



IL PROGETTO OMS/UNICEF “OSPEDALE AMICO DEL BAMBINO” COME STRUMENTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

A cura della
Direzione della Struttura Complessa di Pediatria
Dr. Giuliano Audino

L'iniziativa OMS/Unicef "Ospedale amico del bambino" strumento di promozione della salute del bambino e della famiglia: l'esperienza dell'Ospedale di Bassano del Grappa

Relatore: Dr. Giuliano Audino, Direttore della Struttura Complessa di Pediatria, Ospedale di Bassano del Grappa (VI)

La certificazione OMS/Unicef di "Ospedale Amico dei Bambini" da parte della Pediatria di Bassano del Grappa è il risultato straordinario di una duplice combinazione di eventi: la presenza al Nido di Bassano di un gruppo operatori sanitari estremamente motivati, dotati di forte professionalità e di grande spirito di gruppo e la scelta partecipata e convinta da parte di tutti di uno strumento di lavoro estremamente rigoroso, ma aperto ad accorgimenti anche "fantasiosi" come i 10 passi UNICEF per allattare al seno con successo (TAB. A).

Tabella A - I DIECI PASSI PER ALLATTARE AL SENO CON SUCCESSO

1. Definire una linea di condotta scritta per l'allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale sanitario.
2. Fornire a tutto il personale sanitario le competenze necessarie per l'attuazione completa di questa linea di condotta.
3. Informare tutte le donne in gravidanza sui vantaggi e le tecniche dell'allattamento al seno.
4. Aiutare le madri ad iniziare l'allattamento al seno entro mezz'ora dal parto.
5. Mostrare alle madri come allattare e mantenere la secrezione lattea anche nel caso di separazione dal neonato.
6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne su precisa prescrizione medica.
7. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre in modo che stiano assieme 24 ore su 24 durante la permanenza in ospedale.
8. Incoraggiare l'allattamento al seno tutte le volte che il neonato sollecita di essere nutrito.
9. Non usare tettarelle artificiali o succhiotti durante il periodo dell'allattamento al seno.
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.

Tabella B - GLI INTERVENTI ATTUATI DALL'OSPEDALE DI BASSANO DEL GRAPPA

1. **Novembre 1995:** viene attivato il nido aperto; le madri entrano al nido per apprendere ed eseguire pratiche di assistenza al neonato; i neonati rimangono nelle stanze delle madri il pomeriggio (dalle ore 15.00 alle 18.00); sospese le doppie pesate; allattamento a richiesta.
2. **Febbraio 1996:** hanno inizio gli “incontri con il pediatra” durante i corsi di preparazione alla nascita e in reparto con le madri degenti.
3. **Giugno 1996:** viene attivato il rooming-in diurno: i neonati rimangono con le madri tutto il mattino; rientrano al nido alle ore 14.00 e alle 19.15 (orario delle visite esterne) e alle ore 18.00 (orario di cena delle madri); i neonati possono essere cambiati in stanza.
4. **Marzo 1997:** l'orario di visita serale viene spostato dalle ore 19.15 alle 20.00; i neonati rimangono in stanza anche durante la cena delle madri.
5. **Aprile 1997:** iniziano le proiezioni di video-cassette informative ai corsi di preparazione al parto.
6. **Ottobre 1997:** viene chiuso l'accesso pomeridiano delle visite esterne; i neonati possono rimanere con le madri tutto il giorno; è stata aperta una fascia oraria di accesso (dalle ore 17.00 alle 18.00) riservata ai padri (e fratelli).
7. **Novembre 1997:** vengono sospese tutte le supplementazioni di acqua e soluzione glucosata e l'uso di succhiotti-passatempo e biberon; viene attivato il rooming-in serale (fino alle ore 24.00) e, a richiesta, quello notturno.
8. **Dicembre 1997:** ha inizio la redazione scritta dei protocolli dell'allattamento al seno.
9. **Gennaio 1998:** viene aperto l'ambulatorio dell'allattamento per 5 giorni alla settimana con possibilità di consulenze telefoniche 24 ore su 24.
10. **Febbraio 1998:** viene attivata la consulenza psicologica al personale del nido per favorire le comunicazioni all'interno dell'équipe e con le madri e le famiglie.
11. **Giugno 1998:** viene iniziata una esperienza integrata degli operatori sanitari del nido e dell'équipe di consulenza psicologica al fine di individuare le caratteristiche delle “madri modello” per i gruppi di sostegno alla pratica dell'allattamento.
12. **Luglio 1998:** vengono aperti anche ai padri gli “incontri pomeridiani con il pediatra” finora rivolti solo alle madri degenti in reparto.

13. **Luglio 1998:** le “madri modello” intervengono ai corsi di preparazione al parto per comunicare alle neo-madri la loro esperienza nella pratica di allattamento.
14. **Agosto 1998:** la fascia oraria di accesso riservata ai padri (e fratelli) viene estesa fino alle ore 19.00, anche durante la cena delle madri.
15. **Ottobre 1998:** viene organizzato il “I° Corso di Formazione per la Promozione dell’Allattamento al Seno” per gli operatori sanitari ospedalieri e territoriali dell’ASL di Bassano del Grappa.
16. **Gennaio 1999:** la fascia oraria di accesso riservata ai padri viene aperta alle ore 15.00 alle ore 21.00.
17. **Luglio 1999:** adesione ad un più ampio progetto aziendale di auto mutuo aiuto con lo scopo di creare gruppi di madri a sostegno dell’allattamento al seno.
18. **Agosto 1999:** progettazione e presentazione di un questionario per valutare la frequenza della pratica dell’allattamento al seno nel primo anno di vita, in collaborazione con i servizi territoriali.
19. **Ottobre 1999:** viene organizzato il Convegno interregionale “L’Ospedale che cambia per il Bambino” con interventi specifici dedicati alla promozione e della gestione all’allattamento al seno nelle strutture ospedaliere.
20. **Aprile 2000:** viene iniziata collaborazione con consulente psicologa durante i corsi di preparazione alla nascita e al nido per favorire un equilibrato approccio psico-relazionale madre-figlio anche dopo la nascita e la creazione di una rete di sostegno integrata ospedale-territorio per le madri problematiche.
21. **Maggio 2000:** con l’intervento di una esperta A.I.M.I. viene organizzato un corso di formazione per operatori sanitari ospedalieri specifico dedicato al massaggio quale strumento di relazione con il bambino.
22. **Giugno 2000:** viene ampliato l’ambulatorio dell’allattamento, aprendolo per 7 giorni/settimana ed è definita la compilazione, da parte delle madri che vi accedono, di un apposito modulo da inviarsi al CUP per la registrazione di questa attività.
23. **Luglio 2000:** partecipazione del personale medico e paramedico del nido ad una trasmissione su rete televisiva locale dedicata specificatamente alla promozione dell’allattamento al seno.
24. **Settembre 2000:** adesione al Gruppo di Lavoro Nazionale della “Care in Perinatologia” che affronta specificatamente i temi della gestione dei corsi di preparazione alla nascita e dell’allattamento al seno in ospedale.

25. **Novembre 2000:** partecipazione agli incontri del Gruppo di Lavoro del Piano Triennale per l'Infanzia e l'Adolescenza (L285/97) per promuovere sul territorio la creazione di gruppi di sostegno all'allattamento e alla genitorialità.

26. **Gennaio 2001:** gli incontri pediatrici dei corsi di preparazione alla nascita vengono ridisegnati sdoppiandoli, per dare maggior spazio agli argomenti della promozione dell'allattamento al seno e, rispettivamente, delle competenze del neonato.

27. **Febbraio 2001:** in accordo con la circolare ministeriale ottobre 2000, viene sospesa l'acquisizione gratuita di latti artificiali promossa dalle diverse ditte produttrici, ricorrendo all'acquisto a prezzo di mercato dei quantitativi necessari.

28. **Marzo 2001:** le schede del manuale di autovalutazione vengono compilate e spedite al Comitato UNICEF Nazionale con la formale richiesta di iniziare le procedure per ottenere il riconoscimento di "Ospedale Amico del Bambino".

29. **Maggio 2001:** una commissione dell'UNICEF verifica sul posto la congruità dei dati segnalati nelle schede di autovalutazione e avvia le procedure per la certificazione.

30. **Giugno 2001:** una commissione dell'UNICEF costituita da esperti internazionali procede alla valutazione dell'applicazione delle dieci norme definite dall'OMS e dall'UNICEF per il successo dell'allattamento al seno in Ospedale. Viene rilasciato un Certificato attestante la congruità delle attività svolte nell'Ospedale di Bassano in attesa della Certificazione Ufficiale.

31. **Luglio - Agosto 2001:** su indicazione della Commissione UNICEF vengono introdotti alcuni correttivi per garantire una più completa partecipazione al Rooming-in notturno anche da parte del personale infermieristico e per ridurre le occasioni di separazione madre-neonato, in particolare durante gli orari di visita.

32. **25 Settembre 2001:** l'Ospedale di Bassano del Grappa, primo in Italia, ottiene il riconoscimento OMS - UNICEF "Ospedale Amico del Bambino".

L'iniziativa OMS/Unicef "Ospedale amico del bambino" strumento di promozione della salute del bambino e della famiglia: l'esperienza dell'Ospedale di Bassano del Grappa

Fino a tutto il 1995 il nido dell'ospedale di Bassano era un "nido chiuso". Alla nascita il neonato veniva immediatamente separato dalla madre e preso sotto la stretta sorveglianza del personale del nido. Il contatto madre-bambino era regolato da orari e tempi fissi, senza alcun rispetto dei ritmi neonatali, delle esigenze e capacità delle madri (e dei padri). Le verifiche ponderali e alimentari, così come i controlli medici del neonato erano pressanti, rigorosi e continui, mai con la partecipazione diretta della madre. L'uso del biberon e la somministrazione di latte artificiale erano la regola, dal momento che il neonato raramente rispettava la "tabella alimentare" prefissata.

L'intervento iniziale (punto n.1 della tabella B) fu quindi quello di "aprire" il nido alle madri, favorendone il libero accesso per aiutarle ad apprendere ed eseguire direttamente le tecniche di accudimento del neonato, sotto l'assistenza del personale infermieristico, e nel contempo consentendo la presenza, anche se inizialmente limitata nel tempo, del neonato in stanza con la madre. Le routinarie doppie pesate del neonato furono subito abolite così come la sistematica somministrazione di latte artificiale.

La fase successiva fu invece impegnata nell'avvio del rooming-in, all'inizio prevalentemente diurno (n. 3,4,6), poi anche notturno (n. 7). Ciò ha richiesto non solo la sensibilizzazione del personale del reparto ostetrico, ma anche importanti, pur se gradualmente, cambiamenti dell'organizzazione della maternità quali, ad esempio, la soppressione delle visite pomeridiane dei parenti e lo spostamento dell'orario della cena delle madri, da sempre considerati momenti di gestione assai difficili, ma intoccabili. Questi cambiamenti furono tra l'altro indispensabili per consentire in rapporto privilegiato anche con i padri e i fratelli (n. 6,13), cui è dedicata un'apposita ed esclusiva fascia oraria.

Per consentire una maggiore partecipazione delle madri (e delle famiglie) nella gestione del rooming-in è stato necessario creare sempre più frequenti occasioni d'informazione e incontro con le famiglie, non solo durante la degenza in ospedale, ma già in gravidanza, nei corsi di preparazione al parto (n. 2,5,11), da parte di medici e infermiere, anche con strumenti audiovisivi appositamente scelti.

D'altra parte, il sempre più stretto rapporto con le madri ha fatto emergere la necessità da parte degli operatori sanitari di una specifica preparazione alla comunicazione, oltre che di un sostegno psicologico, dato che la nuova gestione del nido, per quanto gratificante, è impegnativa e coinvolgente. Da ciò è nata un'interessante esperienza, tuttora in corso, condotta in collaborazione con una équipe di psicologi dei servizi territoriali, rivolta al personale medico e infermieristico del nido (n. 9) e anche ad alcune madri (n. 10), possibili punti di riferimento per le famiglie anche dopo la dimissione ospedaliera. Si è trattato di un lungo lavoro di formazione con incontri di gruppo e colloqui individuali, che hanno permesso di analizzare i tipi e i modi di comunicazione tra operatori sanitari e operatori e madri nelle diverse occasioni della giornata, e di migliorarli.

Altro motivo d'interesse è stato l'individuazione e l'utilizzazione della figura della cosiddetta "madre modello". Si è trattato, in altre parole, di riconoscere tra le donne con ottimale conduzione della pratica dell'allattamento quelle con requisiti ideali di comunicazione e di trasformarle in utili strumenti di cultura e di sostegno per le madri anche al di fuori dell'esperienza ospedaliera, già in gravidanza e dopo la dimissione (n. 12).

Il risultato immediato di un più disponibile ed incoraggiante approccio con le madri e di una gestione del nido aperta ad un precoce e prolungato contatto madre-bambino è stato quello di una gran motivazione delle madri per l'allattamento, con un'elevatissima frequenza di neonati allattati completamente al seno (cioè senza aggiunte di latte artificiale) alla dimissione dal nido. Altrettanto incoraggianti, però, sono state le ricadute organizzative, di salute e gradimento.

Il cambiamento della gestione del nido, cioè l'attuazione del rooming-in, ha infatti progressivamente ma completamente modificato ruolo e professionalità delle puericultrici.

Nell'organizzazione rigida e ripetitiva del nido chiuso era prioritaria l'efficienza e la funzionalità delle pratiche routinarie, indipendentemente dai bisogni di madri e bambini. La medicalizzazione era la regola, quasi che il neonato fosse un potenziale ammalato, e la madre, ritenuta incapace di comprendere il figlio, era considerata solo un'eventuale nutrice. Qualsiasi evento, anche naturale, che interferisse con la routine, era considerato elemento di disturbo.

I momenti di tensione e di difficoltà tra operatrici erano frequenti come quelli con il personale del reparto ostetrico a causa di competenze che a volte inevitabilmente si sovrapponevano.

Con la gestione del rooming-in, privilegiato è il rapporto con la madre e il neonato. Informazione, ascolto di gruppo e individuale, assistenza personalizzata alle madri sono parte fondamentale del lavoro delle puericultrici. Le visite mediche ai neonati, sempre accurate, ma non più quotidiane, avvengono se possibile in presenza delle madri.

Rooming-in ed allattamento a richiesta, inoltre, hanno permesso un'organizzazione del lavoro molto flessibile, cioè di concentrare la maggior parte delle indispensabili pratiche routinarie nelle fasce orarie più adatte alle esigenze di madre e figlio, e di essere disponibili alle sempre più frequenti consulenze telefoniche ed ambulatoriali per l'allattamento.

Tra l'altro hanno consentito di assistere al nido anche neonati affetti da iperbilirubinemia, malformazioni e prematurità non gravi, favorendo una gestione naturale dell'allattamento anche in queste situazioni, che in precedenza venivano di regola trattate in Patologia Neonatale, con separazione del neonato dalla madre.

Le madri ora sono attivamente coinvolte non solo nella gestione del seno, ma anche nel monitoraggio del neonato. All'inizio, il fatto di affidare il neonato alla madre per la maggior parte della giornata era stato motivo di gran disagio per medici ed infermiere, tutti convinti che il controllo diretto del neonato, considerato soggetto in ogni modo a rischio, fosse l'unico strumento per prevenire ed individuare disturbi ed anomalie. In breve tempo abbiamo potuto constatare che questa gestione, oltre a rendere più soddisfatte e sicure le madri, era inoltre una garanzia per la salute del bambino, perché "non esiste miglior monitor neonatale di una madre entusiasta e partecipe".

Immedie e ben visibili sono state anche le conseguenze sulla salute della madre e del neonato. In sostanza sono scomparse le complicanze materne precoci dell'allattamento al seno, quali ingorghi, mastiti e ascessi mammari, grazie all'immediato inizio dell'allattamento e al continuo svuotamento della ghiandola mammaria. Per quanto riguarda il neonato, marcatamente ridotti (circa 5% dei nati nel 1997-98 vs. 50-55% nel 1995) sono stati i casi di iperbilirubinemia neonatale che hanno richiesto fototerapia, grazie alla fisiologica attivazione della funzionalità intestinale ed epatica da parte del latte umano.

I segnali di gradimento sono stati subito numerosi ed espliciti. Le operatrici del nido sono molto più motivate e consapevoli e fiere del loro ruolo; le ostetriche ed il personale medico del reparto ostetrico sono sempre più incoraggianti e l'interesse nei confronti dell'iniziativa adottata si è tradotto anche in una maggiore integrazione tra le due équipes, che quindi sviluppano sempre azioni coerenti nei confronti di madri e neonati. Nei corsi di preparazione al parto, durante l'incontro

pediatrico, stiamo notando la sempre maggiore presenza, oltre che di madri motivate, anche di padri e nonni che desiderano essere informati e partecipi. Sono però gli stessi genitori che ci confermano la bontà della nostra scelta operativa. La soddisfazione rispetto all'esperienza vissuta trova modo di manifestarsi in diverse maniere; indirettamente tramite il coinvolgimento di altre madri in gravidanza nei percorsi da noi proposti in preparazione al parto, e direttamente mediante personale espressione di incoraggiamento e gratitudine. Indicatore del gradimento che l'iniziativa ha riscosso è d'altra parte anche il risultato scaturito dalla somministrazione di un questionario ad hoc alle madri che hanno partorito nel periodo dal 1 maggio 1999 al 30 giugno 1999. Il 93 per cento delle rispondenti (pari a circa il 57 per cento delle puerpere) ha infatti apprezzato il ruolo positivo svolto dalla struttura nel favorire l'esperienza dell'allattamento al seno.

Tabella C – ALLATTAMENTO AL SENO ALLA DIMISSIONE DAL NIDO DI BASSANO DEL GRAPPA (1995-1998)

1995	Nati vivi: 1520 (esclusi i 124 trasferiti in P.N. o altri centri =1396) Allattati al seno esclusivo: 0 Allattati quasi esclusivamente al seno: 583 (41.8%) Alimentazione mista e/o occasionale: 751 (53.8%) Alimentazione artificiale dalla nascita: 62 (4.4%)
1996	Nati vivi: 1643 (esclusi 83 trasferiti in P.N. o altri centri =1560) Allattati al seno esclusivo o quasi: 1456 (93.3%) Alimentazione mista e/o occasionale: 72 (4.7%) Alimentazione artificiale dalla nascita: 32 (2.0%)
1997	Nati vivi: 1727 (esclusi 55 trasferiti in P.N. o altri centri =1672) Allattati al seno esclusivo o quasi: 1596 (95.4%) Alimentazione mista e/o occasionale: 45 (2.7%) Alimentazione artificiale dalla nascita: 31 (1.9%)
1998	Nati vivi: 1785(esclusi 87 trasferiti in P.N. o altri centri =1698) Allattati al seno esclusivo o quasi: 1632 (96,1%) Alimentazione mista e/o occasionale: 46 (2,7%) Alimentazione artificiale dalla nascita: 20 (1.2%)
1999	Nati vivi: 1828 (esclusi 75 trasferiti in P.N. o altri centri =1753) Allattati al seno esclusivo o quasi: 1687 (96,2%) Alimentazione mista e/o occasionale: 55 (3,1%) Alimentazione artificiale alla nascita: 11 (0,7%)
2000	Nati vivi: 1907 (esclusi 74 trasferiti in P.N. o altri centri =1833) Allattati al seno esclusivo o quasi: 1739 (94.9%) Alimentazione mista e/o occasionale: 64 (3,5%) Alimentazione artificiale alla nascita: 30 (1,6%)

BIBLIOGRAFIA

1. Beaudry M, Dufour R, Marcoux S. Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. *J Pediatr.* 1995; 126: 191-197.
2. Saarinen UM, Kajosaari M. Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet.* 1995; 346: 1065-1069.
3. Morrow-Tlucak M, Haude RH, Ernhart CB. Breastfeeding and cognitive development in the first 2 years of life. *Soc Sci Med.* 1988; 26: 635-639.
4. Wang YS, Wu SY. The effect of exclusive breastfeeding on development and incidence of infection in infants. *J Hum Lactation.* 1996; 12: 27-30.
5. Rosenblatt KA, Thomas DB. WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Int J Epidemiol.* 1993; 22: 192-197.
6. Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP et al. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *N Engl J Med.* 1994; 330: 81-87.
7. Montgomery D, Splett P. Economic benefit of breastfeeding infants enrolled in WTC. *J Am Diet Assoc.* 1997; 97: 379-385.
8. WHO/EURO. Health 21: health for all in 21th century. 1998.