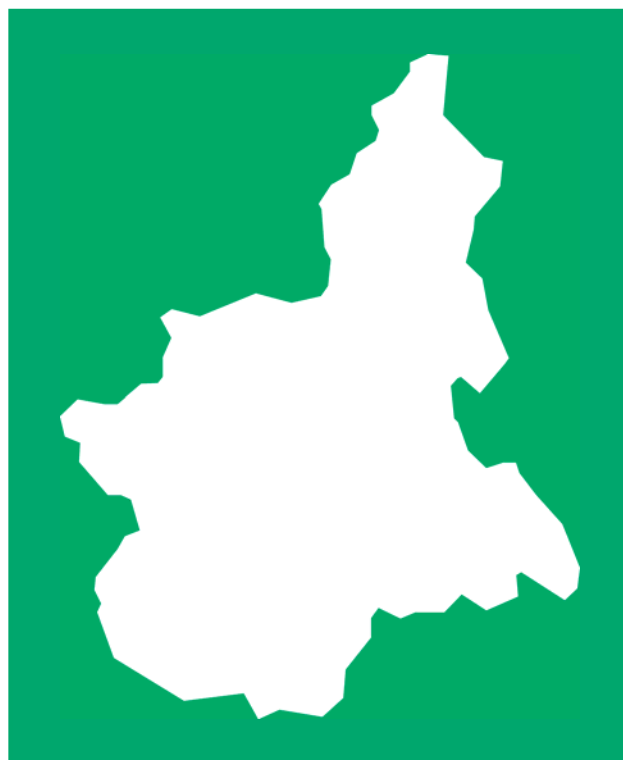


Promozione e sostegno dell'allattamento al seno

Rapporto regionale

MAGGIO 2007



Tutela materno infantile

REPORT
SU
PROGETTO REGIONALE

PROMOZIONE E SOSTEGNO
DELL'ALLATTAMENTO AL SENO

Il lavoro di analisi che viene riportato in questa relazione è stato condotto dalle Dr.sse M.Pia Morgando e M. Cristina Bessè, Referenti regionali per il Gruppo Tecnico Interregionale Allattamento al seno e dalla Dr.ssa Paola Ghiotti nell'ambito del contratto di collaborazione della Regione Piemonte (Delib. 42-3785 del 11.09.2006).

Maggio 2007

Si ringraziano per la preziosa collaborazione i seguenti operatori:

ASL 1 Ranzani Fulvia • Miconi M.Teresa • Ratti Lucia • Mola Domenica **ASL 2** Bono Maria • Zoppo Marisa • Collarino Filomena • Citriniti Rosa • Cella M.Grazia **ASL 3** Ginepro Elidia • Colledan Nadia • Vota M. Grazia • Mondelli Angela • Corrado Rita **ASL 4** Baratto M.Cristina **ASL 5** Gallo Aureliana • Boninato Daniela • Francavilla Rosanna • Cerri Paola • Vair Cristina • Gillio Lucia • Brondino Luigina • Buttafuoco Vittorina • Cofano Elena • Mondo Luisa **ASL 6** Pavanati Miranda • Defaveri Ornella • Usai Alba • Di Gilio Piera **ASL 7** Vota Maria Grazia • Marzani Domitilla • D'Amato Marcella • Giovo Maura **ASL 8** Gobbi Alessandra • Sattanino Anna Maria • Aprato Daniela • Maniaci Irma • Ippolito Alessandra • Zennaro Catia • Sommacal Rosalena • Bordino Alessandra • Linsalata Lucia • Mollo M.Rosaria **ASL 9** Capello Cristina • Graziano Rosangela • Bertoldo Claudia • Falletti Gianna **ASL 10** Cosola Alda • Peruzzi Maura • Picotto Amabile • Milanetti Cristina • Giovenale Silvia • Marchisio Ines **ASL 11** Spruzzala Arianna • Ferraccioli Karen • Uga Elena • Grossi Luigina • Ventresca Gian Luca • Bellotti Assunta **ASL 12** Florio Fernanda • Buscaglione Anita • Civitaliani Mara **ASL 13** Volpe Graziella • Chiesa Patrizia • Bellan Rossana • Minerva Anna • Sensale Filomena • Casto Tania **ASL 14** Poletti Elisabetta • Cardini Z. • Maglitto L. • Ragazzini M. • Spagnoli M. • Ferzetti Eliana • Castanò C. **ASL 15** Gentile Silvia • Romani Graziella **ASL 16** Bertano Elda • Cerrato Fiorella • Ocelli Marita • Baldo Elena **ASL 17** Cosa Gemma • Nasi Cristina • Cosio Ada • Berutti Daniela • Tomatis Bruna **ASL 18** Cavallero Luciana • Casetta Patrizia • Guaraldo Raffaella • Oliva Serena • Danzero Margherita • De Maria Cinzia **ASL 19** Gai Franca • Prudenzano Rita • Marchisio M. Rosa • Danisi Assunta **ASL 20** Cermelli Nadia • Fassi Giancarla • Uasone R.Antionietta **ASL 21** Chiaraluce Valentina • Pasetti Angioletta • Figazzolo Isabella • Imerone Silvana • Rutto Sandra **ASL 22** Palmisano Angela • Chiodi Livia • Amatteis Paola • Gualco Nicoletta • Garbarino Paola • Zacco Paola • Odone Laura • Picollo Elda • Montessoro M.Vittoria **ASO ALESSANDRIA** Bisoglio M. Clotilde • Campese Elisabetta • Montanaro Rita **ASO S.ANNA** Puntel Giovanna • Giovannozzi Chiara • Antonella Anichini • Castagneri Michela • Leonessa Marialisa **ASO NOVARA** Destro Stefania • Uglietti Chiara • Maccagnola Angela **ASO CUNEO** Pepino Vincenza **ASO MAURIZIANO** Tolosano Milva • Frola Marina **CLINICA UNIVERSITARIA** Gennari Erica • Perathoner Cristina

Dieci anni fa in veste di Direttore della Direzione di Sanità Pubblica ho partecipato all'avvio al Progetto regionale Promozione e sostegno dell'allattamento al seno.

A distanza di dieci anni, spesi con encomiabile abnegazione dal personale coinvolto nel progetto, mi è gradito presentare i risultati raggiunti e, a fronte delle lacune ancora presenti, stimolare verso un rinnovato impegno che trovi a livello delle singole aziende sanitarie regionali l'ambito di realizzazione di processi di miglioramento che coinvolgano tutti gli operatori dell'area materno-infantile.

Nel contesto nazionale ed internazionale forti sono i richiami sull'importanza della nutrizione come uno dei determinanti principali della salute umana e, di conseguenza, verso l'attuazione di interventi politici sulla nutrizione/salute.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 ancora pone tra gli obiettivi da raggiungere nel triennio la promozione dell'allattamento al seno

L'Unione Europea, attraverso le sue istituzioni, invita gli Stati membri, nel contesto delle loro politiche nazionali sulla nutrizione e la salute, a continuare a migliorare la produzione, la divulgazione e la messa in atto di linee guida su nutrizione e salute, sulla base di solide e scientifiche prove d'efficacia.

In questo contesto, la formulazione di raccomandazioni standard sull'alimentazione ottimale del lattante e del bambino fino a tre anni è appropriata e tempestiva.

Il progetto regionale di cui si da conto nel presente documento aderisce completamente a quelli che sono i presupposti proposti dalla UE:

«L'allattamento al seno è il modo naturale di alimentare il lattante ed il bambino. L'allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi assicura una crescita, uno sviluppo ed una salute ottimali. Dopo quest'età, l'allattamento al seno, con l'aggiunta di alimenti complementari appropriati, continua a contribuire alla crescita, allo sviluppo ed alla salute del lattante e del bambino.

I bassi indici e la cessazione precoce dell'allattamento al seno hanno importanti ed avverse conseguenze sanitarie, sociali ed economiche per le donne, i bambini, la comunità e l'ambiente, comportano maggiori spese per i sistemi sanitari nazionali, e possono contribuire ad aumentare le disuguaglianze in salute.

Nonostante le difficoltà di interpretazione dei dati disponibili, è chiaro che gli attuali tassi di inizio, esclusività e durata dell'allattamento al seno sono ben al di sotto dei livelli raccomandati in quasi tutti i paesi del mondo, compresi quelli dell'UE. In alcuni paesi dell'UE, i tassi di inizio sono molto bassi, ma anche nei paesi dove sono alti vi è una marcata riduzione nei primi sei mesi, ed in quasi tutta l'Europa il tasso di allattamento esclusivo a sei mesi può essere considerato basso».

L'Assessore
Mario Valpreda

*La promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno sono interventi di politica sanitaria a vasto raggio che si fondano su **evidenze scientifiche ed economiche** ampiamente documentate nella letteratura scientifica internazionale.*

Per la Regione Piemonte il programma "Promozione e sostegno dell'allattamento al seno" ha costituito occasione di conoscenza e coordinamento dei molteplici servizi della Tutela materno infantile confluiti nei DMI, nell'ottica di "percorsi assistenziali" che collegano territorio-ospedale-territorio, ed ha permesso l'avvio di quel processo di integrazione che è fondamentale per una risposta efficiente, efficace ed economica alla domanda di salute dell'età evolutiva.

I dati forniti dal presente lavoro costituiscono la base per una analisi dell'offerta di protezione-promozione e sostegno dell'allattamento al seno realizzata in ogni Azienda sanitaria regionale. La verifica del livello di adesione al programma regionale e della conseguente realizzazione degli obiettivi OMS sarà stimolo per attuare processi di miglioramento che partano dalla identificazione puntuale dei fattori ostacolanti e di quelli favorevoli che localmente interferiscono con la offerta delle appropriate azioni di promozione e sostegno, da una parte, e con l'adesione all'offerta da parte della popolazione interessata, dall'altra.

Il rapporto UE sul tema focalizza alcune criticità sulle quali invita a confrontarsi:

- *insufficiente copertura e qualità dell'educazione prenatale sull'alimentazione del lattante e del bambino fino a tre anni;*
- *politiche e pratiche ospedaliere non ottimali;*
- *carenza di un follow-up tempestivo e di un sostegno competente;*
- *cattiva informazione e mancanza di indirizzo ed incoraggiamento da parte degli operatori;*
- *mancata o scarsa applicazione del Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno;*
- *precoce ritorno al lavoro in assenza di facilitazioni e sostegno per l'allattamento al seno nei luoghi di lavoro;*
- *mancanza di un più ampio sostegno familiare e sociale;*
- *in alcuni paesi, rappresentazione dell'alimentazione artificiale come norma da parte dei mezzi di comunicazione di massa.*

Un'alimentazione complementare appropriata ed una transizione verso una dieta familiare bilanciata e nutriente sono altrettanto importanti per la crescita, lo sviluppo e la salute del bambino fino a tre anni. Il Libro Verde diffuso recentemente dalla Commissione europea riconosce che "scelte di stili di vita importanti nel determinare rischi per la salute in età adulta si fanno durante l'infanzia e l'adolescenza; è pertanto indispensabile che i bambini siano orientati ad assumere comportamenti salutari". La promozione di sani comportamenti alimentari nel bambino fino a tre anni è riconosciuta, assieme alla

promozione dell'attività fisica, come uno degli interventi principali per il controllo dell'attuale epidemia di obesità.

Lo scopo del documento europeo è proporre delle raccomandazioni che indirizzino tutti gli operatori sanitari che si occupano dei genitori e dei bambini durante la gravidanza, il parto e nei primi tre anni di vita – a livello primario, negli ospedali e sul territorio – verso pratiche ottimali e basate su prove d'efficacia per la protezione, la promozione ed il sostegno di una sana alimentazione del lattante e del bambino.

Il direttore generale
Vittorio Demicheli

Premessa	i
1. Storia del progetto regionale	1
2. Fasi del progetto regionale	4
2.1 Prima fase: formazione di base	4
2.2 Seconda fase: perfezionamento	6
2.3 Terza fase: progettazione e monitoraggio.....	7
3. Indicatori di processo: formazione di base	9
3.1 Indicatori della prima fase.....	9
3.1.1 Corsi di formazione OMS.....	9
3.1.2 Corsi di formazione per PdF e coinvolgimento degli MMG.....	11
3.2 Indicatori della seconda fase: corsi di perfezionamento e rete	12
3.3 Indicatori della terza fase: monitoraggio e progetti locali	13
4. Indicatori di risultato	17
4.1 Andamento dell'allattamento al seno nel periodo 2000-2005	17
4.2 Allattamento e fattori socio-culturali	19
4.3 Modalità allattamento durante la degenza per Punto Nascita.....	21
4.4 Profili dei Punti Nascita nel periodo 2000-2005	23
4.5 Modalità di allattamento nella coppia mamma-neonato prematuro e/o di basso peso	29
4.6 Durata allattamento al seno.....	31
4.7 Alimentazione e spesa sanitaria nel primo anno di vita	35
4.8. Strumenti di divulgazione.....	35
Conclusioni	38
Allegati	41
allegato 1 Criteri di evidenza e gerarchia delle raccomandazioni	43
allegato 2 Documento congiunto degli Assessori alla Salute.....	44
allegato 3 Elenco dei consultori che offrono sostegno all'allattamento al seno.....	45
allegato 4 Raccomandazioni regionali per l'attivazione dei Punti di sostegno.....	48
allegato 5 Il Codice internazionale sulla Commercializzazione dei sostituti al latte materno	49
allegato 6 Circolare del Ministro Veronesi 24 ottobre 2000	50
allegato 7 Pagine Agenda di Salute sull'allattamento.....	51
allegato 8 Decreto Ministro Sirchia 5 aprile 2005.....	53
allegato 9 Revisione Enkin relativamente alle prassi che interferiscono con l'avvio dell'AM	56

Indice delle abbreviazioni

UE	Unione europea
OMS	Organizzazione Mondiale Sanità
AMS	Assemblea Mondiale della Sanità
AM	Allattamento Materno
AS	Allattamento al Seno
TIN	Terapia Intensiva Neonatale
TMI	Tutela Materno Infantile
LM	Latte Materno
LA	Latte Artificiale
LF	Latte Formulato
EBM	Evidence Based Medicine
DMI	Dipartimento Materno-Infantile
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ASO	Azienda Sanitaria Ospedaliera
ASR	Azienda Sanitaria Regionale
PdF	Pediatra di Famiglia
MMG	Medici di Medicina Generale
RA	Referenti Allattamento
BdS	Bilanci di Salute
OSS	Operatore Socio Sanitario
OTA	Operatore Tecnico Assistenza
AUS	Ausiliario
CF	Consultori familiari
LM esclusivo	Allattamento materno senza altra aggiunta
LM predominante	Allattamento materno con aggiunta di altro liquido non latteo
LM pieno	Allattamento esclusivo + predominante
LM parziale	Allattamento materno con aggiunta di latte artificiale
LM complementare	Allattamento materno + latte artificiale e/o alimenti semisolidi
MD	Dato Mancante
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
CedAP	Certificato di Assistenza al Parto
TC	Taglio Cesareo
NEC	Entero Colite Necrotizzante
NPI	Neuro-Psichiatria Infantile
FVG	Friuli Venezia Giulia
IRCCS	Istituto Ricerca
RSV	Virus respiratorio Sinciziale

PREMESSA

Nel 1997/98¹ è stato avviato il progetto regionale di "Promozione e sostegno dell'allattamento al seno" con obiettivi specifici (aumentare la prevalenza e la durata dell'allattamento al seno), ma anche con l'obiettivo di sperimentare modalità di dialogo e collaborazione tra i Dipartimenti materno-infantili piemontesi (DMI), di nuova costituzione, e la Regione, e, all'interno dei dipartimenti stessi, un modello di attività interdisciplinare orientata ad obiettivi dichiarati e quantificabili.

La Regione Piemonte è stata la prima a programmare un intervento **sull'intero territorio regionale** che prevedesse il coinvolgimento di **tutti gli operatori** che hanno contatti con la gravida e la neomamma: ostetriche e ginecologi, infermiere, puericultrici e assistenti sanitarie, neonatologi e Pediatri di famiglia, psicologhe e neuropsichiatri infantili, operatori socio sanitari.

Le motivazioni alla base di tale politica sono derivate dalle indiscusse evidenze scientifiche che supportano la scelta dell'alimentazione al seno quale elemento altamente significativo nel progetto di salute individuale e collettivo. Tutte le donne debbono dunque ricevere le informazioni necessarie per la loro scelta individuale relativa all'alimentazione del bimbo; ogni donna che ha scelto di allattare al seno deve ricevere l'adeguato sostegno all'interno dell'ospedale; ogni donna che allatta deve trovare nel pediatra di famiglia e/o nei servizi di territorio gli alleati perché la durata dell'allattamento al seno sia quella cui si associano i maggiori vantaggi di salute per mamma e bambino.

Nella nostra società spesso, ad una dichiarazione di principio di disponibilità verso l'allattamento, non corrisponde un'attenzione puntuale agli atteggiamenti pratici di promozione e sostegno dello stesso. In passato, nelle maternità, le regole alla base delle routine assistenziali sono state, e a volte ancora sono, di ostacolo all'avvio fisiologico dell'allattamento (es. la separazione tra mamma e neonato subito dopo il parto, periodi di contatto tra mamma e neonato troppo brevi nell'arco della giornata ospedaliera, offerta poco discriminata di liquidi diversi dal latte materno nei primi giorni di vita, proposta di biberon e tettarelle che possono ostacolare una corretta suzione al seno etc.). Dopo le dimissioni, in molte realtà, gli operatori sottovalutano l'importanza del loro ruolo nel sostenere la mamma in difficoltà e altrettanto spesso il contesto familiare si è dimostrato non in grado di contenere le ansie materne, offrendo entrambi, come pronto rimedio, il ricorso all'allattamento artificiale più facilmente "controllabile" e condivisibile con altri familiari.

Alle valenze nutrizionali e sanitarie, nel progetto regionale, si è aggiunta la sperimentazione di un approccio alla riorganizzazione dei servizi per la maternità e infanzia che nella promozione e sostegno dell'allattamento materno trovano un forte elemento di collegamento tra i servizi intra ed extra ospedalieri coinvolti nel percorso nascita e nel percorso crescita, nonché una solida base di evidenze per i cambiamenti da proporre.

Il lavoro di formazione e di implementazione di programmi locali di adeguamento ai modelli assistenziali appropriati per la promozione e sostegno dell'allattamento al seno, hanno costituito una **palestra** per la realizzazione del **modello dipartimentale dell'area materno-infantile** basato su alcune priorità: promozione della salute e assistenza basate su evidenze scientifiche, impegno formativo interno ai DMI (formatori dipartimentali) in rete con gli altri DMI e con la Regione stessa, interdisciplinarietà degli interventi, valorizzazione degli operatori non medici, collegamento territorio-ospedale, verificabilità degli obiettivi.

¹ DGR n. 5-23781 del 7/1/1998 e Determinazione Prot. N. 00025/29.6 del 26/1/1998

Le motivazioni alla base della politica regionale sulla promozione e il sostegno dell'allattamento al seno mantengono tuttora la loro validità. A distanza di quasi 10 anni è importante una valutazione di quanto fatto e dei risultati ottenuti.

La presente pubblicazione vuole essere una sintesi e, allo stesso tempo uno stimolo, per proseguire il percorso, adeguandolo alla situazione attuale, verificandone i punti di forza e punti di debolezza e aggiornandolo sulla base delle ultime evidenze scientifiche.

Negli ultimi anni altre Regioni e altre istituzioni hanno intrapreso percorsi simili, in seguito ai quali è nata la esigenza, a livello nazionale, di un confronto (Gruppo tecnico interregionale "Allattamento al seno") dal quale si prevede possano nascere iniziative comuni.

A livello europeo, l'Unione europea (UE), attraverso le sue istituzioni: «pone l'accento [...] sull'importanza della nutrizione come uno dei determinanti principali della salute umana»; «esprime preoccupazione per le conseguenze dell'aumento dell'obesità e del sovrappeso [...] particolarmente tra i bambini e gli adolescenti»; «considera che ad azioni sulla salute nutrizionale debba essere assegnata un'adeguata collocazione nei futuri programmi d'azione per la salute pubblica dell'UE»; e «invita gli Stati membri, nel contesto delle loro politiche nazionali sulla nutrizione e la salute, a [...] continuare a migliorare la produzione, la divulgazione e la messa in atto di linee guida su nutrizione e salute, sulla base di solide e scientifiche prove d'efficacia».

Le raccomandazioni UE² includono molti dei contenuti della **Strategia globale per l'alimentazione del lattante e del bambino**³, adottata all'unanimità dagli Stati membri dell'Organizzazione mondiale della salute (OMS) nel corso della 55^a Assemblea mondiale della salute (AMS) nel maggio del 2002. Tali raccomandazioni sono suffragate da una vasta mole di prove d'efficacia pubblicate da agenzie delle Nazioni unite, Governi, ricercatori, associazioni professionali ed organizzazioni non governative; si fondano sulla Convenzione sui diritti del bambino, firmata e ratificata da tutti gli Stati membri dell'UE, laddove riconosce, nell'articolo 24, il ruolo fondamentale che l'allattamento al seno svolge per l'affermazione del diritto del bambino al più alto standard di salute raggiungibile.

Il Piano di azione dell'Unione europea: "Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno in Europa" ha introdotto nel programma oltre ai termini promozione e sostegno, il termine **protezione**: «La protezione dell'allattamento al seno è fondata sulla piena applicazione del Codice internazionale, compresi i meccanismi per farlo rispettare e per perseguirne le violazioni ed un sistema di monitoraggio indipendente da interessi commerciali. È fondata altresì su una legislazione per la protezione della maternità che permetta a tutte le madri che lavorano di allattare esclusivamente per i primi sei mesi e di continuare in seguito»⁴.

La protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno (AM) sono interventi di politica sanitaria a vasto raggio fondati su evidenze scientifiche ed economiche ampiamente documentate nella letteratura scientifica internazionale.

- **Promozione della salute della prima infanzia**⁵: riduzione della mortalità post-natale (del 21% negli USA)⁶, riduzione del rischio di morte in culla⁷, minor numero di infezioni (gastrointestinali,

² EU Council Resolution 14274/00. Brussels, 2000.

³ WHO. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO, Geneva, 2002.

⁴ EU Project on Promotion of Breast feeding in Europe. Protection Promotion and Support of Breastfeeding in Europe: A Blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment. 2004.

⁵ Leòn-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefit of breastfeeding: a summarizing of the evidence. Washington DC: Pan American Health Organization; 2002.

⁶ Chen A, Rogan W J. Breastfeeding and the risk of post neonatal death in the United States. Pediatrics 2004; 5:113.

respiratorie, vie urinarie)⁸, minor numero di ricoveri, miglior risposta alle vaccinazioni, crescita staturo-ponderale fisiologica⁹.

- **Prevenzione di patologie acute e croniche dell'età infantile⁹:** otite media, allergia, asma, diabete infantile, linfoma, morbo di Hodgkin, leucemia linfoblastica acuta, malocclusione dentaria¹⁰. In Australia si è stimato che un aumento della prevalenza dell'allattamento al seno esclusivo dal 60% al 80% a tre mesi di età, potrebbe far risparmiare 11,5 milioni di dollari all'anno solo per quattro malattie (otite media, diabete, infezioni gastrointestinali ed eczema)¹¹. Studi norvegesi hanno calcolato che il rischio di diabete di 4,5% per gli allattati artificialmente, scende allo 0,8% per gli allattati al seno per 12 mesi (3,8% se allattati al seno per 2 mesi, 1,7% se allattati al seno per 6 mesi)¹².
- **Prevenzione di patologie dell'età adulta:** obesità, diabete, sclerosi multipla, rettocolite ulcerosa, m. di Crohn, malattie cardiovascolari¹³. È stato calcolato che l'allattamento materno produce un effetto maggiore, rispetto ad ogni altro intervento di tipo non farmacologico (dieta, attività fisica, ecc) sulla pressione sanguigna portando ad una riduzione del 17% dell'incidenza della ipertensione, del 6% dell'incidenza delle malattie cardiovascolari e del 15% del rischio di infarti e di attacchi ischemici. Dati USA hanno calcolato un rischio raddoppiato per diabete e per obesità per coloro che non sono stati allattati al seno¹⁴.
- **Promozione salute psichica e relazionale:** favorisce l'avvio della relazione tra mamma e bambino con significative riduzione della frequenza di abbandoni¹⁵; sviluppo psicomotorio e cognitivo migliore in bambini nati a termine e prematuri allattati al seno rispetto ai bambini allattati artificialmente dopo revisione per fattori sociali e perinatali¹⁶.
- **Prevenzione patologie materne:** riduzione delle emorragie post-partum, riduzione dei carcinomi della mammella e dell'ovaio, riduzione dell'osteoporosi. Nelle donne che allattano, il rischio del tumore alla mammella è inversamente proporzionale alla durata degli allattamenti al seno¹⁷. Allattare al seno aumenta la autostima della donna dopo il parto, sembra ridurre la ansietà materna grazie agli ormoni dell'allattamento (ossitocina, prolattina, endorfine)¹⁸.
- **Risparmio ecologico:** con l'AM non si consumano risorse ambientali: meno pascoli per l'allevamento delle mucche e quindi meno pesticidi e diserbanti, minore deforestazione (per allevare una mucca occorrono 10.000 metri quadrati di prato, per allattare artificialmente un bambino occorrono 12,5 metri quadrati di foresta); minore consumo di energia per la produzione

⁷ Blair PS, Sidebotham et al. Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: 20 years population-based study in the UK. *Lancet* 2006; 367:314-9.

⁸ Heining MJ. Host defence benefit of breastfeeding for the infant. Effect of breast feeding duration and exclusivity. *Pediatr.Clin.North Am.*2001; 48:105-123.

⁹ American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2005; 115:496-506.

¹⁰ Viggiano D, Fasano D, Monaco G., Strohmenger L. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effect on occlusion in deciduous dentition. *Arch Dis Child* 2004; 89:1121-3.

¹¹ Lund-Adams M, Heywood P. Breastfeeding in Australia. *World Rev Nutr Diet* 1995;78:74-113.

¹² V.Sadauskaitė-Kuehne. Longer Breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. *Diabetes Metabolism Research and Reviews* 2004; 20:150-157.

¹³ Fewtrell, MS. The long-term benefits of having been breast-fed. *Current pediatrics* 2004; 14:97-103.

¹⁴ Mayer Hamman RF Gay EC et al: Reduced risk of IDDM breastfed children. *Diabetes* 1988; 37:1625-1623.

¹⁵ Kennel J, McGrath S. Starting the process of mother-infant bonding. *Acta Paediatrica* 2005; 94:775-778.

¹⁶ Horwood I. J, Darlow BA, Mogridge N. Breast Milk feeding and cognitive ability at 7-8 years. *Arch.Dis.Child Fetal Neonatal Ed.* 2001; 84:F23-F27.

¹⁷ Davanzo R, Bruno I. Salute della donna e lattazione. *Medico e bambino* 2003; 2.

¹⁸ Nissen E, Gustafsson P et al. Oxytocin, prolactin milk production and their relationship with personality traits in woman after vaginal delivery or cesarean section. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1998; 19:49-58.

ed il trasporto, per le confezioni di carta, vetro e metallo per il latte artificiale. Risparmio per lo smaltimento dei rifiuti¹⁹.

- **Riduzione delle spese familiari per l'allevamento del bambino.** Il costo per la famiglia di una settimana di latte artificiale è di circa 23 euro. Se il sostegno all'allattamento facesse sì che tutti i nati della Regione (36.000 all'anno) fossero allattati al seno una settimana in più il risparmio per la collettività delle famiglie sarebbe di 828.000 euro, se tutti fossero allattati un mese in più il risparmio sarebbe di circa 3.667.000 euro. A questo vanno aggiunte le spese per biberon, scaldabiberon, sterilizzatori. Dati francesi evidenziano come un figlio allattato artificialmente costa alla famiglia circa tre volte di più di uno allattato al seno²⁰.
- **Riduzione della spesa sanitaria pubblica:** costi dell'assistenza neonatale ridotti (minor numero di biberon, minor quantitativo di latte artificiale, di soluzione glucosata, ecc); riduzione delle spese di ospedalizzazione, delle spese farmaceutiche nell'età pediatrica²¹. La morbilità e l'indice di ospedalizzazione è 5 volte superiore per i bambini allattati artificialmente rispetto agli allattati al seno²⁰. Negli USA la mancanza di allattamento al seno risulta annualmente nei seguenti costi aggiuntivi per il sistema sanitario: 291 milioni di dollari per il trattamento della diarrea infantile; 225 milioni di dollari per le infezioni da virus respiratorio sinciziale; 100-125 milioni per i casi di diabete mellito insulino-dipendente; 660 milioni per l'otite media²². Il rationale economico per promuovere l'AM all'interno delle Terapie intensive neonatali (TIN) negli Usa, si basa sulla constatazione che i prematuri di peso molto basso rappresentano l'1,4% dei nati vivi ma incidono sulla spesa sanitaria neonatale globale per il 30%²³. Sulla base di un recente studio, si è evidenziato che l'AM esclusivo riduce significativamente le patologie a breve e a lungo termine in questi bambini in modo tale da giustificare un programma di interventi specifici nelle TIN²⁴.

Al momento dell'avvio del progetto risultava chiaro come, per ottenere i vantaggi di popolazione ed economici, di cui sopra, fosse fondamentale che tutti i livelli coinvolti, dai Responsabili della politica sanitaria regionale e aziendale, ai Responsabili della gestione dei diversi servizi aziendali dedicati a mamma e bambino, ai Responsabili dei percorsi che tra i servizi si snodano, ai Responsabili clinici, si assumessero le specifiche responsabilità per favorire l'implementazione del programma di protezione, promozione, sostegno dell'AM nelle loro aziende.

Questa condivisione non si è realizzata appieno e costituisce un elemento di criticità da affrontare nel proseguo del progetto: il sostegno dell'allattamento al seno, infatti, non può essere solo espressione della buona volontà degli operatori ma di azioni molto concrete sul piano dell'organizzazione logistica ed operativa dei reparti di Ostetricia e Centro neonatale e sul piano del collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale.

¹⁹ Radford A. The ecological impact of bottle feeding. *Breastfed Rev* 1992.

²⁰ Bitoun P. The economic value of breastfeeding in France. *Le Dossier de l'Obstetrique* 1994; 216:10-3.

²¹ Cattaneo A, Ronfani L, Burmaz T, Quintero-Romero S, Macaluso A, Di Mario S. Infant feeding and cost of health care: a cohort study. *Acta Paed.* 2006; 95:540-546.

²² Weimer J. Economic benefits of breastfeeding: a review and analysis. Food and Rural Economics Division, Economics Research Service, US DEPT of Agriculture. Food and Nutrition research Report N.13, Washington DC, 2001.

²³ Gilbert WA et al. The cost of prematurity: quantification by gestational age and birth weight. *Obstet Gynecol.* 2003; 102 (3): 488-92.

²⁴ Schanler J, Lau C, Hurst NM, Smith EO. Randomized trial of donor Human milk versus preterm formula as substitutes for mothers' own milk in the feeding of extremely premature infants *Pediatrics* 2005; 217:400-406.

1. STORIA DEL PROGETTO

Gli obiettivi del Progetto regionale possono essere così enucleati:

- aumentare l'allattamento materno (AM) **esclusivo** in tutti i Punti Nascita (PN) della Regione;
- ridurre la caduta del tasso di allattamento al seno tra la dimissione dalla maternità e il compimento del primo mese di vita;
- prolungare l'allattamento al seno esclusivo fino ai 6 mesi di vita secondo le raccomandazioni OMS;
- ridurre la spesa sanitaria nel primo anno di vita del bambino (i bambini allattati al seno si ammalano di meno, hanno risposte immunitarie più efficienti, generano meno ansie nelle mamma, etc.);
- aumentare le **competenze** di tutti gli operatori sanitari, al fine di ridurre le interferenze negative sull'allattamento, dipendenti sia dalla organizzazione dei reparti sia dal counseling del singolo operatore.

RACCOMANDAZIONI OMS

- Mettere il neonato pelle a pelle sul petto della mamma subito dopo la nascita (o appena possibile nel caso siano necessarie manovre mediche urgenti per la madre e/o il neonato) e lasciare che abbia inizio spontaneamente la prima poppata.
- Allattamento esclusivo fino a sei mesi.
- Tra quattro e sei mesi possono essere dati alimenti complementari solo se il bambino mostra interesse al cibo e non cresce.
- Dai sei mesi di età circa vanno offerti alimenti complementari a tutti i bambini.
- Proseguire l'allattamento al seno fino al secondo anno di età e oltre.

Nella Programmazione regionale della Tutela materno infantile (TMI) il progetto LM è stato scelto come pilastro perché:

- permette di fare esperienza dipartimentale coinvolgendo trasversalmente tutti gli operatori;
- si fonda sulla Evidence based medicine;
- promuove un intervento economico, efficace, consolidato da millenni;
- favorisce la qualità dell'assistenza lungo tutto il percorso nascita (prenatale-neonatale-postnatale).

Il contesto in cui si è sviluppato il progetto:

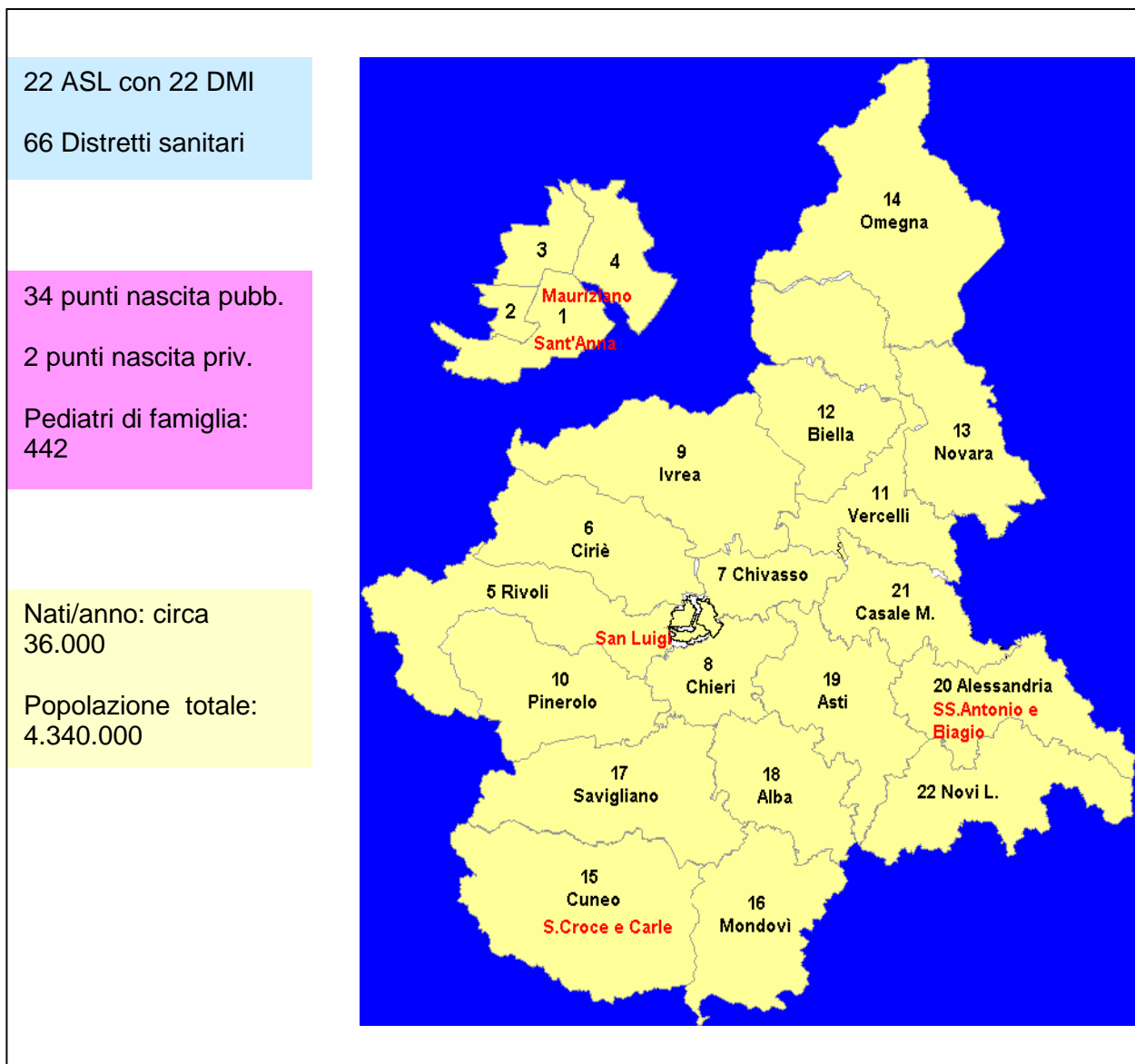


Figura 1. “Attori” coinvolti nel progetto Allattamento al seno

Il Progetto Regionale, a tutt’oggi, si è articolato in tre fasi che hanno prodotto una serie di risultati illustrati di seguito. Ulteriori interventi si rendono necessari per **consolidare i risultati ottenuti** e per sostenere i progetti specifici che si auspica prendano avvio in ogni Azienda e, al suo interno, in ogni servizio dedicato alla coppia mamma-bambino. **L’assistenza orientata alla promozione e sostegno dell’AM induce cambiamenti sostanziali nei percorsi assistenziali dei DMI favorendo il lavoro di rete e una relazione con la mamma improntata al rispetto e al potenziamento delle sue competenze.**

Le evidenze scientifiche alla base del progetto sono sintetizzate nei cosiddetti **“10 Passi” dell’OMS-Unicef**, volti a favorire le modifiche delle routine assistenziali che possono ostacolare il successo dell’allattamento materno. Costituiscono il cardine della formazione, nonché uno degli elementi del monitoraggio e traccia per i progetti di miglioramento. Il rispetto dei 10 passi è la base per ottenere la certificazione di **Ospedale amico dei bambini**.

I 10 PASSI PER IL SUCCESSO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO

(Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF Ginevra 1989)

1. Definire un protocollo scritto per la promozione dell'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario.
2. Formare tutto il personale sanitario affinché possa acquisire le abilità necessarie per mettere in pratica tale protocollo.
3. Informare le donne durante la gravidanza sui vantaggi e sulla conduzione dell'allattamento al seno.
4. Aiutare le madri perché comincino ad allattare al seno entro mezz'ora dal parto.
5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la produzione di latte anche in caso di separazione dal neonato.
6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, salvo indicazioni mediche.
7. Praticare il rooming-in, permettere cioè alla madre e al bambino di restare insieme 24 ore su 24 durante la permanenza in ospedale.
8. Incoraggiare l'allattamento al seno ai primi segnali di fame del bambino.
9. Non dare tettarelle artificiali o succhiotti durante il periodo dell'allattamento.
10. Favorire lo stabilirsi di gruppi di sostegno all'allattamento al seno ai quali le madri possano rivolgersi dopo la dimissione dall'ospedale.

Tabella 1. Livello di evidenza e grado di raccomandazione dei 10 Passi²⁵

Passo	Indicazione	Livello di evidenza	Grado di raccomandazione
1	Protocollo scritto	1 ++	A
2	Formazione del personale	1 ++	A
3	Informazione alle madri	1 ++	A
4	Allattare entro mezz'ora	1	A
5	Mostrare come allattare	1 ++	A
6	No ad aggiunte/glucosata	1/2	A/B
7	Rooming-in	1	A
8	Allattare a richiesta	1 ++	A
9	No a biberon/ciuccio	2/3/4	C/D
10	Sostegno dopo la dimissione	1 ++	A

²⁵ Per quanto riguarda i criteri di evidenza e la gerarchia delle raccomandazioni si rimanda all'allegato 1.

2. FASI DEL PROGETTO REGIONALE

2.1 Prima fase: formazione di base

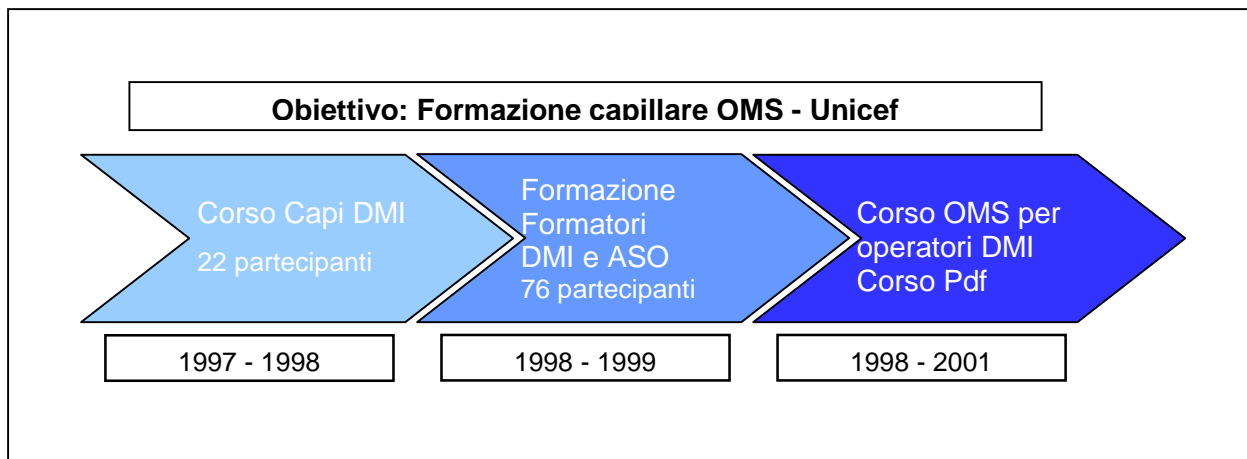


Figura 1. Dettaglio prima fase

Il progetto ha preso inizio nel novembre 1997 con il coinvolgimento dei 22 responsabili dei Dipartimenti materno-infantili della Regione con il “**corso OMS sull’Allattamento al seno per policy makers**” nell’ambito del quale sono stati condivisi: il rationale del programma, le evidenze scientifiche, le implicazioni strategiche e le possibili ripercussioni economiche.

I DMI, successivamente, sono stati invitati ad identificare due operatori per ogni DMI, uno di area ostetrica e uno di area pediatrica, per partecipare alla formazione finalizzata alla acquisizione delle competenze necessarie a ricoprire il ruolo di formatori.

La formazione dei formatori, perseguita attraverso il corso OMS-Unicef proposto dai docenti dell’Istituto Burlo Garofolo di Trieste, ha coinvolto 76 partecipanti che, in seguito, hanno avuto l’incarico di organizzare e realizzare i corsi di formazione per **tutti gli operatori del loro DMI a contatto con la diade mamma-bambino**: (ginecologi, ostetriche, neonatologi, pediatri ospedalieri, Pediatri di famiglia, infermiere pediatriche, puericultrici, operatori socio sanitari, psicologi, neuropsichiatri).

La scelta di partire con la formazione è derivata dalla consapevolezza che i cambiamenti culturali avvenuti negli ultimi decenni (perdita di competenze sia delle mamme che degli operatori nei confronti dell’allattamento al seno e dilagare di una cultura del “biberon” e commercializzazione dell’alimentazione per l’infanzia) richiedevano un momento formativo “corale” che partisse dall’analisi della evoluzione storica della posizione della sanità e della società nei confronti dell’allattamento al seno.

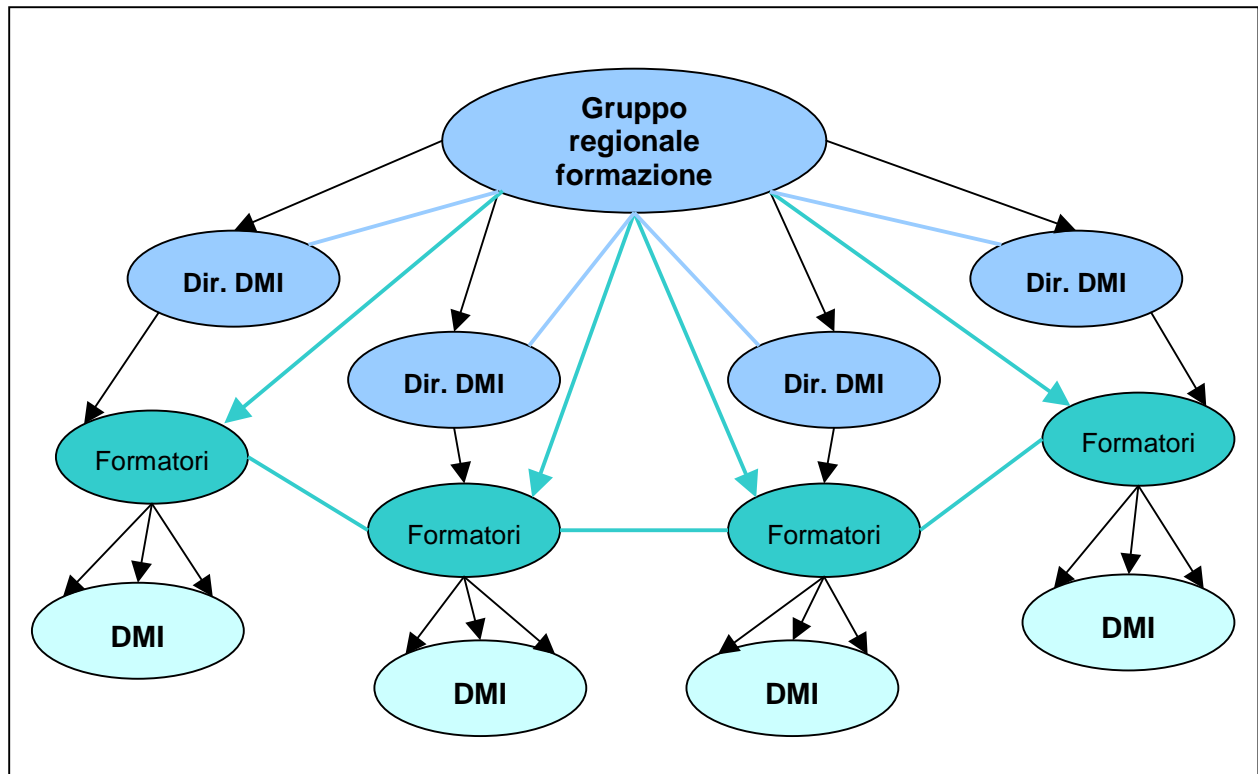


Figura 3. Intervento top-down

La formazione a cascata, con il coinvolgimento di tutte le figure professionali che, a diverso titolo, possono relazionarsi con mamma e neonato, è partita dall'esigenza di **rendere omogenea la cultura relativa all'allattamento come presupposto di ogni cambiamento incisivo in termini di popolazione.**

È stata una operazione culturale di vasto raggio: il maggior investimento è stato fatto nella formazione scientifica specifica, nell'analisi delle pratiche favorevoli nel counseling e nella discussione della cultura sottesa alla pratiche assistenziali interferenti. Questo ha provocato una notevole spinta verso il cambiamento che si è realizzato a macchia di leopardo sull'intero territorio regionale. Proprio perché l'obiettivo era modificare una cultura e non solo formare/informare, è stato scelto che i corsi fossero organizzati per gruppi di operatori provenienti dai diversi servizi coinvolti, sia ospedalieri che territoriali. Il risultato è stato quello di favorire la conoscenza reciproca, lo stabilirsi di collegamenti operativi, l'avvio di un percorso volto al superamento della autoreferenzialità dei servizi al fine del raggiungimento di obiettivi comuni.

I fili conduttori dei **corsi di base** diretti agli operatori ospedalieri e consultoriali sono stati:

- aggiornamento sui risultati della ricerca internazionale più recente relativa alla fisiologia dell'allattamento;
- analisi delle interferenze negative che alcune pratiche ospedaliere possono esercitare sul fisiologico avvio dell'allattamento e verifica delle modifiche applicabili;
- proposta di modelli assistenziali EBM per mamma e neonato utili per favorire il successo dell'allattamento (osservazione della poppata, gestione delle difficoltà);
- introduzione del counseling nell'allattamento al seno.

2.2 Seconda fase: perfezionamento

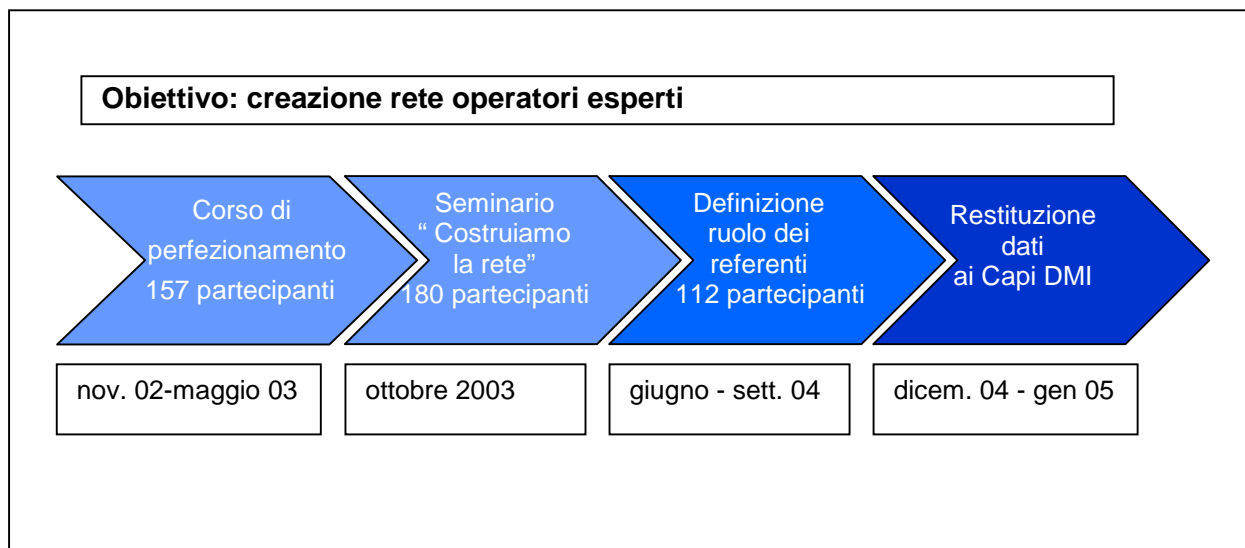


Figura 4. Dettagli seconda fase

La seconda fase del progetto si è posta l'obiettivo della **formazione di operatori esperti in AM** all'interno dei DMI attraverso corsi di perfezionamento regionali cui hanno partecipato 2 operatori per Punto Nascita e 1 operatore per distretto. I corsi sono stati strutturati in modo da aumentare non solo le competenze tecniche (diagnostiche e assistenziali) ma soprattutto le competenze comunicative:

- nei confronti della mamma per una comunicazione efficace nella relazione d'aiuto (counseling);
- tra operatori dello stesso servizio per favorire il lavoro di "squadra";
- tra i diversi servizi per la costruzione della rete dipartimentale.

La metodologia di lavoro proposta è stata quella del lavoro per progetti con attenzione alla definizione degli obiettivi e alla valutazione dei risultati.

In questa fase, in particolare, si è focalizzata l'attenzione sulla realizzabilità del 10° passo attraverso la creazione di una **rete di sostegno** per le mamme in allattamento che incentri il suo intervento su:

- **creazione di Punti di sostegno** all'allattamento all'interno dei Consultori familiari;
- **forte collaborazione** tra Punto Nascita, Punti di sostegno, Pediatri di famiglia e Gruppi di auto-aiuto tra mamme.

All'interno del gruppo di operatori formati si è costituita la **rete regionale dei referenti per l'allattamento (RA)** che collaborano con il gruppo regionale di coordinamento del progetto²⁶ per garantire all'interno dei DMI:

- la presenza di operatori esperti, in ogni Punto Nascita ed in ogni Consultorio familiare, in grado di sostenere le mamme con difficoltà nell'allattamento;

²⁶ A tutt'oggi fanno parte del Gruppo regionale di coordinamento del progetto le dottoresse Maria Pia Morgando, Maria Cristina Bessé e Paola Ghiotti. Come siglato nella Dichiarazione congiunta degli Assessorati alla salute (allegato n.2) è in corso di formalizzazione la costituzione del Comitato regionale per l'allattamento al seno.

- la creazione di una rete tra Punto Nascita e Consultorio familiare;
- livelli di formazione di base per i nuovi assunti;
- aggiornamento continuo per tutti gli operatori;
- avvio della raccolta dati sulla durata dell'allattamento nel 1° anno di vita;
- attivazione di progetti di miglioramento per affrontare e superare i fattori ostacolanti che nell'ospedale e nel territorio si frappongono al raggiungimento degli obiettivi OMS.

2.3 Terza fase: progettazione e monitoraggio

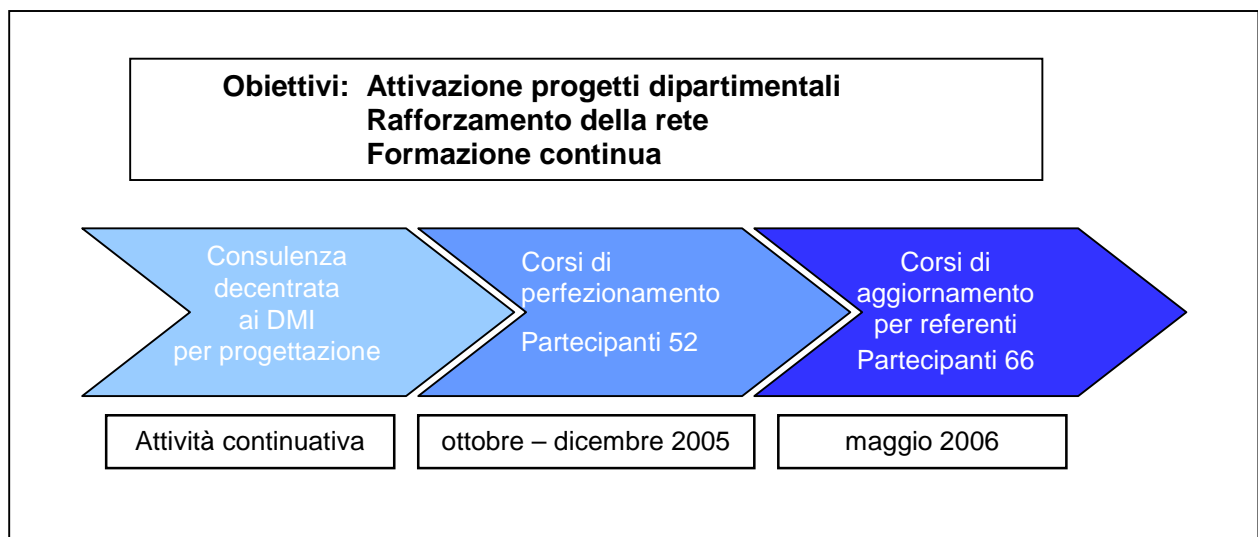


Figura 5. Dettagli terza fase (prima parte)

La fase in corso prevede l'aggiornamento continuo dei Referenti per favorire il rafforzamento della rete e il sostegno da parte del Gruppo regionale ai DMI che progettano e attivano interventi locali.

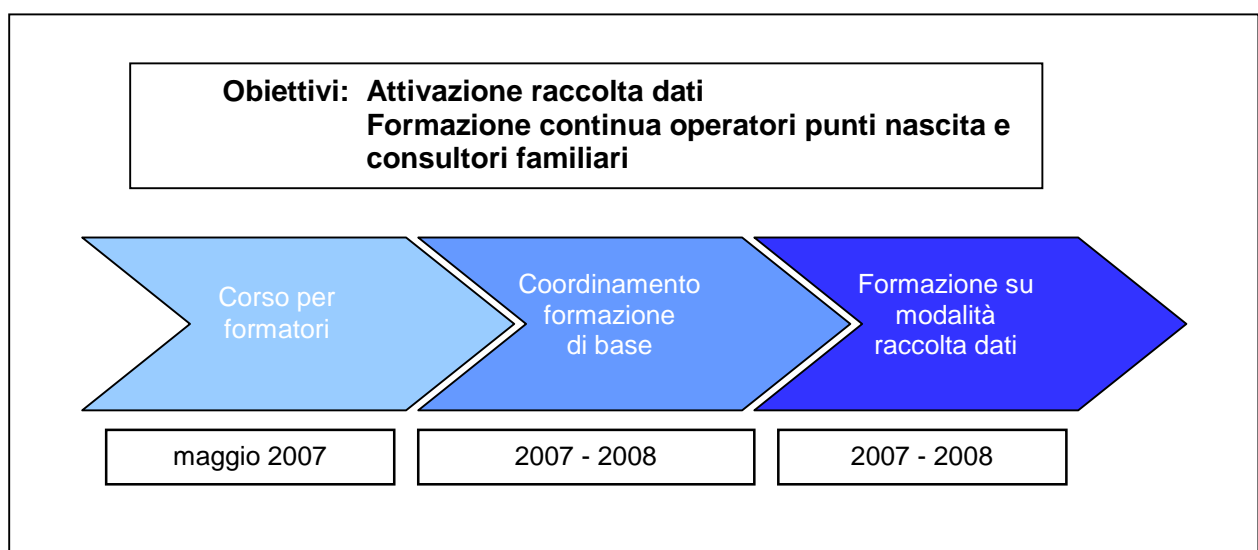


Figura 6. Dettagli terza fase (seconda parte)

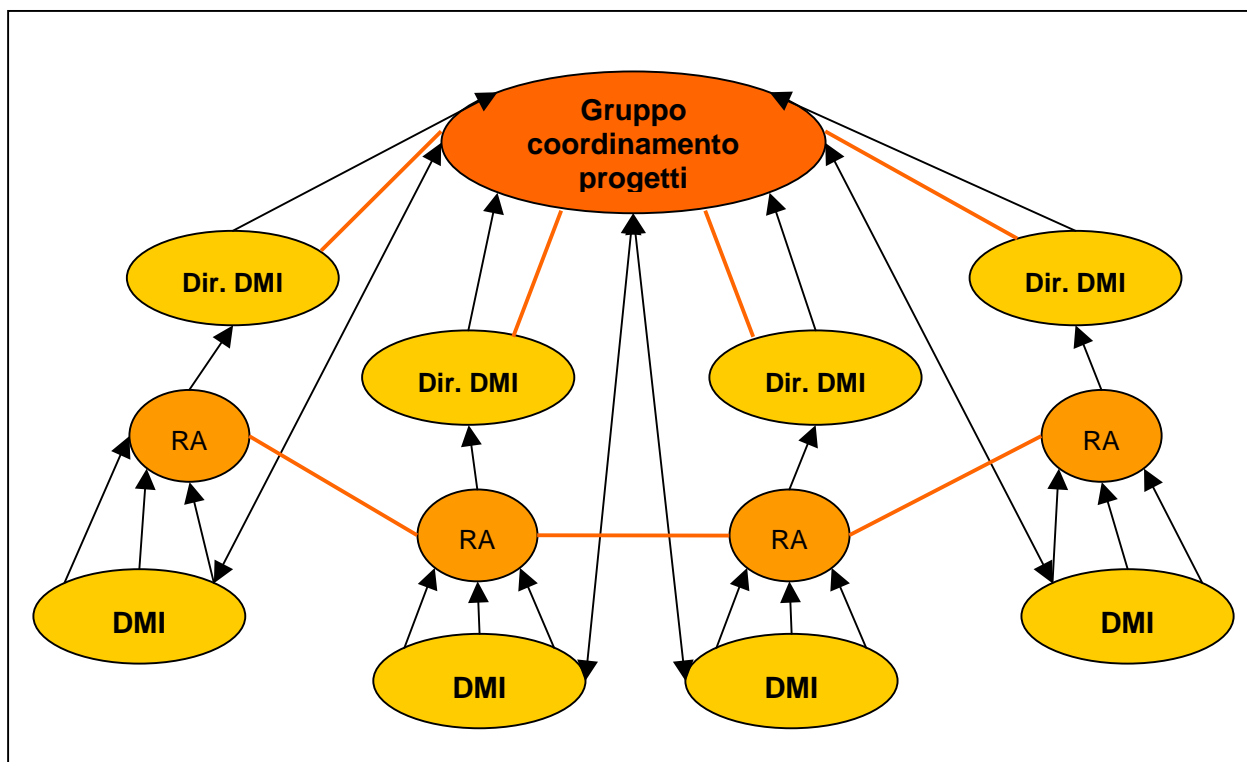


Figura 7. Passaggio dalla fase uno del tipo "top-down" alla fase in corso "bottom-up". Confronta fig.3

L'attività in corso risponde alla necessità di integrazione del gruppo di formatori locali per il **proseguimento della formazione di base nei DMI che nelle fasi precedenti non hanno coperto il fabbisogno formativo** (tabella n. 4).

Per la progettazione/programmazione della terza fase e delle fasi successive, la maggior parte dei DMI si trovano attualmente in **carenza di dati sulla curva di decadimento dell'AM** nel loro territorio, ciò rappresenta un limite alla possibilità di valutazione dell'efficacia dei progetti. La modalità di rilievo del dato, prevista dal progetto regionale, si basa sui bilanci di salute (BdS), momenti programmati di contatto tra famiglia e Pediatri di famiglia (PdF) che ritmano il percorso di crescita del bambino e che, oltre a costituire, nello specifico, potenziali momenti di rinforzo del programma di sostegno all'AM, avrebbero dovuto realizzare la banca dati per ogni DMI.

Lo strumento BdS presenta ancora dei limiti dovuti alla non omogeneità delle definizioni adottate, alla necessità di ulteriore formazione specifica sull'argomento dell'allattamento materno per i Pediatri di famiglia, nonché alla incompleta informatizzazione degli stessi.

In attesa di mettere a regime l'analisi-dati dei BdS, si attiverà la raccolta in base alle indicazioni fornite dal Ministero della Salute attraverso lo specifico progetto inserito nei "Piani di prevenzione attiva" (Progetto 6: Stili di alimentazione in età pediatrica per la prevenzione dell'obesità infantile 0-4 anni).

3. INDICATORI DI PROCESSO: FORMAZIONE DI BASE

3.1 Indicatori della prima fase

3.1.1 Corsi di formazione OMS

Tabella 2. Frequenza ai corsi base OMS (18 ore): Promozione e pratica dell'allattamento al seno

ASL	Personale DMI da formare	N° corsi eseguiti	Ostetr. (%)	Pers. ostetricia e sala parto (%)	Ginec. (%)	Pediatri (%)	Pers. nido (%)	Pers. pediatria (%)	Pers. consultor (%)	NPI (%)	Psicol (%)
1			0	0	0	0	0	0	0	0	
2	140	7	100	100	54	100	100	100	100	0	
3	123	4	100	100	75	70	100	0	100	0	
4	29	3	88		66				89	0	
5	155	9	100	100	100	100	100	100	100	0	
6	64	10	100	0	0	78	100	100	0	0	
7	57	4				100	100	100		0	
8	400	16	100	81	80	95	100	85	77	5	80
9	166	7	100	100	79	100	100	100	78	0	
10	93	4	91	50	15	80	94	61	100	0	
11	139	1	35	54	26	60	66	46	50	0	
12	60	3								0	
13	131	3	80	80	60	91	91	85	65	0	
14	122	5	89	100	100	100	100	100	100	0	
15	25	1	100						82	0	
16	85	6	100	100	25	100	100			0	
17	155	8	100	85	4	80	92	65	75	0	
18	121	6	100	100	28	100	100	100	100	0	
19	44	4									
20		2	90	80		100	90	100		0	
21											
22	95	1	23	17	28	67	42	100	100	0	

La tabella fa riferimento all'anno 2000 ed evidenzia il numero di corsi realizzati nei DMI. La diffinitività nella numerosità degli operatori bersaglio della formazione è in relazione alla accezione più o meno estensiva che, all'interno dei DMI, è stata data rispetto a "operatori a contatto con la diade mamma-bambino". In particolare i **ginecologi, gli psicologi, i NPI** sono state le figure meno coinvolte pur essendo fondamentali nel sostenere le mamme in difficoltà. **L'obiettivo del coinvolgimento di tutti gli operatori è dunque ancora da raggiungere.** Peraltro da una indagine condotta nel 2006 (tabella 4) emerge come parte non irrilevante dei corsi non abbia rispettato le raccomandazioni regionali che prevedevano appunto la formazione di tutti gli operatori dei DMI attraverso i **corsi OMS** (durata e obbligatorietà del corso, numero partecipanti per edizione, programma svolto, interdisciplinarietà dell'aula) e come la copertura formativa degli operatori dei DMI sia stata più disomogenea e lacunosa rispetto a quanto dettagliato sopra.

Anche per quanto riguarda la formazione dei nuovi assunti si sono evidenziate carenze diffuse.

Inoltre si è osservato che, malgrado nella prima fase, insieme ai Responsabili dei DMI fossero stati coinvolti anche i Primari dei PN di tutte le ASO Piemontesi (con elevato tasso di natalità), la formazione capillare che ne doveva derivare ha seguito, in alcune di queste, una tempistica differente rispetto al progetto globale.

Tale disallineamento ha comportato una disomogeneità di linguaggi e di assistenza, che ha rallentato l'evoluzione culturale necessaria al raggiungimento degli obiettivi previsti.

Tabella 3. Formazione Punto Nascita ASO e Cliniche private

PN ASO Alessandria	1998	
PN ASO Cuneo	1998	
PN ASO Novara	2006	
PN Università Torino	1999	Non completata
PN Ospedale Sant'Anna Torino	Iniziato settembre 2004	Non completata
PN Mauriziano	Iniziato 2007	
PN Cliniche Private	Non hanno aderito	

Tabella 4. Tabella aggiornata al 2006 relativa agli operatori da formare per ciascun DMI e ASO:

ASR	Numero totale dipendenti non formati	Ostetriche	Personale Ostetrica e sala parto	Ginecologi	Pediatr	Personale del Nido	Personale della Pediatria	Personale Consulenti	NPI	Psicologi	Dirigenti	N° corsi da programmare
1	4			1	3							
2	47	8	13	7		4	4	9	tutti	tutti	2	2-3
3	48	10	14	6	1		12	3			2	2
4	3							1			2	-
5	217	23	33	20	15	33	12	43	13	25		9
6	63	2	14	12	5	1	6	11	3	6	3	3
7	2			1	1							-
8	24	3	6	5		4		1	4			1
9	150	16	29	15	8	31	14	23			14	7
10	61	10	18	10	5	5			3	4	6	3
11	133	21	27	18	9	18	17	9	5	MD	9	6
12	122	22	12	10	8	37	13	11	4	MD	5	6
13	88	4	10	3		6	11	37	4	8	5	4
14	49	4	17	3	2		15	2	3	1	2	2
15	6							6				-
16	25	3		4				8	1	9		1
17	56	8	5	11		6	6	3	3	9	5	2-3
18	62	5	15	14	5	9	7	1		2	4	3
19	83	22	12	16	1	6	9	9	4	2	2	4
20	22	4	8	1	1	1	7					1
21	37	4	7	5	3	5	----	6		3	4	2
22	128	14	26	16	12	13	37	1	1	2	6	6
Mauriziano	46	12	9	MD	4	14	MD	----	1	1	5	3
Cuneo	67	6	11		12	14	7	----	4	5	8	3
Alessandria	94	7	23	6	9	16	21	----	6	4	2	4
Novara	96	13	15	15	20	10	7	----	4	2	10	4

Si sottolinea come l'organizzazione dei corsi presso il PN dell'ASO di Novara, coerentemente con gli obiettivi generali del progetto, abbia previsto il coinvolgimento sia degli operatori della casa di cura privata collegata con l'ospedale, sia della Chirurgia pediatrica che degli specializzandi in Pediatria e in Ostetricia.

La partecipazione degli operatori dei reparti pediatrici dell'ospedale rivela l'attenzione ai problemi di durata dell'allattamento anche per i lattanti con patologia, che da una parte costituiscono una sfida organizzativa per i reparti, dall'altra tale attenzione colma una diseguità assistenziale proprio nei confronti dei pazienti che maggiormente necessitano di interventi a favore della salute attuale e futura; il coinvolgimento degli specializzandi mira a ridurre il divario formativo all'interno della stessa disciplina ed a rendere **curriculare** la formazione specifica sull'allattamento al seno²⁷.

I dati pervenuti dall'ASO OIRM-Sant'Anna relativamente agli operatori da formare nell'ambito esclusivo del presidio Sant'Anna + Banca del latte + Centro Neonati a rischio sono i seguenti: medici 99; ostetriche 57; infermiere 46; OSS+ OTA + AUS 79. Sarebbero da prevedere, dunque, 12 corsi, se ci si limitasse ai soli operatori dell'area perinatale. In realtà si auspica l'ampliamento della formazione agli operatori dei reparti pediatrici e chirurgici cui accedono bambini allattati al seno.

Per quanto riguarda la realtà extra OIRM-Sant'Anna, sulla base dei dati inviati, si calcola che nei DMI circa 2000 operatori su tutto il territorio regionale non hanno ricevuto la formazione di base con il corso OMS. Da quanto sopra, emerge la necessità di **programmare una integrazione di formazione attraverso i formatori regionali**.

A fronte del fatto che i Responsabili di DMI, coinvolti nella progettazione iniziale, sono stati *rinnovati* in 17 DMI su 22 e anche le altre posizioni apicali sono state soggette a turnover, **la formazione dovrà "ricoinvolgere" i nuovi responsabili di DMI e di distretto e i nuovi primari dei PN**.

3.1.2 Corsi di formazione per PdF e coinvolgimento degli MMG

Un discorso a parte merita la formazione dei PdF, che è stata condotta all'inizio del progetto dalla Associazione piemontese per la formazione permanente dei Pediatri di famiglia, **con corsi di una sola giornata senza integrazione nel progetto dipartimentale globale**. La mancanza di confronto con le altre figure professionali e con gli altri servizi coinvolti ha confinato l'efficacia del corso all'acquisizione di conoscenze, perdendo la dimensione di percorso assistenziale.

Sono stati organizzati 9 corsi a cui hanno aderito tutte le Aziende sanitarie locali, ad eccezione di due, ma la disomogenea partecipazione dei PdF e la tempistica troppa anticipata rispetto alla formazione nei Punti Nascita e nei Consultori, hanno ridotto l'efficacia dell'intervento.

Il ruolo del PdF, che può apparire marginale nel percorso nascita rispetto all'avvio dell'AM, diventa centrale nel percorso crescita per sostenere le mamme dopo la dimissione; risulta perciò fondamentale avviare una **nuova fase di coinvolgimento e di aggiornamento**, all'interno delle azioni promosse dal Ministero per la prevenzione dell'obesità e favorendo la partecipazione dei PdF ai corsi OMS organizzati dai DMI.

Obiettivo prioritario dovrà essere l'inserimento della figura del PdF all'interno della rete di sostegno alle mamme che allattano, favorendo il collegamento con gli operatori dei Punti Nascita e dei Punti di sostegno all'allattamento presenti nei Consultori familiari.

Sarà utile inoltre un coinvolgimento nei progetti locali anche dei Medici di medicina generale (MMG) per un'informazione precisa e completa alle donne in gravidanza e un sostegno alle mamme durante l'allattamento.

²⁷ EU Project on Promotion of Breast feeding in Europe. Protection Promotion and Support of Breastfeeding in Europe: A Blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004.

3.2 Indicatori della seconda fase: corsi di perfezionamento e rete

Tabella 5. Frequenza ai corsi di perfezionamento per operatori di sostegno all'allattamento al seno

ASR	Ospedali	Punti Nascita				Distretti	Consultori		
		Ostetricia		Nido			ostetrica	pediatra	inf. ped
		ostetrica	inf. ped	pediatra	inf,ped				
1	0					4			6
2	1	1		1	1	2	1	1	
3	1				1	2	1		5
4*	0					2	1		
5	2	1				5			2
6	1	2			1	5			8
7	1	2		1	2	3	1	1	
8*	3			1	14	4	3		
9	2	1			1	2	1		1
10	1	1			2	3			3
11	2				2	4			
12	1					2			
13	1	1			1	4	1		
14*	2				2	3		1	
15 + ASO Cuneo	1	1			1	3	1		1
16	2	2			1	2		1	2
17	1	1		1		2	1		3
18	2	3	1	1	5	2	1		1
19	1					3	1	2	1
20	1				2	2	1		
21	1	1	1			3			1
22	2	2	2			4	5		
OIRM – S.Anna		2		2	1				
ASO Alessandria		1		1					
ASO Novara									
Mauriziano		1	1						

* L'ASL 4, ASL 8, e l'ASL 14 hanno organizzato corsi di perfezionamento all'interno dei Progetti Aziendali di formazione continua.

Protocolli: durante i corsi sono stati elaborati protocolli condivisi sulle pratiche per favorire l'AM nelle diverse fasi del percorso nascita, disponibili presso il gruppo di coordinamento regionale:

- promozione in gravidanza (informazione, corsi pre-parto, ruolo del ginecologo e dell'ostetrica durante l'assistenza alla gravidanza);
- avvio dell'AM in ospedale (alla nascita, in prima giornata, in seconda giornata, alla dimissione);
- sostegno dopo la dimissione dall'ospedale (caratteristiche dei Punti di sostegno);
- gestione delle principali difficoltà che può incontrare una mamma in allattamento (ragadi, ingorgo mammario, bassa produzione latte, ecc).

Rete di sostegno dipartimentale: per quanto riguarda la creazione della rete di sostegno alla donna in allattamento tutti i DMI hanno realizzato presso i Consultori (allegato n.3) o presso il Punto Nascita modalità di sostegno. Relativamente ai Consultori familiari che offrono aiuto alle mamme in difficoltà, **solo alcuni rispettano le raccomandazioni regionali e vengono definiti Punti di sostegno** (allegato n. 4), alcuni seguono modalità organizzative differenti per problemi legati alla carenza di personale.

3.3 Indicatori terza fase: monitoraggio e progetti locali

Identificazione referenti dipartimentali/aziendali per allattamento (RA): a conclusione dei corsi di perfezionamento sono stati identificati in ogni DMI e ASO i referenti.

L'elenco dei RA è disponibile facendone richiesta al gruppo di coordinamento progetti.

Progettazione dipartimentale: a tutt'oggi tre DMI hanno richiesto la consulenza del gruppo regionale di coordinamento per una valutazione e ri-programmazione degli interventi locali.

Tabella 6. Indicatori relativi all'applicazione dei 10 Passi OMS individuati all'inizio del progetto

PASSI	10 PASSI (OMS-UNICEF) - DESCRIZIONE	INDICATORI
PASSO 1	Definire una linea di condotta scritta per l'allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale sanitario	Data ultima versione
PASSO 2	Fornire a tutto il personale sanitario le competenze necessarie per l'attuazione completa di questa linea di condotta	Calendario annuale dei corsi di formazione e di aggiornamento
PASSO 3	Informare tutte le donne in gravidanza sui vantaggi e le tecniche dell'allattamento al seno	Da CEDAP % donne che frequentano i corsi di preparazione al parto
PASSO 4	Aiutare le madri ad iniziare l'allattamento al seno entro mezz'ora dal parto	Da CEDAP % donne che attaccano il bimbo al seno entro due ore dal parto
PASSO 5	Mostrare alle madri come allattare e mantenere la secrezione lattea anche nel caso di separazione dal neonato	Aiuto alle mamme dalle prime poppate Informazioni su spremitura manuale e con mastosuttore
PASSO 6	Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne su precisa prescrizione medica	Codici allattamento dalle SDO neonatali
PASSO 7	Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre in modo che stiano assieme 24 ore su 24 durante la permanenza in ospedale	Ore di rooming autorizzato
PASSO 8	Incoraggiare l'allattamento al seno tutte le volte che il neonato sollecita di essere nutrito	
PASSO 9	Non usare tettarelle artificiali o succhiotti durante il periodo dell'allattamento al seno	Uso di biberon e succhiotti
PASSO 10	Favorire la creazione di gruppi di sostegno alla pratica dell'allattamento al seno in modo che le madri vi si possano rivolgere dopo la dimissione dall'ospedale	Numero di Punti di sostegno per DMI Tasso di allattamento nel 1° anno di vita

Il monitoraggio degli indicatori avviene, dove possibile, utilizzando i dati dei flussi regionali, per il resto attraverso questionari somministrati agli operatori. La tabella seguente presenta l'andamento dal 2000 al 2006. Gli operatori che hanno collaborato attraverso i questionari sono stati rispettivamente le caposala

dei 34 PN nell'anno 2000*; gli operatori delle ASR che hanno frequentato i corsi di perfezionamento nell'anno 2003**e che hanno risposto al questionario (28); i Referenti aziendali per l'Allattamento per l'anno 2006***interpellati relativamente a tutti i PN e i distretti delle loro aziende. Il cambiamento di prospettiva legato al diverso punto di osservazione professionale può dar conto delle differenze e di alcune incongruenze.

Tabella 7. Monitoraggio applicazione dei 10 Passi OMS nei Punti Nascita

Passo	Descrizione	Anno 2000*	Anno 2003**	Anno 2006***
1	• Linea di condotta scritta visibile alle donne	31/34	21/28 6/21	24/34
2	• Formazione di tutto il personale		16/28	5/34
3	• Corsi pre-parto • Incontro specifico su allattamento	21/34	2/3	34/34 34/34
4	• Al seno precocemente (prima 1/2 ora)		27/28	34/34
5	• Aiuto nelle prime poppate • Informazioni su spremitura manuale		26/28 19/28	33/34 10/34
6	• Integrazioni solo su prescrizione medica		14/28	34/34
7	• Rooming-in 24 h/ 24*	6/34	16/28	19/34
8	• Allattamento a richiesta		21/28	
9	• No biberon • No succhiotti		18/28 14/28	9/34 14/34
10	• Ambulatorio di sostegno in Ospedale • Punti sostegno territoriali • Servizio telefonico da parte del reparto	12/34 6/34 32/34		8/34 19/34 32/34

* L'opportunità per le donne di avere il loro neonato accanto per tutto il tempo desiderato (= rooming in) si realizzava nel 2000 in 6 PN su 34, nel 2006 in 19 PN su 34.

I dati sintetizzati nelle tabelle 7 e 8 documentano i cambiamenti apportati nell'assistenza alla coppia mamma-neonato nella maggior parte delle ASR. Le nuove prassi dimostrano maggiore coerenza con le evidenze scientifiche alla base dei 10 passi, anche se alcuni di essi non sono pienamente osservati, in dettaglio:

- il 2°: solo 6 ASL hanno completato la formazione di base, tengono periodicamente corsi per i nuovi assunti e aggiornamento continuo.
- il 5°: le mamme vengono aidate nelle prime poppate ma molte di esse vengono dimesse senza che sia stata effettuata l'osservazione della poppata e mostrata la spremitura manuale, strumento fondamentale per prevenire e risolvere alcune delle più frequenti difficoltà nell'allattamento; in tutti i PN viene mostrato, quando necessario, l'uso del tiralatte.
- il 9°: l'uso di biberon e succhiotti è ancora molto diffuso, il confronto con il 2003 mostra un aumento del loro utilizzo che va comunque messo anche in relazione alla maggiore accuratezza del dato rilevato dai RA sensibilizzati specificatamente alla raccolta dei dati.
- il 10°: è triplicato il numero di ASL che hanno attivato sostegno sul territorio. I Punti di sostegno non sempre rispettano però i criteri raccomandati dal Gruppo regionale di coordinamento e condivisi con i RA, alcuni di questi non danno disponibilità per tutto l'orario di apertura del servizio o non hanno attivato uno spazio aperto alle mamme che favorisca l'auto-aiuto.

Per quanto riguarda l'indagine condotta nel 2006 pare importante dettagliarla per ogni Punto Nascita:

Tabella 8. Conformità dei Punti Nascita piemontesi ai 10 passi

Punto Nascita	P A S S I											
	1		2		3	4	5		7 e 8	9		10
	linea condotta scritta	Data aggiornamento	Formazione base completata	Programmazione corsi	% donne che frequentano CPP*	% prima poppata entro 2 ore	Aiuto dalla prime poppate	Informazione su spremitura manuale del latte	Rooming-in totale	Uso succhiotto	Uso biberon	Punti di sostegno presenti nella ASL di riferimento
Martini	SI	2004	NO	SI	21,3	90	SI	NO	SI	NO	SI	SI
Maria Vittoria	SI	2000	NO	SI	25,3	52	SI	NO	SI	NO	NO	SI
Rivoli	NO	/	NO	NO	35,3	56	SI	NO	NO	SI	SI	SI
Susa	NO	/	NO	NO	38,3	66	SI	SI	NO	SI	NO	NO
Ciriè	IN CORSO	2006	NO	SI	31,1	79,5	SI	NO	NO	SI	SI	SI
Chivasso	SI	2005	SI	SI	37,3	80	SI	SI	SI	NO	NO	OSP
Chieri	SI	2005	SI	SI	45,2	93	SI	NO	SI	NO	SI	SI
Moncalieri	SI	2005	SI	SI	35,5	76	SI	SI	SI	NO	SI	SI
Carmagnola	NO	/	SI	SI	36,0	96	SI	SI	SI	NO	SI	OSP
Ivrea	SI	2005	NO	NO	42,1	76	SI	NO	SI	SI	NO	SI
Cuorgnè	SI	2005	NO	NO	27,0	81,5	SI	NO	SI	SI	NO	SI
Pinerolo	SI	2005	NO	NO	33,7	65	SI	NO	SI	SI	SI	SI
Vercelli	NO	/	NO	SI	34,6	59	NO	NO	NO	SI	SI	NO
Borgosesia	SI	2006	NO	SI	19,6	93	SI	NO	NO	SI	SI	OSP
Biella	SI	2006	NO	NO	43,1	69	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Borgomanero	SI	1999	NO	SI	29,1	71,5	SI	NO	SI	NO	NO	SI + OSP
Domodossola	SI	2003	NO	NO	29,9	78	SI	NO	NO	SI	SI	SI
Verbania	SI	2003	NO	NO	33,6	50	SI	NO	NO	SI	SI	SI
Mondovì	SI	1999	NO	NO	23,4	80	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Ceva	SI	MD	SI	NO	34,3	87	SI	NO	NO	NO	SI	OSP
Savigliano	SI	2005	NO	SI	34,7	72	SI	NO	SI	NO	SI	SI
Alba	NO	/	NO	SI	37,9	77	SI	SI	NO	NO	SI	OSP
Bra	SI	1999	NO	SI	34,2	77	SI	NO	SI	SI	SI	OSP
Asti	SI	2005	NO	SI	27,4	57	SI	SI	SI	NO	SI	SI
Tortona	SI	2003	NO	SI	38,5	77	SI	SI	NO	NO	NO	SI
Casale	IN CORSO	/	NO	NO	28,9	53	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Acqui	SI	2006	NO	NO	30,5	70	SI	NO	SI	SI	NO	NO
Novi	NO	/	NO	SI	21,4	87,5	SI	NO	SI	SI	SI	SI
S.Anna osp	SI	2004	NO	SI	10**	60	SI	NO	SI	NO	SI	ASL1
S.Anna Università	SI	2004	NO	SI		60	SI	NO	SI	SI	SI	OSP + ASL1
Novara	SI	2006	NO	SI	26,9	61	SI	NO	NO	SI	SI	OSP
Cuneo	SI	1999	NO	SI	40,0	69	SI		SI	SI	SI	SI
Alessandria	NO	NO	NO	SI	22,4	64	NO	NO	NO	SI	SI	NO
Mauriziano	NO	NO	NO	SI	27,8	61	NO	NO	NO	SI	SI	ASL1
Totali	24 SI	13 nel 2005	5 SI	22 SI	MEDIA 26,8	MEDIA 69,89	31 SI	10 SI	19 SI	21 SI	26 SI	9 OSP 22 CONS

* I dati sulla frequenza ai corsi di preparazione al parto provengono dai Cedap del 2005 e danno conto delle donne che avendo frequentato un corso hanno partorito nel PN in elenco.

** il dato Cedap differisce da quello riferito dagli operatori che si attesterebbe intorno al 30%.

Se si legge il dato della partecipazione ad un corso di preparazione al parto o meglio di "accompagnamento alla nascita" per ASL di residenza della donna, nell'ottica di un servizio di base da erogare per le gravide residenti indipendentemente dal Punto Nascita in cui andranno a partorire, le percentuali risultano le seguenti:

Tabella 9.

% di donne gravide residenti che hanno frequentato un corso di preparazione al parto		
1	Torino	16,7%
2	Torino	20,9%
3	Torino	18,7%
4	Torino	13,2%
5	Rivoli	27,0%
6	Ciriè	22,2%
7	Chivasso	28,5%
8	Chieri	28,3%
9	Ivrea	30,7%
10	Pinerolo	31,3%
11	Vercelli	27,4%
12	Biella	37,4%
13	Novara	27,9%
14	Omegna	31,9%
15	Cuneo	39,7%
16	Mondovì	29,8%
17	Savigliano	34,3%
18	Alba	36,6%
19	Asti	26,9%
20	Alessandria	24,8%
21	Novi Ligure	30,6%
22	Novi Ligure	28,4%

Il 3° passo promuove i corsi di preparazione al parto quale strumento di informazione in gravidanza: spostare l'ottica dei corsi di accompagnamento alla nascita nell'ambito dei servizi territoriali, permette di programmare, con maggior agio e maggior efficacia, i corsi fin dal secondo trimestre di gravidanza inserendo incontri specifici sull'allattamento che coinvolgano anche i partners ed eventuali altri familiari (nonni, ecc) contribuendo in tal modo non solo a garantire alla gravida un ambiente familiare consapevole e favorente, ma anche una cultura di popolazione relativa ai benefici dell'allattamento al seno. Non ultimo, l'aggregazione di donne che risiedono nella stessa zona può porre le basi per un sostegno reciproco (mutuo-aiuto) nel dopo parto.

Analizzando la percentuale di donne che hanno frequentato un corso emerge che le donne residenti a Torino accedono in percentuale inferiore a quelle delle restanti aree della Regione.

A fronte delle percentuali comunque basse di partecipazione si ribadisce la necessità di organizzare l'"offerta attiva"* dei corsi, che deve raggiungere anche la popolazione straniera e le fasce più deboli.

* si intende per "offerta attiva" la realizzazione degli interventi più efficaci, per ciascuna realtà, affinché le donne ricevano le informazioni sulle opportunità a cui hanno diritto e possano così conoscere e utilizzare i servizi offerti.

Nel nostro contesto sociale, assistiamo, in verità, ad una offerta di numerosi e diversi tipi di corsi di preparazione al parto di cui non sempre risultano chiaramente esplicitati gli obiettivi. L'offerta dei corsi di accompagnamento alla nascita dei DMI, dovrà dichiarare le finalità e le tecniche adottate. Nell'organizzazione di tali corsi si dovrà in particolare tenere presente che non c'è ancora consapevolezza, né nelle donne né negli operatori, dell'importanza che una informazione completa sull'allattamento al seno può avere nel favorire il recupero di tutte quelle conoscenze e competenze che prima della caduta dell'allattamento ogni mamma, nonna, sorella acquisiva "naturalmente" durante l'infanzia e l'adolescenza.....senza bisogno di corsi!

4. INDICATORI DI RISULTATO

4.1 Andamento dell'allattamento al seno nel periodo 2000-2005

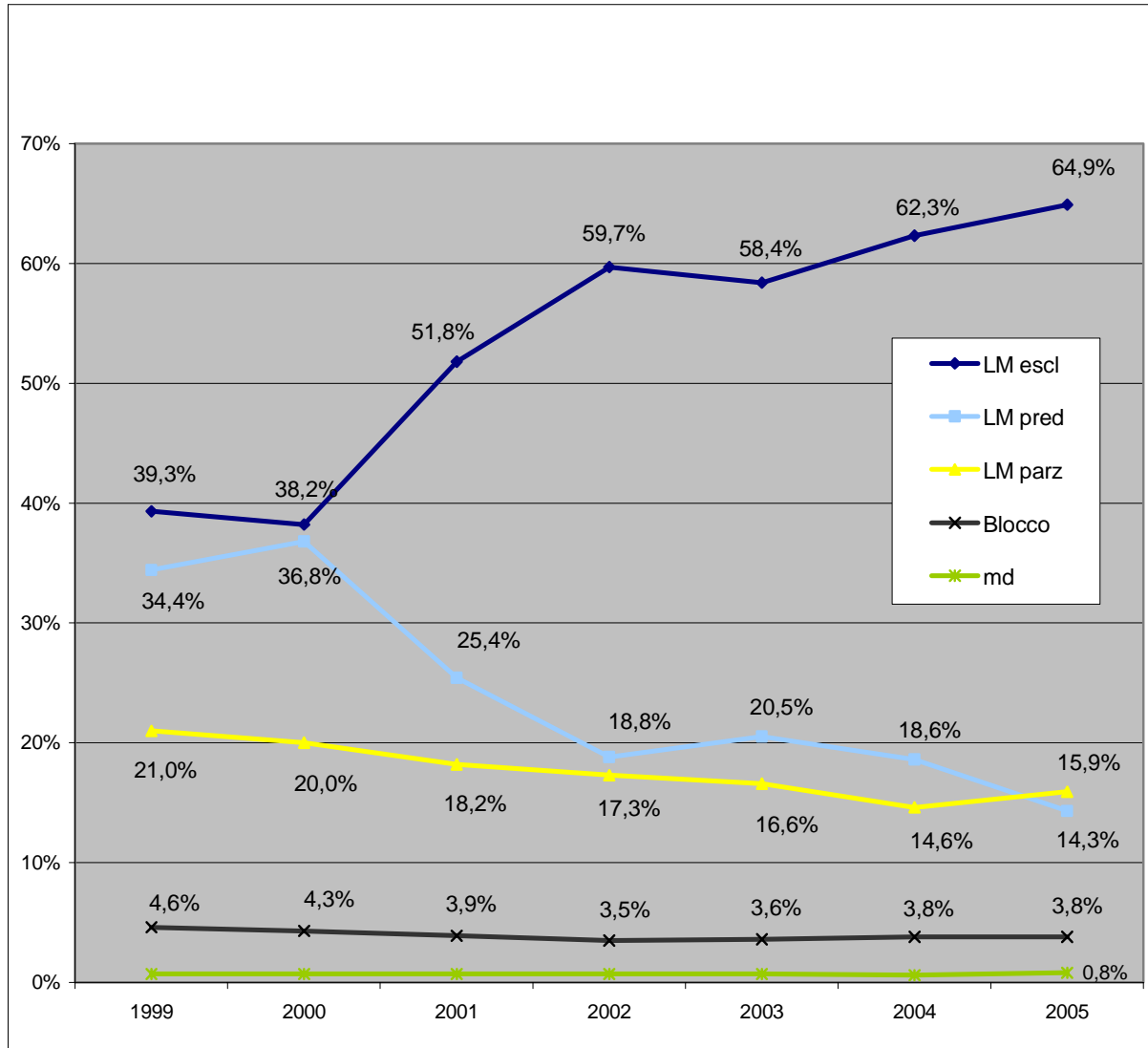


Grafico 1. Modalità allattamento durante la degenza neonatale (da SDO)

Nota: LM esclusivo = solo latte materno, senza aggiunta di nessun altro liquido o alimento

LM predominante = latte materno + liquidi non nutritivi

LM parziale = latte materno + liquidi nutritivi (latte artificiale o latte vaccino) e/o alimenti solidi

Blocco = no latte materno

md = dato mancante

I dati provengono dalle SDO neonatali nelle quali è fatto obbligo di attribuire un codice relativo alla modalità di allattamento durante la degenza del neonato. I codici sono stati stabiliti sulla base delle definizioni OMS.

Si osserva, negli anni, **un costante incremento dell'allattamento esclusivo** con riduzione sia del predominante che del parziale; lieve riduzione del non allattamento.

Un aumento dell'allattamento esclusivo, che la letteratura scientifica sottolinea essere un fattore favorente la durata dell'allattamento, è un buon indicatore di **esito** e permette di inferire che:

- le mamme sono meglio informate durante la gravidanza e subito dopo la nascita, conoscono e accettano maggiormente l'allattamento a richiesta fondamentale per il successo dell'avvio e la durata dell'AM;
- è maggiormente diffuso il rooming-in che è la condizione essenziale per l'allattamento a richiesta (senza imposizioni né di orari prestabiliti per le poppate né di durata della poppata);
- gli operatori hanno ridotto l'uso ingiustificato di soluzione glucosata e "aggiunte" di latte artificiale favorendo così l'assunzione di colostro da parte del piccolo e la stimolazione ormonale materna per avviare la lattogenesi;
- il personale sa sostenere le mamme quando sono in difficoltà (counseling), sa dare loro l'aiuto necessario per prevenire ragadi, ittero, perdita di peso, bassa produzione ecc. che risultano essere le principali motivazioni per ricorrere all'integrazione con soluzione glucosata o latte artificiale o al blocco della montata latte;
- l'organizzazione si orienta verso un'assistenza personalizzata che richiede agli operatori sempre maggiori competenze e disponibilità di tempo/mamma.

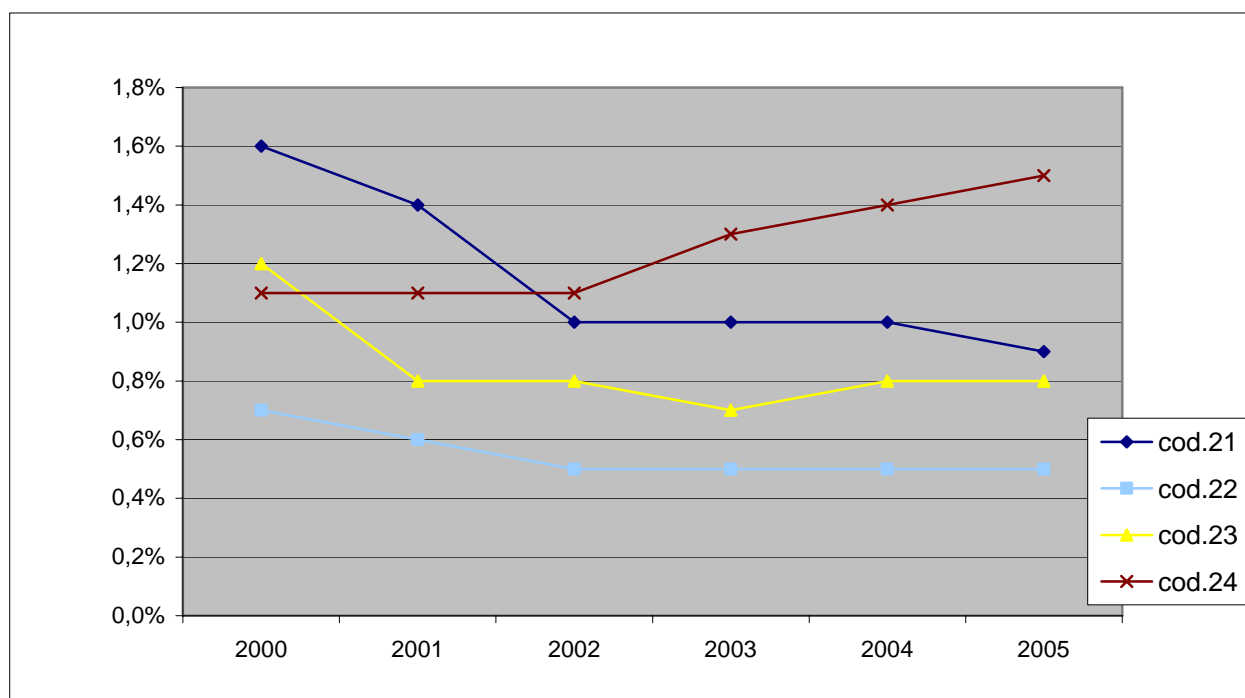


Grafico 2. Motivi blocco montata latte (da SDO)

Cod. 21 = agalattia

Cod. 22 = blocco montata latte su indicazione medica

Cod. 23 = blocco montata latte intenzionale prenatale

Cod. 24 = blocco montata latte intenzionale postatale

Il grafico evidenzia un cambiamento culturale: la linea blu relativa al blocco per agalattia è diminuita sensibilmente subito dopo la prima fase cioè sono diminuiti gli allattamenti "falliti" per bassa produzione di latte. Ciò può significare che è stato recepito il messaggio scientifico, misconosciuto prima del programma di formazione: «solo una donna ogni 200 non può produrre latte per il suo bambino, tutti gli altri casi definiti come ipogalattia sono dovuti a gestione non corretta dell'allattamento, evitabili con un sostegno adeguato».

4.2 Allattamento e fattori socio-culturali

Tabella 10. Allattamento al seno nei fratelli (da Cedap 2005)

Nati da precedenti gravidanze	% allattati al seno
> 5 anni	67%
5 anni	70,2%
4 anni	71,5%
3 anni	71,8%
2 anni	76,5%

Dal Cedap si desume come stia mutando nel corso di questi ultimi anni l'atteggiamento delle donne nei confronti dell'allattamento (AM) nonché l'efficacia dell'assistenza perinatale: nel caso di donne pluripare, se il precedente parto era avvenuto più di 5 anni fa, il bambino era stato allattato al seno nel 67% dei casi, se il precedente parto è stato nei due anni precedenti, la percentuale di AM sale al 76,5%.

Rispetto alle variabili socio-demografiche l'avvio dell'AM presenta delle differenze evidenziate nelle seguenti tabelle²⁸:

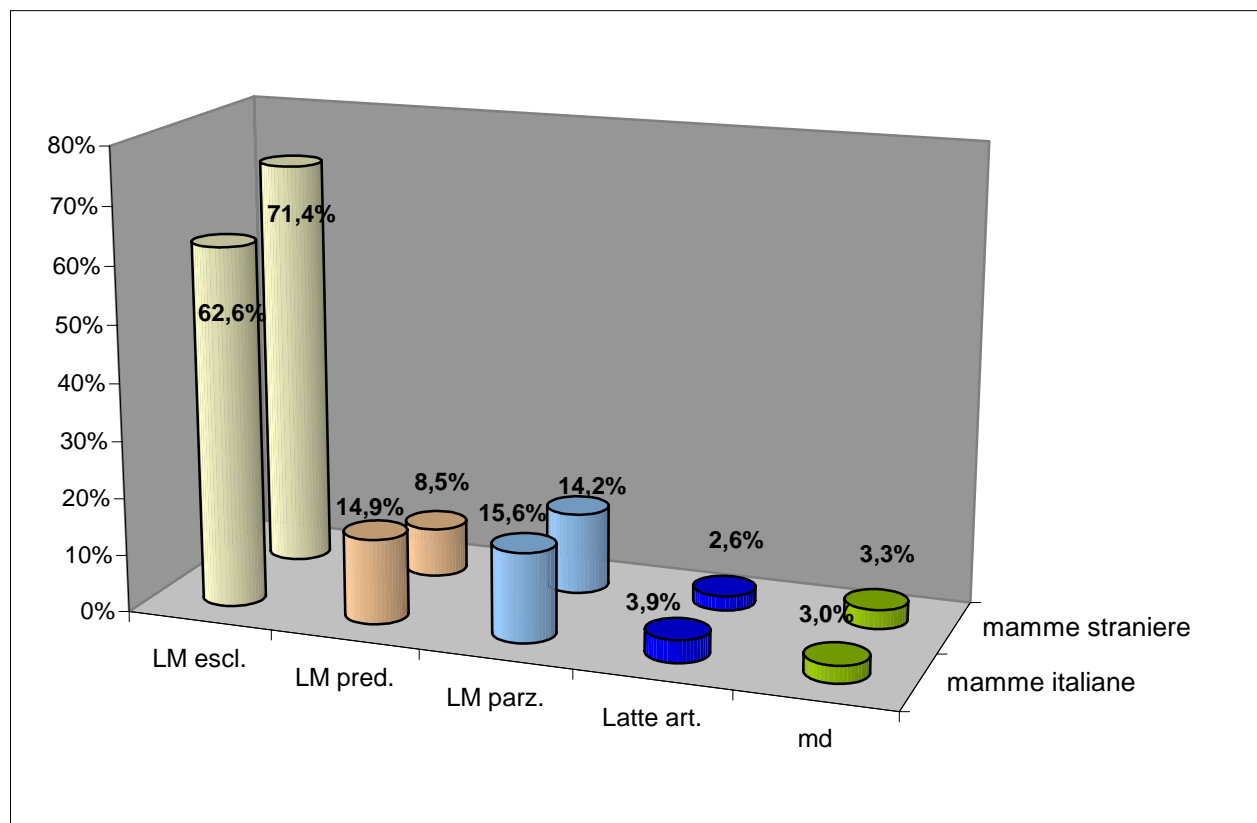


Grafico 3. Allattamento durante la degenza ospedaliera in base alla cittadinanza materna (SDO 2005)

La differenza dei tassi di all'AM esclusivo tra donne italiane e straniere, simile a quella evidenziata in Emilia-Romagna, potrebbe essere suggestiva di un diverso atteggiamento culturale: da una parte una maggiore accettazione delle richieste del neonato, particolarmente intense nella fase di avvio dell'AM, dall'altra una minore acquisizione della cosiddetta "cultura del biberon" che rende spesso difficile, alle mamme che vivono in paesi industrializzati, allattare al seno "istintivamente".

²⁸ Nelle seguenti tabelle si associa il colore bianco-latte all'allattamento esclusivo, il rosa al predominante, l'azzurro al parziale, il blu all'artificiale.

Sarà interessante verificare successivamente se anche rispetto alla durata dell'AM si manterrà nel tempo la differenza tra le due popolazioni.

Per quanto riguarda il titolo di studio^{29 30} anche nella nostra popolazione, si conferma uno svantaggio delle donne con basso titolo di studio che presentano un AM esclusivo percentualmente inferiore, un parziale e artificiale superiore alle altre categorie.

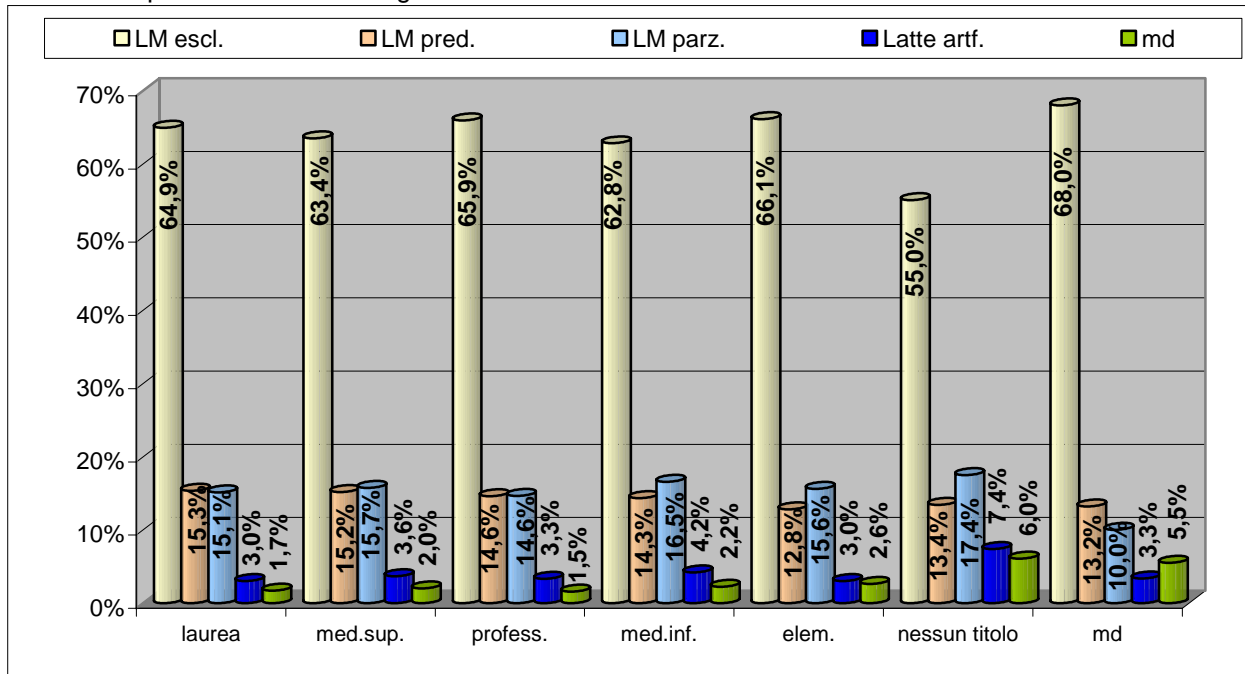


Grafico 4. Allattamento durante la degenza e titolo di studio (SDO 2005)

Rispetto alla posizione lavorativa è evidente la scelta di alcune categorie di donne lavoratrici:

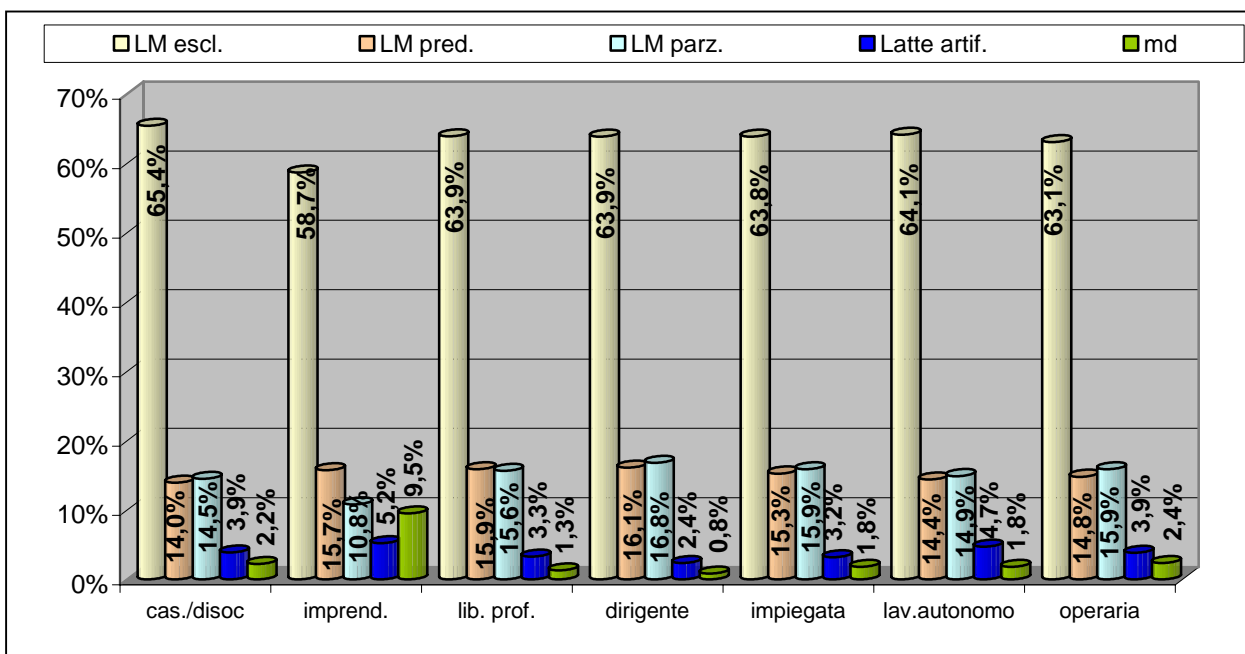


Grafico 5. Allattamento durante la degenza e posizione nella professione (SDO 2005)

Le lavoratrici autonome e le imprenditrici rinunciano all'AM in favore di quello artificiale in una percentuale superiore a tutte le altre donne.

²⁹ Conti Nibali S et al. La Pratica dell'allattamento al seno. Medico e bambino 1995; 9:17-22.

³⁰ Giovannini M, Riva E et al. Breastfeeding across geographical areas in an Italian sample of infants. Ital.J.Pediatr 2004;31:44-51.

4.3 Modalità allattamento durante la degenza per Punto Nascita

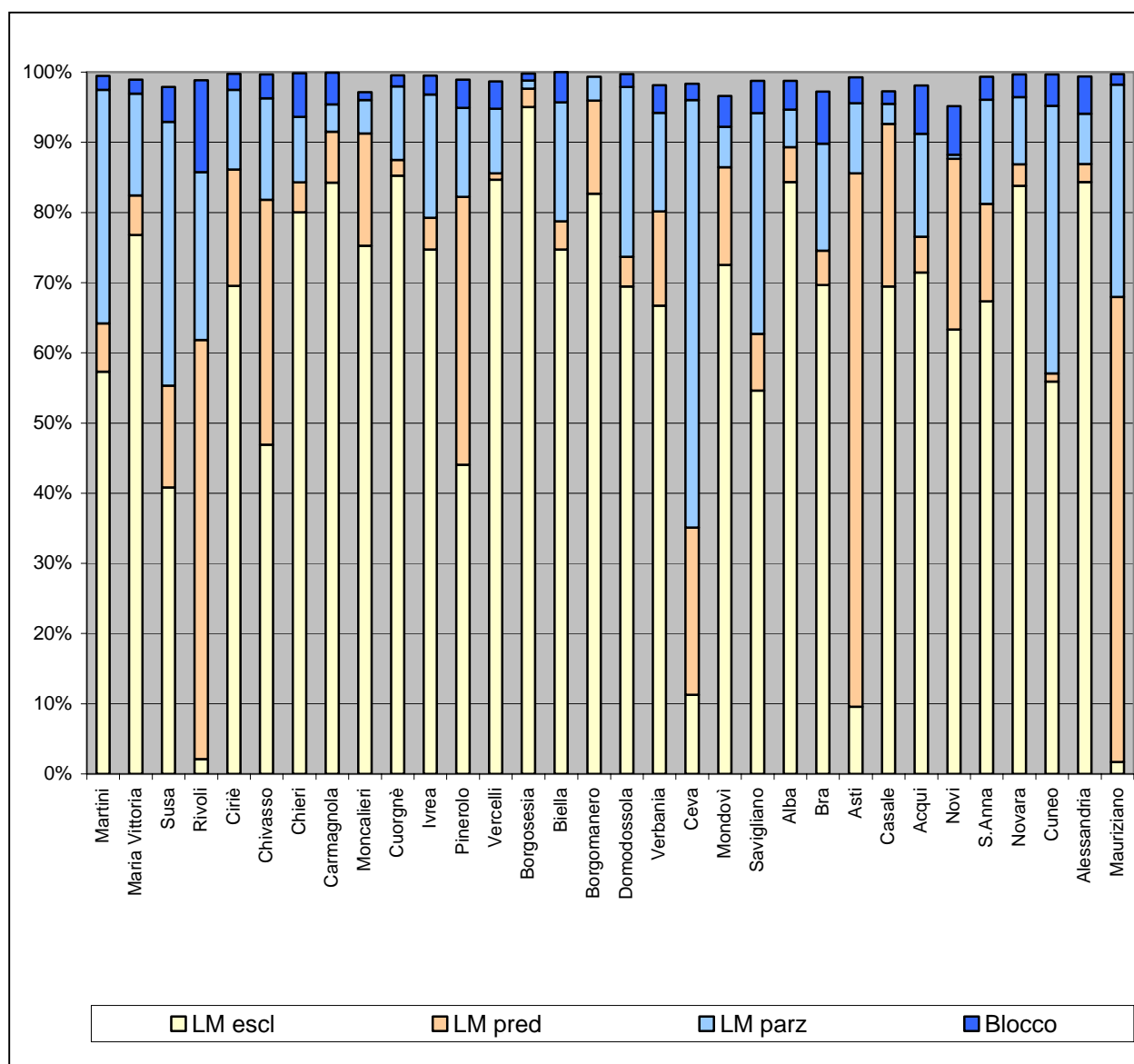


Grafico 6. Allattamento durante la degenza neonatale per Punto Nascita (SDO 2005)

Sono evidenti le differenze tra i diversi Punti Nascita riguardo alle modalità di allattamento durante la degenza in ospedale di mamma e neonato.

L'analisi dei dati può indurre qualche riserva rispetto alla veridicità dell'attribuzione del codice allattamento, anche se la ufficialità del documento SDO dovrebbe garantire la "bontà" del dato³¹.

Finora non sono stati effettuati controlli a campione per la verifica della attendibilità.

Nelle Aziende sanitarie in cui non è stata fatta o completata la formazione di base (vedi tabelle n. 4 e n. 8) è più evidente il ricorso alla integrazione con soluzione glucosata (AM predominante = cod.12) e/o con latte artificiale (AM parziale = cod. 13)

³¹ Decreto Ministero Sanità del 28 dicembre 1991 "Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera".

Un elemento che rende più impegnativa l'assistenza all'avvio dell'AM è il taglio cesareo.

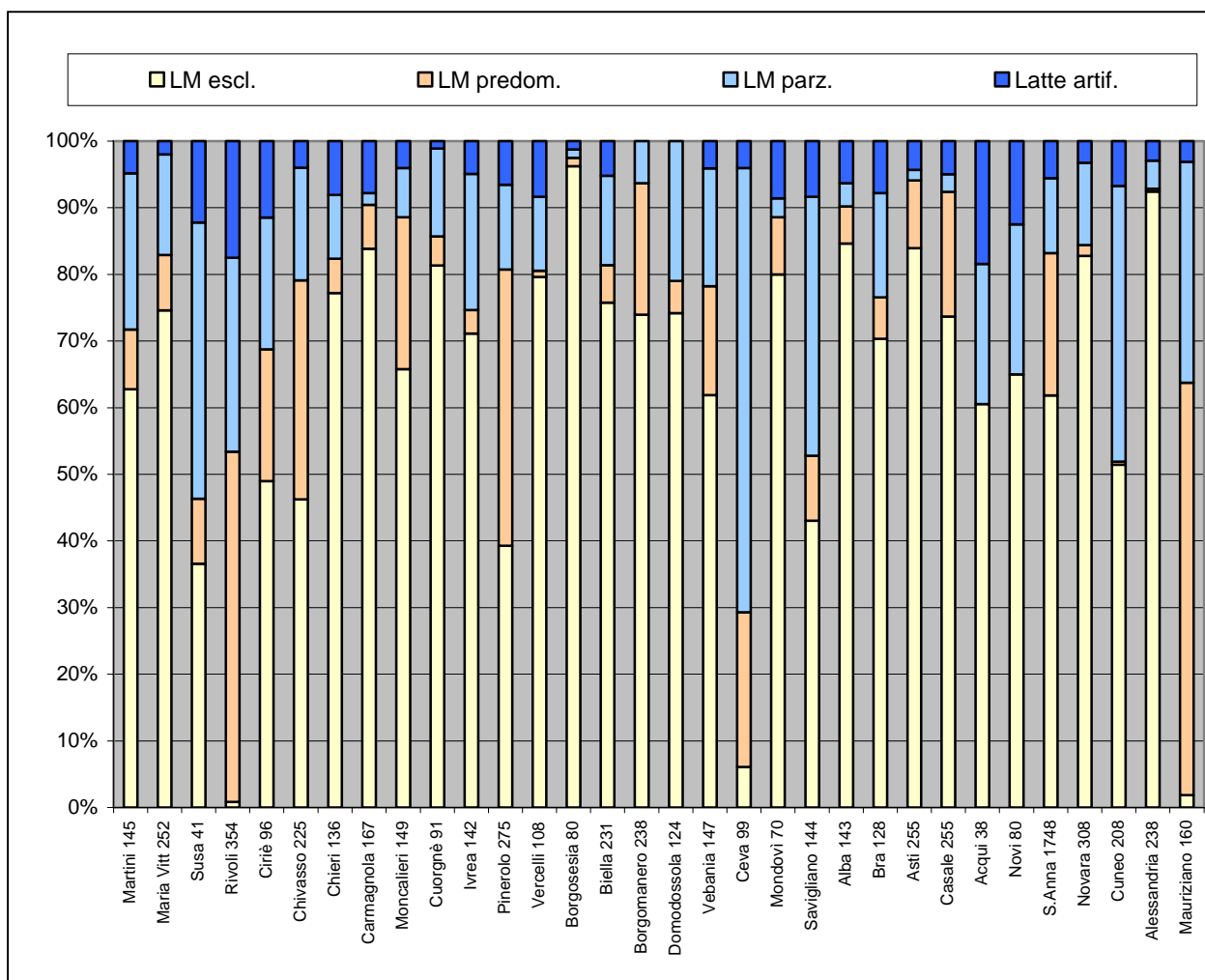


Grafico 7. Allattamento durante la degenza in nati da TC, senza patologia neonatale (SDO 2005)

N.B. il numero affiancato al PN rappresenta la numerosità dei TC in termini assoluti

Anche rispetto a questa variabile è evidente la disomogeneità dei risultati.

Numerose evidenze scientifiche sottolineano come, la messa al seno nelle primissime ore dopo la nascita, sia un fattore favorente l'avvio e la durata dell'AM. Il contatto pelle-pelle, sia dopo parto spontaneo che dopo taglio cesareo, senza separazione per bagnetto, profilassi e peso, consente al piccolo di utilizzare al massimo le sue capacità innate finalizzate a raggiungere il seno materno ed iniziare la suzione³²; alla mamma permette la fisiologica evoluzione della risposta ormonale al parto/nascita che favorisce l'avvio dell'allattamento e della relazione mamma-neonato. Numerose sono le evidenze scientifiche che sottolineano come questa opportunità per mamma e neonato sia fondamentale per l'inizio e per la durata dell'AM³³.

³² Alade R and M. Lancet 1990; 336:1105-07.

³³ Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-skin contact for mother and their healthy newborn infant. Cochrane Database Syst Rev 2003;CD003519.

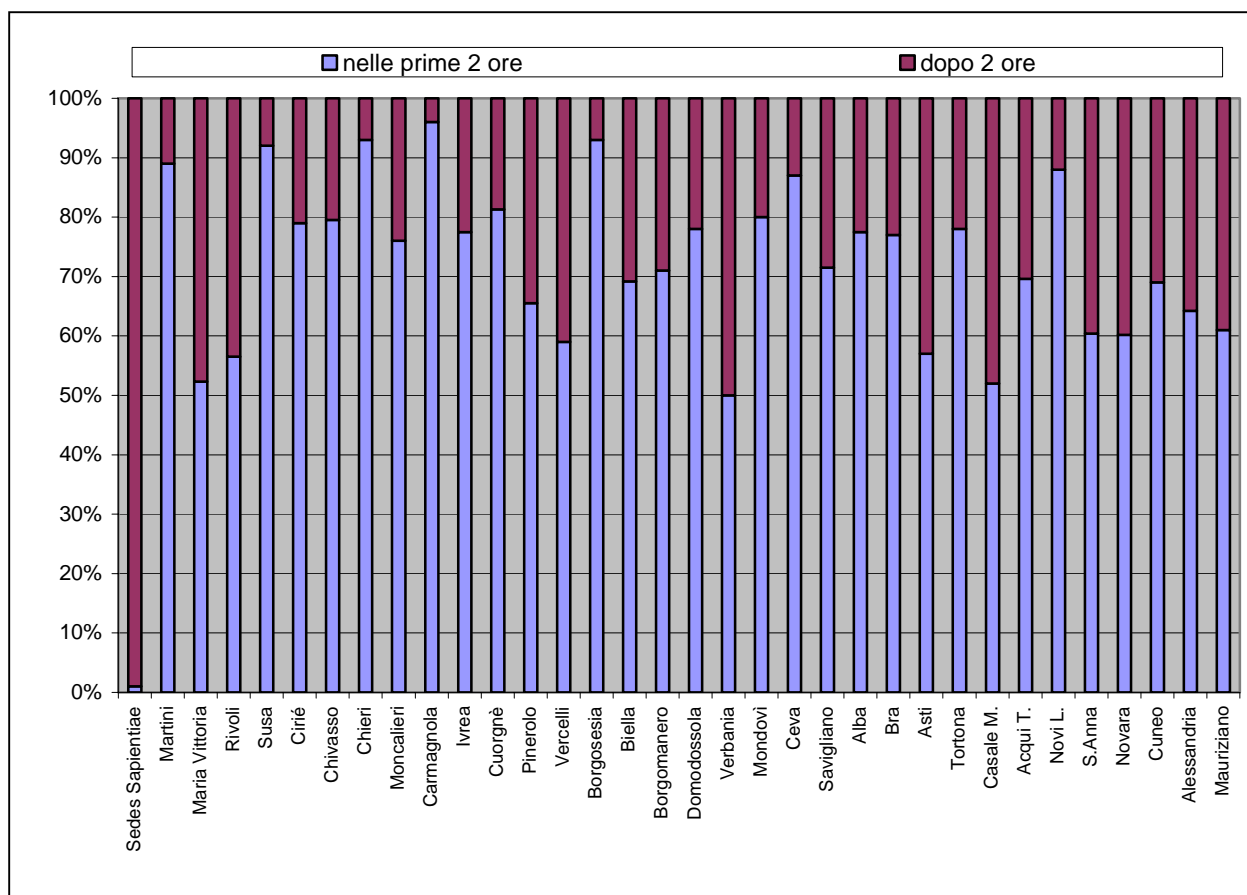


Grafico 8. Precocità della messa al seno da Cedap 2005

Il dato desumibile dai Cedap da conto di una pratica che si sta consolidando nei PN piemontesi, anche se l'informazione è parziale in quanto la raccomandazione OMS si riferisce al contatto pelle-pelle subito dopo la nascita, senza interruzione fino alla prima poppata. Dalla rilevazione fatta con i questionari somministrati ai referenti per l'allattamento emerge che nella maggior parte dei PN i piccoli possono godere del contatto pelle-pelle **prolungato**, solo dopo una separazione per l'espletamento delle pratiche "igieniche" di routine. In caso di taglio cesareo soltanto pochi PN prevedono il contatto pelle-pelle e in alcuni casi il piccolo viene separato dalla mamma per alcune ore. Ancora una volta l'attendibilità del dato Cedap non è stata sottoposta a verifica puntuale, ma si basa sulla ufficialità del documento che veicola il flusso informativo³⁴.

4.4 Profili dei Punti Nascita nel periodo 2000-2005

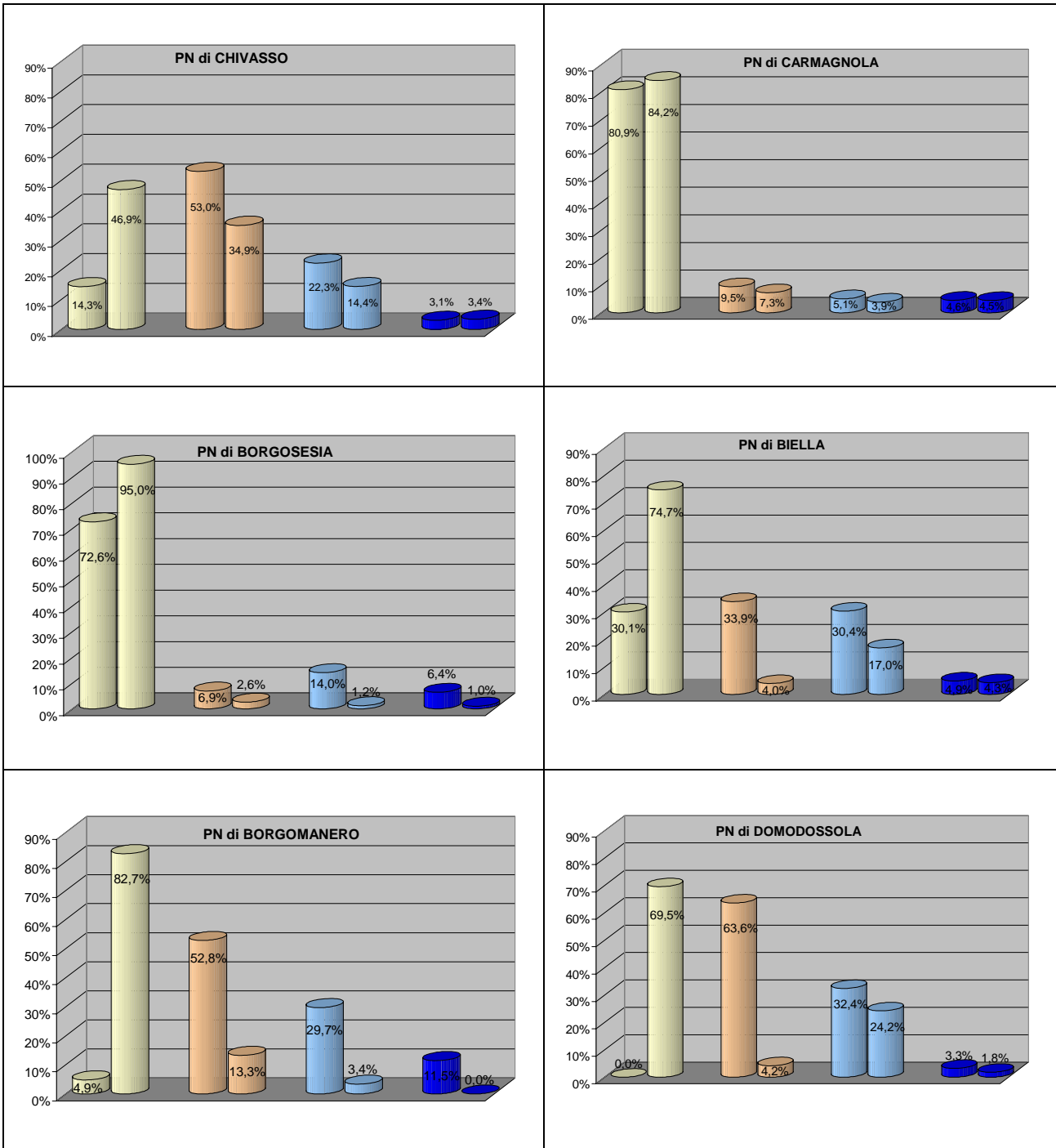
Confrontando i dati relativi alle modalità di allattamento durante la degenza neonatale tra l'anno 2000, agli esordi del Progetto Regionale, ed il 2005, i risultati dei PN regionali possono essere raggruppate secondo tre profili:

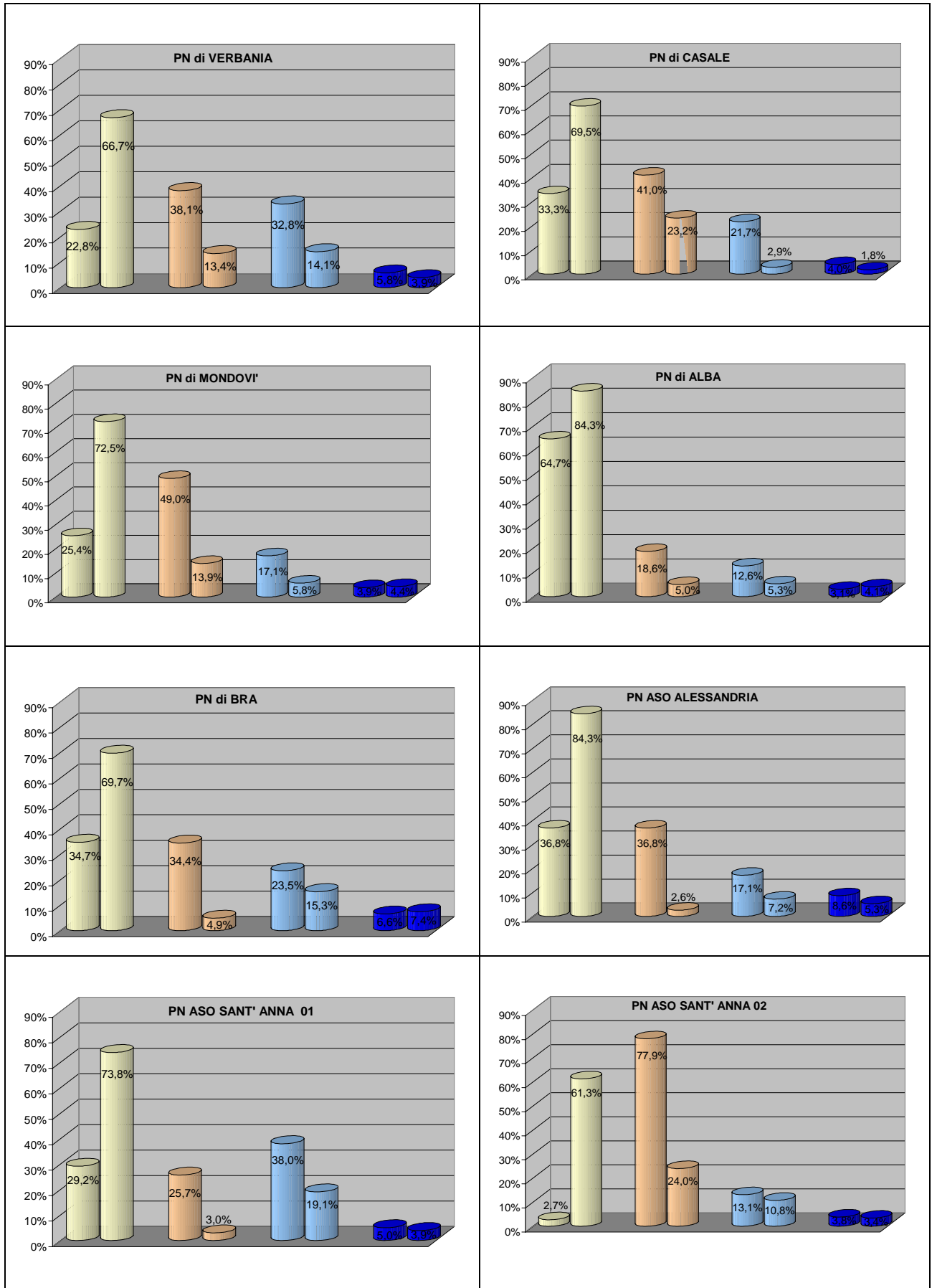
1. incremento più o meno vistoso dell'allattamento esclusivo, con riduzione del predominante, del parziale e sostanziale tenuta nei valori bassi dell'artificiale
2. incremento più o meno vistoso dell'allattamento esclusivo, con riduzione del predominante, aumento del parziale e sostanziale tenuta nei valori bassi dell'artificiale
3. nessuna modificazione o riduzione del tasso di allattamento esclusivo con fluttuazioni degli altri tassi.

³⁴ Decreto Ministero della Sanità 16 luglio 2001, n. 349 "Regolamento recante: Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni".

Per agevolare la lettura dei profili si ricorda che, all'interno di ogni coppia di colonne affiancate, la prima è relativa all'anno 2000 e la seconda al 2005; le colonne in color bianco latte riguardano l'allattamento esclusivo, il color rosa è relativo all'allattamento predominante, l'azzurro al parziale, il blu al mancato allattamento al seno (= blocco della montata latte e relativo allattamento artificiale).

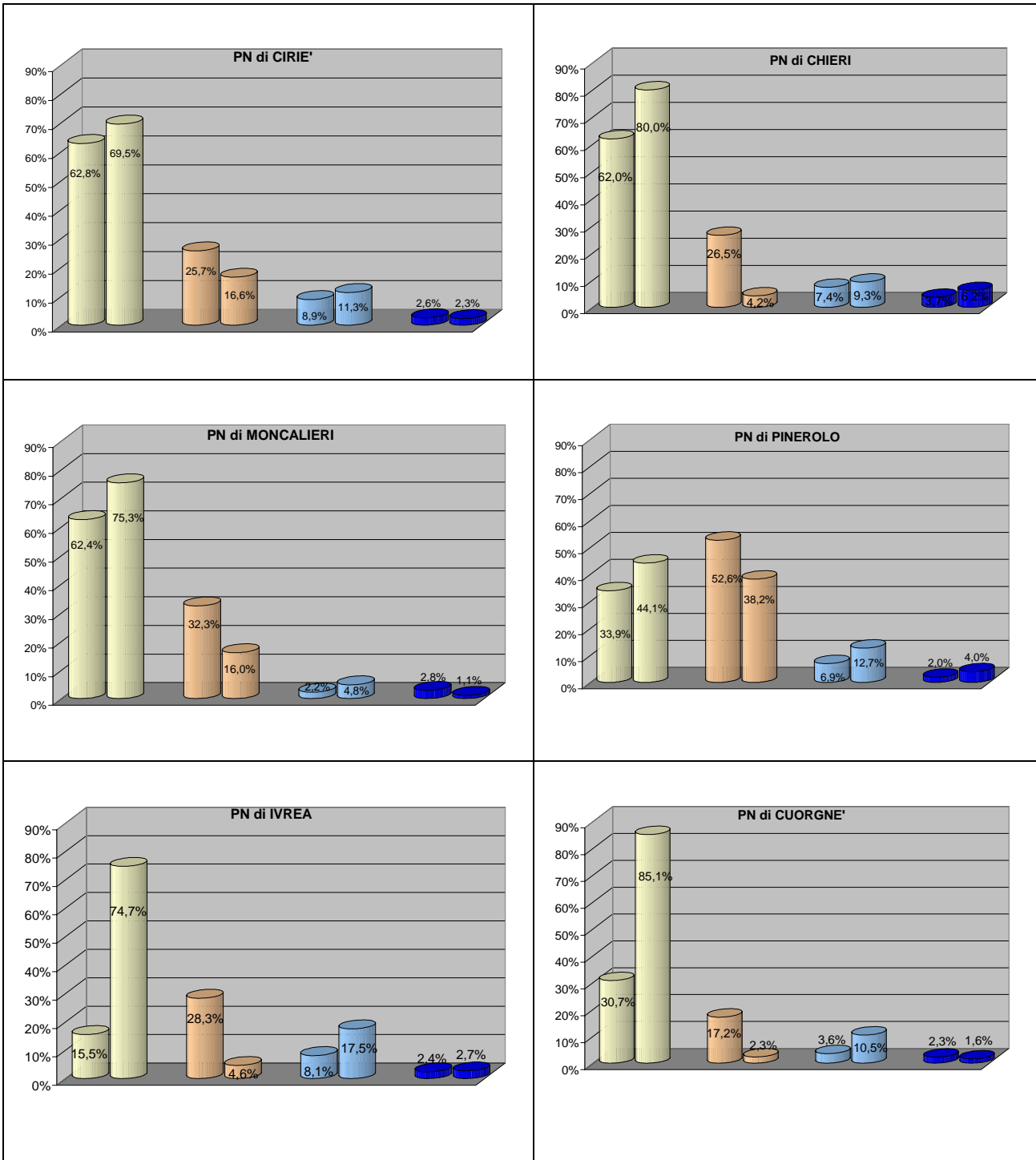
Profilo 1 Incremento più o meno vistoso dell'allattamento esclusivo, con riduzione del predominante, del parziale e sostanziale tenuta nei valori bassi dell'artificiale

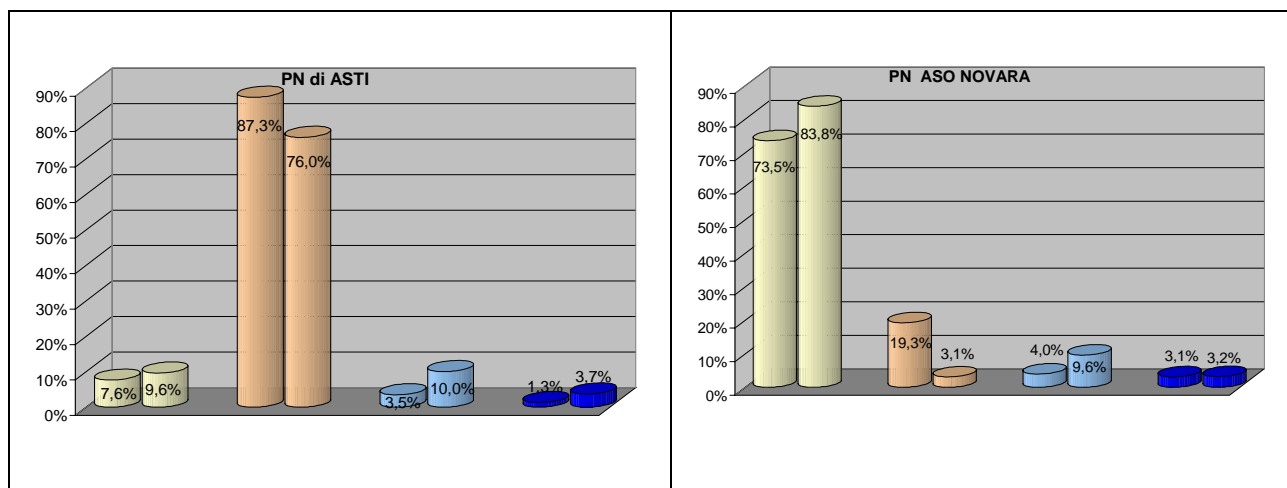




Partendo da situazioni di base differenti, il profilo si caratterizza per un incremento dell'allattamento esclusivo, da un minimo del 20% ad un massimo del 77%, con relative riduzioni delle integrazioni sia di liquidi non lattei (allattamento predominante) che di latte artificiale (allattamento parziale). Tali modificazioni, fatta salva la veridicità del dato SDO, sono suggestive di una sostanziale revisione delle routines assistenziali anche se in alcuni Punti Nascita le "integrazioni" sono ancora troppo frequenti

Profilo 2 Incremento più o meno vistoso dell'allattamento esclusivo, con riduzione del predominante, aumento del parziale e sostanziale tenuta nei valori bassi dell'artificiale





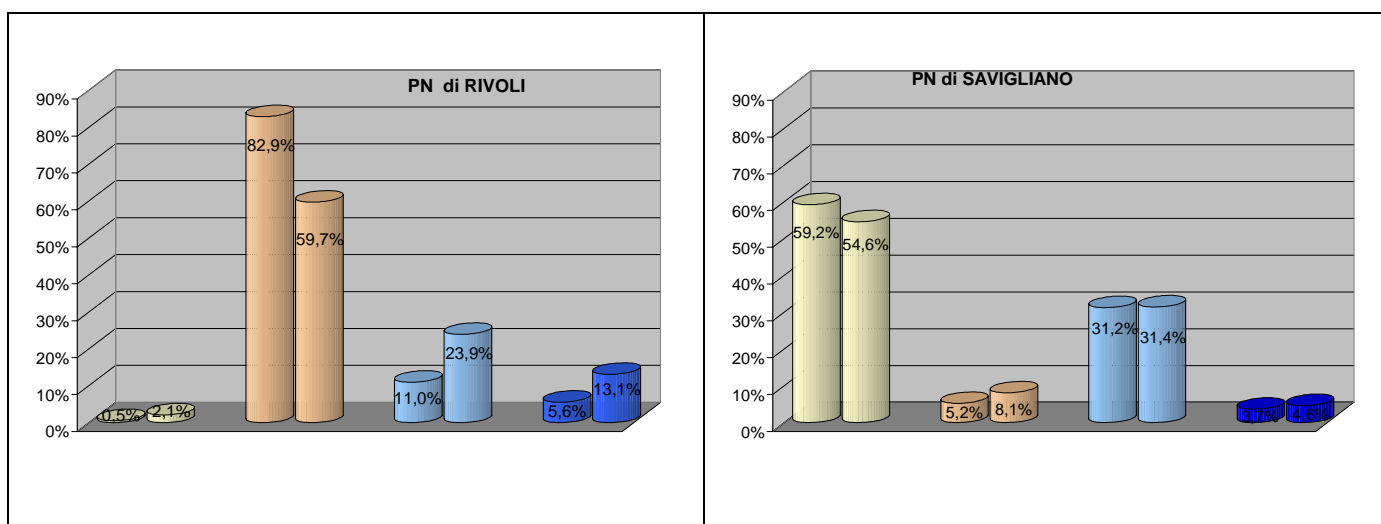
In questo profilo gli aumenti di allattamento al seno esclusivo vanno da un minimo del 2 % ad un massimo del 60 %, con riduzione del tasso di predominante (cioè minor uso di integrazioni con soluzione glucosata), un aumento, più o meno lieve, del parziale e minime variazioni sull'artificiale.

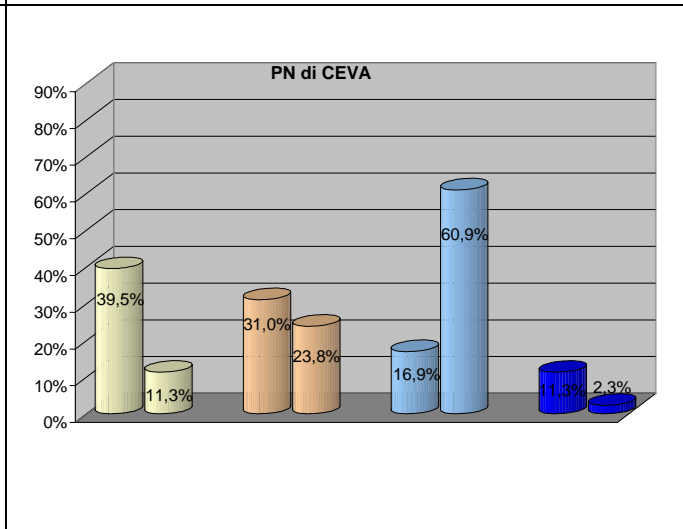
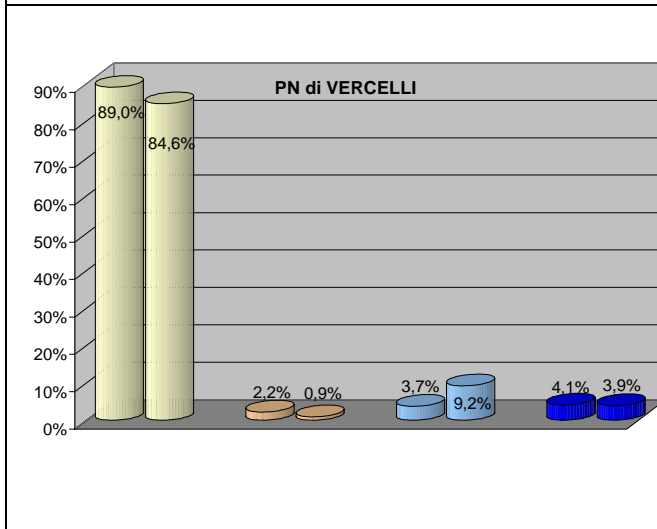
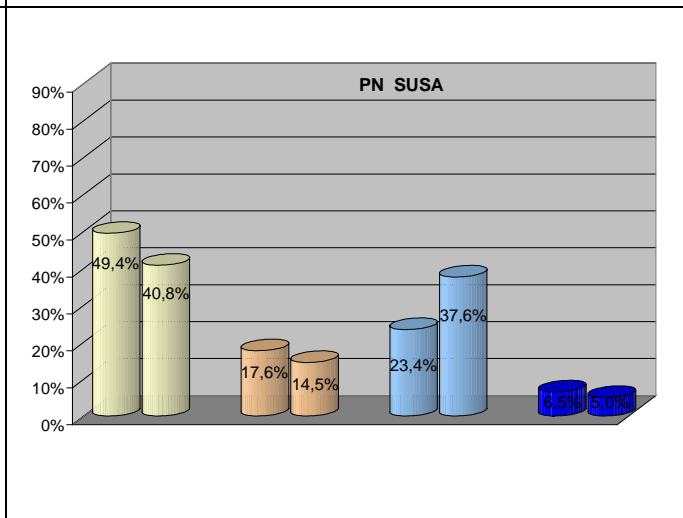
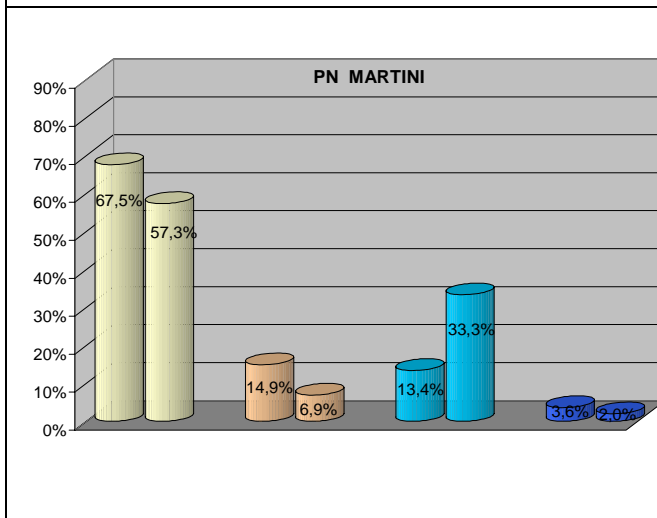
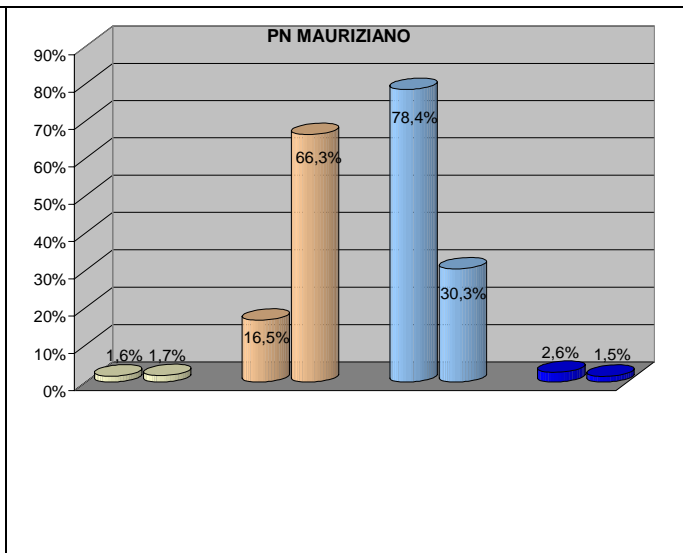
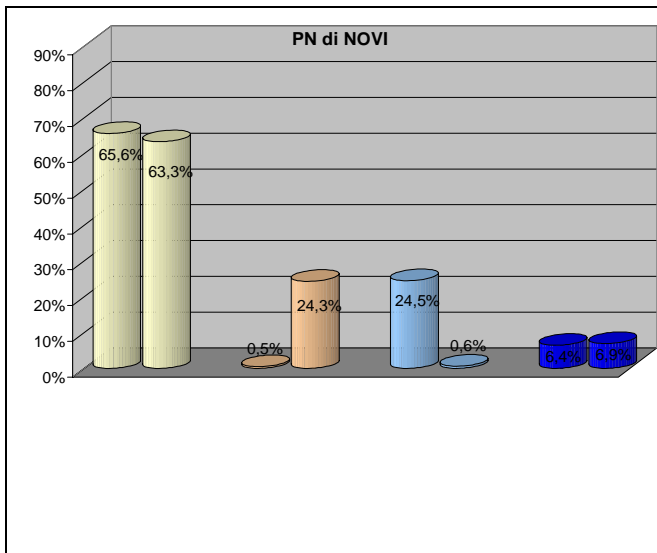
L'aumento dell'esclusivo, avvenuto sostanzialmente a scapito del predominante, è, in linea di massima, suggestivo della maggior attenzione delle infermiere a sostenere la mamma nel rooming-in perché possa consolare il piccolo senza somministrazione di liquidi non necessari.

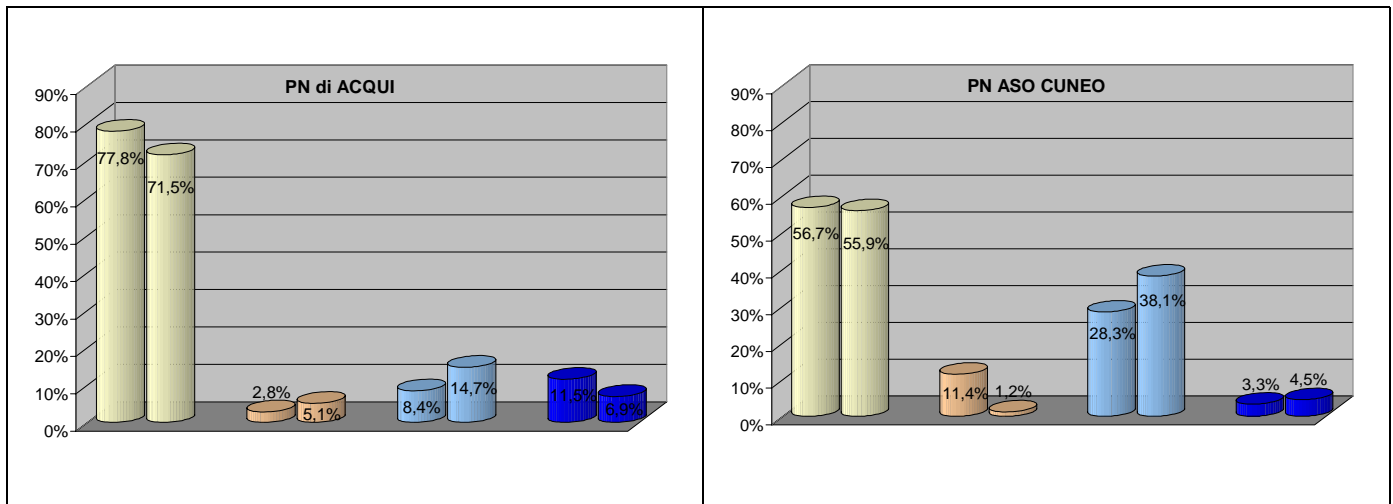
L'aumento della somministrazione di latte artificiale può essere, in alcuni casi, interpretato come una maggior capacità degli operatori a discriminare i pochi neonati che necessitano veramente di una integrazione alimentare dai molti cui si offriva, in precedenza, una integrazione di liquidi come modalità di consolazione.

È evidente, all'interno dello stesso profilo, la presenza di situazioni molto distanti l'una dall'altra (vedi le percentuali elevate di LM parziale in alcuni PN), per questo sarà opportuna una valutazione puntuale, condotta localmente, alla luce di quelli che sono gli obiettivi OMS.

Profilo 3 Nessuna modificazione o riduzione del tasso di allattamento esclusivo con fluttuazioni degli altri tassi.







Nel terzo profilo il tasso di esclusivo non si è modificato o è diminuito. Sembra lecito porsi alcune domande:

- assenza o inefficacia della formazione?
- resistenze al cambiamento delle routine assistenziali ostacolanti l'avvio dell'allattamento?
- scarsa fiducia degli operatori nelle capacità di autoregolazione del neonato fisiologico?
- pregiudizio sul rischio che la mamma "possa non avere latte"?
- ostacoli organizzativi?
- peculiarità della popolazione di riferimento?
- altre cause?

Il Punto Nascita di Vercelli, con alle spalle una tradizione di lunga data sul sostegno all'allattamento, non supportata dalla formazione con il corso OMS a tutti gli operatori, partiva nel 2000 da tassi elevati di allattamento esclusivo che si sono un po' ridotti nel tempo e tassi di allattamento parziale che sono aumentati. La ripresa della formazione, attivata recentemente, sarà utile per avviare progetti di miglioramento.

4.5 Modalità di allattamento nella coppia mamma-neonato prematuro e/o di basso peso

All'interno delle azioni di sostegno dell'AM, le coppie mamma-neonato di basso peso costituiscono una sfida per la necessità di conciliare i bisogni assistenziali relativi alla prematuranza/basso peso (terapia intensiva o subintensiva) e la frequente separazione tra mamma e bambino (incubatrice, tempi di degenza differenti, ecc) con il successo dell'AM.

Peraltro è noto quanto la nutrizione del bambino prematuro con AM costituisca elemento insostituibile di protezione dalle complicanze più frequenti del periodo neonatale (enterocolite necrotizzante, infezioni, ecc) e per la salute futura. L'analisi della letteratura conferma che l'allattamento esclusivo è possibile se le mamme sono informate sull'AM (vantaggi, fisiologia, modalità per mantenere una buona produzione)^{35*36} e se gli operatori delle TIN hanno ricevuto una formazione sull'AM e il counseling^{37*38} tale da offrire loro un'assistenza adeguata.

³⁵ Miracle DJ, Meier PP, Bennett PA. Making my baby healthy: changing the decision from formula to human milk feedings for very-low birth-weight infants. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2004;554:317-9.

³⁶ Friedman et al. The effect of prenatal consultation with a neonatologist on human milk feeding in preterm infant. *Acta Paediatr.* 2004; 93:775-778.

³⁷ Meier PP. Supporting lactation in mothers with very low birth weight infants. *Pediatr. Ann.* 2003; 32 (5):317-25. Review

³⁸ Sisk PM et al. Lactation counselling for mother of WLBW infant: effect on maternal anxiety and infant intake of human milk. *Pediatrics* 2006; 117: 67-75.

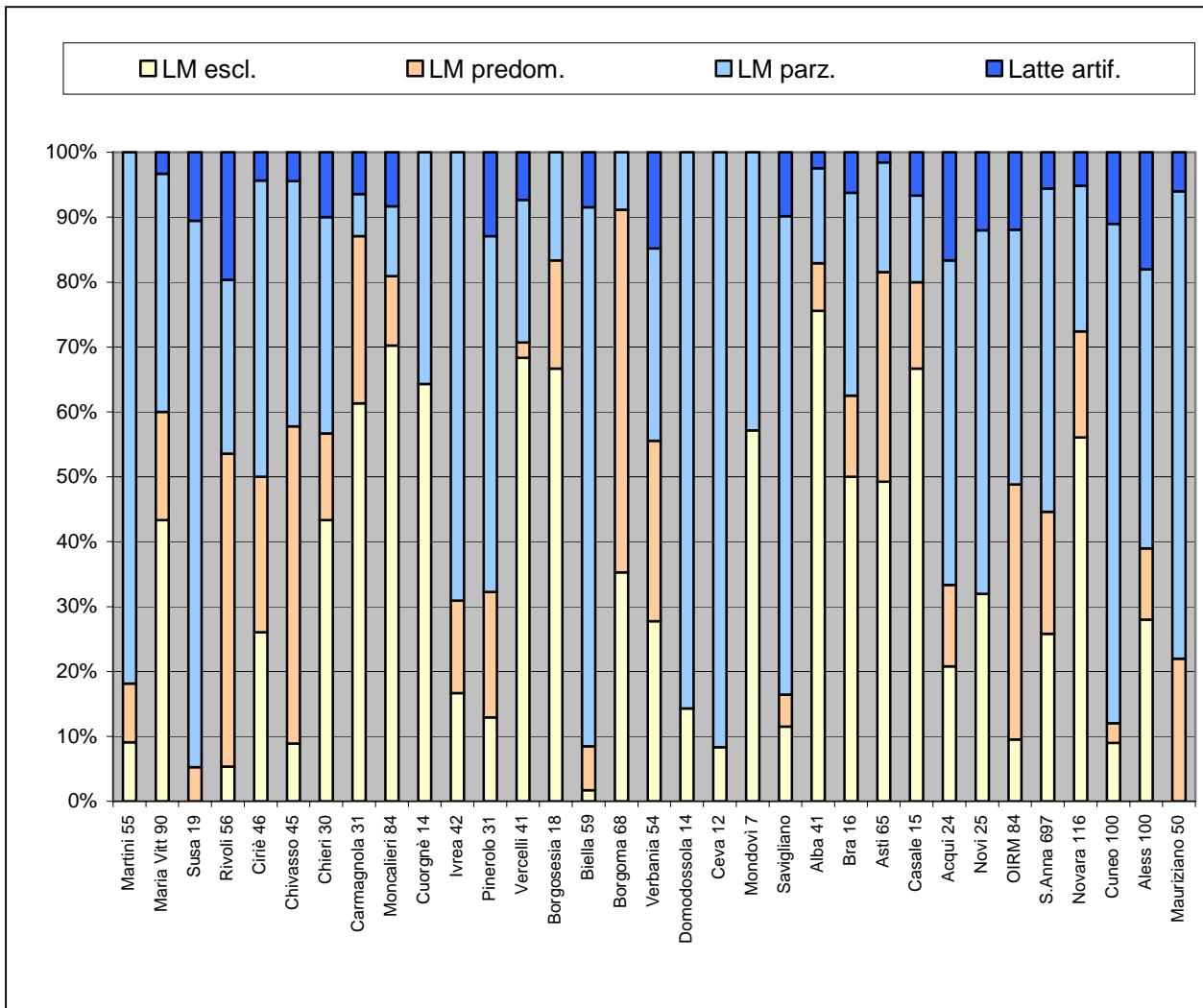


Grafico 9. Allattamento durante la degenza di nati tra i 1.500 e i 2.500 grammi

N.B il numero affiancato al PN indica la numerosità dei nati tra 1500 e 2500 per PN

Una sfida ancora maggiore è costituita dai piccolissimi di peso inferiore ai 1500 che nella quasi totalità dei casi richiedono terapia intensiva.

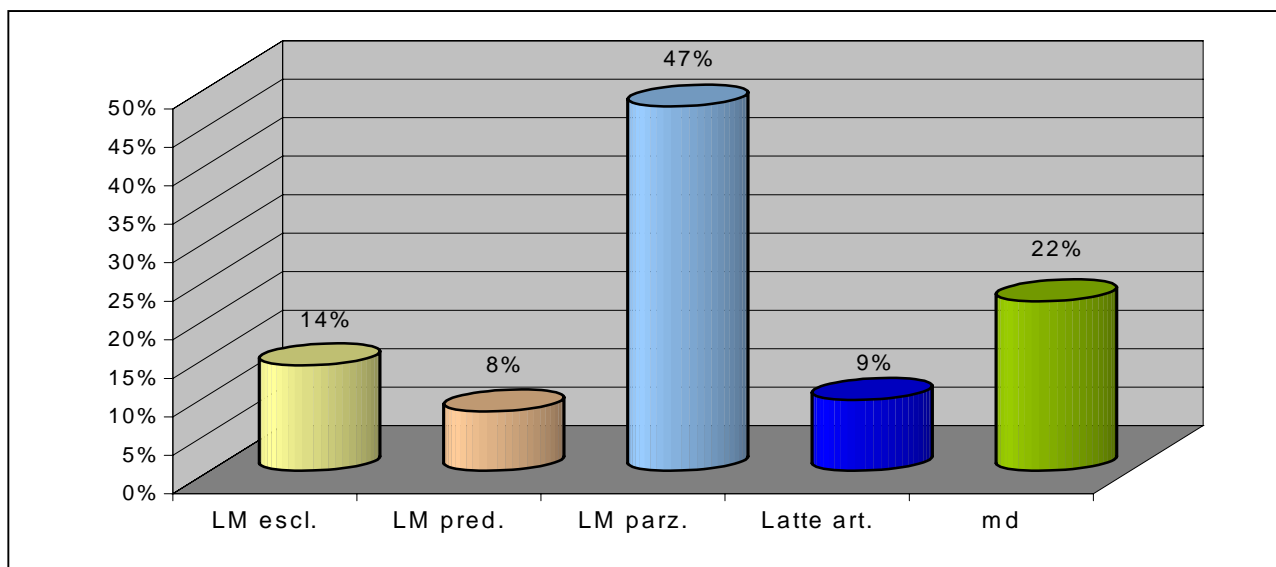


Grafico 10. Allattamento durante la degenza per i nati al di sotto dei 1.500 grammi

A questo proposito è necessario l'impegno dei Centri di Terapia Intensiva Neonatale per l'attivazione di Banche del Latte Materno. In Regione Piemonte sono attualmente attive 3 banche: a Torino presso l'OIRM, a Moncalieri presso l'Ospedale Santa Croce, a Vercelli presso l'Ospedale Sant'Andrea.

4.6 Durata dell'allattamento al seno

Malgrado la durata dell'AM sia l'indicatore più importante per valutare l'efficacia delle azioni intraprese e gli effetti dell'AM sulla incidenza delle patologie prevenibili, a livello nazionale sono pubblicati con regolarità solo i dati dell'Emilia Romagna e del Friuli³⁹ e a livello regionale solo pochi DMI dispongono di dati rilevati dopo le dimissioni dall'Ospedale. Il Ministero della Salute sta avviando un "progetto pilota" che coinvolge alcune regioni italiane per elaborare una modalità di raccolta dati che verrà proposta a livello nazionale.

Per quanto riguarda la Regione i dati a disposizione sono relativi alle ASL 4, 8, 15
Nei DMI delle ASL 4 e 15 i dati sono stati raccolti attraverso i bilanci di salute (grafico 11).

È evidente un miglioramento negli anni: dalla dimissione dal PN al 4-5 mese abbiamo però nelle due ASL una riduzione degli allattati al seno di circa il 30% e sono ancora allattati a 4-5 mesi il 50% dei bambini. È da sottolineare come la raccolta dati non consideri l'allattamento esclusivo, bensì l'allattamento pieno (esclusivo + predominante) e come sia l'ASL 4 che l'ASL 15 abbiano attivato sul loro territorio una rete di sostegno capillare con una efficace "offerta attiva" del servizio.

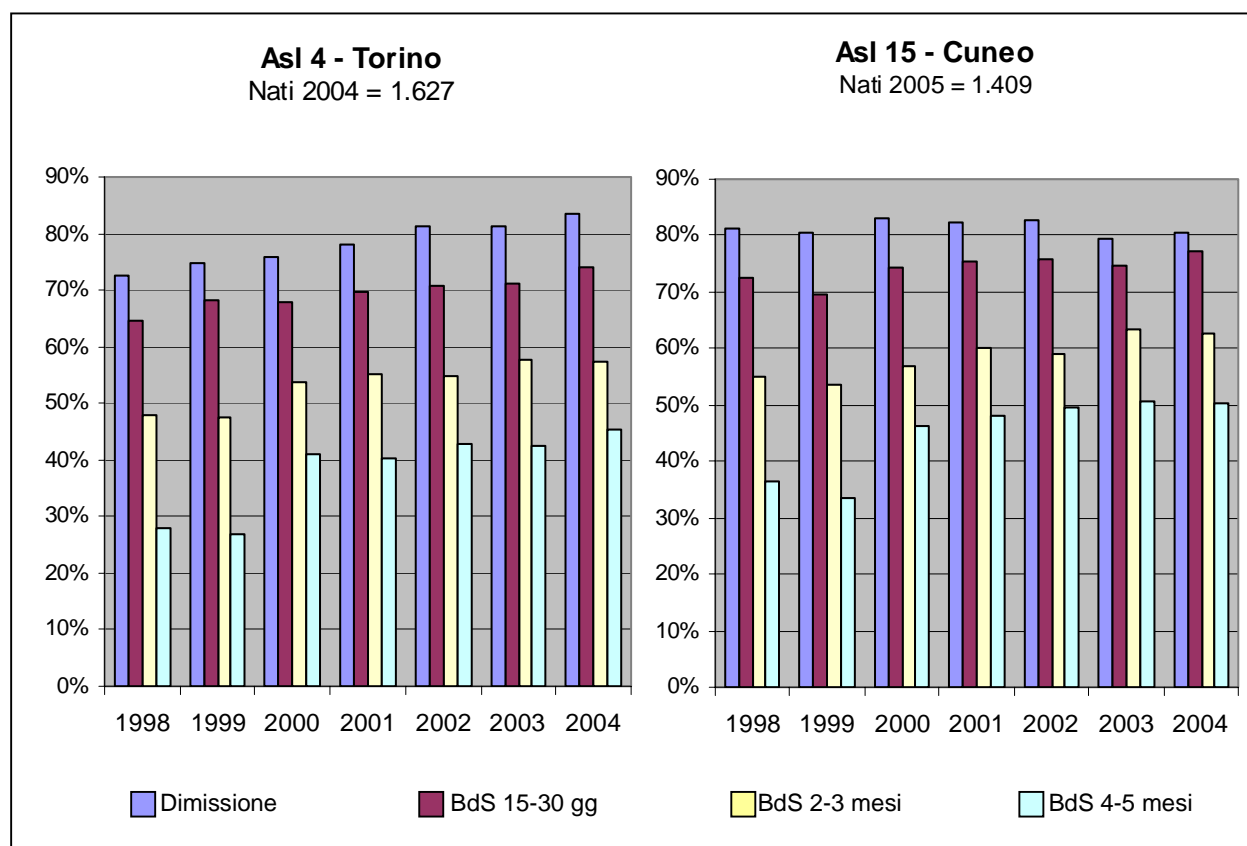


Grafico 11. Allattamento pieno rilevato con i bilanci di salute nelle ASL 4 di Torino e 15 di Cuneo

³⁸ Ronfani L, Cuoghi C. Prevalenza dell'allattamento al seno in Emilia Romagna (1999-2002). Quaderni ACP 2006;13(6):236-240.

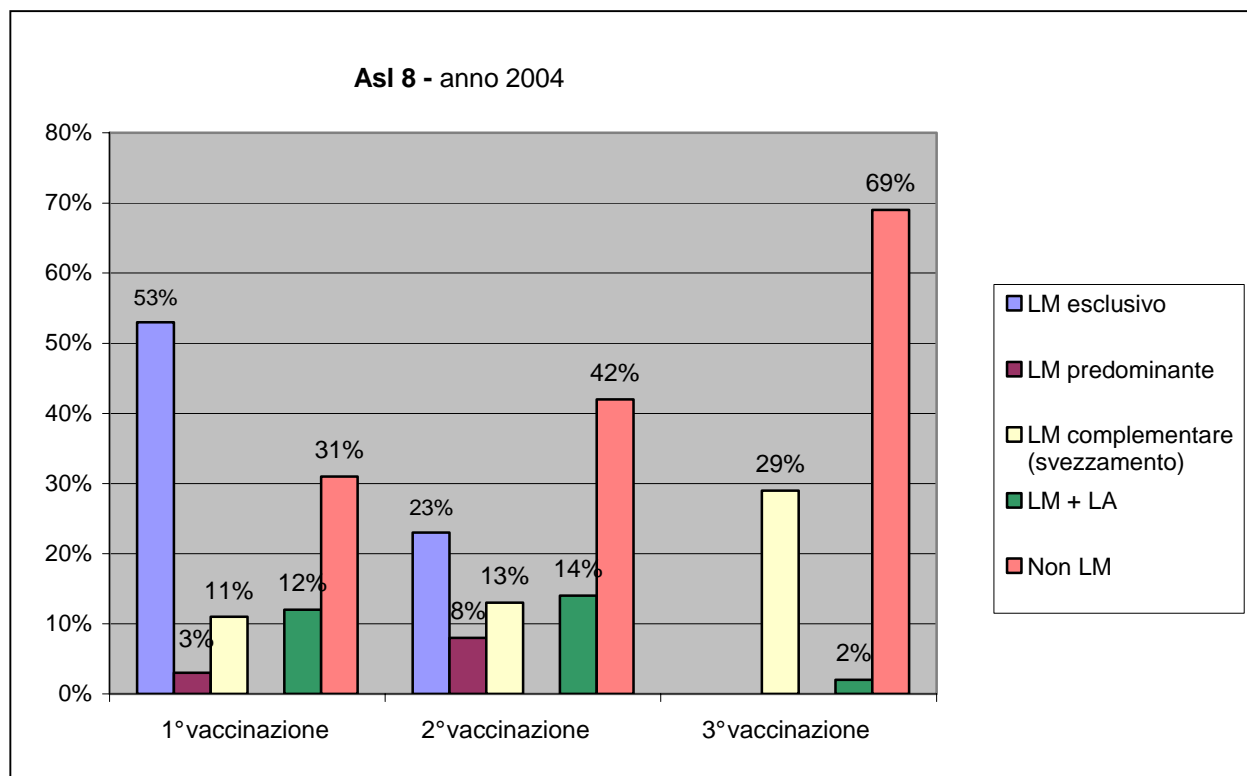


Grafico 12. Durata allattamento vaccinazioni nell'ASL 8 di Chieri

Nel DMI dell'ASL 8 i dati sono stati raccolti al momento delle vaccinazioni con un programma ad hoc⁴⁰. Questi dati non sono confrontabili con i precedenti (ASL 4 e 15), per differenze temporali di rilevazione. Il confronto con i dati dell'Emilia Romagna e del Friuli Venezia Giulia dimostra un maggior utilizzo di latte artificiale nella nostra popolazione dal momento della seconda vaccinazione.

L'analisi dell'AM complementare nelle sue componenti di "LM + LA" e "LM + pappa o frutta" evidenzia come sia precoce l'avvio dello svezzamento: già dall'epoca della prima vaccinazione (3 mesi) circa la metà dell'AM complementare è da riferirsi alla introduzione di alimenti non lattei. In contrasto con le evidenze scientifiche e le indicazioni OMS⁴¹, si è verificata nel corso degli anni una progressiva anticipazione dello svezzamento che continua ad essere culturalmente diffusa ed accettata, sia a livello di operatori sia di popolazione, sottoposti entrambi a pressioni di tipo commerciale.

Sul tema svezzamento è importante prevedere un aggiornamento scientifico degli operatori sanitari (pediatri, personale dei Consultori familiari) che porti all'adozione di linee di condotta condivise tra tutti gli operatori del settore accompagnate da campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione.

Una fonte campionaria di dati sulla durata dell'AM (tabella 11, pagina seguente) è stata il questionario relativo all'alimentazione delle ultime 24 ore⁴², somministrato a 880 mamme, nel 2000, nell'ambito del Progetto "6+1"⁴³ con intervista al momento della prima vaccinazione obbligatoria (2°-3° mese).

Per quanto riguarda il ricorso ad allattamento artificiale, sia completo che parziale si veda la tabella 12 (si veda pagine seguenti)

⁴⁰ La stessa modalità di raccolta è stata attuata in Regione Friuli Venezia Giulia.

⁴¹ Dewey KG. Guiding principles for complementary feeding of breastfed child. PAHO/WHO, Washington DC 2003.

⁴² Per recall period 24 ore si intende la raccolta di informazioni su tutti gli alimenti assunti dal bambino nelle 24 ore precedenti l'intervista.

⁴³ "Programmi speciali". Art. 12, comma 2, lett. b) d.lgs.502/92 (anno 1999) "Sviluppo e valutazione di interventi di prevenzione primaria nel campo della salute infantile" che ha coinvolto la Regione Piemonte, la Regione Basilicata, la Regione Friuli Venezia Giulia, l'Università Cattolica Sacro Cuore di Roma ed il Centro per la salute del bambino di Trieste.

Tabella 11. Modalità allattamento al momento della prima vaccinazione obbligatoria (2°-3° mese)

Allattamento al seno esclusivo	52%
Allattamento al seno predominante	11%
Allattamento al seno complementare	7%
Allattamento artificiale	30 %

Tabella 12. Ricorso ad allattamento artificiale, completo o parziale

Dalla nascita	14,5%
Tra la 1°- 2° settimana	7,5 %
Tra la 3°- 4°	9,4 %
Tra la 5°- 6°	4,2 %
Tra la 7°- 8°	2,4 %
Dalla 9° in poi	3%

La curva di decadimento che deriva dall'incrocio delle due precedenti tabelle è la seguente:

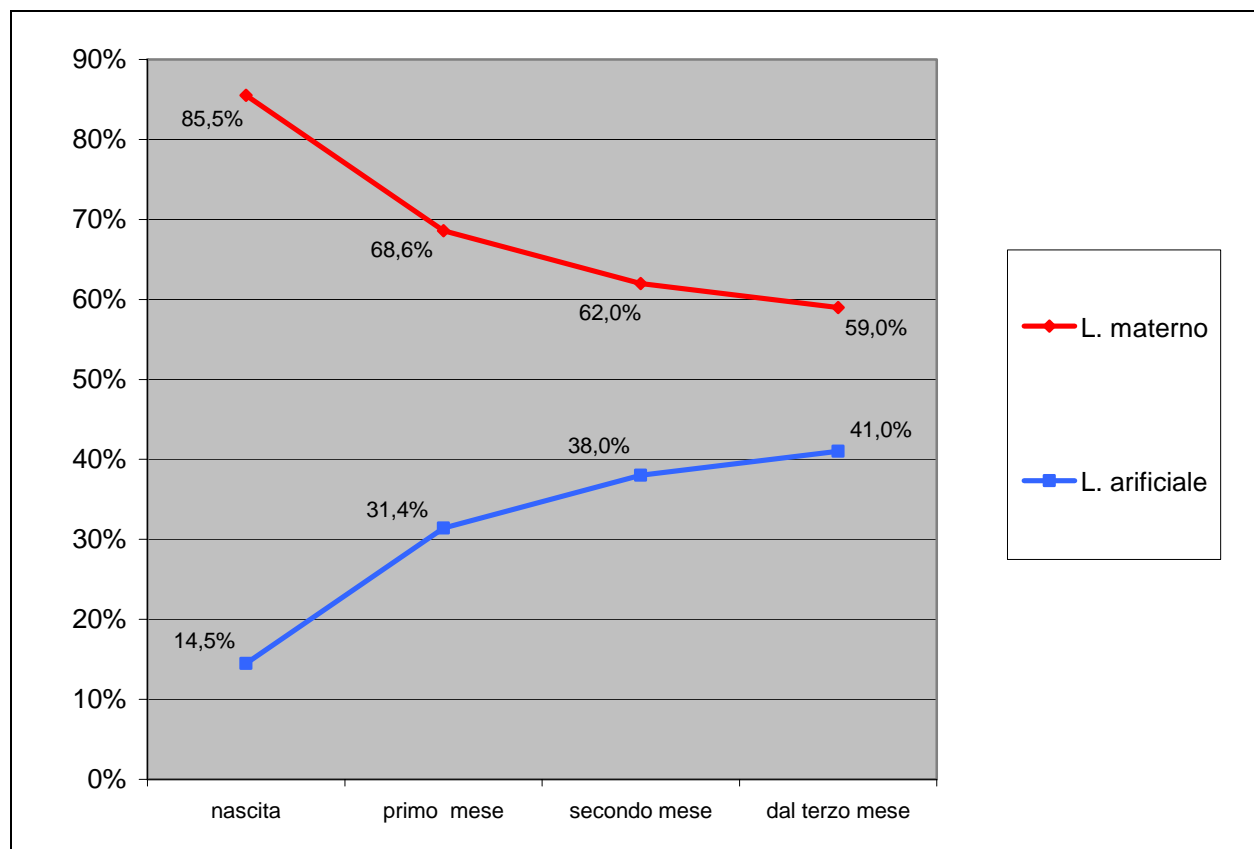


Grafico 13. Curva di decadimento allattamento al seno (questionario a 880 mamme anno 2000)

Tra le cause di sospensione di un allattamento avviato, hanno un peso non indifferente, soprattutto nelle prime settimane dopo la dimissione, le difficoltà riscontrate dalla mamma sia sul piano pratico che su quello psicologico. Sul campione di 880 mamme del progetto 6+1, la distribuzione, tra quelle che hanno avuto difficoltà e quelle che non hanno avuto difficoltà, è mostrata nel grafico nella pagina seguente.

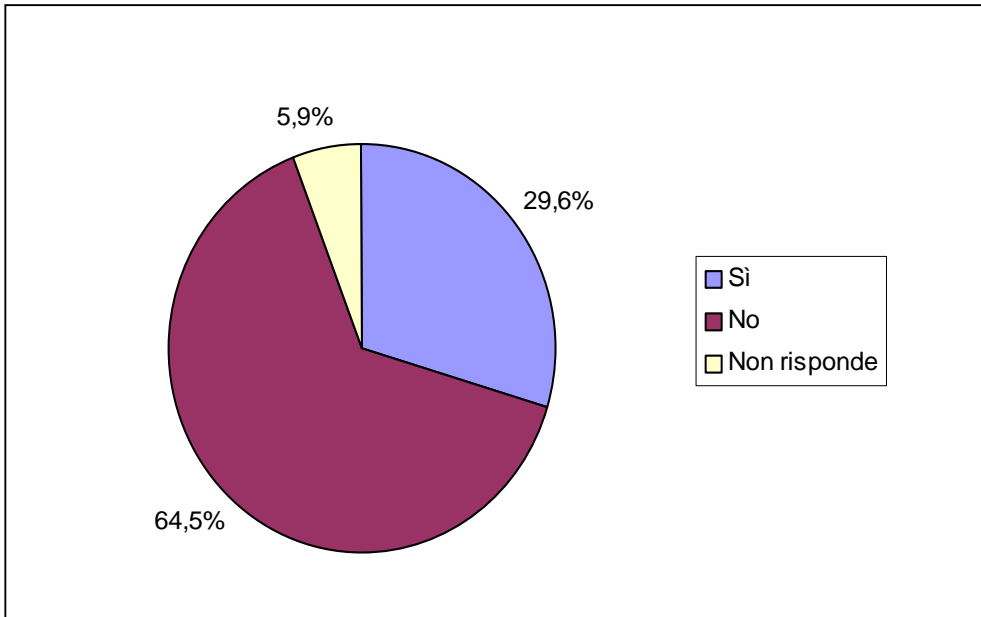


Grafico 14. Difficoltà ad allattare al seno

A fronte di questo dato che conferma quanto rilevabile in letteratura circa le interferenze negative di tipo culturale, lavorativo, sociale, sanitario, sul proseguimento dell'allattamento al seno, il Progetto Regionale ha sollecitato la realizzazione in ogni DMI di modalità di sostegno "organizzato" (allegato 3).

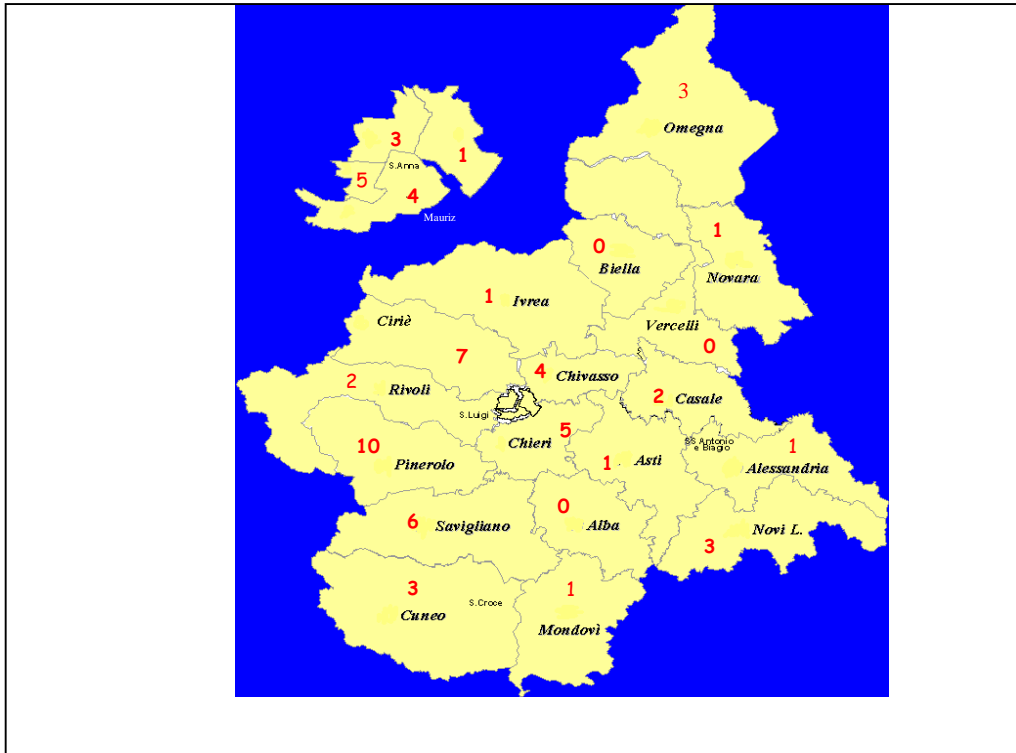


Figura 8. Numero di Consulteri per ASL piemontesi che offrono sostegno dopo le dimissioni

4.7 Alimentazione e spesa sanitaria nel primo anno di vita

Tra gli indicatori di risultato è stato analizzato il risparmio nella spesa sanitaria nel primo anno di vita relativa ai bambini allattati al seno.

La ricerca "Alimentazione nel 1° anno di vita e costo dei servizi sanitari"⁴⁴ condotta con l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste con l'obiettivo di verificare l'impatto dell'alimentazione al seno versus allattamento artificiale sulla spesa sanitaria, partiva da quanto ampiamente dimostrato da studi precedentemente citati, relativi ad altri paesi industrializzati ed in particolare:

- Gran Bretagna: 41,5 milioni di sterline all'anno solo per ricoveri ospedalieri per diarrea infantile associata all'uso di biberon;
- USA: Aetna Life Insurance risparmia 1.435 dollari in spese mediche nel primo anno di vita e tre giorni di assenza per malattia per ogni bambino allattato: un ritorno di 3:1 sul capitale investito per facilitazioni ad allattare (stanza per allattare, pompa tiralatte, frigorifero, orari di lavoro flessibili, materiale informativo)⁴⁵;
- Uno studio americano ha dimostrato che per ogni 1.000 bambini non allattati si avevano 2.033 visite mediche in più, oltre 200 giorni di ricovero in più e oltre 600 prescrizioni di farmaci in più rispetto ai bambini allattati al seno in modo esclusivo per i primi tre mesi ; il costo per i sistemi sanitari era compreso tra 331 e 475 dollari per ogni bambino non allattato⁴⁶.

Sul campione esaminato (numero totale bambini arruolati 838 provenienti da 5 PN della Regione Piemonte + 4 PN della Regione Friuli Venezia Giulia + 1 della Regione Valle d'Aosta) monitorato per 12 mesi, è emerso che i ricoveri e soprattutto la durata della degenza, nell'arco dell'intero primo anno di vita, sono stati costantemente inferiori nel gruppo dei bambini allattati al seno per almeno un mese, con una significativa differenza in termini di spesa. Per quanto riguarda l'uso dei servizi (visite pediatriche, accessi al Pronto Soccorso) sono stati inferiori per i bambini allattati al seno sia in modo esclusivo che in modo predominante per qualsiasi durata di allattamento superiore al mese.

4.8 Strumenti di divulgazione

Per quanto riguarda il livello di informazione all'utenza, il questionario del progetto 6+1 ha messo in evidenza le seguenti criticità:

- il 10% delle donne non riceve alcuna informazione sull'allattamento al seno, né durante la gravidanza, né durante il ricovero per il parto, né successivamente;
- l'informazione durante la gravidanza è ancora poco diffusa;

In letteratura sempre più si sottolinea come l'informazione sia fondamentale e come il momento della gravidanza sia il più propizio a veicolare le conoscenze che permettano alla donna di esprimere una scelta consapevole sulla modalità con cui intende alimentare il proprio bambino⁴⁷.

⁴⁴Cattaneo A, Ronfani L, Burmaz T, Quintero-Romero S, Macaluso A, Di Mario S. Infant feeding and cost of health care: a cohort study. *Acta Paed.* 2006; 95:540-546.

⁴⁵Danyliw NQ. Got Mother's Milk? *US News and World Report*, 1997.

⁴⁶Ball TM, Wright AL. Health care costs of formula feeding in the first year of life, *Pediatrics* 1999;103:870-6.

⁴⁷Refrew MJ, Dyson L, Fallace L et al. The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding. National Institute for Health and Clinical excellence. London 2005.

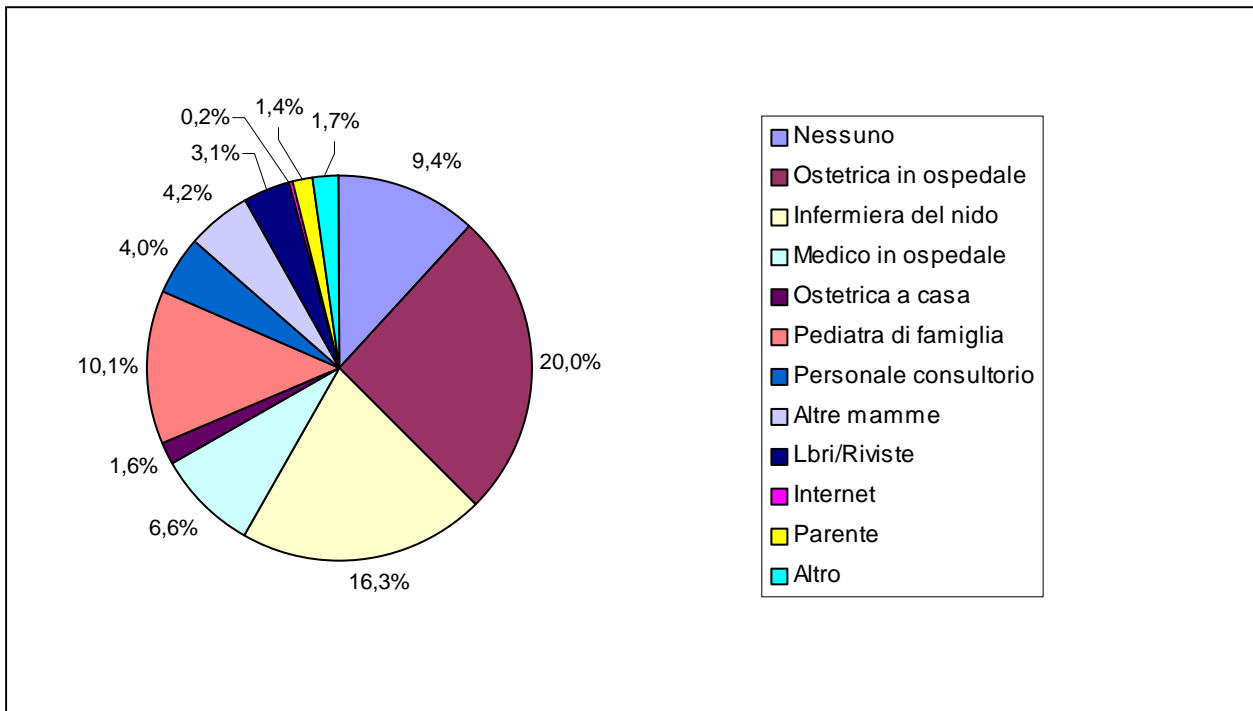


Grafico 15. Fonte da cui la madre ottiene informazioni sull'allattamento

Rispetto al momento in cui le donne hanno ricevuto le informazioni sull'allattamento la distribuzione è riportata nel grafico 16.

Altrettanto importante è che il partner e i familiari (mamma, suocera, ecc) siano partecipi delle informazioni relative all'allattamento e alle eventuali difficoltà che possono presentarsi nella fase di avvio, in modo che per primi siano in grado di sostenere efficacemente la neo-mamma aiutandola a superare i dubbi che la nuova esperienza porta con sé.

Alcune esperienze di anticipazione del corso di preparazione alla nascita condotte in DMI della Regione, con introduzione di incontri specificatamente dedicati all'allattamento e con il coinvolgimento dei familiari, sembrano contribuire a ricreare una cultura sociale intorno all'allattamento.

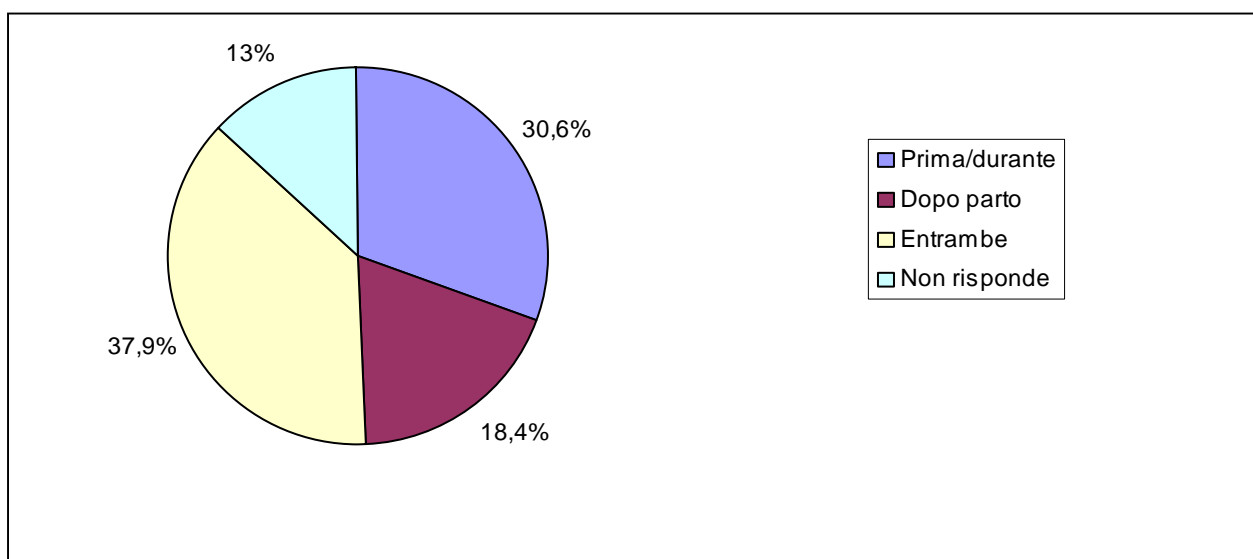


Grafico 16. Momento (rispetto al parto) in cui la madre ottiene informazioni sull'allattamento

In relazione a questa esigenza il Progetto regionale, accanto al programma di formazione capillare degli operatori, ha previsto l'elaborazione di strumenti divulgativi.

Gli strumenti approntati e messi in uso dal 2000 sono stati:

- a) materiale didattico e divulgativo all'interno dell'Agenda di Salute "Dalla nascita all'adolescenza"⁴⁸
- b) poster da affiggere in ogni ambulatorio ginecologico, pediatrico, consultoriale, oltre che nei PN , incentrato sui vantaggi dell'allattamento al seno e soprattutto sulla disponibilità nell'ASL di residenza di Punti di sostegno cui rivolgersi in caso di difficoltà.
- c) video in dotazione, oltre che ai CF ed ai PN, ai PdF (3 copie per ciascuno) come strumento del dialogo tra pediatra e famiglia intorno all'allattamento. L'uso del video (offerto in prestito alla famiglia), come prolungamento e approfondimento delle informazioni date durante la visita, permette:
 - l'uso di canali di informazione più attuali e più congeniali alle nuove generazioni di genitori;
 - la continuazione del dialogo sull'allattamento nelle visite successive;
 - il supporto al pediatra nei suoi interventi di educazione sanitaria durante la visita;
 - l'utilizzo nei corsi di preparazione al parto;
 - l'utilizzo nei gruppi di sostegno all'allattamento nei CF/pediatrici;
 - il coinvolgimento dei medici generici sul tema;
 - il coinvolgimento dell'intera famiglia sul tema (l'opposizione più efficace al proseguimento dell'allattamento proviene spesso dalle nonne o dai partners);
 - la trasmissione ad altre donne in gravidanza;
 - la diffusione di immagini di "normalità" dell'allattamento al seno presso le bambine e le adolescenti, da anni esposte ad una rappresentazione dell'età neonatale legata prevalentemente al biberon (in tutte le pubblicità riguardanti la prima infanzia il "logo" neonatale si associa ad un biberon o ad un succhiotto anziché ad un bimbo che si alimenta al seno materno).

Per quanto riguarda l'Agenda di Salute si sottolinea come, parallelamente allo svolgersi del progetto regionale, sia stata modificata la pagina neonatale relativa all'alimentazione dalla quale è scomparso (allegato n. 7), anche in ottemperanza alle disposizioni ministeriali (allegato n. 6 e 8) ogni riferimento all'allattamento artificiale che viene riportato solo nel caso sia assolutamente necessario, come per qualsiasi prescrizione medica. Per facilitare la raccolta dati sulla durata dell'AM è stato introdotto un calendario del primo anno di vita in cui la mamma è invitata a scrivere alcuni dati significativi tra cui l'evoluzione dell'alimentazione. (allegato n. 7).

Gli strumenti di cui sopra necessitano di una verifica e di uno studio per apportare eventuali modifiche per le quali si sta predisponendo una ricerca finalizzata alla valutazione dell'utilizzo degli stessi nei servizi.

⁴⁸ L'Agenda di salute è il documento di dimissione del neonato che trasferisce gli elementi qualificanti e sintetici della degenza ospedaliera dagli operatori del percorso nascita a quelli del percorso crescita.

CONCLUSIONI

Come ampiamente illustrato in precedenza pare di poter annoverare tra i punti di forza del Progetto il **coinvolgimento trasversale e interdisciplinare degli operatori a contatto con mamma e bambino** nei diversi momenti e nei diversi ambiti del Percorso Nascita e del Percorso Crescita.

La sistematizzazione del "pacchetto formativo" ed il suo solido ancoraggio alle evidenze scientifiche, ha permesso di superare il luogo comune che la promozione dell'allattamento al seno fosse, per certi versi, scontata, e, per altri versi, pervasa di un'aura romantico-ideologica più che scientifica.

La metodologia di analisi dei fattori favorenti e di quelli ostacolanti l'AM induce una revisione sistematica delle routine assistenziali che coinvolge l'intera organizzazione dei servizi, che per raggiungere l'obiettivo prefissato devono invertire la polarità: ponendo al centro la coppia mamma-bambino con i ritmi fisiologici della loro relazione fisica e psichica.

Tra i punti di debolezza c'è da considerare **la possibilità che alcuni dati veicolati dal Cedap e dalle SDO non rispecchino pienamente quanto avviene nei PN**: si ribadisce a questo proposito che il percorso virtuoso della **qualità** non può prescindere da una valutazione rigorosa della modalità di assistenza e dei suoi risultati; per questo, il mancato impegno verso una corretta codifica, è lesivo primariamente nei confronti del PN e delle potenzialità di miglioramento dell'assistenza alla coppia mamma-bambino. Si prevede comunque l'attivazione di controlli "incrociati" sulla modalità di allattamento durante la degenza ospedaliera tramite interviste alle mamme ai bilanci di salute e nei Punti di sostegno all'allattamento. La mancanza di dati sulla durata dell'allattamento deve essere colmata il più rapidamente possibile, pena la impossibilità di valutare correttamente l'impatto del progetto e delle iniziative inerenti.

Sull'obiettivo "durata dell'allattamento esclusivo fino ai sei mesi", **emerge la necessità di programmare all'interno di molti DMI un sostegno più capillare per le mamme che allattano**, offerto dagli operatori dei CF e dai PdF, in collegamento con i PN. È fondamentale che localmente i DMI oltre a garantire l'aggiornamento costante di tutti gli operatori, definiscano e programmino gli interventi (chi fa che cosa) per non duplicare i servizi e per coordinare le offerte. Ampio spazio dovrà essere dato al sostegno mamma-mamma sulla cui efficacia vi sono evidenze sempre più forti⁴⁹.

Le difficoltà che si incontrano nel raggiungimento degli obiettivi del progetto derivano non solo dai cambiamenti culturali legati al "crollo" dell'allattamento materno avvenuto nel secolo scorso ma anche dalle complessità che emergono nello sperimentare modalità di organizzazione sanitaria che vedano i cittadini parte più attiva nella "autogestione" della salute attraverso l'implementazione di pratiche dimostratamente efficaci nel favorirla. L'allattamento al seno rappresenta proprio una palestra per la realizzazione di una promozione della salute condivisa tra operatori e famiglie.

Un campo d'azione su cui occorrerà continuare a lavorare concerne **la conoscenza, la diffusione e l'applicazione del Codice internazionale per la Commercializzazione dei sostituti del LM⁵⁰** (allegato n.5). Finora, il rispetto del Codice non è stato assunto dalle Asr tra gli obiettivi da raggiungere, benché inserito tra i temi della formazione di base fin dall'inizio del progetto.

⁴⁹ Dennis CL et al. A randomized controlled trial evaluating the effect of peer support on breastfeeding duration among primiparous women. Can Med Assoc J. 2002; 166: 21-28.

⁵⁰ World Health Assembly. International Code of Marketing of Breastmilk Substitute. WHO, Geneva, 1981.

Risulta infatti fondamentale, per assicurare ai lattanti la “miglior nutrizione possibile”, vigilare sull'uso appropriato dei sostituti del latte materno e sull'informazione alle famiglie indipendente da pressioni commerciali.

È indispensabile fornire strumenti e conoscenze approfondite a tutti gli operatori sanitari del Percorso Nascita e del Percorso Crescita affinché all'interno dei DMI e delle ASR nella loro interezza, il Codice abbia piena applicazione.

Per finire sembra opportuno:

- da una parte proporre un elemento di riflessione, su alcune prassi ostacolanti l'avvio dell'allattamento difficili da superare (allegato n. 9) utilizzando i principi cardine della revisione di Enkin⁵¹ sulle pratiche assistenziali in medicina perinatale:
 - 1) ogni interferenza con il processo naturale della gravidanza e del parto dovrebbe essere legittimata solo nel caso in cui sia ritenuta più utile che dannosa;
 - 2) l'unica giustificazione per una pratica che riduce l'autonomia di una donna, la sua libertà di scelta ed il contatto con il suo bambino, dovrebbe essere basata su una chiara evidenza che questa pratica restrittiva è più utile che dannosa;
 - 3) “l'onere della prova” deve essere a carico di chi propone ogni tipo di intervento che interferisca con ognuno dei principi succitati.
- dall'altra, invitare ad una riflessione relativa alle iniziative nazionali ed internazionali che si stanno sviluppando ormai da quasi 20 anni sugli obiettivi OMS; finalmente anche in Italia si stanno moltiplicando le iniziative per la Certificazione di Ospedale Amico del Bambino⁵² (Baby Friendly Hospital. BFH); nel mondo 23.000 sono gli ospedali certificati, in Italia 13. In Piemonte nessun DMI ha fino ad oggi dato il via al percorso di autovalutazione del rispetto dei 10 passi OMS-UNICEF necessari per poter richiedere la certificazione; è lecito porsi la domanda se non sia giunto il momento di avviare progetti che coinvolgano interi DMI (“DMI amico del bambino” o “Percorso Nascita amico del bambino”) mirando alla certificazione dell'intera rete di sostegno che in questi anni si è cercato di costruire.

I dati forniti dal presente lavoro possono costituire la base per un'analisi dell'offerta di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento in ogni Azienda Sanitaria Regionale (ASR), con l'identificazione puntuale degli elementi ostacolanti e favorenti⁵³ che interferiscono con la realizzazione dell'offerta e con la risposta /adesione da parte della popolazione interessata.

A partire dalla formazione capillare e continua di tutti gli operatori, utilizzando i dati emersi da questo report, ci si aspetta che in ogni ASR vengano elaborati programmi aziendali che permettano di rivedere l'intero percorso:

- **Informazione in gravidanza rivolta alla famiglia sull'importanza dell'AM per la mamma, il bambino e la società e sulla fisiologia per favorire l'autonomia della donna nella gestione delle difficoltà che potrà incontrare.**
- **Sostegno nell'avvio dell'allattamento nel Punto Nascita, nel rispetto della fisiologia del parto e del puerperio, offerto da operatori competenti e motivati.**
- **Sostegno dopo la dimissione da parte di operatori dei Consultori, in rete con il Punto Nascita e i Pediatri di famiglia.**

⁵¹ Enkin M, Keirse MJNC, Chalmers I. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press 1995.

⁵² World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva: World Health Organization 1989

⁵³ Della Casa P, Baronciani D. Allattamento al seno. Strumenti per facilitare il cambiamento delle pratiche assistenziali. Regione Emilia Romagna 2005. (Consultabile anche su www.saperidoc.it).

Allegati

ALLEGATO 1 - Criteri di evidenza e gerarchia delle raccomandazioni

Livelli di evidenza

- 1++ Meta-analisi di alta qualità, revisioni sistematiche di studi randomizzati, o studi randomizzati con bassissimo rischio di bias.
- 1+ Meta-analisi ben condotte, revisioni sistematiche di studi randomizzati, o studi randomizzati con basso rischio di bias.
- 1 Meta-analisi, revisioni sistematiche di studi randomizzati, o studi randomizzati con alto rischio di bias.
- 2++ Revisioni sistematiche di alta qualità di studi di coorte o caso-controllo, o studi di coorte o caso-controllo di alta qualità con bassissimo rischio di confounding e bias, o alta probabilità che l'associazione sia causale.
- 2+ Studi di coorte o caso-controllo ben condotti con basso rischio di confounding e bias, o moderata probabilità che l'associazione sia causale.
- 2 Studi di coorte o caso-controllo con alto rischio di confounding e bias, o significativa probabilità che l'associazione non sia causale.
- 3 Studi non analitici, per esempio descrizione di casi o serie di casi.
- 4 Opinione di esperti.

Grado di raccomandazione

- A Almeno una meta-analisi, revisione sistematica o studio randomizzato di livello 1++ e direttamente applicabile alla popolazione bersaglio, oppure una revisione sistematica di studi randomizzati od un corpo di evidenze consistenti principalmente di studi di livello 1+ direttamente applicabili alla popolazione bersaglio che dimostrino una complessiva coerenza nei risultati.
- B Un corpo di evidenze che include studi di livello 2++ direttamente applicabili alla popolazione bersaglio che dimostrino una complessiva coerenza nei risultati, oppure evidenze estrapolate da studi di livello 1++ o 1+.
- C Un corpo di evidenze che include studi di livello 2+ direttamente applicabili alla popolazione bersaglio che dimostrino una complessiva coerenza nei risultati, oppure evidenze estrapolate da studi di livello 2++.
- D Evidenze di livello 3 o 4, oppure evidenze estrapolate da studi di livello 2+.

ALLEGATO 2 - Documento congiunto degli Assessori alla Salute

Per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno
L'impegno delle Regioni italiane a quindici anni dalla Dichiarazione degli Innocenti

Firenze, 21 novembre 2005

Premessa

- La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia sancisce «il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile [...] con particolare attenzione per lo sviluppo delle cure sanitarie primarie»
- La "Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno", adottata dall'UNICEF e dall'OMS nel Luglio del 1990 a Firenze e sottoscritta da oltre 90 paesi del mondo, tra cui l'Italia
- La modifica del Titolo V della Costituzione Italiana che ha dato alle Regioni competenza sul diritto alla salute

Noi, Assessori regionali alla Salute di tutte le Regioni italiane e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, consapevoli dell'importanza della protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno, ci impegniamo a realizzare quanto segue:

1. Applicare nelle nostre Regioni e Province Autonome la "Dichiarazione degli Innocenti", in particolare:
 - a. sviluppando politiche regionali per l'allattamento materno, fissando degli obiettivi ed individuando degli indicatori che consentano di monitorare la loro attuazione;
 - b. istituendo un Comitato regionale/provinciale per l'allattamento al seno e nominando un coordinatore;
 - c. promovendo l'iniziativa OMS/UNICEF "Ospedali amici dei bambini", prestando una particolare attenzione a realizzare una piena sinergia con le strutture del territorio;
 - d. attuando il Codice Internazionale OMS/UNICEF sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno.
2. Promuovere a livello nazionale congiuntamente al Ministero la piena applicazione della "Dichiarazione degli Innocenti", attraverso:
 - l'istituzione di un Comitato nazionale multi- settoriale per l'allattamento al seno;
 - la nomina di un coordinatore nazionale per l'allattamento materno;
 - l'adeguamento al Codice Internazionale OMS/UNICEF sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno la normativa vigente.
3. Sviluppare tutte le possibili sinergie collaborando sul nostro territorio con l'UNICEF, e le altre Associazioni e ONG impegnate a diverso titolo nella protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno.

Firenze, 21 novembre 2005

Firmato
(lista degli Assessori Regionali alla Salute)

ALLEGATO 3 - Elenco dei Consulteri che offrono sostegno all'allattamento al seno in Regione Piemonte

ASL	Indirizzo	Telefono	Operatore	Giorni	Orario
1	VIA SAN SECONDO 29/BIS TORINO	011 5662342	INFERMIERA	LUN MAR MER GIO	9-12/13-16 08.00-12.00 9-11.30/13-16 09.00-12.00
1	VIA CANDIOLO 79 TORINO	011 6064923	ASS.SANITARIA	LUN GIO MER	9,30-11,30 9.30-11.30 13.30/15.30
1	CORSO CORSICA 55 TORINO	011 5665004	VIGILATRICE D'INFANZIA	LUN MAR GIO	14/15.45 14-15.45 14-15.45
1	VIA VENTIMIGLIA 112 TORINO	011 5665301	INFERMIERA PEDIATRA	LUN MER GIO	14-16 10.00-12.00 10-12 <i>spazio latte</i>
2	VIA MONTE ORTIGARA 95 TORINO	011 70954724	INFERMIERE	MAR MER GIO	8.30/11 13.30/15.30 13/15.30
2	VIA SPALATO15 TORINO	011 70954520	INFER PEDIATRICA	LUN MER VEN	13.30/15 9/11.30 10.30/12.30
2	VIA AVIGLIANA 33 TORINO	011 4308702	PEDIATRA E INF. PEDIATRA E INF. INFER.	LUN MER GIO	09./11.30 13.15.30 09.00 – 11.30
2	VIA POMA 2 TORINO	011 3111033	INFERMIERA INFERMIERA PEDIATRA+INF.	LUN MAR GIO	14.00 - 16.00 09.00 – 11.30 09.00 – 11.00
2	C.SO SEBASTOPOLI 262 TORINO	011 3249630	PEDIATRA E INF. INFERMIERA PED. PEDIATRA E INF.	MAR MER GIO	10.30/12.30 10.15/11.45 13.30/15.30
3	VIA PACCHIOTTI 4 TORINO	011 4395744	INFERMIERA	dal LUN al VEN	9.00/11.00
3	VIA SOSPELLO 139/3 TORINO	011 2205510	INF. PEDIATRICA MEDICO MEDICO	LUN MER GIO	13.30 – 15.30 13.00 – 15.30 9.00 – 12.30
3	VIA COPPINO 152 TORINO	011 2161603	INFERMIERA	dal LUN al VEN	9.00-11.00
4	VIA ABETI 16 TORINO	011 2622124	OSTETRICA	LUN MAR MER GIO	8,30-12 <i>app.</i> 11.15/18.45 <i>app.</i> 8,45/16.15 <i>app</i> 8,30/13.00 <i>app.</i> 14-16 <i>spazio latte</i> <i>accesso diretto</i>
5	GRUGLIASCO VIA LANZA 52	011 4017615	VIGILATRICE	LUN-MER ULT.MER MESE	09./12 9/12 <i>spazio aperto</i>
5	VIA OBERDAN 10 COLLEGNO	011 4017820	VIGILATRICE	MAR ULT. MAR MESE	8.30-12.00 <i>spazio aperto</i>
6	VIA BOCCIARELLI 2 LANZO	0123 301709	PUERICULTRICE	SU APPUNT.	

6	VIA MAZZINI 13 CIRIÈ	011 9217548	PUERICULTRICE INFERMIERA PEDIATRICA	SU APPUNT. MER	13.30-15.30
6	VIA SAVONAROLA 2 CASELLE	011 9976725	PUERICULTRICE INFERMIERA PEDIATRICA	SU APPUNT.	
6	P.ZZA DON AMERANO 1 MAPPANO	011 9968273	PUERICULTRICE	SU APPUNT.	
6	P.ZZA COSMA BORGARO	011 4211602	PUERICULTRICE	SU APPUNT.	
6	P.ZZA ANNUNZIATA 4 2°PIANO VENARIA	011 4991338 011 4991325	INFERMIERA PEDIATRICA OSTETRICA	LUN VEN	09.00-12.00 10.00-12.00
6	VIA MORANDI 7 DRUENTO	011 9844404 011 9670506	PUERICULTRICE	SU APPUNT.	
7	VIA BOLONGARA 20 CRESCENTINO	0161 833811	PEDIATRA	GIOV	15.30-16.30 <i>accesso libero</i>
7	VIA R. PARCO 64 SETTIMO T.SE	011 8212367	PEDIATRA	MER. VEN	11.30/12.30 <i>accesso libero</i>
7	VIA RORATELLA 22 GASSINO	011 9817215	PEDIATRA	MAR	13/14
7	VIA SPERANZA 31 SAN MAURO	011 8212434	PEDIATRA	LUN	12.00-13.00
8	VIA VITT.DI BOLOGNA,20 MONCALIERI	011 6824349	OSTETRICA INFERMIERA PED. PEDIATRA	GIOV. MAR.GIOV.VEN	10-12 <i>spazio aperto su appuntamento</i>
8	P.ZZA MAZZINI CHIERI	011 94293816 011 94293806	VIGILATRICE	MAR MER	13.30-15.30 14/15.30 <i>sp.aperto</i>
8	VIA JUVARRA, 55 - NICHELINO	011 6806842/3	OSTETRICHE	da LUN a VEN venerdì	08:30 - 16:30 10-12 spazio aperto
8	CONSULTORIO PEDIATRICO – POIRINO	011/9451288	VIGILATRICE PEDIATRA	VEN	10.30-12.00 <i>accesso libero</i>
8	CONSULTORIO PEDIATRICO -SANTENA	011/9494103	INFERM. PEDIATRICA	MAR GIOV	09.00-12.00 9-11,33
8	VIA C. FEA 6 CARIGNANO	011 9697273	OSTETRICA	LUN MER-GIO-VEN	13-16 09.00 –12.00
9	CONSULTORIO FAMILIARE BANCHETTE	0125 414576- 414530 414447	ASS.SANITARIA OSTETRICA	dal LUN	14/16 <i>accesso diretto</i>
9	VIA GRAMSCI 5 CUORGNÈ	0124 654174	OSTETRICA	GIOVEDI	14/16 <i>osp/Rivarolo</i>
10	C.SO LOMBARDINI 2 TORRE PELLICE	0121 235806 3355805695	PUERICULTRICE	MER	09.00 – 13.00
10	VIA ANICETO 7 PEROSA ARGENTINA	0121 233468 3355805584	PEDIATRA INFERMIERA	VEN	11.00 – 13.00 <i>consul.telef:8-16</i>
10	VIA M. RIBET 8 POMARETTO	0121 233468 3355805584	PEDIATRA INFERMIERA	MAR	14.30 – 16.00 <i>consul.telef:8-16</i>
10	FRAZ. RUA' PRAGELATO	0121 233468 3355805584	PEDIATRA INFERMIERA	GIO	10.30 – 12.30 <i>consul.telef:8-16</i>
10	VIA FENESTRELLE 72 PINEROLO	0121 233468 3355805695	PEDIATRA INFERMIERA	LUN	10.00 – 12.00 <i>consul.telef:8-16</i>
10	VIA ROMA 43 CAVOUR	0121 235977 3355805585	VIGIL. D'INFANZIA	MAR	09.00 – 11.00 <i>consul.telef:8-16</i>
10	VIA ROMA 11 VILLAFRANCA	0121/235977 3355805585	VIGIL. D'INFANZIA	GIO	14.00 –15.30 <i>consul.telef:8-16</i>
10	VIA VITTORIO VENETO 3 VIGONE	0121/235977 3355805585	VIGIL. D'INFANZIA	VEN	09.00 –11.00 <i>consul.telef:8-16</i>

10	VIA BOSELLI 19 CUMIANA	0121 235901 3355805688	VIGIL. D'INFANZIA	GIO	10.00 – 12.00 <i>consul.telef:8-16</i>
10	VIA ROMA 15 AIRASCA	0121/235955 3355805688	VIGIL. D'INFANZIA	LUN	10.00 – 12.00 <i>consul.telef:8-16</i>
13	CONSULTORIO BORGOMANERO	0322 844634 3475543498	OSTETRICA IBCLC	MAR	14-16 <i>consul..telefoniche</i>
14	CONSULTORIO S.ANNA VERBANIA	0323-541403	OSTETRICA	GIO	14-16 <i>accesso diretto</i>
14	CONSULTORIO OMEGNA	0323-868912	VIGILATRICE OSTETRICA	tutti i giorni consigli telefonici	09.00-12.00 14-16
14	CONSULTORIO DOMODOSSOLA	0324-491627	OSTETRICA	LUN-VEN GIO	14/16 <i>accesso diretto</i>
15	P..ZZA DON RAMAZZINA CARAGLIO	0171 619592	OSTETRICA	LUN GIO	08.00 – 12.30
15	P.ZZA DON R. VIALE BORGO SAN DALMAZZO	0171 267740	OSTETRICA ASSIST.SANIT.	MAR VEN	14/ 15.45 08.00 – 12.30
15	CORSO FRANCIA 10 CUNEO	0171 643902	OSTETRICA VIGILATRICE	MAR VEN	14.00 – 17.00 13.30 – 16.30
16	VIA FOSSANO 4 MONDOVI'	0174/550175	VIGILATRICE OSTETRICA	MER	9.00/11.00
17	VIA TORINO 143 SAVIGLIANO	0172/21936	INF.PROF. ASS.SANITARIA	MAR	09.00-12.00
17	CONSULTORIO FAM. P. EINAUDI SALUZZO	0175 215552	INF.PEDIATRICA	MAR VEN	13.30–16.30 10.00 – 12.30
17	VIA BAVA 42 FOSSANO	0172 699244	OSTETRICA, I.P. ASS.SANITARIA	MAR su appunt. GIO	14.00-15.30 09.00-12.00
17	BAGNOLO C.SO VITTORIO EMAN.32	0175-215552	INF.PEDIATRICA	LUN	14/15
17	BARGE VIA OSPEDALE 1	0175-215552	INF.PEDIATRICA	LUN	15./16.
17	VERZUOLO	0175-215552	INF.PED.	LUN	09.00-10.00
19	VIA BARACCA 21 ASTI	0141 211340 0141 212981	OSTETRICA	MER GIO	15-17.30 9-12.30
21	P.ZZA S. DOMENICO 4 CASALE	0142/434956	OSTETRICA	MER	9-10 <i>consulenza</i> 10/12 <i>gr.sostegno</i>
21	VIA ZUFFI ,5 VALENZA	0131 922801/84 338/9614854	ASSIST.SANIT PEDIATRA/LLL	MAR	9. – 11
22	VIA PAPA GIOV. XXIII 1 NOVI LIGURE	0143/332610-40	OSTETRICA	LUN VEN	09.00 – 10.00
22	VIA ALESSANDRIA 1 ACQUI TERME	0144777471	VIGILATRICE OSTETRICA	MAR	10.00/12.00
22	VIA LIBARNA ARQUATA SCRIVIA	0143 636030 0143 636129	OSTETRICA / INF. PEDIATRICA	MER GIO	9.30 – 11.30 9.30 – 11.30

ALLEGATO 4 - Raccomandazioni Regionali per l'attivazione e l'offerta attiva dei Punti di sostegno all'AM e per la creazione della rete dipartimentale.

Per "**Punto di sostegno all'allattamento**" si intende un luogo in cui le mamme possono trovare risposte a problemi legati all'allattamento da parte di personale aggiornato sul tema e/o da altre mamme con esperienza analoga.

I requisiti minimali per poter essere riconosciuto come P.di Sostegno sono:

- Disponibilità, per tutto l'orario di apertura del servizio, alla **consulenza telefonica** per le mamme in difficoltà sull'AM.
- "**Spazio aperto**" per le mamme almeno 2 ore alla settimana con la presenza di personale formato, per favorire la creazione di gruppi di sostegno tra mamme.
- Disponibilità, per tutto l'orario di apertura, alla **consulenza per problemi "urgenti"** con modalità concordate in base all'organizzazione del servizio.

Per gli orari e i giorni di chiusura del consultorio vanno stabilite delle modalità di accesso al Punto Nascita di riferimento per i casi non dilazionabili (mastite, ingorgo mammari. ecc)

Quando il sostegno non può essere attivato sul territorio, è il Punto Nascita a garantire la disponibilità per le mamme in allattamento con le modalità sopraesposte e per tutta la durata dell'allattamento (quindi anche oltre i limiti dell'età neonatale).

I Punti Nascita, al momento della dimissione del neonato, devono dare ai genitori, utilizzando la pagina apposita dell'agenda di salute, le informazioni sui Punti di sostegno presenti nell'ASL di residenza e inviarvi direttamente (possibilmente con appuntamento già fissato) le mamme in difficoltà.

Ogni ASL deve fornire ai Pediatri di famiglia l'elenco dei Punti di sostegno presenti nei Consultori o nel Punto Nascita affinché possano instaurare con gli operatori un rapporto di collaborazione inviando loro le mamme che richiedono un sostegno particolare.

Ogni Punto di sostegno dovrebbe avere a disposizione almeno una psicologa e una psichiatra, con formazione di base sull'allattamento, cui far riferimento per le mamme con sospetta depressione post-parto.

ALLEGATO 5 - Il Codice internazionale sulla Commercializzazione dei sostituti del latte materno

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) esorta a promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento al seno esclusivo per sei mesi e continuato, con l'aggiunta di altri alimenti, fino a due anni e oltre (Risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità, AMS 54.2 del 2001, approvata anche dall'Italia). Nel 1981 l'Assemblea Mondiale della Sanità ha approvato il **Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno**, per assicurare ai bambini una nutrizione sicura ed adeguata, proteggendo l'allattamento al seno da pratiche inappropriate di commercializzazione e distribuzione dei sostituti del latte materno.

Il **codice** è un regolamento internazionale costituito inizialmente da 11 articoli e continuamente aggiornato con "risoluzioni" ogniqualvolta si renda necessario chiarire dei punti, fronteggiare nuove strategie commerciali o aggiornare i dati relativi alla ricerca scientifica

È **internazionale** perché, anche se nato per tutelare l'allattamento nei paesi più poveri dove i rischi dell'allattamento artificiale sono più tragiche, ha comunque un valore universale.

L'OMS stima che 1,5 milioni di bambini muoiano ogni anno di diarrea perché non vengono allattati: ogni 30 secondi muore un bambino a causa dell'uso del biberon in condizioni non igieniche, milioni di bambini si ammalano seriamente. Infatti, spesso l'acqua utilizzata per diluire il latte in polvere non è potabile, in condizioni di povertà è praticamente impossibile sterilizzare biberon e tettarelle, le confezioni hanno un costo altissimo (a volte raggiungono o superano metà della stipendio familiare causando quindi denutrizione anche negli altri membri della famiglia) e le madri, nel tentativo di far durare di più il latte artificiale, diluiscono troppo la polvere così che il bebè finisce per non ricevere tutto il nutrimento di cui ha bisogno.

Si riferisce alla **commercializzazione** perché uno dei principali ostacoli all'allattamento al seno è rappresentato dalle sconsiderate politiche di marketing messe in atto dalle ditte produttrici di alimenti per l'infanzia che effettuano campagne pubblicitarie rivolte non solo alle famiglie, ma anche agli operatori sanitari tramite donazioni di materiale e forniture di latte in polvere per i reparti ospedalieri.

Il Codice si applica a tutti i **sostituti** del latte materno, i cosiddetti "alimenti per lattanti" (inclusi i cosiddetti latti speciali), i latti di proseguimento e di crescita, alimenti e bevande complementari indicati per un'età inferiore ai sei mesi, biberon e tettarelle.

Il Codice non vieta l'uso né la vendita di tali prodotti, ma pone delle restrizioni alla loro commercializzazione, in modo che nessun sostituto sia reclamizzato o promosso mediante sconti, offerte speciali, campioni gratuiti, forniture gratuite agli ospedali, etc.

Gli articoli e le risoluzioni del codice sono frutto di trattative con le aziende produttrici di sostituti del latte materno che hanno partecipato alla stesura del codice accettandolo come standard minimo universale

Tutti gli Stati membri dell'OMS si sono impegnati a vigilare sull'applicazione del Codice, ma a tutt'oggi solo 27 paesi hanno leggi che rispecchiano il Codice nella sua interezza; molti altri, tra cui tutti i paesi dell'UE, ne hanno recepito solo alcune raccomandazioni; i rimanenti, tra i quali gli Stati Uniti d'America cui gli USA, non hanno ancora fatto nulla.

La versione integrale del codice è disponibile on line sul sito del Ministero della salute al seguente link http://www.ministerosalute.it/alimenti/resources/documenti/nutrizione/commercializzazione_sostituti_latte.pdf

Allegato 6 - Promozione a tutela dell'allattamento al seno

Circolare n. 16 del 24 ottobre 2000 del Ministero della Sanità pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale N. 263 del 10 Novembre 2000

Il recente provvedimento dell'Autorità garante per la concorrenza ed il mercato ("Latte artificiale per neonati" n. 8087 del 2 marzo 2000), ha evidenziato dei meccanismi realizzati da alcune aziende produttrici di latti artificiali in occasione delle forniture ai reparti di maternità di ospedali e cliniche.

Come noto, il settore dei sostituti del latte materno è disciplinato dal decreto ministeriale 6 aprile 1994, n. 500, che fissa i requisiti di produzione, etichettatura e commercializzazione degli stessi, in attuazione della direttiva n. 91/321 dell'Unione europea.

La prioritaria esigenza di promuovere l'allattamento al seno ha indotto a definire alcune specifiche disposizioni normative (articoli 6, 7 e 8 del sopracitato decreto) volte a tutelare tale pratica e ad impedire che attraverso qualunque forma di promozione commerciale la mamma possa essere dissuasa dall'allattare al seno il proprio bambino.

Premesso quanto sopra, si invitano codesti assessorati a vigilare affinché non si verificano situazioni che in qualunque momento possano interferire negativamente sull'allattamento al seno, adoperandosi affinché:

- i reparti di maternità favoriscano l'adozione e la prosecuzione dell'allattamento al seno, attuando i più efficaci modelli organizzativi proposti al riguardo;
- vengano acquisite in condizioni di correttezza, trasparenza, e al pari delle altre forniture di beni necessari, le quantità di sostituti del latte materno strettamente necessarie, da commisurare sulla media dei neonati che non possono essere allattati al seno;
- al momento della dimissione non vengano forniti in omaggio prodotti o materiale in grado di interferire in qualunque modo con l'allattamento al seno. **Le stesse lettere di dimissioni per i neonati non devono prevedere uno spazio predefinito per la prescrizione del sostituto del latte materno equiparandolo ad una prescrizione obbligatoria;**
- eventuali donazioni di materiali e attrezzature, da parte di aziende produttrici a strutture sanitarie avvengano nel rispetto dell'art. 8 del decreto ministeriale n. 500/1994 e non siano in alcun modo legate alla prescrizione di sostituti.

Per verificare la situazione nazionale sull'incidenza dell'allattamento al seno al momento della dimissione, si invitano codesti assessorati a realizzare un apposito monitoraggio presso i reparti di maternità e a trasmettere i dati a questo Ministero

Si ringrazia per la collaborazione. Roma, 24 ottobre 2000

Il Ministro: Veronesi

ALLEGATO 7 Pagine Agenda di Salute sull'allattamento

	PESO nudo g	VIT. K	Alimentazione				BdS	Vaccini
			LM	LA	LM+LA	Svezzam		
nascita								
7 giorni								
2 sett.							1°	
3 sett.								
4 sett.								
5 sett.								
6 sett.								
7 sett.								
8 sett.								
9 sett.							2°	
10 sett.								
11 sett.								
12 sett.								
13 sett.								
4° mese							3°	
5° mese								
6° mese								
7° mese								
8° mese							4°	
9° mese								
10° mese							5°	
11° mese								
12° mese								

La tabella è stata inserita nel capitolo "Alimentazione/crescita" dell'Agenda di Salute, con l'invito alla mamma di tenerla aggiornata in occasione della pesata settimanale.

Le pagine dell'Agenda di Salute relative alla informazioni di base, fornite alla mamma ed ai pediatri del Percorso Crescita, sulle modalità di allattamento durante la degenza al PN sono state modificate nel corso degli anni coerentemente con lo sviluppo del Progetto. Mentre la prima edizione conteneva informazioni sia sull'avvio dell'allattamento al seno che sull'eventuale utilizzo di quello artificiale, nella versione attualmente in uso non si fa menzione del latte artificiale da considerare, anche a seguito delle disposizioni ministeriali, alla stregua di un medicinale da prescrivere solo ed unicamente in caso di necessità e non come viatico per una uscita "tranquilla" dal Punto Nascita.

ALLEGATO 8 - Decreto Ministro Sirchia 5 aprile 2005

Gazzetta Ufficiale N. 78 del 5 Aprile 2005

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 22 febbraio 2005, n.46

Regolamento recante norme per la pubblicità dei prodotti sostitutivi del latte materno - Modifica dell'articolo 7 del decreto del Ministro della sanità

6 aprile 1994, n. 500.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELLE ATTIVITA' PRODUTTIVE

Visto il decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 111, relativo alla attuazione della direttiva 89/398/CEE, concernente i prodotti alimentari destinati ad una alimentazione particolare;

Visto il Regolamento 6 aprile 1994, n. 500, di recepimento delle direttive della Commissione 91/321/CEE del 14 maggio 1991 sugli alimenti per lattanti e alimenti di proseguimento, e 92/52/CEE del 18 giugno 1992 sugli alimenti per lattanti e alimenti di proseguimento destinati all'esportazione verso Paesi terzi, e successive modificazioni;

Visto il decreto del Ministro della sanità 27 febbraio 1996, n.209 concernente «Disciplina degli additivi alimentari consentiti nella preparazione e per la conservazione delle sostanze alimentari, in attuazione delle direttive 94/34/CE, 94/35/CE, 94/36/CE, 95/2/CE e 95/31/CE»;

Visto il decreto ministeriale 21 marzo 1973, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 104 del 20 aprile 1973 e sue successive modificazioni, concernente la disciplina igienica degli imballaggi, recipienti, utensili destinati a venire in contatto con le sostanze alimentari o con sostanze d'uso personale;

Visto il decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 109, relativo alla attuazione delle direttive 89/395/CEE e 89/396/CEE, concernenti l'etichettatura, la presentazione e la pubblicità dei prodotti alimentari;

Visto il decreto legislativo 19 marzo 1996, n. 241 concernente disciplina sanzionatoria delle direttive 91/321/CEE e 92/52/CEE, in materia di alimenti per lattanti e alimenti di proseguimento;

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Ritenuta la necessità di introdurre alcune disposizioni più restrittive, concernenti la pubblicità degli alimenti per lattanti, in particolare utilizzando la facoltà, espressamente attribuita agli Stati membri, dall'articolo 8, paragrafo 1, della citata direttiva 91/321/CEE del 14 maggio 1991, di limitare o vietare la pubblicità degli alimenti per lattanti;

Ritenuta altresì la necessità di dare la massima divulgazione dei listini dei prezzi degli alimenti per lattanti consigliati dalle ditte produttrici, e di quello che, effettivamente, il consumatore dovrà pagare, in attuazione di quanto dispone l'articolo 9, paragrafo 1 della direttiva 91/321/CEE del 14 maggio 1991;

Udito il parere del Consiglio di Stato espresso dalla sezione consultiva per gli atti normativi nella adunanza del 10 gennaio 2005;

Sentita la Conferenza Stato-Regioni;

Vista la comunicazione al Presidente del Consiglio dei Ministri, a norma del comma 3 dell'articolo 17 della citata legge 23 agosto 1988, n. 400;

Adotta il seguente regolamento:

Art. 1.

Disposizioni concernenti la pubblicità e la vendita degli alimenti per lattanti

1. Al regolamento 6 aprile 1994, n. 500, sono apportate le seguenti modifiche:

a) l'articolo 7 È sostituito dal seguente:

«Art. 7 (Pubblicità alimenti per lattanti). - 1. È fatto divieto:

a) di ogni forma pubblicitaria degli alimenti per lattanti, ivi comprese quelle su riviste scientifiche, pubblicazioni specializzate in puericoltura, in occasione dello svolgimento di convegni, congressi, stand ed esposizioni, negli studi medici, nei punti di vendita, nonché attraverso il materiale informativo e didattico;

b) di ogni forma di distribuzione di campioni gratuiti o a basso prezzo o di altri omaggi di alimenti per lattanti alle donne incinte, alle madri e ai membri delle famiglie, direttamente o indirettamente attraverso il sistema sanitario, ovvero attraverso i medici e gli informatori sanitari;

c) di donazioni di qualsiasi forma e tipo e di forniture gratuite di alimenti per lattanti e di attrezzature a istituzioni, figure professionali o altre organizzazioni preposte alla nascita e alla cura del lattante;

d) di ricorrere ad altri sistemi diretti e indiretti, ivi compresi la sponsorizzazione e il contributo economico di qualsiasi genere e in qualsiasi forma alla organizzazione o alla partecipazione a congressi e manifestazioni scientifiche - fatta eccezione per i congressi proposti dalle società scientifiche accreditate e autorizzati dal Ministero della salute finalizzati a promuovere la vendita degli alimenti per lattanti direttamente presso il consumatore nella fase del commercio al dettaglio, che comprende la vendita a domicilio o per corrispondenza, le esposizioni speciali, la concessione di buoni sconto, le vendite speciali, le vendite promozionali e le vendite abbinate al prodotto;

e) di attribuire il riconoscimento di crediti formativi per l'Educazione Continua in Medicina (ECM) per gli operatori sanitari che partecipano agli eventi formativi organizzati con il contributo, a qualsiasi titolo, da parte delle aziende che producono o commercializzano prodotti sostitutivi del latte materno.

2. Le Aziende sanitarie, per far fronte ai bisogni per uso interno per i neonati che necessitano di una totale o parziale alimentazione con prodotti sostitutivi del latte materno, provvedono all'acquisto diretto di tali prodotti, con particolare attenzione alla tutela economica dell'utente anche nella fase successiva alla dimissione ospedaliera.

3. Il Ministero della salute promuove campagne sulla corretta alimentazione del lattante.

4. Le Regioni e le Province autonome promuovono e sostengono la pratica dell'allattamento al seno mediante azioni volte a:

a) migliorare l'organizzazione dei servizi e orientare il comportamento degli operatori sanitari impegnati nell'assistenza al "percorso nascita";

b) diffondere adeguate informazioni sui benefici dell'allattamento materno;

c) realizzare sistemi di osservazione e di monitoraggio sulla diffusione della pratica dell'allattamento al seno, sia in termini di prevalenza che di durata, per fornire raccomandazioni utili sulla base delle indicazioni convalidate a livello internazionale, promuovere interventi formativi, sostenere e coordinare le iniziative di promozione e di educazione sanitaria;

- d) contrastare ogni forma di pubblicità occulta e di comportamenti ostativi alla pratica dell'allattamento materno;
- e) disciplinare le visite degli informatori scientifici dell'industria che produce e/o commercializza prodotti sostitutivi del latte materno presso gli ospedali e gli studi medici.»;

Dopo l'articolo 8, è inserito il seguente:

«Art. 8-bis (Vendita alimenti per lattanti)

1. Il listino dei prezzi delle imprese produttrici di alimenti per lattanti, finalizzato esclusivamente a diffondere informazioni, oggettive e adeguate sulla alimentazione dei neonati, incluse le conseguenze sociali e finanziarie dell'uso di tali prodotti, deve essere comunicato al Ministero della salute e al Ministero delle attività produttive.

Il presente regolamento, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Roma, 22 febbraio 2005

Il Ministro della salute

Sirchia

Il Ministro delle attività produttive

Marzano

Visto, il Guardasigilli: Castelli

Allegato 9

Revisione Enkin relativamente alle prassi che interferiscono con l'avvio dell'allattamento materno

Nella revisione Enkin relativamente alle prassi che interferiscono con l'avvio dell'allattamento sono valutate come:

Prassi assistenziali utili

Supporto coerente alle madri che allattano al seno

Supporto personale da parte di operatori esperti per le madri che allattano al seno

Allattamento al seno senza restrizioni

Prassi probabilmente utili

Incoraggiare il contatto madre-figlio al più presto possibile

Consigli coerenti alle neo-mamme

Sostegno psicologico per le donne con depressione post partum

Incoraggiare l'allattamento al seno il più presto possibile purchè la madre e il bambino siano pronti

Aiuto di una persona esperta alla prima poppata

Posizionamento corretto del bimbo al seno

Flessibilità nelle pratiche di allattamento al seno

Antibiotici per la mastite infetta nelle donne che allattano al seno

Servizio telefonico di consigli ed informazioni dopo le dimissioni

Prassi che probabilmente non sono utili

Cure antenatali del seno o del capezzolo per le donne che progettano di allattare al seno

Paracapezzoli per le donne che allattano

Interrompere la poppata prima che il bambino termini spontaneamente di succhiare

Ossitocina per l'ingorgo mammario

Antibiotici per l'ingorgo mammario localizzato = stasi di latte

Interrompere l'allattamento in caso di ingorgo mammario localizzato

Prassi probabilmente inutili o dannose

Restrizione di routine del contatto madre-figlio

Sistemazione di routine in una nursery dei neonati in ospedale

Limitazione del tempo della poppata nell'allattamento al seno

Creme e unguenti per il capezzolo per le madri che allattano

Supplementare di routine con acqua o latte artificiale i bimbi allattati al seno

Dare campioni di latte artificiale alle mamme che allattano al seno

Incoraggiare l'assunzione di liquidi oltre le richieste del corpo per le madri che allattano al seno

Pesare i neonati dopo la poppata



Regione Piemonte
Assessorato alla tutela della salute e sanità
Direzione programmazione sanitaria

Fonte dati: Regione Piemonte, Assessorato alla tutela
della salute e sanità

Curato da: M. Maspoli, Ufficio Materno Infantile,
Direzione programmazione sanitaria,
Assessorato alla tutela della salute e sanità

Elaborato da: P. Ghiotti

MP. Morgando

MC. Bessè

© Regione Piemonte - maggio 2007