

ALLATTAMENTO AL SENO: PREVALENZE, DURATA E FATTORI ASSOCIATI IN DUE INDAGINI CONDOTTE DALL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (2008-09, 2010-11)*

Laura Lauria, Angela Spinelli, Anna Lamberti, Marta Buoncristiano, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi e Michele Grandolfo
 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

SUMMARY (*Breastfeeding: prevalences, duration and associated factors from two Italian surveys - 2008 and 2011*) - Two population sample surveys were conducted in 25 Italian Local Health Units which participated to a maternal care follow up program focusing on women's empowerment to improve breastfeeding. Overall, prevalence of exclusive breastfeeding at discharge and at 3 months was respectively 60.8% and 49.3%; whilst prevalence of breastfeeding at 6 and 12 months was 56.7% and 32.5%. Women participation in antenatal classes (AC) and counselling in puerperium (CP) showed a positive effect on exclusive breastfeeding at 3 months: OR(AC) = 1,36 (IC 95%:1,21-1,53) and OR(CP) = 1,58 (IC 95%:1,06-2,34), as well as on the other breastfeeding indicators. As for the intervention, a positive effect on maternal care and breastfeeding was found out, in particular a reduction of exclusive breastfeeding interruption risk between the two surveys: HR = 0,86 (IC 95%: 0,80-0,92), particularly concentrated within the first month of life from 24.9% to 17.1%. Results suggest that women empowering interventions represent a successful strategy.

Key words: breastfeeding; maternal health services; health promotion

laura.lauria@iss.it

Introduzione

È ormai una certezza consolidata sulla base di prove scientifiche che l'allattamento al seno, esclusivo fino a 6 mesi e prolungato anche oltre i due anni se la mamma e il bambino lo desiderano, produca migliori esiti di salute per entrambi (1). Perché questo obiettivo sia raggiunto è necessario che i servizi sociosanitari operino in modo da promuovere e sostenere le competenze della mamma e del bambino. Nell'ambito del percorso nascita molte sono le circostanze e le azioni che possono favorire od ostacolare l'avvio corretto e il proseguimento dell'allattamento al seno.

Ripetute indagini condotte negli ultimi 20 anni mostrano che il 95% delle donne desidera allattare al seno (2-4). Ciò nonostante, è improbabile che si possano ottenere risultati ed esiti significativi nella promozione dell'allattamento materno se nel percorso nascita si opera con gli eccessi di medicalizzazione presenti in Italia. Questi, oltre a rappresentare indebiti eccessi di spesa e peggiori esiti di salute, hanno l'effetto di indurre nella donna senso di incompetenza a con-

durre la gravidanza, a travagliare e a partorire e, di conseguenza, a gestire il puerperio con la capacità autonoma di controllo sul proprio stato di salute, come invece raccomanda la Carta di Ottawa (5). Nello specifico, viene ostacolato l'avvio corretto dell'allattamento al seno, prognostico del suo proseguimento nel tempo. Pertanto, la percentuale di mamme allattanti al seno in modo esclusivo alla dimissione, a tre e sei mesi, oltre alla percentuale di allattanti comunque al seno a un anno di vita, rappresentano indicatori di esito validi non solo per lo specifico ma anche più in generale per indicare la qualità dell'insieme dei servizi sociosanitari: bassi valori rappresentano *disempowerment* e bassa qualità. In generale, la centralità strategica del percorso nascita risiede nella possibilità di sviluppare con il più alto rendimento attività di promozione della salute, non solo perché si ha a che fare nella maggioranza dei casi con fenomeni fisiologici, ma soprattutto perché si ha in assoluto la maggiore disponibilità a riconsiderare il proprio modo di vivere, per assicurarsi il migliore successo

dell'impresa che si è deciso di vivere. Le donne smettono di fumare, si interrogano sull'alimentazione e la migliorano, giusto per fare degli esempi. Per inciso va detto che le nostre ricerche indicano che l'allattamento al seno è un potente fattore protettivo dalla ripresa del fumo: più prolungato è l'allattamento, più lungo il periodo di astensione, maggiore la probabilità di smettere definitivamente di fumare (6). La persistenza dell'allattamento al seno rappresenta un'espressione di capacità autonoma di controllo sulla salute, pertanto se l'insieme dei servizi sociosanitari contribuisce a favorire o inibire l'espressione di tale competenza, la qualità degli indicatori sull'allattamento rappresenta il livello di qualità di tutto il percorso nascita e, vista la sua centralità strategica, il livello di qualità dei servizi sanitari e, di conseguenza, della civiltà di un Paese.

Le più recenti politiche nazionali, rappresentate dal Piano di Prevenzione approvato dalla Conferenza Stato Regioni, finalizzato alla promozione e al miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza ►

(*) La ricerca è stata finanziata dal Ministero della Salute nell'ambito del Programma "Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi" (Capitolo 4393/2006-CCM)

degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo (7) e dal programma Guadagnare Salute (8), identificano la promozione dell'allattamento al seno come azione strategica di sanità pubblica, coerentemente con quanto stabilito nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) (9), nel cui contesto sono state condotte le indagini qui riportate.

L'obiettivo di questo studio è quello di descrivere le prevalenze di allattamento al seno fino a un anno dal parto e l'associazione con la partecipazione a corsi di accompagnamento alla nascita in gravidanza e a gruppi di sostegno all'allattamento in puerperio, che rappresentano importanti specificità di un percorso assistenziale operante nell'ottica dell'attivazione di processi di *empowerment*, secondo i principi del POMI.

Metodi

Nell'ambito del progetto "Il percorso nascita: valutazione e promozione della qualità di modelli operativi", cui hanno volontariamente aderito 25 ASL, con una popolazione target di circa 50.000 donne (corrispondenti al numero di nuovi nati ogni anno), è stata condotta nel 2008-09 un'indagine campionaria di popolazione su partorienti intervistate subito dopo il parto e a 3, 6 e 12 mesi dal parto. L'indagine è stata ripetuta con le stesse modalità a un anno di distanza e contestualmente, in ciascuna ASL e con il supporto dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), è stata avviata un'attività di formazione del personale e di promozione della qualità del modello assistenziale attraverso interventi di tipo organizzativo, comunicativo e informativo, improntati su modalità di offerta attiva e relativi all'assistenza durante la gravidanza e il puerperio. In particolare, sono stati organizzati presso l'ISS corsi di formazione per il personale delle ASL, partecipanti al progetto, coinvolto nell'organizzazione e nella conduzione dei corsi di accompagnamento alla nascita. A ciascuna ASL è stato raccomandato di reclutare tutte le donne residenti nel proprio territorio che partorivano in un periodo di tempo sufficiente per ottenere almeno 120 parti. Le donne sono state intervistate da personale precedentemente addestrato con l'ausilio di un questionario. Per garantire rappresentatività, le analisi (stima delle prevalenze di allattamento al seno, indicatori assistenziali e modelli di regressione logistica per la valutazione delle associazioni), realizzate sulla base

dei dati di entrambe le indagini, sono pesate con il reciproco della frazione di campionamento; inoltre, per avere indicazioni sull'efficacia delle attività implementate, vengono riportati i risultati di analisi non pesate (percentuali di donne che allattano al seno nelle due indagini e il modello di regressione di Cox per la valutazione della durata di allattamento esclusivo al seno). Tutte le analisi tengono conto della struttura autocorrelata dei dati. Per i confronti degli indicatori si è utilizzata la statistica F corretta (*design-based*) di Pearson.

Risultati

Sono state reclutate 6.942 partorienti, di cui 3.531 nella prima indagine e 3.411 nella seconda, con un tasso di rispondenza del 95%. Questo è stato dell'85%, 82% e 78%, rispettivamente a 3, 6 e 12 mesi. Tra la prima e la seconda indagine risultano migliorati gli indicatori assistenziali in gravidanza (partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita dal 35,3% al 39,7%, $p = 0,007$) e nel puerperio (partecipazione a gruppi di sostegno dall'11,2% al 12,9%, $p = 0,455$, a incontri di auto aiuto tra mamme dal 16,4% al 18,4%, $p = 0,118$ e offerta di visita domiciliare dal 59,5% al 73,8%, $p = 0,035$), mentre sono rimasti stabili gli indicatori ospedalieri favorevoli all'allattamento al seno: *rooming-in* (56%), attacco al seno entro 2 ore dal parto (57%), contatto pelle-pelle (69%). Risulta invece in diminuzione la pratica, altamente ostativa il proseguimento dell'allattamento al seno, della consegna di una prescrizione per il latte formulato, anche nel caso di mamma allattante al seno in modo esclusivo o predominante alla dimissione, dal 10,1% al 6,9%, $p = 0,104$.

Le prevalenze (percentuali pesate complessivamente sulle due rilevazioni) di allattamento esclusivo al seno, 60,8% al parto, 49,3% a 3 mesi e 6,5% a 6 mesi, sono decisamente basse rispetto a quanto raccomandato (Figura). A 6 mesi e a 12 mesi di follow up risulta particolarmente elevata la prevalenza di donne che non ha mai allattato o non allatta più al seno, 43,3% e 67,5%.

In gravidanza la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita è fattore associato a più alte prevalenze di allattamento al seno: esclusivo subito dopo il parto 64,3% vs 57,1% OR = 1,35 (IC 95%: 0,99-1,85); esclusivo a 3 mesi 55,5% vs 42,2% OR 1,36 (IC 95%: 1,21-1,53); comunque al seno a 12 mesi 36,5% vs 26,7% OR = 1,42 (IC 95%: 1,18-1,72).

Tendenzialmente, l'effetto della partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita risulta più evidente a distanza che non alla dimissione, quando cioè i fattori che caratterizzano il centro nascita sono dominanti e quasi mai sotto il diretto controllo della donna.

Altri fattori, quali l'avvio corretto dell'allattamento, fondamentale per l'affermarsi del senso di competenza della mamma e, soprattutto del bambino, il contatto pelle-pelle, l'attacco al seno entro le 2 ore, il parto vaginale senza anestesia, l'osservazione della poppata in aggiunta al *counselling*, il *rooming-in* di 24 ore, si confermano, rispetto a quanto indicato nella letteratura scientifica, essere tutti fattori associati a più alte prevalenze di allattamento al seno alla nascita e a distanza.

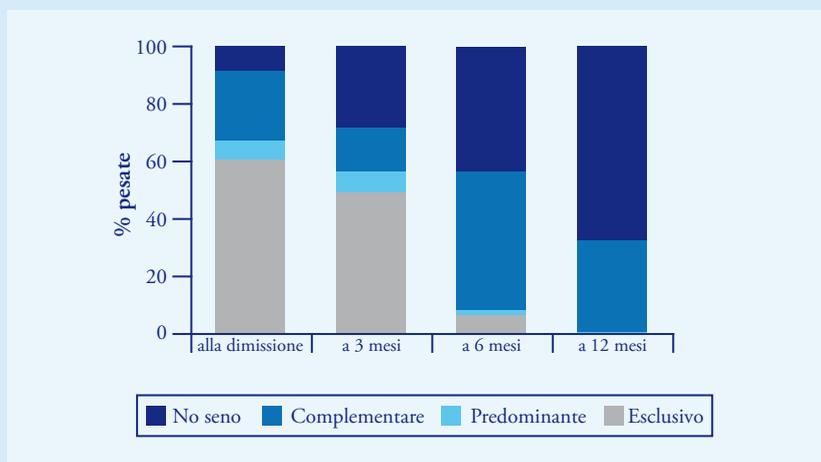


Figura - Modalità di allattamento al seno alla dimissione e al follow up. Indagini 2008-09 e 2010-11

Tabella - Allattamento al seno (% non pesate) alla dimissione e al follow up nelle due indagini

Modalità di allattamento al seno	Al parto*		A 3 mesi		A 6 mesi		A 12 mesi	
	Prima indagine**	Seconda indagine***						
Esclusivo	59,9	63,9	50,8	53,3	9,1	7,4	0,6	0,5
Predominante	11,9	7,8	7,2	6,9	1,9	1,4	0,2	0,1
Complementare	20,0	20,5	14,3	14,2	46,5	50,6	31,0	37,1
No seno	8,1	7,8	27,8	25,6	42,5	40,6	68,2	62,3

(*) Nelle 24 ore precedenti l'intervista realizzata in genere entro 3-4 giorni dal parto; (**) Prima indagine: 2008-09; (***) Seconda indagine: 2010-11

Durante il puerperio la partecipazione a gruppi di sostegno è associata a più alte prevalenze di allattamento al seno: esclusivo a 3 mesi 55,5% vs 47,2% OR = 1,58 (IC 95%: 1,06-2,34); allattamento al seno a 12 mesi 41,7% vs 31,1% OR = 1,40 (IC 95%: 1,02-1,92).

Dall'osservazione delle differenze tra le due indagini nelle modalità di allattamento, si rileva una tendenza al miglioramento; in particolare aumenta leggermente l'allattamento esclusivo al seno subito dopo il parto e a 3 mesi e l'allattamento comunque al seno a 6 e a 12 mesi (p = 0,009) (Tabella).

L'analisi condotta sulle donne che hanno dichiarato, all'intervista dei 12 mesi, di aver allattato per un periodo in modo esclusivo al seno, 1.961 e 1.708 rispettivamente nella prima e nella seconda indagine, ha rilevato come la durata dell'allattamento sia aumentata nella seconda indagine grazie soprattutto alla diminuzione delle donne che hanno interrotto l'allattamento esclusivo entro il primo mese dal parto, dal 24,9% al 17,1%. I risultati del modello di regressione di Cox, oltre a confermare l'effetto indipendente positivo della partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita e dei gruppi di sostegno, rilevano una riduzione significativa del rischio di interruzione di allattamento esclusivo al seno nella seconda indagine: *hazard ratio* = 0,86 (IC 95%: 0,80-0,92).

Discussione e conclusioni

I principali aspetti emersi dallo studio sono sintetizzabili nei seguenti punti:

- sono ancora basse le prevalenze di allattamento al seno secondo le modalità e i tempi raccomandati. Si registra una tendenza ad anticipare lo svezzamento;
- i corsi di accompagnamento alla nascita in gravidanza e i gruppi di sostegno in puerperio, fattori che

tendono a far emergere le competenze delle donne, così come le pratiche ospedaliere già riconosciute favoriti l'allattamento al seno, si confermano essere fattori positivamente associati con l'allattamento al seno;

- tra la prima e la seconda indagine si è rilevato un miglioramento sia negli indicatori assistenziali in gravidanza e nel puerperio che negli indicatori relativi l'allattamento al seno, ma non negli indicatori ospedalieri.

I limiti di questo studio riguardano la non standardizzazione di tutte le attività implementate dal momento che ciascuna ASL partecipante al progetto ha agito secondo le proprie possibilità e sensibilità e con una tempistica che non ha sempre rispettato la temporalità tra implementazione delle attività ed esecuzione della seconda indagine. Le attività implementate hanno riguardato soprattutto la formazione del personale e l'organizzazione dei servizi, in particolare quelli consultoriali, in un'ottica di offerta "attiva" e di *empowerment*. Nonostante i limiti segnalati che rendono difficile una piena valutazione dell'efficacia degli interventi, i risultati di questo studio confermano come puntare sul miglioramento delle competenze delle donne sia una strategia vincente. ■

Ringraziamenti

Si ringrazia il Gruppo di lavoro sul Percorso Nascita.

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva: WHO, Division of Child Health and Development; 1998. (WHO/CHD/98.9).

2. Lauria L, Andreozzi S (Ed.). *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Rapporti ISTISAN 11/12).
3. Grandolfo M, Donati S, Giusti A. Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali (www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf).
4. Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, et al. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Ann Ist Super Sanità* 1999;35(2):289-96.
5. The Ottawa Charter for Health Promotion. International Conference on Health Promotion, 17-21 November 1986. Ottawa, Ontario (Canada).
6. Lauria L, Lamberti A, Grandolfo M. Smoking behaviour before, during, and after pregnancy: the effect of breastfeeding. *ScientificWorld Journal* 2012;2012:154910.
7. Italia. Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". (Rep. Atti n. 137/CU) (11A00319). *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 13, 18 gennaio 2011.
8. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 4 maggio 2007. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. *Gazzetta Ufficiale* n. 117, 22 maggio 2007.
9. Ministero della Sanità. Decreto ministeriale del 24 aprile 2000. Progetto Obiettivo Materno Infantile. *Gazzetta Ufficiale* n. 131 Suppl. Ord. n. 89, 7 giugno 2000.

NOTA EDITORIALE

Leonardo Speri

Azienda ULSS 20, Verona

Responsabile dei Progetti per l'Allattamento della regione Veneto

Ci sono due cose che non dovrebbero essere più, e da tempo, in discussione: l'allattamento e il desiderio della mamme di allattare. Ribadito che "l'allattamento al seno è la norma e il modello di riferimento rispetto al quale tutti i metodi alternativi di alimentazione devono essere misurati" (1) e una volta ricordate le diverse ricerche tutte convergenti sul fatto che le mamme desiderano allattare e che chiedono di essere sostenute, quello su cui ha senso discutere è "cosa" mettere in atto affinché questo desiderio si realizzi e soprattutto "come" farlo. Sul "cosa" abbiamo uno strumento molto valido per fare il punto, il "Blueprint for Action" (2), un'agenda per operatori e decisori con un repertorio delle azioni di dimostrata efficacia da intraprendere a diversi livelli. Prima di sfogliarne alcuni capitoli, va premesso che il "come" è altrettanto cruciale, poiché il concetto di *empowerment* deve pervadere tutto il sistema. È uno "stile": la capacità di saper sostenere senza sostituirsi è un imprinting che attraversa tutto il sistema, non solo le relazioni tra operatori e coppie mamma/bambino. In accordo con l'invito della Carta di Ottawa a riconoscere che le persone costituiscono la maggior risorsa per la salute, le "potenti competenze" di madri e bambini sono il centro della triade di azioni - protezione, promozione e sostegno (3) - che attende ancora in Italia piena applicazione.

Politiche, pianificazione, gestione e finanziamento. Tre anni di lavoro del Comitato Nazionale per l'Allattamento sono stati fermati dalla scadenza naturale nell'aprile 2012. Preoccupa la sua mancata riconvocazione, come il fatto che le ultime sedute abbiano coinciso con l'indisponibilità al dialogo da parte delle case produttrici di latte formulato, invitate a un maggior impegno nella correttezza del marketing. Sull'efficacia del lavoro svolto ha pesato anche l'assenza del Tavolo interregionale per l'allattamento, attivo fino al 2008, garante della concreta traduzione locale delle linee di indirizzo nazionali. Quanto alla pianificazione, è solo grazie al programma Guadagnare Salute e al Piano della Prevenzione che sono nate occasioni di finanziamento per le regioni che hanno investito in questa direzione. Collocare l'allattamento nell'area della corretta alimentazione e della prevenzione dell'obesità può risultare riduttivo se vogliamo superare il concetto di madre come nutrice, considerando complessità e ricchezza tematiche implicate dal sostegno della genitorialità. Infatti, l'ingrediente dell'*empowerment* della persona

e della comunità, fondamento già del Progetto Obiettivo Materno Infantile sta alla base di qualsiasi progettualità nell'ambito della promozione della salute; quelle per l'allattamento costituiscono in questo senso sicuramente un *benchmark*.

Monitoraggio. Senza dati e quindi senza un sistema di monitoraggio manca la bussola. A fronte della disponibilità di strumenti ormai affinati (da utilizzare alla dimissione dal punto nascita e alla seconda seduta vaccinale), è l'implementazione a segnare il passo, se non per iniziative locali e non coordinate. Un sistema condiviso e a regime, obiettivo sia del Comitato Nazionale per l'Allattamento che del Piano della Prevenzione, segnalerebbe la priorità dell'allattamento come determinante di salute, traguardo e insieme indicatore di buone pratiche di sanità pubblica.

Protezione, promozione e sostegno. Le tante iniziative possibili possono convergere con sicurezza verso la proposta dell'UNICEF e dell'OMS "Insieme per l'Allattamento-Ospedali&Comunità Amici dei Bambini" (4). Consolidata letteratura vede nella "Baby Friendly Hospital Initiative" uno dei più straordinari progetti di sanità pubblica degli ultimi decenni. È un distillato armonico di tutti gli ingredienti necessari, implica un percorso proteso a una nascita il più possibile fisiologica, il rispetto del codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno e il monitoraggio della prevalenza dell'allattamento. È impensabile ottenere risultati senza un vero processo di *empowerment*: nei fatti, come comprovato dagli audit, gli standard sono difficilmente raggiungibili se mancano le condizioni per una piena espressione delle risorse delle donne. In Italia contiamo 23 ospedali e una ASL certificati dall'UNICEF come ospedali "Amici dei Bebé", oltre 150 tra ospedali e ASL in percorso. In alcune aree (Veneto, Lazio, Marche, ASL di Milano, Sicilia) tali strutture sono raccolte in progettualità d'insieme. La sfida coinvolge anche la comunità, i servizi territoriali nel pre e post nascita. Sono attese nel giugno 2013 ulteriori spinte e indicazioni dai risultati di una ricerca quadriennale del Centro per la Salute Materno Infantile presso l'IRCSS Burlo Garofolo di Trieste, in partnership con la ASL di Milano e l'UNICEF, che ha sperimentato i "7 passi" della "Baby Friendly Community Initiative" in 18 ASL italiane.

Formazione. È nel rapporto quotidiano, a tu per tu, tra operatori e donne che tutto questo lavoro d'insieme viene al dunque. Se questa relazione e le azioni saranno caratterizzate da inappropriata e *disempowerment*, le premesse legislative, istituzionali e organizzative saranno vanificate. La formazione sull'allatta-

mento sconta forse qualche debito verso una modalità igienistico-prescrittiva, ma sono in sperimentazione modelli che rivisitano la tradizionale formazione di formatori, accentuando l'enfasi - fermi i contenuti - sullo stile comunicativo e relazionale. Si tratta di una formazione attenta all'*empowerment* dei formandi-futuri-formatori, con un'estrema attenzione all'*empowerment* degli operatori, alle dinamiche psicologiche dei gruppi istituzionali, alla necessità di prendersi cura di chi cura.

Comunicazione per il cambiamento sociale e dei comportamenti. Il cambiamento culturale richiesto nella formazione riflette quello necessario per un salto di qualità nella comunicazione sociale. Va ricordato che esiste uno straordinario patrimonio biologico, tenacissimo, che contraddistingue i neonati, anche pretermine, e le loro mamme, ma anche quanto questa forza sia fragile: basta non riconoscerla, per dissiparla e renderla inutile. Eppure, ricordarlo crea ancora anticorpi di cui i media si fanno portavoce, come se la promozione dell'allattamento fosse prerogativa di una minoranza radicale e ideologica. Ma che fastidio può dare chi promuove l'allattamento materno? Al di là di interessi economici e della superficialità che dà tutto per scontato, sembra dia fastidio che venga ricordato che si può essere diversi, si può cambiare ed essere migliori, che è possibile fare un passo indietro e che a mamme e bambini va lasciato lo spazio, se lo vogliono (e molte donne una volta informate lo pretendono) per riprendersi ciò che nel tempo con un eccesso di medicalizzazione abbiamo tolto loro. ■

Riferimenti bibliografici

1. American Academy of Pediatrics - Section on breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.
2. www.burlo.trieste.it/documenti/newblueprintit.pdf
3. World Health Organization. *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services*. Geneva: WHO; 1989.
4. www.unicef.it/doc/148/ospedali-amici-dei-bambini.htm

Comitato scientifico

Chiara Donfrancesco, Lucia Galluzzo, Ilaria Lega, Marina Maggini, Luigi Palmieri, Alberto Perra, Francesco Rosmini, Arianna Dittami

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

Comitato editoriale

Paola De Castro, Carla Faralli, Alberto Perra, Stefania Salmaso

e-mail: ben@iss.it