale nell'assistenza alle famiglie.

CONCLUSIONI

Nell'ambito della molteplicità e della complessità dei fattori che influenzano la scelta materna sull'allattamento del proprio bambino, restano determinanti nel facilitare o viceversa ostacolare l'avvio dell'allattamento non solo l'organizzazione e le procedure dei Punti Nascita, ma anche la motivazione, le competenze e l'impegno del personale sanitario e in particolare del pediatra.

La competenza e l'attitudine del pediatra restano una variabile essenziale, che va coltivata e spesa per un progetto di promozione della salute valido e professionalmente qualificante.

Indirizzo per corrispondenza:

Riccardo Davanzo
e-mail: riccardo.davanzo@gmail.com

Bibliografia

1. Jelliffe DB, Jelliffe EF. The uniqueness of human milk. Introduction. *Am J Clin Nutr* 1971;24(8):968-9.
2. Jelliffe DB, Jelliffe EF. The uniqueness of human milk. An overview. *Am J Clin Nutr* 1971;24(8):1013-24. Review.

3. Livingstone V. Liberty bottle or liability bottle? *Can Fam Physician* 1988;34:1143-6.
4. Dinour LM, Bai YK. Breastfeeding: the illusion of choice. *Womens Health Issues* 2016;26(5):479-82.
5. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al.; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387(10017):475-90.
6. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, et al.; Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* 2016;387(10017):491-504.
7. Davanzo R, Maffei C, Silano S, et al.; Gruppo di Lavoro ad hoc di SIP, SIN, SICuPP, SIGENP e SIMP. 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). Settembre 2015.
8. Davanzo R, Romagnoli C, Corsello G. Position statement on breastfeeding from the Italian Pediatric Societies. *Ital J Pediatr* 2015; 41:80.
9. Davanzo R. Controversies in breastfeeding. *Front Pediatr* 2018;6:278.
10. Cetin I, Assandro P, Massari M, et al.; Working Group on Breastfeeding, Italian Society of Perinatal Medicine and Task Force on Breastfeeding, Ministry of Health, Italy. Breastfeeding during pregnancy: position paper of the Italian Society of Perinatal Medicine and the Task Force on Breastfeeding, Ministry of Health, Italy. *J Hum Lact* 2014;30(1):20-7.
11. Davanzo R, Bua J, De Cunto A, et al. Advising mothers on the use of medications during breastfeeding: a need for a positive attitude. *J Hum Lact* 2016;32(1):15-9.
12. Cova Ma, Stacul F, Quaranta R, et al. Radiological contrast media in the breastfeeding woman: a position paper of the Italian Society of Radiology (SIRM), the Italian Society of Paediatrics (SIP), the Italian Society of Neonatology (SIN) and the Task Force on Breastfeeding, Ministry of Health, Italy. *Eur Radiol* 2014;24(8):2012-22.
13. Feldman-Winter L, Szucs K, Milano A, Gottschlich E, Sisk B, Schanler RJ. National trends in pediatricians' practices and attitudes about breastfeeding: 1995 to 2014. *Pediatrics* 2017;140(4):e20171229.
14. Ministero della Salute; a cura del Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento al Seno. Allattamento al seno nelle strutture sanitarie in Italia. Report sulla survey nazionale 2014. Report del 10 dicembre 2014; revisione dell'11 maggio 2015.
15. Ministero della Salute. II Conferenza nazionale sulla "Protezione promozione e sostegno dell'allattamento". Roma, 23 gennaio 2019.