

### 3. Il cambiamento in 5 passi

*Un metodo per definire le criticità, scegliere le raccomandazioni, analizzare i fattori di ostacolo, individuare azioni e strumenti per superarli e valutare i risultati.*

Questo manuale è uno strumento per facilitare la definizione di un piano di implementazione di raccomandazioni basate su prove di efficacia per la promozione dell'allattamento al seno. Nei capitoli precedenti sono stati affrontati gli aspetti teorici che caratterizzano il tema del cambiamento e la metodologia utilizzata dal gruppo di lavoro per adattare le raccomandazioni, analizzare i fattori di ostacolo e scegliere azioni e strumenti per superarli.

L'applicazione in sede locale delle indicazioni contenute nel manuale si articola in 5 passi:

1. la formazione del gruppo multidisciplinare;
2. la definizione delle criticità specifiche del proprio contesto;
3. la selezione delle raccomandazioni utili a produrre il cambiamento;
4. l'integrazione in sede locale delle griglie di implementazione;
5. la definizione del piano di implementazione e la sua valutazione.

#### 3.1 Primo passo: costituire il gruppo multidisciplinare

**I PASSO** La costituzione del gruppo multidisciplinare rappresenta la condizione preliminare necessaria per utilizzare il manuale.

La formazione di un gruppo multidisciplinare è un elemento decisivo non solo nella fase in cui si elaborano le raccomandazioni, ma anche per il processo di implementazione locale. Nel primo caso è importante che fra i membri del gruppo multidisciplinare siano presenti competenze metodologiche, in grado di assistere nella ricerca, identificazione, valutazione critica, selezione e sintesi della letteratura. Nel secondo caso, invece, ciò che conta è che nel gruppo siano rappresentati tutti coloro che, a qualunque titolo, sono coinvolti nel processo di implementazione. Nel reclutamento dei membri del gruppo multidisciplinare si devono tenere in conto:

- le *diverse discipline coinvolte*. Nel caso specifico dell'allattamento al seno: ostetricia e ginecologia, pediatria e/o neonatologia, scienze sociali, psicolo-

gia...

- le *diverse figure professionali coinvolte*: medici, ostetriche, infermiere professionali con competenze pediatriche o neonatologiche, assistenti sociali, esperti nell'ambito della comunicazione, professionisti con competenze di counselling, consulenti professionali in allattamento materno (IBCLC)...
- i *diversi servizi coinvolti*: Direzioni sanitarie, servizi ospedalieri, servizi distrettuali...
- le *diverse rappresentanze dei cittadini*: nel nostro caso specifico deve essere attribuito un ruolo ai gruppi di mutuo aiuto.

La lista delle competenze utili potrà, se necessario, essere successivamente aggiornata o integrata (tabella 3.I). La mancata partecipazione al gruppo multidisciplinare di professionisti o associazioni che, a vario titolo, possono svolgere un ruolo nella promozione dell'allattamento al seno, può costituire un fattore di ostacolo nel corso dell'implementazione.

La composizione del gruppo può anche non essere stabile durante i lavori, nel senso che *non è obbligatorio che tutti siano presenti a tutte le riunioni*; è importante tuttavia che il piano di implementazione sia condiviso dal gruppo multidisciplinare nel suo complesso.

**Tabella 3.I** Esempio di lista di componenti del gruppo multidisciplinare

<input type="checkbox"/>	ginecologo ospedaliero	<input type="checkbox"/>	assistente sociale presso l'ospedale
<input type="checkbox"/>	ginecologo del consultorio	<input type="checkbox"/>	assistente sociale presso i distretti
<input type="checkbox"/>	ginecologo libero professionista	<input type="checkbox"/>	assistente sociale del Comune
<input type="checkbox"/>	ginecologa ospedaliera	<input type="checkbox"/>	psicologa ospedaliera
<input type="checkbox"/>	ostetrica del consultorio	<input type="checkbox"/>	psicologa del distretto
<input type="checkbox"/>	ostetrica libero professionista	<input type="checkbox"/>	professionista counsellor
<input type="checkbox"/>	pediatra ospedaliero	<input type="checkbox"/>	referente assistenza domiciliare
<input type="checkbox"/>	pediatra di comunità	<input type="checkbox"/>	referente Direzione Sanitaria ospedale
<input type="checkbox"/>	pediatra di famiglia	<input type="checkbox"/>	referente Direzione Sanitaria distretti
<input type="checkbox"/>	infermiera professionale neonati	<input type="checkbox"/>	referente corsi accompagnamento nascita
<input type="checkbox"/>	infermiera professionale consultorio	<input type="checkbox"/>	rappresentanti gruppi mutuo aiuto
<input type="checkbox"/>	medico di medicina generale	<input type="checkbox"/>	rappresentanti volontariato sociale

La modalità di lavoro di gruppo deve garantire:

- un riconoscimento formale della costituzione del gruppo da parte delle istituzioni coinvolte (Azienda ospedaliera, Azienda sanitaria locale, Enti locali...);
- la nomina di un coordinatore, possibilmente coadiuvato da un professionista amministrativo per quanto riguarda gli aspetti di segreteria;
- il riconoscimento delle attività programmate nell'ambito dell'orario di lavoro.

### 3.2 Secondo passo: definire le criticità specifiche del proprio contesto

<b>II PASSO</b>	Definire priorità e criticità specifiche del proprio contesto attraverso la raccolta di dati quantitativi e qualitativi.  Nel sito SaPeRiDoc ( <a href="http://www.saperidoc.it">www.saperidoc.it</a> ) sono disponibili gli strumenti (questionari, database) per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati.
-----------------	--

Le linee guida ambiscono spesso ad essere omnicomprensive, formulando raccomandazioni sui molteplici aspetti del problema affrontato. Tuttavia le raccomandazioni non sono tutte ugualmente importanti nei diversi contesti locali. In alcuni casi la prassi corrente è assai vicino a quanto raccomandato dalle linee guida; in altri, con le risorse disponibili, la distanza può risultare incolmabile. In altri casi ancora il divario tra raccomandazione e prassi costituisce l'obiettivo del cambiamento. La conoscenza del proprio contesto diventa quindi elemento essenziale per poter effettuare una selezione critica delle molte raccomandazioni contenute nei tre scenari relativi all'allattamento al seno. Questa conoscenza può essere raggiunta in modi diversi:

1. raccogliendo l'opinione dei professionisti e delle associazioni in un *focus group*;
2. operando una stima quantitativa dell'andamento dei tassi di allattamento;
3. svolgendo un'indagine qualitativa tra tutti i professionisti coinvolti nella promozione dell'allattamento al seno e tra le donne che hanno partorito.

Questo progetto comprende gli strumenti per l'acquisizione di dati quantitativi e qualitativi. Per entrambe le tipologie di dati, la scelta degli indicatori è stata effettuata tenendo conto dei risultati della ricerca [1-4] e delle linee guida prese in considerazione [5-7].

#### 3.2.1 I dati quantitativi: la curva di persistenza dell'allattamento al seno

La frequenza con cui i bambini vengono allattati al seno non viene quantificata routinariamente e le nostre conoscenze provengono unicamente da indagini *ad hoc*. Molte di queste rilevazioni presentano il limite di fotografare la situazione a mesi di distanza dalla nascita, solitamente in concomitanza dell'esecuzione delle vaccinazioni. Risulta quindi difficile distinguere se la rilevazione di un tasso di allattamento al seno insoddisfacente, ad esempio, a tre mesi di vita sia il risultato di: un *basso tasso di inizio* dell'allattamento al seno (*scenario I*), una *interruzione molto precoce* (*scenario II*), una interruzione che, seppur precoce, avviene più *tardivamente* (*scenario III*). Ad ogni scenario corrisponde una specifica rete causale e, quindi, le raccomandazioni da adottare per promuovere un cambiamento possono essere diverse. Per questo motivo è necessario conoscere le caratteristiche, in sede locale, della curva dell'allattamento al seno.

Per soddisfare questa esigenza si può condurre uno studio di coorte, che permette:

- la costruzione di una sorta di *curva di persistenza* dell'allattamento al seno (esclusivo e/o completo) in grado di facilitare la definizione della *priorità* degli interventi. Se, ad esempio, la curva deflette in modo significativo entro il primo mese di vita, le risorse andranno probabilmente focalizzate sui fattori causali che si registrano durante il ricovero, sia su quelli relativi alla *crisi del ritorno a casa* della madre, fino alla stabilizzazione dell'allattamento al seno;
- la stima quantitativa di alcuni dei possibili determinanti dell'interruzione dell'allattamento al seno, in modo da evidenziare le *criticità* analizzando alcuni indicatori:
  - a) socio-demografici (con particolare attenzione al peso assunto dall'impegno lavorativo della madre);
  - b) patologie la cui esistenza può, anche inappropriatamente, essere definita come controindicazione all'allattamento al seno;
  - c) modalità di erogazione dell'assistenza e di ricorso ai servizi da parte della madre.

La popolazione da reclutare è costituita da tutti i nati di peso uguale o superiore a 2500 grammi, non affetti da malformazioni maggiori né da patologia grave. La grandezza del campione dovrebbe raggiungere il 10% dei nati nel punto nascita. La scelta di reclutare i neonati presso il punto nascita è determinata dalla necessità di garantire una buona qualità dei dati relativi all'esposizione e alle decisioni dei professionisti dei servizi ed evitare, in questa prima fase, la distorsione che può essere determinata dal ricordo della madre (o dalla mancanza di informazioni in suo possesso). Il limite di questa scelta è costituito dalla mancanza di infor-

mazioni sulle caratteristiche dell'allattamento al seno dei casi residenti nell'area dell'intervento, ma nati a domicilio o presso un centro che non partecipa all'indagine.

Per effettuare questa indagine è possibile utilizzare un questionario strutturato, disponibile nel sito SaPeRiDoc. Il questionario è suddiviso in diverse sezioni.

La *prima sezione* va compilata prima della dimissione della madre e del neonato e raccoglie informazioni che possono essere rilevate dalle cartelle cliniche e solo in minima parte richiedono un'intervista alla madre. Questo questionario è disponibile in due modelli. Nel primo vengono riassunte quelle informazioni sulla somministrazione di liquidi diversi dal latte materno, sull'osservazione di prolungati intervalli (>6 ore) tra i pasti, sulle difficoltà registrate nell'attaccamento al seno, desunte dalla cartella infermieristica; il secondo modello, invece, può essere utilizzato quale strumento di rilevazione indipendente dalla cartella infermieristica.

La *seconda sezione* del questionario prevede una intervista telefonica (a 5-9 giorni di vita) per tutti i bambini reclutati, per verificare, ad esempio, se un neonato che ha assunto una formula (come integrazione all'allattamento materno o come unico alimento) è passato ad allattamento completo nei giorni successivi.

Le *sezioni successive* del questionario vanno compilate a cadenza mensile, tramite intervista telefonica, solo per i bambini che nella intervista precedente risultavano allattati completamente con latte materno.

I dati possono essere immessi in un data-base come quello disponibile nel sito SaPeRiDoc. La raccolta dei dati presuppone l'esistenza di un modello organizzativo costituito, ad esempio, dalla collaborazione tra professionisti del punto nascita (compilazione della prima ed eventualmente della seconda sezione del questionario) e professionisti che operano a livello distrettuale (compilazione delle sezioni successive del questionario). In SaPeRiDoc sono disponibili un esempio di analisi di dati e alcune elaborazioni predefinite.

### 3.2.2 I dati qualitativi: quello che sanno e pensano i professionisti

Le conoscenze che scaturiscono dai dati quantitativi sono sicuramente necessarie, poiché forniscono una base oggettiva alla discussione, ma non sono sufficienti. Oltre al conoscere il *quanto* è interessante sapere il *come* si manifesta e si struttura un determinato fenomeno.

Raccogliere le opinioni dei professionisti che sono coinvolti nell'assistenza può rappresentare un passo importante ai fini del piano di implementazione, principalmente per due motivi:

- consente di aumentare, rispetto al solo gruppo multidisciplinare, il numero

di professionisti in grado di segnalare le criticità relative all'assistenza e, in particolare, agli interventi e alle procedure che dovrebbero promuovere l'allattamento al seno. Più sono le informazioni sulla prassi corrente, più diventa possibile individuare lo scarto rispetto a quanto raccomandato dalle linee guida;

- facilita il coinvolgimento dei professionisti clinici nel processo di implementazione, consentendo di confrontare le raccomandazioni con l'esperienza e le ipotesi di soluzione di chi dovrebbe trasformare quelle raccomandazioni in pratica clinica.

Nel sito SaPeRiDoc sono disponibili:

- lo schema di un *questionario autosomministrato*, rivolto sia ai professionisti ospedalieri che a quelli dei servizi territoriali. Il questionario rileva la prassi adottata nei singoli punti nascita e nella realtà distrettuale (quanto nella realtà vengano fatte le cose che in teoria si dovrebbero fare), ma anche le opinioni del professionista sulle difficoltà incontrate dalle madri e sulla capacità di risposta da parte del servizio;
- un data-base per l'immissione dei dati;
- un esempio di analisi di dati e alcune elaborazioni predefinite.

I dati raccolti mediante questo questionario vanno integrati con altri, relativi ad indicatori di struttura (numero parti, pianta organica, caratteristiche dell'assistenza...), di norma trasmessi dal responsabile della Unità operativa o dalla Direzione sanitaria.

### 3.2.3 I dati relativi alle opinioni espresse dalle madri

Un contributo importante, in grado di correggere un'analisi basata unicamente su indicatori quantitativi e sulla soggettività dei professionisti, è rappresentato dalle osservazioni e proposte delle donne che hanno partorito e hanno provato ad allattare al seno.

Per la rilevazione della soddisfazione materna è disponibile uno strumento specifico, *Maternal Breastfeeding Evaluation Scale* [8], che tuttavia per la sua complessità (30 items) è più facilmente utilizzabile in studi *ad hoc* che non in un contesto di audit clinico come quello proposto in questo progetto.

**3.3 Terzo passo: selezionare le raccomandazioni per produrre il cambiamento**

**III PASSO** Sulla base delle criticità individuate:

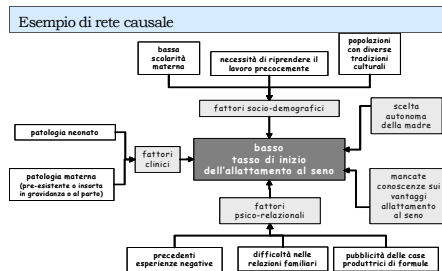
- analizzare le reti causali specifiche degli scenari;
- identificare i fattori causali associati alle criticità;
- valutare le prove di efficacia a supporto;
- selezionare la raccomandazione.

Dopo aver effettuato l'analisi del contesto, sulla base dei dati quantitativi e qualitativi, il gruppo multidisciplinare dovrebbe essere in grado di definire:

- la *priorità*, ovvero il principale scenario di riferimento. Si tratta di comprendere se, sulla base dell'andamento della curva di decadenza dell'allattamento al seno, siano prioritari gli interventi da effettuarsi prima e nel corso della gravidanza (*scenario I*), durante il ricovero e subito dopo la dimissione (*scenario II*) o nel periodo successivo (*scenario III*);
- le *criticità*, ovvero i principali fattori associati ad una durata insoddisfacente dell'allattamento al seno. Dall'insieme dei dati qualitativi e quantitativi possono emergere criticità appartenenti ad uno scenario diverso da quello identificato come prioritario.

Individuare priorità e criticità permette di evitare, nel manuale, una lettura generale dei capitoli relativi agli scenari, ove sono riportate le prove di efficacia a supporto delle raccomandazioni.

E' possibile selezionare i paragrafi di proprio interesse *analizzando le reti causali proposte e selezionando i fattori causali* che possono risultare associati alle priorità e criticità individuate. A titolo di esempio si riporta la rete causale proposta per lo *scenario I* relativo al mancato inizio dell'allattamento al seno.



Se, per ipotesi, la criticità osservata fosse determinata da un basso tasso di allattamento al seno nella *popolazione con bassa scolarità*, si dovranno prendere in esame i fattori causali di tipo socio-demografico per valutare la qualità delle prove di efficacia che supportano un'associazione tra bassa scolarità materna e minor tasso di allattamento (per quanto riguarda la classificazione dei livelli di evidenza vedi il cap. 2).

**Esempio di indicazione della classificazione dei livelli di evidenza**

Nel definire tali interventi è necessario sottolineare che la presenza di "fattore di rischio" (meglio sarebbe dire di vulnerabilità) non è sinonimo di evento negativo. L'acquisizione di abilità nella comunicazione da parte dei professionisti è strumento indispensabile per valutare l'esistenza reale del rischio e la presenza o meno di fattori di protezione in grado di "compensare" lo stesso.

D'altra parte è interessante sottolineare come sono proprio questi gruppi di popolazione a "dimostrarsi più sensibili" agli interventi di sostegno effettuati prima e dopo la nascita, sia in termini di aumento dei tassi di allattamento alla nascita, sia sulla durata dello stesso".

I, II-1

Sulla base di queste prove di efficacia si può analizzare la raccomandazione che dovrebbe essere specifica per la criticità individuata precedentemente. Nel nostro caso:

**Raccomandazione 12:**  
E' necessario indagare su una eventuale precedente esperienza negativa di allattamento al seno e fornire la possibilità di un sostegno specifico alle donne che decidono di "provare" ad allattare.

Una volta selezionate tutte le raccomandazioni pertinenti alle criticità individuate, si può procedere all'analisi delle griglie di implementazione.

**3.4 Quarto passo: l'integrazione in sede locale delle griglie di implementazione**

**IV PASSO** Accedere al sito SaPeRiDoc e scaricare sul proprio computer il software *Prima*, contenente le *griglie* di implementazione relative alla raccomandazione selezionata. Accettare, rifiutare o modificare sia i fattori di ostacolo che le azioni e gli strumenti proposti nelle griglie, per definire un piano di implementazione specifico per il proprio contesto.

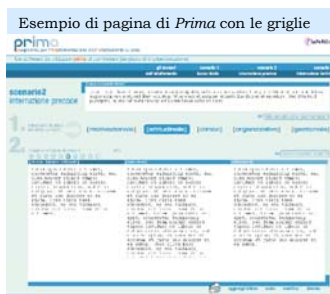
*Prima* è un programma da scaricare sul proprio computer e utilizzare come stru-

mento di lavoro. *Prima* contiene, per ogni raccomandazione, le *griglie* di implementazione, uno schema in cui vengono descritti i fattori di ostacolo e le azioni e gli strumenti proposti per il loro superamento. In *Prima* è possibile non solo consultare le griglie, ma anche adattarle al proprio contesto, modificando, accettando o rifiutando i fattori di ostacolo proposti e aggiungendone di nuovi, emersi dall'analisi della situazione locale. *Prima* può essere scaricato, previa registrazione gratuita, all'indirizzo [www.saperidoc.it](http://www.saperidoc.it)

Le griglie sono state elaborate dal gruppo multidisciplinare, con la seguente modalità [9]:

- analisi di una singola raccomandazione;
- identificazione dei fattori di ostacolo alla adozione di quella raccomandazione, utilizzando una categorizzazione in fattori motivazionali, attitudinali, clinici, organizzativi e gestionali;
- identificazione delle azioni e strumenti che possono concorrere al superamento di ognuno dei fattori di ostacolo precedentemente descritti.

Le griglie sono di fatto di una sorta di libro di *esercizi svolti*, per suggerire un metodo di lavoro che faciliti la definizione degli interventi per un piano di implementazione.



I fattori di ostacolo proposti sono presenti anche nel proprio contesto? Ve ne sono altri che gli autori delle griglie non hanno preso in esame? Per i singoli fattori di ostacolo è possibile identificare altre azioni o altri strumenti di intervento? È compito del gruppo multidisciplinare locale:

- analizzare il *fattore di ostacolo* rispetto al proprio specifico contesto. In questa fase possono essere eliminati i fattori di ostacolo assenti nel contesto analizzato, mentre possono esserne inclusi altri non rilevati dagli estensori

del manuale;

- *modificare o integrare* le *azioni* e gli *strumenti* proposti nel manuale per ogni singolo fattore di ostacolo, procedendo nella compilazione della griglia in senso orizzontale, per poter associare ad ogni fattore di ostacolo analizzato i relativi azioni e strumenti.

Per taluni fattori di ostacolo può risultare impossibile l'individuazione di azioni o strumenti potenzialmente efficaci.

Una volta terminato il lavoro di revisione, il software *Prima* permette la stampa della griglia di implementazione modificata, specifica per il proprio contesto.

### 3.5 Quinto passo: la definizione del piano di implementazione e la sua valutazione

<b>V PASSO</b>	Nel sito SaPeRiDoc accedere alla <i>Sintesi degli strumenti emersi dall'analisi delle griglie di implementazione</i> . Definire i contenuti e la modalità di utilizzo dei singoli strumenti identificati nell'elaborazione delle griglie di implementazione.
----------------	---

Una volta completate le griglie, sarà stata individuata e descritta una serie di *strumenti* per il superamento dei fattori di ostacolo. Lo stesso strumento (esempio: materiale informativo, corsi di accompagnamento alla nascita, corsi di formazione per l'acquisizione di abilità alla comunicazione...) può essere utilizzato per affrontare fattori di ostacolo rilevati in più di una raccomandazione. Le griglie, utili nella fase di analisi dettagliata, possono quindi divenire molto ripetitive nella fase successiva del lavoro. Quando si procede alla definizione del piano di implementazione può essere utile mettere a punto una sintesi:

- dei fattori di ostacolo affrontati con quello specifico strumento;
- delle caratteristiche che deve avere quello strumento in termini di metodologia di elaborazione e contenuti;
- degli indicatori di adozione e di efficacia dello strumento.

Questa modalità di sintetizzare il lavoro effettuato sulle griglie di implementazione permette, ad esempio nel caso del materiale informativo relativo allo *scenario I*, di avere una sorta di *guida* per l'utilizzo dello strumento. Il materiale informativo dovrà avere specifici contenuti e modalità di elaborazione e diffusione tali da poter essere utilizzato anche per superare altri fattori di ostacolo.

Esempio di una sintesi per il piano di implementazione

**Sintesi: Formazione dei professionisti**

Contenuto	Aggiornamento conoscenze relative all'allattamento al seno
Premessa	<p>La base della formazione specifica sull'allattamento al seno è rappresentata dal Corso che è parte integrante dell'Iniziativa Ospedale Amico del Bambino. L'obiettivo principale del corso è favorire la trasformazione degli ospedali con reparti di maternità in Ospedali Amici dei Bambini, mediante l'applicazione dei "10 passi per allattare al seno con successo".</p> <p>Il corso è destinato per 16-20 partecipanti, assistiti da 4-5 formatori. I partecipanti sono professionisti clinici (medici, ostetriche, infermiere, assistenti sociali, psicologi, ...) e, se possibile, professionisti (quali direttore sanitario, primario o aiuto responsabile, medico responsabile di un settore o di un distretto), in grado di assumere decisioni sui cambiamenti organizzativi e gestionali che si individuino come necessarie. La durata del corso è di 16 ore, da effettuarsi preferibilmente in tre giorni successivi (6 ore al giorno).</p>
Fattori di ostacolo affrontati	<p><u>Insufficiente conoscenza:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- delle metodiche per prevenire le più frequenti cause di interruzione precoce dell'allattamento al seno;</li> <li>- sugli aspetti bio-sociali dell'allattamento, che può limitare l'accettazione di altre figure competenti, da parte dei professionisti;</li> <li>- delle modalità con cui garantire la continuità dell'allattamento al seno nel caso di ritorno all'attività lavorativa;</li> <li>- dei danni derivanti da una violazione del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei sostituti del latte materno.</li> </ul> <p>Pluralità delle figure professionali che si occupano di allattamento e, più in generale, si prendono cura del bambino.</p>
Temi specifici individuati per il Corso OMS/Unicef	<p>L'organizzazione del corso OMS-Unicef (16 ore) dovrebbe contemplare l'integrazione del corso di base con moduli formativi specifici sui seguenti temi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ particolare attenzione agli aspetti non sanitari dell'allattamento (antropologia, sociologia...);</li> <li>□ particolare attenzione alle tecniche per garantire la continuità dell'allattamento nel caso di ritorno precoce all'attività lavorativa;</li> <li>□ particolare attenzione agli effetti negativi derivanti dalla violazione del Codice.</li> </ul> <p>Organizzazione del corso OMS-Unicef (16 ore) e del corso di base per l'acquisizione delle abilità alla comunicazione rivolto a tutti i professionisti (medici e non) che intendono assumere ufficialmente il ruolo di "figura di riferimento" per la madre.</p>

Nel sito SaPeRiDoc è possibile trovare un esempio della *Sintesi degli strumenti emersi dall'analisi delle griglie di implementazione*.

**Bibliografia**

1. World Health Organization. Division of diarrhoeal and acute respiratory disease control. Indicators for assessing breast-feeding practices. Geneva (CH): World Health Organization; 1991. URL: [http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO\\_CDD\\_SER\\_91.14.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.htm)
2. Hall RT, Mercer AM, Teasley SL et al. A breast-feeding assessment score to evaluate the risk for cessation of breast-feeding by 7 to 10 days of age. J Pediatr 2002;141:659-64
3. Kersting M, Dulon M. Assessment of breast-feeding promotion in hospitals and follow-up survey of mother-infant pairs in Germany: the SuSe Study. Public Health Nutr 2002;5:547-52
4. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. Birth 2001;28:94-100
5. International Lactation Consultant Association (ILCA). Evidence-based guidelines for breastfeeding management during the first fourteen days. Raleigh (NC): ILCA; 1999
6. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Evidence-based clinical practice guideline. Breastfeeding support: prenatal care through the first year. Washington (DC): AWHONN; 2000
7. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Allaitement maternel: mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Paris: ANAES; 2002
8. Leff EW, Jefferis SC, Gagne MP. The development of the Maternal Breastfeeding Evaluation Scale. J Hum Lact 1994;10:105-11
9. Ballini L, Liberati A. Linee-guida per la pratica clinica. Metodologia per l'implementazione. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2004