

Valutazione dell'effetto delle buone pratiche sulla durata dell'allattamento nelle partorienti presso il punto nascita del Distretto di Orvieto (Umbria) da gennaio 2017 a giugno 2018

Elisa Marceddu^a, Alesia Longhi^b, Marco Cristofori^a, Bacci Sonia^a, Giada Fioretti^a

^a Servizio di Sorveglianza e Promozione della Salute, AUSL Umbria 2

^b Dipartimento Materno Infantile, AUSL Umbria 2

SUMMARY

Effect assessment of good practices on breastfeeding duration in pregnant women at the hospital of Orvieto District (Umbria Region, Italy) from January 2017 to June 2018

Introduction

Breastfeeding is both a right and a public health priority. The aim of this study is to investigate whether care and support practices carried out during the perinatal period have influenced breastfeeding start and duration.

Materials and methods

The survey represents a progressive input cohort study that involved 608 women who have given birth from January to December 2017 and from January to June 2018 at the Hospital Santa Maria della Stella in Orvieto, with follow-ups at three (no. 481) and six months (no. 464).

Results

Upon hospital discharge after childbirth, 88.8% of women were exclusively breastfeeding, whilst they were 67.4% and 53.0% after three and six months respectively. Bivariate analysis shows that exclusive breastfeeding is influenced by rooming-in, skin-to-skin contact, natural birth, and nationality.

Discussion and conclusions

The results of the study show the value of good practices, such as rooming-in, skin-to-skin and physiological childbirth, as well as other variables such as nationality of women to promote and maintain breastfeeding.

Key words: breastfeeding; perinatal period; good practices

marco.cristofori@uslumbria2.it

Introduzione

L'allattamento è una priorità di salute pubblica e un diritto, come riportato nell'articolo 24 della Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia (1). Oltre a essere la norma biologica per la specie umana (2), è una buona pratica che incide positivamente sulla salute individuale, su quella della collettività, sulla diade madre bambino (3), rappresentando, quindi, un paradigma fondamentale per la promozione della salute.

A livello europeo, è attivo un programma di azione per la messa a punto di criteri standardizzati di monitoraggio e valutazione della prevalenza dell'allattamento e delle pratiche dei servizi sanitari e sociali; lo scopo è quello di realizzare politiche, leggi e codici per l'informazione, l'educazione, la comunicazione e la formazione sul tema dell'allattamento (4).

Attualmente l'Italia non dispone di un sistema di monitoraggio nazionale delle prevalenze dell'allattamento secondo le definizioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS (5), ma alcune Regioni, tra cui l'Umbria (6), hanno sviluppato propri sistemi di rilevazione.

Nel Distretto di Orvieto, in provincia di Terni, il percorso nascita inizia e termina con la ripresa in carico consultoriale delle puerpere. L'assistenza domiciliare, garantita in ogni momento del puerperio, può essere offerta solo alle residenti nel Distretto e viene presentata alle donne in carico presso il Consultorio e alle partorienti, sia tramite apposita informativa, sia tramite visita periodica al punto nascita (PN) di un'ostetrica del Consultorio.

L'Ospedale Santa Maria della Stella di Orvieto accoglie utenza regionale ed extraregionale. Il PN ospedaliero è di primo livello (7) (424 parti nel 2018) e il *rooming-in* è attivo dal 2014; dal 2016 vengono promosse le pratiche del *bonding* e *skin-to-skin*, che favoriscono l'adattamento del bambino alla vita extrauterina, l'inizio dell'allattamento e lo sviluppo di una relazione intima e amorevole (8, 9). Tali pratiche sono incoraggiate sia in caso di parto per via vaginale che di taglio cesareo, salvo esigenze e imprevisti.

Vista l'importanza dell'allattamento in termini di benefici per la salute (10), obiettivo del presente lavoro è quello di indagare se le pratiche assistenziali e di sostegno, messe in atto

durante tutto il percorso nascita nell'Ospedale orvietano, abbiano avuto un'influenza su avvio e durata dell'allattamento e sulle sue modalità, come previsto dalla classificazione dell'OMS (11): esclusivo, materno prevalente o predominante, complementare, non allattamento.

Lo studio nasce a seguito di un progetto formativo interaziendale e multidisciplinare sulla promozione dell'allattamento, al fine di verificare, nella pratica dei servizi, la fattibilità e l'efficacia sulla durata dell'allattamento delle buone pratiche acquisite.

Metodi

Lo studio, prospettico di coorte a ingresso progressivo, ha previsto l'analisi dei dati relativi a tutte le partorienti presso l'Ospedale di Orvieto da gennaio 2017 a giugno 2018, con follow up al terzo e al sesto mese dopo il parto.

L'arruolamento è avvenuto in occasione del ricovero per il parto, tramite la compilazione di una scheda, inserita successivamente nella cartella clinica previo consenso scritto al trattamento dati che, in sede di analisi, sarebbero stati anonimizzati e aggregati. Tutte le partorienti hanno espresso il loro consenso verbale al questionario telefonico di follow up, per un totale di 608 donne, che sono state chiamate telefonicamente al terzo e al sesto mese completo dopo il parto per conoscere, tra le varie informazioni, la tipologia di allattamento del bambino.

Al momento della dimissione ospedaliera sono state rilevate le seguenti informazioni:

- socio-anagrafiche della madre (data di nascita, parità, telefono, nazionalità);
- andamento del parto (per via vaginale o cesareo, *skin-to-skin*, nido o *rooming-in*);
- allattamento alla dimissione (esclusivo, prevalente, complementare, non allattamento);
- eventuale trasferimento del neonato (dato rilevato per comprendere il funzionamento dell'attività assistenziale).

Al terzo e al sesto mese completo le donne sono state contattate telefonicamente, massimo per due tentativi, dal personale ostetrico del Consultorio per rilevare, in entrambi i follow up:

- dati anagrafici;
- pediatra di libera scelta (i PLS hanno partecipato al percorso formativo che ha preceduto il presente studio);
- partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita (IAN);
- modalità di allattamento;
- fruizione del servizio ostetrico domiciliare;
- suggerimenti e criticità (domanda a risposta aperta).

I dati, completamente anonimizzati, sono stati analizzati con il software Stata 13 ed Epi-Info 3.5.4. Sono state svolte una serie di analisi descrittive e di associazione tramite test χ^2 per verificare l'influenza sull'allattamento esclusivo delle variabili indagate alla dimissione, a tre e sei mesi completi. Inoltre, è stata condotta un'analisi di regressione logistica multivariata allo scopo di valutare i determinanti aggiustati dell'allattamento al sesto mese, includendo nel modello tutte le variabili con p-value <0,20 nell'analisi univariata.

Le risposte alla domanda relativa a suggerimenti e criticità sono state analizzate secondo metodologie qualitative.

Risultati

Le 608 donne partecipanti, di età compresa tra 17 e 45 anni ($M = 32$ anni; $DS = 4,8$), sono state richiamate dopo il parto, al terzo (n. 481) e al sesto mese completo (n. 464). L'età media alla dimissione delle donne straniere è di 30 anni, mentre nelle italiane di 33 anni ($p = 0,036$). Le donne perse ai follow up (spesso perché non hanno risposto o hanno cambiato numero di telefono o non state raggiungibili) sono prevalentemente più giovani, straniere, non usufruiscono di IAN e di assistenza domiciliare.

Al momento della dimissione ospedaliera, la prevalenza di allattamento esclusivo è dell'88,8% (IC 95%: 85,9%-91,1%). Inoltre, al terzo e sesto mese dal parto allatta esclusivamente al seno rispettivamente il 67,4% (IC 95%: 62,9%-71,5%) e il 53,0% (IC 95%: 48,4%-57,6%) delle donne. La percentuale di non allattamento al terzo e sesto mese, è pari, rispettivamente, a 13,1% (IC 95%: 10,3%-16,5%) e 19,6% (IC 95%: 16,2%-23,6) (Tabella 1).

Le buone pratiche individuate in letteratura (12), trovano conferma nei dati emersi dal presente studio (Tabella 2). In particolare, il parto per via vaginale favorisce significativamente l'allattamento al momento della dimissione. Inoltre, lo *skin-to-skin* risulta significativamente associato all'allattamento esclusivo alla dimissione e fino al sesto mese; anche l'adozione del *rooming-in* risulta significativamente associata all'allattamento esclusivo alla dimissione. Solo nell'analisi multivariata gli IAN risultano associati all'allattamento esclusivo al sesto mese. In ultimo, l'essere italiana si associa positivamente e significativamente all'allattamento esclusivo alla dimissione. Al terzo e al sesto mese completo, però, questa associazione si inverte, restando significativa, e conferma la maggiore

Tabella 1 - Descrizione delle principali variabili oggetto d'indagine

Variabili	n.	%
<i>Nazionalità delle donne</i>		
Italiane	488	80,3
Straniere	120	19,7
<i>Partecipazione agli IAN*</i>		
Sì al Consultorio locale	154	32,0
Sì in altro Consultorio	59	12,3
No	268	55,7
<i>Parità</i>		
Primipare	355	58,4
Pluripare	244	41,6
<i>Tipologia di parto</i>		
Parto per via vaginale	431	70,9
Taglio cesareo	177	29,1
<i>Ricorso al Nido o al rooming-in</i>		
Nido	131	21,8
Rooming-in	449	78,2
<i>Ricorso allo skin-to-skin</i>		
Sì	402	66,4
No	203	33,6
<i>Ricorso agli interventi domiciliari nel post parto</i>		
Sì	91	17,3
No	48	82,7
<i>Allattamento alla dimissione</i>		
Allattamento esclusivo	538	88,8
Allattamento prevalente	37	6,1
Allattamento complementare	0	0,0
No allattamento	10	1,7
Trasferito	21	3,5
<i>Allattamento al terzo mese dalla nascita</i>		
Allattamento esclusivo	324	67,4
Allattamento complementare	94	19,5
No allattamento	63	13,1
<i>Allattamento al sesto mese dalla nascita</i>		
Allattamento esclusivo	246	53,0
Allattamento complementare	127	27,4
No allattamento	91	19,6

(*) IAN: incontri di accompagnamento alla nascita

tendenza delle donne straniere a mantenere nel tempo l'allattamento esclusivo. Le mamme che hanno usufruito di interventi domiciliari mostrano una prevalenza di allattamento esclusivo al follow up, soprattutto a sei mesi; il dato è leggermente superiore rispetto a quello delle mamme che non ne hanno usufruito, ma l'associazione non risulta statisticamente significativa. Quest'ultima analisi è riferita, però, a un sottogruppo di mamme residenti nel

Distretto di Orvieto (n. 157) e, probabilmente, la bassa numerosità non ha messo in evidenza una significatività statistica.

Il modello di regressione logistica multivariata ha evidenziato che gli unici determinanti che rimangono significativi per l'allattamento esclusivo al seno, rilevati al sesto mese, sono: la nazionalità straniera OR = 2,25 (IC 95%: 1,28-3,07; p = 0,004), lo *skin-to-skin* OR = 1,70 (IC 95%: 1,12-2,56; p = 0,011) e gli IAN OR = 1,62 (IC 95%: 1,08-2,43; p = 0,019).

Da un'analisi ulteriore condotta sulla partecipazione agli IAN è emerso che le donne che partecipano sono prevalentemente italiane (48,4%) piuttosto che straniere (10,6%) (p < 0,001). Si osserva, inoltre, che per le mamme che partecipano agli IAN, rispetto alle mamme che non partecipano, è maggiore lo *skin-to-skin* (72,7% vs 63,5%; p = 0,038) e il ricorso al servizio domiciliare (31,9% vs 3,7%; p < 0,001).

Dai dati qualitativi relativi a suggerimenti e criticità riscontrate nell'assistenza al parto, risulta che il 90% delle puerpere dichiara di non avere vissuto nessuna criticità; le criticità riscontrate sono per un terzo legate alla comunicazione con i sanitari e per il restante due terzi all'assistenza post parto e in allattamento.

Discussione e conclusioni

Lo studio ha messo in evidenza che, al momento della dimissione ospedaliera, la prevalenza di allattamento esclusivo è dell'88,8%, dato più elevato rispetto ad alcune indagini pluriregionali (12). Al terzo e sesto mese dal parto allatta esclusivamente al seno, rispettivamente, il 67,4% e il 53,0% delle donne, percentuali superiori rispetto al valore regionale (a tre mesi 65%; a sei mesi 34,8%) (5). Di conseguenza la percentuale di non allattamento al terzo e sesto mese, pari rispettivamente a 13,1% e 19,6%, è inferiore al valore regionale (a tre mesi 16,5%, a sei mesi 27,2%) (5).

Questa indagine ha messo in evidenza come le buone pratiche migliorano la durata dell'allattamento esclusivo al seno secondo le linee guida dell'OMS (5). Si conferma il ruolo positivo del parto fisiologico, *rooming-in* e *skin-to-skin*, nonché della nazionalità. La partecipazione agli IAN si configura come fattore facilitante la pratica dello *skin-to-skin* e il ricorso al servizio domiciliare, come confermato in letteratura (13).

Lo studio ha presentato, però, alcune criticità. Innanzitutto, l'assenza delle variabili istruzione e situazione socioeconomica non consente di escluderne l'influenza sulla pratica e durata dell'allattamento, come indicato dalle evidenze (10, 14).

Tabella 2 - Influenza sull'allattamento esclusivo delle variabili indagate alla dimissione, a tre e sei mesi

Variabili	alla dimissione	Allattamento esclusivo a 3 mesi	a 6 mesi
<i>Nazionalità</i>			
Italiane	90,6% (442/488)	67,5% (260/385)	51,4% (196/365)
Straniere	80,0% (96/120) p = 0,001*	81,0% (64/79) p = 0,007*	62,5% (50/73) p = 0,097
<i>Partecipazione agli IAN**</i>			
Sì	88,7% (189/213)	72,4% (174/203)	60,5% (115/190)
No	88,1% (236/268) p = 0,412	67,8% (177/261) p = 0,143	52,8% (131/248) p = 0,054
<i>Parità</i>			
Primipare	88,9% (313/355)	67,2% (182/271)	56,9% (148/260)
Pluripare	88,2% (225/255) p = 0,388	73,6% (142/193) p = 0,069	55,1% (98/178) p = 0,349
<i>Tipologia di parto</i>			
Parto per via vaginale	92,3% (398/431)	72,5% (237/327)	57,8% (178/308)
Taglio Cesareo	79,1% (140/177) p = 0,000*	63,5% (87/137) p = 0,028*	52,3% (68/130) p = 0,146
<i>Nido o rooming-in</i>			
Rooming-in	93,4% (438/469)	69,6% (250/359)	57,0% (192/337)
Nido	73,3% (96/131) p = 0,000*	70,4% (69/98) p = 0,445	54,7% (52/95) p = 0,349
<i>Skin-to-skin</i>			
Sì	94,0% (378/402)	73,0% (227/361)	60,5% (176/291)
No	77,8% (158/203) p = 0,000*	63,6% (96/151) p = 0,020*	47,6% (69/145) p = 0,005*
<i>Interventi domiciliari nel post parto (solo Consultorio di Orvieto) n. 157</i>			
Sì	-	70,2% (33/47)	62,5% (25/40)
No	-	63,2% (60/95) p = 0,207	56% (51/91) p = 0,315

(*) Valore significativo ($p < 0,05$)

(**) IAN: incontri di accompagnamento alla nascita

Alcune fasce di popolazione, come quella straniera, accedono meno a IAN e assistenza domiciliare. La "perdita" di donne straniere ai follow up può collegarsi alle note difficoltà nell'interazione con i servizi assistenziali o a modelli socioculturali diversi (13).

Inoltre, il drop-out nei follow up può riflettere la tendenza generale di studi con lunghi periodi di osservazione (13) o risentire della carenza di servizi nel post parto nel Distretto, oggetto oggi di ridefinizione.

Dall'analisi qualitativa emerge che 2/3 delle mamme che hanno riscontrato criticità hanno indicato il post parto come il periodo più critico,

chiaro suggerimento per i servizi assistenziali e per i Consultori, in particolare, perché prestino attenzione a questa fase del percorso nascita.

Citare come segue:

Marceddu E, Longhi A, Cristofori M, Bacci S, Fioretti G. Valutazione dell'effetto delle buone pratiche sulla durata dell'allattamento nelle partorienti presso il punto nascita del Distretto di Orvieto (Umbria) da gennaio 2017 a giugno 2018. Boll Epidemiol Naz 2021;2(2):24-28.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: nessuno.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

1. Nazioni Unite. *La convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*. New York: ONU; 1989. <https://www.datocms-assets.com/30196/1607611722-convenzionedirittinifanzia.pdf>; ultimo accesso 5/7/2021.
2. Maffei F. *Primo cibo, primo amore. L'importanza dell'allattamento materno e della relazione favorevole*. Milano: Franco Angeli; 2000.
3. Lauria L, Spinelli A, Lamberti A, Buoncristiano M, Bucciarelli M, Andreozzi S, et al. Allattamento al seno: prevalenze, durata e fattori associati in due indagini condotte dall'Istituto Superiore di Sanità (2008-09, 2010-11). *Not Ist Super Sanità - Inserto Ben* - 2012;25(11):i-iii.
4. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised)*. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008. <https://www.aeped.es/sites/default/files/6-newblueprintprinter.pdf>; ultimo accesso 6/7/2021.
5. WHO-UNICEF. *L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità*. Geneva: World Health Organization; 1989. <https://www.datocms-assets.com/30196/1613120740-allattamento-al-seno-il-ruolo-dei-servizi-per-la-maternita.pdf>; ultimo accesso 6/7/2021.
6. Regione Umbria. *Bilanci di salute dei Pediatri di Libera Scelta*; 2017 (documento ad accesso riservato)
7. Italia. Conferenza Unificata Stato-Regioni e Stato-città ed autonomie locali (ex art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, N. 281). Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni, i comuni e le comunità montane sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione e 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 del 18 gennaio 2011.
8. WHO-UNICEF. *The Ten steps to successful Breastfeeding* [poster]. https://www.who.int/docs/default-source/nutritionlibrary/bfhi-poster-a2-breastfeeding.pdf?sfvrsn=bcaf8b67_2; ultimo accesso 6/7/2021.
9. Catanzani T, Negri P. *Allattare un gesto d'amore. Come vivere con serenità l'esperienza dell'allattamento*. Pavia: Bonomi Editore; 2005.
10. Istat. *Gravidanza, parto e allattamento al seno*. 2013. <https://www.istat.it/it/archivio/141431>; ultimo accesso 6/7/2021.
11. WHO, UNICEF. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices (Part I: Definitions)*. Geneva: WHO; 2008. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664_eng.pdf;jsessionid=3EFE11C49386FA293992DF013AAE4564?sequence=1; ultimo accesso 6/7/2021.
12. Ministero della Salute. Direzione Generale per l'Igiene e la Sicurezza degli alimenti e la nutrizione. *Allattamento al seno nelle strutture sanitarie in Italia. Report sulla survey nazionale 2014*. A cura del Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento al Seno. 2015. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2256_allegato.pdf; ultimo accesso 6/7/2021.
13. Prezza M, Speranza AM, Todini G. Gli interventi domiciliari nei primi anni di vita. In: Prezza M. (Ed.). *Aiutare i neo-genitori in difficoltà. L'intervento di sostegno domiciliare*. Milano: Franco Angeli; 2006.
14. Lauria L, Forcella E, Lamberti A, Bucciarelli M, Andreozzi S, Grandolfo ME. Indagini sul percorso nascita delle donne straniere. In: 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).