

Allattamento al seno

Strumenti per facilitare
il cambiamento
delle pratiche assistenziali

A cura di
Paola Dallacasa e Dante Baronciani

Bologna, ottobre 2005

Allattamento al seno. Strumenti per facilitare il cambiamento

Con il patrocinio:

Associazione Ostetrici-Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI) - Regione Emilia-Romagna

I Collegi delle Ostetriche dell'Emilia-Romagna

Società Italiana di Pediatria (SIP) - Sezione emiliano-romagnola

Società Italiana di Neonatologia (SIN) - Sezione emiliano-romagnola

Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP)

Associazione Pediatria Ospedaliera Emilia-Romagna (APOER)

Associazione Pediatria di Comunità (APeC)

Associazione Culturale Pediatri (ACP)

Prima edizione: ottobre 2005

© Regione Emilia-Romagna 2005

Tutti i diritti riservati.

La riproduzione, in parte o totale, o la traduzione di questo manuale sono consentite a condizione che venga citata la fonte e che la distribuzione non avvenga a fini di lucro o congiuntamente a prodotti commerciali.

Copie cartacee possono essere richieste a

Dott.ssa Elena Castelli

Servizio Assistenza Distrettuale, Regione Emilia-Romagna

Viale Aldo Moro 21, 40127 Bologna

Tel. 051 6397314 Fax 051 6397062

Email. ecastelli@regione.emilia-romagna.it

E' possibile consultare e scaricare questo manuale anche dal sito internet SaPeRiDoc www.saperidoc.it

Stampa:

Premiato Stabilimento Tipografico dei Comuni

Via Porzia Nefetti, 55

47018 Santa Sofia di Romagna (Forlì)

Allattamento al seno. Strumenti per facilitare il cambiamento

Il manuale è a cura di:

Paola DALLACASA - Azienda USL Forlì
Dante BARONCIANI - CeVEAS - Azienda USL Modena

Autori:

Paola DALLACASA (coordinatore) - *pediatra neonatologa* - Azienda USL Forlì
Dante BARONCIANI - *pediatra neonatologo* - Azienda USL Modena
Laura BORGHESI - *pediatra* - Azienda USL Forlì
Silvana BORSARI - *ostetrico ginecologo* - Serv. Ass. Distr. Regione Emilia-Romagna
Giovanna BUSSOLATI - *pediatra neonatologo* - Azienda OSP Parma
Paola CARLINI - *ostetrica* - Azienda USL Rimini
Elena CASTELLI - *funzionario* - Serv. Ass. Distr. Regione Emilia-Romagna
Claudio CHIOSSI - *pediatra* - Azienda USL Modena
Marna CORZANI - *assistente sanitaria* - Azienda USL Forlì
Chiara CUOGHI - *pediatra* - Azienda USL Ferrara
Daniela DANIELE - *ostetrica* - Azienda USL Rimini
Carla DAZZANI - *ostetrica* - Serv. Ass. Distr. Regione Emilia-Romagna
Massimo FARNETI - *pediatra* - Azienda USL Cesena
Paola LENZI - *assistente sanitaria* - Azienda USL Bologna
Luciana NICOLI - *pediatra* - Azienda USL Bologna
Cristina PAGLIANI - *ostetrica* - Azienda USL Modena
Nicola ROMEO - *pediatra neonatologo* - Azienda USL Rimini
Maria Dirce VEZZANI - *ostetrico ginecologo* - Azienda USL Modena
Alessandro VOLTA - *pediatra neonatologo* - Azienda USL Reggio Emilia

Hanno collaborato ai testi:

Stefania ALATI - *pediatra neonatologo* - Azienda USL Bologna
Giulio BEVILACQUA - *pediatra neonatologo* - Azienda OSP Parma
Roberta CHIERICI - *pediatra neonatologa* - Azienda OSP Ferrara
Loredana CIACCI - *pediatra* - Azienda USL Rimini
Simona DI MARIO - *pediatra* - Azienda USL Modena
Patrizia GIROTTI - *ostetrica* - Azienda USL Bologna
Teresina MAGRINI - *ostetrica* - Azienda USL Cesena
Maria MARINI - *assistente sanitaria* - Azienda USL Forlì
Bruno MORDINI - *pediatra neonatologo* - Azienda USL Modena
Miriam PRODI - *pediatra* - Azienda USL Modena
Roberto ROSSINI - *pediatra neonatologo* - Azienda OSP Bologna
Giorgio SCAGLIARINI - *ostetrico ginecologo* - Azienda USL Bologna
Angela SIMONI - *pediatra* - Azienda USL Modena

Allattamento al seno. Strumenti per facilitare il cambiamento

Revisori esterni:

Stefania CONTI - *ostetrica* - Ospedali Riuniti Bergamo
Immacolata DALL'OGGIO - *infermiera pediatrica* - Ospedale Bambin Gesù Roma
Riccardo DAVANZO - *pediatra neonatologo* - IRCCS Burlo Garofolo Trieste
Serena DONATI - *ricercatrice* - ISS Roma
Rita LOCATELLI - *ostetrica* - Ospedali Riuniti Bergamo
Leonardo SPERI - *psicologo, psicoterapeuta* - Azienda ULSS 20 Verona

SaPeRiDoc ha contribuito con:

metodologia, ricerca della letteratura (Dante BARONCIANI, Nicola MAGRINI)

coordinamento editoriale (Vittorio BASEVI, Barbara PALTRINIERI, Daniela SPETTOLI)

elaborazione software (Angelo DI NARDO)

Realizzazione tecnica e grafica del software PRIMA:

Halnet srl (Faenza-RA) <http://www.hln.it/>

INDICE

Prefazione	III
Avviso al lettore	V
Parte I Dalle raccomandazioni al cambiamento	1
Capitolo 1 Disegnare una via per il cambiamento	3
1.1 Fenomeni complessi e causalità	
1.2 Prove di efficacia e forza delle raccomandazioni	
1.3 L'adozione critica delle linee-guida esistenti	
1.4 Dall'adozione critica delle linee-guida all'implementazione	
1.5 Fenomeni complessi, risposte complesse: un libro di esercizi	
1.6 La valutazione del piano di implementazione	
Bibliografia	
Capitolo 2 Metodologia	19
2.1 Il percorso di stesura del manuale	
2.2 Selezione delle linee guida	
2.3 La classificazione delle raccomandazioni	
2.4 Peer-review della linea guida	
Bibliografia	
Capitolo 3 Il cambiamento in 5 passi	27
3.1 I passo: costituire il gruppo multidisciplinare	
3.2 Il passo: definire le criticità specifiche del proprio contesto	
3.2.1 I dati quantitativi: la "curva di persistenza" dell'allattamento al seno	
3.2.2 I dati qualitativi: quello che sanno e pensano i professionisti	
3.2.3 I dati relativi alle opinioni espresse dalle madri	
3.3 III passo: selezionare le raccomandazioni per il cambiamento	
3.4 IV passo: integrazione in sede locale delle griglie di implementazione	
3.5 V passo: definizione del piano di implementazione e sua valutazione	
Bibliografia	

Parte II Gli scenari dell'allattamento al seno	39
Capitolo 4 Gli scenari: introduzione	41
Capitolo 5 Scenario I. Basso tasso di inizio	43
5.1 La rete causale	
5.2 Agire sulla rete causale: le raccomandazioni	
5.2.1 Mancate conoscenze sui vantaggi	
5.2.2 Fattori socio-demografici	
5.2.3 Patologia materna e/o neonatale	
5.2.4 Fattori psico-relazionali	
5.3 Scenario I: tavola sinottica delle raccomandazioni	
Capitolo 6 Scenario II. Interruzione precoce	61
6.1 La rete causale	
6.2 Agire sulla rete causale: le raccomandazioni	
6.2.1 Promozione dell'allattamento al seno inefficace o inappropriata	
6.2.2 Mancate conoscenze sui vantaggi	
6.2.3 Patologia materna e/o neonatale	
6.2.4 Inefficace o inappropriato sostegno. Contesto organizzativo	
6.2.5 Inefficace o inappropriato sostegno. Tecniche di allattamento	
6.2.6 Inefficace o inappropriato sostegno. Condizioni di vulnerabilità	
6.2.7 Inefficace o inappropriato sostegno. Osservazione delle attitudini genitoriali	
6.2.8 Inefficace o inappropriato sostegno alla dimissione	
6.3 Scenario II: tavola sinottica delle raccomandazioni	
Capitolo 7 Scenario III. Interruzione tardiva	95
7.1 La rete causale	
7.2 Agire sulla rete causale: le raccomandazioni	
7.2.1 Inefficace o inappropriato sostegno nel periodo perinatale e alla dimissione	
7.2.2 Patologia materna e/o neonatale	
7.2.3 Inefficace o inappropriato sostegno nei primi mesi di vita	
7.2.4 Cause iatrogene	
7.3 Scenario III: tavola sinottica delle raccomandazioni	

PREFAZIONE

La Regione Emilia-Romagna ha promosso, con azioni diverse negli anni, l'allattamento al seno, unanimemente riconosciuto come un importante fattore di salute materna e infantile.

L'allattamento al seno è una delle pratiche di salute più naturali, economiche e di sicura efficacia e rappresenta la scelta alimentare d'elezione per i primi mesi di vita in quanto in grado di rafforzare il legame psico-affettivo tra madre e bambino e di migliorare la salute di entrambi.

Già la legge regionale 26/98 prevedeva l'impegno della Regione a promuovere questa pratica, tramite la corretta informazione e sensibilizzazione della donna in gravidanza e un protocollo efficace d'assistenza nell'immediato post-parto. Precedentemente, nel 1996, era stata promossa una ricerca con cadenza triennale per monitorare la prevalenza e la durata dell'allattamento al seno nel territorio regionale; nel 2005 è stata riproposta per la quarta volta, come rilevazione da effettuarsi nei prossimi mesi di ottobre-novembre presso gli ambulatori pediatrici vaccinali.

La delibera di Giunta regionale 309/2000, "Assistenza distrettuale - approvazione linee guida di attuazione del Piano sanitario regionale 1999-2001", ha successivamente posto la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno materno come obiettivo di salute e i piani annuali, proposti alle Aziende sanitarie, hanno individuato azioni a sostegno di tale obiettivo. La legge regionale 29/04, "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale", e il nuovo Piano sociale e sanitario in via di approvazione, ancora valorizzano il distretto come punto di riferimento dell'assistenza sanitaria e mantengono la tutela dell'allattamento al seno tra gli obiettivi di salute.

Nel corso dei lavori l'impegno in questo campo della Regione è stato esteso anche ai casi in cui è necessario ricorrere all'utilizzo dei sostituti del latte materno, per garantirne l'appropriatezza e per intervenire sui sistemi di approvvigionamento, in modo da evitare ogni possibile induzione dell'allattamento artificiale e soprattutto a favore di uno specifico prodotto. Importanti sono infatti, oltre alle conseguenze sulla salute del bambino, anche le ricadute economiche per le famiglie in ragione della sostanziale non reversibilità di questo tipo di alimentazione. E' stata a tal fine istituita una Commissione regionale con il compito di analizzare le caratteristiche dei sostituti del latte, al fine di redigere raccomandazioni alle famiglie sull'uso corretto dei latti artificiali e di definire

indicazioni sull'uso corretto dei latti curativi speciali, nonché indicazioni alle aziende sanitarie sulle modalità di approvvigionamento diretto dei sostituti del latte materno.

Questo manuale "Allattamento al seno. Strumenti per facilitare il cambiamento delle pratiche assistenziali" è frutto del lavoro di un Gruppo regionale istituito nell'ambito del programma di riorganizzazione dei consultori familiari e ha lo scopo di fornire indicazioni di provata efficacia, e adattabili alle singole realtà, per migliorare la pratica dell'allattamento materno. Auspicio che il manuale diventi uno strumento di lavoro, trovando la massima diffusione tra i professionisti impegnati nella promozione, nell'avvio e nel sostegno di una pratica di salute tanto rilevante.

Giovanni Bissoni
Assessore alle politiche per la salute
Regione Emilia-Romagna

AVVISO AL LETTORE

Quello che avete in mano è un manuale, ma per quanto sia rivolto a professionisti della salute, assomiglia più a un manuale Hoepli che a un tradizionale manuale di medicina. Non contiene prevalentemente un compendio di informazioni e di istruzioni raccolte e sintetizzate, ma guida passo a passo il lettore nell'analizzare la situazione nella quale si trova e a selezionare, fra tutti gli interventi che la sua esperienza e la letteratura mettono a disposizione, quelli che hanno una maggiore probabilità di essere efficaci nel raggiungere il suo obiettivo definito.

Da questo punto di vista, è un testo faticoso. La prima parte descrive il metodo utilizzato nella scelta delle raccomandazioni e il piano in cinque passi attraverso il quale facilitare la loro adozione in momenti definiti del percorso assistenziale. Nella seconda parte del manuale, questo metodo viene applicato nella definizione delle reti causali di tre diverse possibili condizioni in cui i professionisti sono chiamati a intervenire: un basso tasso di inizio, una interruzione *precoce* e una interruzione *tardiva* dell'allattamento al seno.

In questo modo è stata tracciata una mappa del territorio che vogliamo trasformare; come di fronte ad ogni mappa – diversamente dalla cartellonistica dei centri commerciali e delle uscite dai metro, che informano cortesemente “voi siete qui” – siamo noi a dover riconoscere il punto in cui ci troviamo e a tracciare l'itinerario per raggiungere il punto in cui vogliamo andare. Ma per fortuna il territorio, preliminarmente esplorato da un viaggiatore solitario, è stato successivamente ripercorso da un gruppo multidisciplinare, che ha cercato le possibili deviazioni implicite nel percorso accidentato che vogliamo intraprendere e ha verificato che i sentieri tracciati fossero realmente praticabili e che l'equipaggiamento fosse adeguato. Perché, essendo un manuale, parla di azioni da fare e di attrezzi da portare con sé.

Per rendere più chiare le difficoltà e più semplici le scelte, il gruppo ha messo a disposizione – coniugando le conoscenze disponibili alla propria lunga, variegata e spesso appassionata esperienza – una descrizione analitica di azioni da svolgere e di attrezzi che bisogna prima costruire e successivamente impiegare. Confidando di poter essere realmente utile al lettore proponendogli una serie di elementi certo non esaustiva, ma sufficientemente esemplificativa del lavoro che lo aspetta, se vuole davvero *cambiare* la propria pratica clinica.

Poiché si tratta appunto di esempi, è stato giudicato indispensabile che le *griglie* - in cui questo lavoro di analisi e di descrizione degli interventi possibili è incasellato - fossero direttamente modificabili dai lettori. Questa possibilità è stata realizzata attraverso un programma scaricabile, disponibile gratuitamente su semplice registrazione nel sito www.saperidoc.it. Qui, oltre alla versione integrale del manuale, è possibile trovare tutti i materiali preparati dal gruppo multidisciplinare per gli *scenari* considerati, in una edizione che consente facilmente di accettare, cambiare o cancellare i testi proposti, sostituirli eventualmente con altri e ottenere alla fine una versione stampabile delle *proprie* griglie di implementazione.

Quando si decide di ristrutturare la propria casa, per sostituire quello che ci si è accorti non funziona più così bene, si ricorre a artigiani diversi (il muratore, l'idraulico, l'elettricista, l'imbianchino) che insieme trasformano, correggono e *aggiornano* il lavoro fatto in precedenza da altri artigiani, fino a raggiungere un risultato cumulativo. Nella stessa maniera, le proposte contenute nelle griglie vanno valutate all'interno di un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale, comprensivo di tutte le competenze imprescindibili per analizzare, scegliere e intervenire con un programma articolato, dalle molteplici dimensioni, anche ambizioso, come è questo.

Ricordando a noi stessi che anche introdurre piccoli cambiamenti in pratiche consolidate è “la semplicità che è difficile a farsi”.



Parte I

**Dalle raccomandazioni
al cambiamento**



1. Disegnare una via per il cambiamento

Sono trascorsi quasi 20 anni dall'iniziativa congiunta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dell'Unicef [1] *10 passi per garantire un successo dell'allattamento al seno* (tabella 1.1.), seguita dalla pubblicazione delle prove di efficacia a sostegno delle raccomandazioni [2]. A pochi anni di distanza le stesse organizzazioni hanno promosso il progetto *Ospedali amici dei bambini*, con l'obiettivo di favorire in tutti gli ospedali la migliore accoglienza dei nuovi nati e garantire un sostegno all'allattamento al seno [3].

L'importanza di una politica comune su questo tema è stata riaffermata in un documento europeo [4]: "La protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno sono una priorità di salute pubblica in Europa. Tassi ridotti ed interruzione precoce dell'allattamento al seno hanno importanti conse-

Tabella 1.1 Dieci passi per garantire l'allattamento al seno *

- Definire un protocollo scritto per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario.
- Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo.
- Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno.
- Aiutare le madri perché comincino ad allattare al seno già mezz'ora dopo il parto.
- Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati.
- Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica.
- Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in), in modo che trascorrono insieme ventiquattrore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale.
- Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato richiede nutrimento.
- Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento.
- Favorire la creazione di gruppi di sostegno alla pratica dell'allattamento al seno, in modo che le madri vi si possano rivolgere dopo essere state dimesse dall'ospedale o dalla clinica.

* Modificato da [1]

guenze sanitarie e sociali negative per le donne, i bambini, la collettività e l'ambiente, sono associati ad una maggiore spesa sanitaria e fanno aumentare le ineguaglianze. La *Strategia globale per l'alimentazione del neonato e del bambino* [5], adottata da tutti i paesi membri dell'OMS alla 55^a *Assemblea mondiale della salute* nel maggio 2002, costituisce la base per iniziative di salute pubblica volte a proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento al seno".

Nonostante la sempre più ricca documentazione di prove sui benefici dell'allattamento al seno - in età infantile e negli anni successivi - e del consenso raccolto attorno ad una politica di promozione, i risultati sono modesti. In Italia [6], nonostante un miglioramento registrato negli ultimi anni, i tassi di allattamento esclusivo* al seno (77% alla dimissione e 31% a 4 mesi) rimangono inferiori a quanto auspicabile sulla base delle prove di efficacia [7]. Modesta anche l'adesione alle raccomandazioni incluse nei *10 passi per garantire un successo dell'allattamento al seno* [5].

Quali sono le ragioni di questo divario tra raccomandazioni e prassi? Si potrebbe rispondere sbrigativamente che questo è il destino delle raccomandazioni, che tranquillizzano la coscienza di chi le formula (anche consapevole che rimarranno inascoltate) e irritano chi le riceve.

Le raccomandazioni hanno lo scopo di innescare un processo di cambiamento rispetto all'esistente, ma ciò richiede una "rottura o un salto logico" [8]. Quando vengono messe in pratica, le raccomandazioni determinano un cambiamento delle regole del sistema, per sua natura omeostatico. Chi opera all'interno del sistema (in questo caso i professionisti clinici) rischia di non vedere le possibilità del cambiamento in quanto prigioniero di quelle regole. Invece, chi è esterno al sistema (gli estensori delle raccomandazioni) sembra sottovalutare le difficoltà a superare quelle regole e tende ad esaurire il proprio mandato nel dichiarare ciò che si *dovrebbe fare*, piuttosto che misurarsi sul ciò che è *possibile fare*.

Il processo di cambiamento non si esaurisce nel confronto tra estensori delle raccomandazioni e professionisti clinici, ma si sviluppa anche nel rapporto tra questi ultimi e i destinatari dei risultati del cambiamento, le madri e il loro

* *Allattamento esclusivo*: latte materno (succhiate o spremute), gocce o sciroppi medicinali (vitamine, minerali, farmaci), e nient'altro.

Allattamento predominante: come sopra, ma con l'ammissione di liquidi non nutritivi (acqua, semplice o zuccherata, e bevande acquose come tè, camomilla, tisane, infusioni, succhi di frutta, e soluzioni per reidratazione orale); con l'eccezione dei succhi di frutta e dell'acqua zuccherata, nessun altro liquido con alimenti è permesso in questa categoria.

Allattamento complementare: come sopra, ma con l'aggiunta di alimenti nutritivi liquidi (latte liquido o in polvere, brodi di carne o vegetali), semiliquidi (pappe di cereali, frutta, verdura, carne, pesce), e solidi (biscotti).

Allattamento artificiale: alimentazione senza latte materno.

La somma di allattamento esclusivo più predominante è denominata dall'OMS *allattamento completo (full breastfeeding)*, a volte tradotto anche come *allattamento pieno o completo*.

sistema familiare.

Centrale in tutto il processo è il tema della comunicazione, sia tra professionisti che tra professionisti e madri. Analogamente alla acquisizione di abilità alla comunicazione nella relazione tra medico e paziente [9], il processo di implementazione necessita di specifici strumenti (non solo in ambito comunicativo) per evitare che l'attenzione sia posta solo sul contenuto delle raccomandazioni e per facilitarne la più estesa adozione possibile.

1.1 Fenomeni complessi e causalità

La promozione e la tutela della salute necessitano di modelli di analisi e azioni di intervento propri dei *sistemi complessi*.

Questi ultimi sono caratterizzati: dal superamento del modello di causalità lineare, fatto che comporta l'accettazione di un maggior grado di incertezza e la necessità di misurarsi con un quadro di mutua causalità, in cui la modificazione di una singola componente del sistema può determinare cambiamenti anche in tutte le altre. Non sempre è facile sapere a priori, in termini probabilistici, la direzione di questi cambiamenti e se l'azione volta al cambiamento di un singolo fattore determinerà un peggioramento o un miglioramento anche delle altre componenti del sistema. In alcuni casi l'esito non è prevedibile e in altri è possibile determinare solo a posteriori ciò che è successo. Questa incertezza comporta che, quando si analizzano le prove di efficacia di un determinato intervento, "sia necessario valutare quanto siano stati presi in esame fattori che sono tipicamente ignorati allorché si analizzano sistemi non complessi [...]". Sul piano della programmazione, i sistemi complessi richiedono che le decisioni emergano dall'analisi dei *processi* piuttosto che da quella degli *eventi*. Vi è la necessità di approfondire l'analisi delle pratiche attuali nella convinzione che, nei sistemi complessi, anche grandi cambiamenti possono derivare da piccoli interventi" [10].

L'allattamento al seno è un sistema complesso, in quanto il suo successo dipende sia da fattori di natura antropologica (legati ai sistemi di valori dei soggetti coinvolti) che dal contesto sociale e dalle sue regole o dalle modalità di erogazione dei servizi (non solo sanitari, ma anche relativi al sistema familiare e al capitale sociale).

L'analisi della causalità non può essere "ridotta all'identificazione di una singola causa necessaria e sufficiente, ma deve piuttosto essere concettualizzata e descritta in termini di più elementi", un modello che il filosofo John Mackie, definisce INUS, *Insufficient Non redundant component of Unnecessary Sufficient complex* [11].

Riprendendo la metafora di Mackie sulle diverse componenti del complesso causale che portano all'incendio di una casa, si potrebbe per esempio ipotizzare che il mancato allattamento al seno sia il risultato di un *complesso causale* for-

mato dall'associazione tra un parto cesareo, un ritardo nel contatto tra madre e neonato, una posizione non corretta nell'attaccamento del bambino al seno e da una inappropriata prescrizione medica sul ritardato avvio dell'allattamento per l'utilizzo di analgesici durante il parto.

Ciascuna singola componente non è di per sé in grado di determinare il mancato allattamento, soltanto la loro coesistenza dà origine ad un *complesso sufficiente*. E tuttavia il complesso non è *necessario* poiché il mancato allattamento può derivare da altre cause non presenti nel complesso causale (ad esempio, per una decisione autonoma della madre legata a precedenti esperienze negative).

Sebbene nessuno dei singoli elementi che compongono il complesso sia *sufficiente*, almeno uno è però necessario: nella metafora di Mackie il fuoco, nel nostro caso il latte. Essendo noto che l'agalattia è evento assai raro, l'analisi del complesso riguarderà i fattori sufficienti.

Nel nostro caso, è possibile definire alcuni complessi causali in relazione al periodo in cui l'allattamento al seno viene interrotto? Dall'analisi della letteratura scientifica emerge un dato di fondo: nella maggior parte dei casi vengono formulate raccomandazioni relative al periodo perinatale (gravidanza e primi giorni di vita), mentre l'interruzione dell'allattamento può avvenire in tempi diversi rispetto alla durata minima raccomandata (sei mesi). Si pone allora una domanda: le componenti del sistema causale che porta alla interruzione precoce (ed il loro peso relativo) restano immutate nel tempo? Affermare che, in un determinato contesto, il tasso di allattamento esclusivo a 3 mesi è del 31% è un dato sufficiente a comprendere le caratteristiche del fenomeno? Quel dato potrebbe essere il risultato di diversi scenari che si possono schematicamente (cap.4 - parte II) suddividere in: basso tasso di inizio dell'allattamento esclusivo al seno, interruzione assai precoce o interruzione più tardiva dell'allattamento.

Le componenti causali possono essere, almeno in parte, diverse a seconda dello scenario ipotizzato. Il primo, caratterizzato da un basso tasso di avvio dell'allattamento, potrebbe risentire di elementi culturali che rendono difficoltosa l'adesione. Il secondo testimonierebbe una difficoltà insorta tra la nascita e la stabilizzazione dell'allattamento. Nel terzo le componenti causali agirebbero su un allattamento che, dal punto di vista della fisiologia, è stabilizzato. Se questa ipotesi viene accettata, diventa necessario articolare le raccomandazioni analizzando il processo, oltre che gli esiti.

Sulla base di questa ipotesi si possono definire reti causali per i singoli scenari prospettati, per analizzare il ruolo svolto dalle singole componenti (fattori causali).

Il limite delle reti causali è che sono valide per descrivere *sistemi complicati* [10], ma non riescono a rappresentare quella *mutua causalità* che caratterizza i

sistemi complessi. Le reti causali, infatti, definiscono i diversi fattori causali, senza che sia possibile comprendere appieno quanto ogni singolo componente influenzi gli altri.

Secondo A. Liberati, nella metafora di Mackie la componente necessaria è identificabile nella esistenza di prove empiriche: “Sebbene le evidenze/prove empiriche siano una componente necessaria, è comunque compito dell'operatore sanitario integrare i diversi tipi di conoscenza e verificare che esistano anche i presupposti di plausibilità e fattibilità, senza i quali nessun intervento teoricamente efficace è trasferibile nella pratica clinica” [11].

Quali sono, dunque, le caratteristiche peculiari delle prove di efficacia nel caso dell'allattamento al seno?

1.2 Prove di efficacia e forza delle raccomandazioni

Lo sviluppo della medicina basata sulle prove di efficacia (*Evidence Based Medicine*, EBM) ha consentito di sviluppare una “cornice concettuale e metodologica condivisa per usare le prove empiriche in modo esplicito e sistematico” [11].

Qualunque sia la scala di *livelli delle prove di efficacia* utilizzata (cap. 2) si privilegiano i risultati degli studi clinici randomizzati (RCT), soprattutto se riassunti in metanalisi o revisioni sistematiche, rispetto a quelli derivati da studi osservazionali. Ancor meno peso viene dato ai *case report* e al parere degli esperti. La classificazione della *forza delle raccomandazioni* nella formulazione di linee guida è stata, nella maggioranza dei casi, derivata direttamente dalla scala delle prove di efficacia; in tal modo la *forza* è elevata (grado A) solo quando le prove di efficacia che stanno alla base della raccomandazione derivano da RCT, metanalisi o revisioni sistematiche di RCT (livello I). Se si applicano queste *regole* al tema dell'allattamento si osserva un curioso paradosso.

I benefici per la salute derivanti da un prolungato allattamento al seno, sia nell'immediato che nelle età successive, sono evidenziati dai risultati di studi osservazionali (di coorte o caso controllo). L'assenza di studi clinici randomizzati in questo campo è da attribuire in buona misura a problemi etici: nessun ricercatore può pensare di allocare i neonati, in modo randomizzato, all'allattamento al seno o artificiale (con formula). Conseguentemente, per quanto precedentemente descritto sul rapporto tra livelli delle prove di efficacia e forza delle raccomandazioni, la forza con cui raccomandare l'allattamento al seno non può in alcun caso essere di grado A, in quanto non sostenuta da revisioni sistematiche di RCT o da RCT. E tuttavia la raccomandazione di allattare al seno è sostenuta sia dalla direzione univoca dei risultati degli studi osservazionali che da una forte plausibilità biologica, essendo state numerose negli anni le scoperte sul ruolo che assumono i diversi componenti del latte materno nel processo di crescita e

in quello della modulazione del sistema immunitario.

Il paradosso emerge analizzando gli studi relativi all'efficacia ed all'appropriatezza degli interventi per promuovere o tutelare l'allattamento al seno. Per quanto siano disponibili numerosi RCT e revisioni sistematiche di RCT, in realtà:

- gli RCT sono spesso di piccole dimensioni e valutano interventi per la realizzazione dei quali sono state impiegate risorse che non sono disponibili nella assistenza generalizzata alla popolazione bersaglio;
- una parte di questi studi presenta problemi nella definizione degli esiti. Solo in alcuni di essi vi è una precisa classificazione delle modalità di allattamento al seno (esclusivo, completo, predominante...) come raccomandato dall'OMS. In alcuni RCT l'esito “allattamento al seno” è solo uno degli indicatori di esito analizzati e, in qualche caso, la sua valutazione presenta problemi di misura. Un intervento di counselling, ad esempio, potrebbe avere effetti positivi sul benessere della donna, senza che questo determini un *significativo* (dal punto di vista statistico) prolungamento dell'allattamento al seno;
- non pochi di questi studi sono rivolti a popolazioni che presentano specifici fattori di rischio (svantaggio sociale, condizioni di vulnerabilità), con scarsa attenzione alla presenza o meno di fattori protettivi. Si ripropone in qualche modo una linearità del nesso causale tra rischio ed evento negativo (come il mancato allattamento al seno), senza tener conto di modelli causali più complessi.

È stato rilevato che “la randomizzazione può controllare gli errori sistematici (*bias*) nella assegnazione dei soggetti al gruppo di trattamento o di controllo, ma nulla può rispetto alle differenze, a volte illimitate, non misurabili del contesto, o agli effetti della scelta degli esiti da valutare. Possiamo misurare soltanto ciò che cerchiamo” [12]. Sembra che la preoccupazione degli autori di rispondere alle *regole* dell'EBM li porti a privilegiare il calcolo dell'*odds ratio* e dei limiti di confidenza, piuttosto che soffermarsi a descrivere il perché (la plausibilità) e il come (formazione dei professionisti, modalità di erogazione dell'intervento e problemi incontrati...) si eroga quello specifico intervento.

Nel caso dell'analisi dell'*efficacia degli interventi*, a differenza di quanto descritto per i benefici dell'allattamento, sono disponibili prove di efficacia di *livello* elevato (RCT) e, quindi, raccomandazioni di *forza* elevata, ma queste raccomandazioni, tradotte nella pratica clinica quotidiana, possono presentare problemi di fattibilità.

Questi limiti metodologici devono essere tenuti presenti quando si passa dall'analisi dei livelli delle prove di efficacia alla elaborazione o adozione di raccomandazioni e di linee guida.

1.3 L'adozione critica delle linee-guida esistenti

Con il termine linee guida (LG) si definiscono raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate in modo sistematico per assistere medici e/o pazienti nelle decisioni sull'utilizzo di specifici interventi sanitari.

La scelta tra l'elaborare *ex novo* delle linee guida o adottare criticamente quelle esistenti non può prescindere da tre elementi principali: le risorse disponibili, le caratteristiche del tema affrontato e la qualità delle linee guida pubblicate.

L'elaborazione *ex novo* di linee guida basate su prove di efficacia richiede un notevole impiego di risorse economiche e di competenze specifiche ed un tempo medio di elaborazione di due anni [13].

L'adozione critica di linee guida disponibili deve considerare l'esistenza di aspetti dell'allattamento al seno (influenze culturali, decisione della madre, stato di salute della madre e del neonato, supporto familiare, modalità di assistenza al percorso nascita...) che assumono un diverso peso relativo nella specificità dei diversi contesti. Linee guida di buona qualità prodotte negli Stati Uniti [14,15] e in Francia [16] (cap. 2) presentano raccomandazioni formulate per un contesto facilmente riconoscibile come diverso da quello italiano.

Il gruppo collaborativo autore di questo manuale, nel processo di adattamento delle raccomandazioni di quelle linee guida al contesto della Regione Emilia-Romagna, ha realizzato tre principali attività (cap. 2):

- revisione della letteratura scientifica pubblicata successivamente alla produzione delle linee guida;
- valutazione dell'esistenza di vincoli di fattibilità rispetto alle raccomandazioni. L'allattamento al seno non richiede l'impiego di alte tecnologie e quindi, in questa fase di analisi, non si pongono reali problemi di fattibilità, ma - a livello locale e nell'ambito della definizione del piano di implementazione - si deve affrontare la varietà di modelli assistenziali e di risorse disponibili;
- adattamento delle raccomandazioni alle reti causali dei tre diversi scenari ipotizzati: *mancato inizio* dell'allattamento, *interruzione precoce*, *interruzione tardiva*.

Un gruppo internazionale (GRADE), al lavoro dal 2001, ha l'obiettivo di proporre un nuovo sistema di classificazione della *forza* delle raccomandazioni. Per superare l'automatismo tra *livelli delle prove* di efficacia e *forza* della raccomandazione, GRADE ha elaborato un *set* di regole esplicite per formulare una classificazione che includa la natura del quesito e il contesto in cui la raccomandazione deve essere implementata [17]. La proposta è attualmente in fase sperimentale; in questo progetto, analogamente alle linee guida esaminate, si è scelto di specificare unicamente i *livelli* delle prove di efficacia su cui ogni raccomandazione è basata, rinunciando ad attribuirle una *forza*.

1.4 Dall'adozione critica delle linee-guida all'implementazione

Le linee guida sono state utilizzate "sia come semplici raccomandazioni di comportamento che il singolo medico è libero di decidere se adottare o meno, sia come direttive amministrative che delimitano rigidamente le opzioni diagnostico-terapeutiche accettabili (...). L'uso ottimale delle linee guida, evitando i problemi posti da questi due diversi approcci, consiste nel loro impiego come strumenti che rendano possibile una valutazione della qualità delle prestazioni erogate dai servizi, sulla base di principi nello stesso tempo scientificamente validi e condivisi dagli operatori" [18].

Tra le ragioni addotte a spiegare perché l'elaborazione e la diffusione delle linee guida spesso non produca i cambiamenti auspicati, viene indicata una insufficiente attenzione al tema dell'implementazione. È stato osservato che "il trasferimento dei risultati della ricerca scientifica nella pratica clinica è stato in passato considerato un ambito di esclusiva pertinenza dei professionisti sanitari, trascurando il coinvolgimento dei cittadini e dei responsabili della pianificazione delle attività" [19]. In questo contesto, l'implementazione è intesa come "disegno di una strategia idonea a potenziare i fattori che favoriscono e rimuovere i fattori che ostacolano l'introduzione delle raccomandazioni cliniche derivate dalla ricerca nei contesti clinici ed organizzativi che le vorrebbero applicare" [19].

Poiché l'analisi dei fattori di ostacolo (o di quelli facilitanti) è un processo dispendioso, è necessario farla precedere da una selezione delle raccomandazioni che si vogliono implementare, tralasciando quelle che di fatto vengono già realizzate.

Un'analisi comparativa, che valuti la differenza tra quanto raccomandato (sulla base delle prove di efficacia) e la prassi, è lo strumento attraverso il quale selezionare le raccomandazioni su cui concentrare il proprio intervento.

Una volta individuata la raccomandazione da implementare, vi è un elemento da considerare preliminarmente. Nella analisi dei fattori di ostacolo si presta attenzione prevalentemente, se non unicamente, ai fattori relativi alle motivazioni e alle attitudini degli individui, trascurando gli aspetti organizzativi e strutturali. È di nuovo la ricerca delle *soluzioni possibili* un professionista può essere motivato e in grado di produrre il cambiamento, ma può essere impossibilitato ad attuarlo se non cambiano le regole del sistema in cui opera.

Semplificando una tassonomia dei *fattori di ostacolo* disponibile in letteratura [19] (tabella 1.II), si possono distinguere fattori *che riguardano gli individui* (motivazionali e attitudinali), *fattori inerenti la struttura* (organizzativi e gestionali) e *fattori di natura clinica*.

Tabella 1.II Tassonomia dei fattori di ostacolo*	
Motivazionali	Fattori relativi al livello di consenso nei confronti della raccomandazione. A tale consenso appartiene anche la valutazione di una eventuale percezione negativa delle conseguenze non cliniche derivate dalla raccomandazione (le ricadute sul carico di lavoro della persona, sullo status personale, sul rapporto con gli altri, sul rapporto tra la persona e la struttura, ecc.).
Attitudinali	Fattori relativi al livello di conoscenza della pratica clinica raccomandata. Per conoscenza si intende sia la capacità di eseguire la pratica clinica (esecuzione di un esame, modalità di assunzione di farmaci, manovra chirurgica, stile di vita, ecc.) sia la consapevolezza degli esiti di salute legati alla pratica clinica. Fattori relativi al livello di condivisione del rapporto rischio/beneficio espresso dalla raccomandazione.
Clinici	Fattori relativi alla complessità clinica del singolo individuo o sottogruppo di popolazione che rendono difficile applicare la raccomandazione in esame (valida per l'insieme della popolazione) a quel paziente o al gruppo.
Organizzativi	Fattori relativi all'insieme delle risorse impegnate nell'organizzazione di un servizio e il loro utilizzo: i rapporti gerarchici, la capacità e la modalità di far fronte a problemi e imprevisti inerenti il servizio stesso (orari di servizio, gestione delle agende di prenotazione, carichi di lavoro, modulistica, ecc.).
Gestionali	Fattori relativi ad attività: - programmazione preparatoria o propedeutica alla messa in atto di un servizio o di un'altra azione in generale (ad esempio: acquisizione e allocazione di risorse, adozione di una struttura gerarchica, assegnazione di responsabilità); - di monitoraggio e verifica di dati e informazioni sul raggiungimento degli obiettivi prestabiliti, le azioni di indirizzo e orientamento.

La distinzione tra fattori organizzativi e gestionali può essere in alcuni casi difficile da comprendere. Ad esempio, il fattore di ostacolo "carenza di risorse umane" sarà di natura organizzativa se la soluzione si basa su una redistribuzione del carico di lavoro all'interno dell'Unità operativa, ma sarà di carattere gestionale se si procede ad una integrazione dell'organico. Semplificando, si può affermare che quando la rimozione di barriere strutturali richiede l'intervento delle Direzioni aziendali, i fattori di ostacolo vanno analizzati come gestionali.

Nel definire un piano di implementazione a livello locale, questa tassonomia dei fattori di ostacolo implica la costituzione di un *gruppo di lavoro multidisciplinare*, che comprenda professionisti clinici, delle Direzioni sanitarie e rappresentanti dei cittadini (e/o dei pazienti). Solo il confronto tra le diverse letture della raccomandazione permette di evidenziare i diversi fattori di ostacolo esistenti. La definizione dei fattori di ostacolo non richiede che siano condivisi da parte del gruppo multidisciplinare e un fattore individuato da un singolo componente del gruppo è, per definizione, un ostacolo reale; se ne potrà discutere il peso specifico, non certo l'esistenza.

* Modificato da [19], pagg. 22-4

Utilizzando questa tassonomia, devono essere analizzati i fattori di ostacolo per ognuna delle raccomandazioni selezionate. Fattori di ostacolo comuni a raccomandazioni diverse possono infatti richiedere, per essere rimossi, interventi diversi.

L'individuazione dei fattori di ostacolo non è solitamente difficoltosa; i problemi sorgono invece nell'individuare le *azioni* e gli *strumenti* per superare il singolo fattore di ostacolo. Affermazioni come "ci vorrebbe più formazione" e "mancano le risorse" segnalano una convinzione della impossibilità al cambiamento. L'utilizzo della tassonomia dei fattori di ostacolo mostra invece che la formazione può forse essere utile per superare i fattori di ostacolo attitudinali, ma è inefficace rispetto agli altri. Analogamente, l'acquisizione di risorse può modificare alcuni fattori gestionali, ma non i fattori di ostacolo motivazionali.

Vi sono due elementi fondamentali da considerare nella programmazione di interventi per superare il singolo fattore di ostacolo:

- la presenza di fattori di ostacolo per superare i quali non si riescono ad individuare interventi. Si tratta di una acquisizione importante poiché, nella fase di progettazione dell'implementazione, si è consapevoli che uno o più fattori di ostacolo continueranno ad esistere e contrasteranno il processo di cambiamento;
- la corrispondenza tra tipologia di ostacolo individuata e intervento: ad una barriera di natura organizzativa deve seguire un'azione che intervenga sul terreno organizzativo. Qualche difficoltà, rispetto a questa corrispondenza, si rileva nel caso dei fattori motivazionali, che talvolta non sono tanto il risultato di un "mancato convincimento" (ad esempio del professionista clinico), quanto il riflesso di una percezione negativa delle conseguenze non cliniche derivate dalla raccomandazione (le ricadute sul carico di lavoro della persona, sullo status personale, sul rapporto con gli altri, sul rapporto tra la persona e la struttura, ecc.). In questo caso, solitamente, i fattori motivazionali sono propri di gruppi di individui (specie professionisti clinici) ed il loro superamento richiede interventi di tipo organizzativo e/o gestionale.

Questa concezione consente di superare la genericità che ha caratterizzato il dibattito sull'implementazione e che ha portato a valutare gli interventi utilizzati (*audit and feedback*, presenza di *opinion leader*, formazione, ecc.) senza definire le barriere che con quegli interventi si volevano superare.

L'individuazione degli interventi (azioni e strumenti) per rimuovere i fattori di ostacolo deve avvenire analizzando il singolo fattore d'ostacolo e non la raccomandazione nel suo insieme.

Lo stesso intervento può essere attuato con diversi strumenti e lo stesso strumento può essere utile al superamento di più di un fattore di ostacolo. Si veda, come esempio, la tabella 1.III che riporta l'individuazione dell'intervento

(*garantire un'offerta di informazione...*) e i due strumenti con cui attuarlo (*materiale informativo e corso per l'acquisizione di abilità alla comunicazione*), rispetto ad un fattore di ostacolo (*la scarsa motivazione di una donna che ha deciso di non allattare a discutere le modalità di assistenza al parto e ai primi giorni di vita del bambino*). È evidente che i due strumenti saranno utilizzati anche per affrontare altri fattori di ostacolo, ma in questo caso viene dettagliato il contenuto che essi devono possedere per rispondere al superamento di questo specifico fattore.

Operando in tal modo, per ognuna delle diverse raccomandazioni selezionate, si individueranno una serie di interventi e relativi strumenti, che costituiranno

Tabella 1.III Esempio di identificazione di azione e strumenti per il superamento di un singolo fattore di ostacolo

Fattore di ostacolo motivazionale	Intervento proposto	Strumenti
La donna può aver deciso di non allattare al seno e non è motivata a discutere le modalità di assistenza al parto e ai primi giorni di vita del bambino.	<p><i>Molti degli elementi di un'appropriate assistenza al parto e nel periodo neonatale (modalità del parto, analgesia, contatto precoce, rooming-in...) non sono limitati a garantire un successo dell'allattamento al seno, ma possono risultare di rilevante importanza nel migliorare l'attaccamento tra madre e bambino. La donna che, per qualsiasi motivo, ha deciso di non allattare, può essere restia ad avviare un confronto sulle modalità assistenziali temendo un giudizio di valore da parte del professionista.</i></p> <p>★ Garantire un'offerta di informazione che espliciti l'importanza della definizione delle modalità assistenziali indipendentemente dalla scelta di allattare</p>	<p>➤ Formulazione e diffusione di materiale informativo in cui sia resa esplicita l'importanza di un'appropriate assistenza al parto e al neonato per favorire l'attaccamento tra madre e bambino, senza sottacere i vantaggi per garantire un successo dell'allattamento al seno.</p> <p>➤ Organizzazione di un corso di base per l'acquisizione di abilità alla comunicazione rivolto a tutti i professionisti coinvolti. Particolare attenzione sarà rivolta a come superare il timore del "giudizio del professionista" da parte della madre e di chi le sta vicino</p>

no il piano di implementazione.

Per ogni singolo intervento (o azione) per la rimozione del fattore di ostacolo è necessario individuare gli strumenti con cui attuare l'intervento, descrivendone nella maniera più dettagliata possibile i contenuti e le modalità di adozione.

1.5 Fenomeni complessi, risposte complesse: un libro di esercizi

Partendo dalla complessità si è giunti a fornire una risposta complessa. Non poteva, probabilmente, essere altrimenti e tuttavia è probabile che tale risposta abbia in sé alcuni elementi utili.

Affrontare fenomeni complessi comporta due atteggiamenti immediati: la voglia di semplificare o il senso di impotenza. Introdurre alcuni elementi metodologici [19] può consentire di evitare da un lato una risposta generica e, dall'altro, di non perdersi nei mille rivoli che vanno a formare il torrente della complessità.

Il tema dell'allattamento al seno ben si prestava ad applicare questa proposta metodologica, rispetto al cui rigore è stata introdotta una variante importante: il gruppo di lavoro regionale che ha effettuato l'adattamento delle linee guida esistenti ha, nel contempo, definito il modello per l'implementazione locale delle raccomandazioni.

La variazione non è di poco conto. Come accennato precedentemente e come sarà approfondito nel capitolo 3, il punto di partenza di un piano di implementazione locale è rappresentato dall'individuazione delle raccomandazioni, attraverso la valutazione (con dati quantitativi e qualitativi) dello scarto tra quanto raccomandato e la pratica clinica. In questo caso, invece, è stato scelto di affrontare il piano di implementazione di tutte le raccomandazioni adattate dalle linee guida. Scelta operata sulla base della convinzione che la metodologia proposta, per essere acquisita, necessita di esercizio.

L'esempio è quello del compito in classe di matematica: per avere buone probabilità di successo è necessario fare molti esercizi. Se si è particolarmente fortunati il compito, o una parte di esso, sarà assai simile ad uno degli esercizi svolti; in caso contrario l'allenamento al metodo servirà per affrontarlo. Con lo stesso spirito sono state affrontate le *griglie* di implementazione delle singole raccomandazioni. Tutti i fattori di ostacolo identificati sono stati elencati e si sono ipotizzati azioni e strumenti per il superamento di ciascuno di essi.

Il risultato è un testo *pesante* se letto senza l'obiettivo di implementare una singola raccomandazione, ma diventa di più facile lettura se analizzato sulla base dei propri quesiti. La scommessa è quella di facilitare l'applicazione della metodologia per definire piani di implementazione specifici per il proprio conte-

sto - in cui saranno diversi i fattori di ostacolo, le azioni e gli strumenti individuati - senza far ricorso ad un supporto metodologico esterno.

La scommessa di questo testo è quella di proporre un metodo di analisi dei problemi che consenta di ipotizzarne le soluzioni. Per evitare di cadere nella situazione descritta da un personaggio di Altan, quando dice: "Le soluzioni le abbiamo, ora troviamo a quali problemi corrispondono".

1.6 La valutazione del piano di implementazione

Funzionerà il piano di implementazione così disegnato? Si supererà, a livello locale, lo scarto tra la condivisione delle raccomandazioni e i tassi insoddisfacenti di allattamento al seno? Il processo di valutazione è essenziale. I processi di implementazione delle raccomandazioni sono parte integrante dell'audit clinico, inteso come processo di revisione continua delle prestazioni sanitarie erogate, finalizzato al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria [19,20]. Il piano di implementazione deve essere considerato come un progetto di ricerca nel quale le ipotesi esplicitate sono sottoposte a verifica [21].

La verifica delle ipotesi esplicitate non si può limitare al raggiungimento degli obiettivi (tassi più elevati di allattamento al seno), ma deve prendere in esame altri elementi: se l'azione individuata (e gli strumenti relativi) sono stati effettivamente attuati e, in caso affermativo, se è stata in grado di rimuovere il fattore di ostacolo.

Perché la valutazione degli interventi non si esaurisca in aspetti quantitativi, è necessario che venga esplicitato il nesso causale fra fattore di ostacolo e azione individuata e che, nello stesso tempo, vengano descritte in maniera esaustiva le modalità con cui è stato effettuato l'intervento e le difficoltà incontrate. Questo potrebbe contribuire allo "sviluppo della ricerca più di quanto la sola valutazione dell'impatto sul comportamento clinico sia riuscita a fare fino ad oggi" [18].

La raccolta di dati quantitativi e qualitativi ha l'obiettivo di valutare [18]:

- l'impatto sulla pratica clinica, rilevando il tasso di adozione delle raccomandazioni cliniche, prima e dopo l'implementazione;
- il monitoraggio del piano di implementazione, ovvero l'impatto delle strategie sui fattori di ostacolo verificandone la rimozione, attraverso la quantificazione degli stessi fattori e la descrizione degli interventi;
- la valutazione del processo di implementazione, ovvero la messa in relazione dell'impatto delle strategie con il tasso di adozione delle raccomandazioni, verificando quanto gli strumenti scelti siano stati in grado di rimuovere i fattori di ostacolo e quanto si sia stati in grado di individuare ed agire sugli ostacoli determinanti.

Un processo, ancora una volta, complesso. Con l'obiettivo di costruire una banca dati sull'implementazione delle raccomandazioni relative all'allattamento al seno in modo da essere di aiuto a chi si cimenterà, prossimamente, in questa impresa.

Bibliografia

1. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: The special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva (CH): World Health Organization; 1989
2. World Health Organization. Division of Child Health and Development. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva (CH): World Health Organization; 1998. URL: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.pdf
3. Unicef. The Baby-Friendly Hospital Initiative. URL: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>
4. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment; 2004. URL: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm
5. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva (CH): World Health Organization; 2003. URL: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gs_1ycf.pdf
6. Giovannini M, Banderall G, Radaelli G, Carmine V, Riva E, Agostoni C. Monitoring breastfeeding rates in Italy: national surveys 1995 and 1999. *Acta Paediatr* 2003;92:357-63
7. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva (CH): World Health Organization; 2002. URL: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CAH_01_23.pdf
8. Watzlavick P, Weakland JH, Fish R. Change: sulla formazione e la soluzione dei problemi. Roma: Astrolabio- Ubaldini Editore; 1974
9. Bert G, Quadrino S. Parole di medici, parole di pazienti. Counselling e narrativa in medicina. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2002
10. Glouberman S, Zimmerman B. Complicated and complex systems: what would successful reform of Medicare look like? Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada; 2002. URL: http://www.healthandeverything.org/pubs/Glouberman_E.pdf
11. Liberati A. Un decennio di EBM: un bilancio non proprio imparziale. In: Liberati A (a cura di). Etica, conoscenza e sanità. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2005. Pagg. 3-70
12. Erkin MW. In corso di pubblicazione in SaPeRIDoc. URL: <http://www.saperidoc.it>
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN50: A guideline developers' handbook. URL: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>
14. International Lactation Consultant Association (ILCA). Evidence-based guidelines for breastfeeding management during the first fourteen days. Raleigh (NC): ILCA; 1999

15. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Evidence-based clinical practice guideline. Breastfeeding support: prenatal care through the first year. Washington (DC): AWHONN; 2000
16. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Allaitement maternel: mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Paris: ANAES; 2002. URL: <http://www.anaes.fr>
17. Atkins D, Best D, Briss PA. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004;328:1490
18. Berti E, Casolari L, Grilli R. Governo clinico e linee-guida. In: Grilli R, Taroni F (a cura di). Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2004. Pagg. 29-50
19. Ballini L, Liberati A. Linee-guida per la pratica clinica. Metodologia per l'implementazione. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2004
20. NICE. Principles for best practice in clinical audit. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2002
21. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000;321:694-6

2. Metodologia

Questo manuale è stato elaborato da un gruppo di professionisti di Aziende sanitarie (AUSL) e ospedaliere (AO) della *Regione Emilia-Romagna* con il supporto metodologico del *Centro per la valutazione di efficacia dell'assistenza sanitaria* (CeVEAS) di Modena.

Il manuale è rivolto a tutti i professionisti che, a diverso titolo, concorrono alla promozione dell'allattamento al seno.

E tuttavia, per la modalità con cui è stato costruito, è destinato prioritariamente a *gruppi multidisciplinari* (professionisti clinici, delle Direzioni sanitarie e rappresentanti della associazioni di mutuo aiuto o del terzo settore) costituiti per l'implementazione delle raccomandazioni (capitoli 1 e 3).

2.1 Il percorso di stesura del manuale

I professionisti designati dalle Aziende sanitarie coinvolte nel *Progetto* regionale di riorganizzazione dei Consultori familiari sono stati inizialmente impegnati, in tre specifici gruppi di lavoro (gravidanza, parto e puerperio), nella ricerca, valutazione critica e selezione della letteratura scientifica.

Il gruppo dedicato al puerperio ha assunto quale documento di riferimento un insieme di raccomandazioni [1] - condivise da diverse società scientifiche e associazioni professionali italiane - aventi come obiettivo generale quello di "fornire sostegno ed assistenza alla madre e al neonato nelle prime settimane di vita, al fine di promuovere la fisiologia dell'adattamento postnatale, l'allattamento al seno, la prevenzione e la diagnosi tempestiva di patologia organica e relazionale e il benessere della famiglia".

Il gruppo di lavoro, pur condividendo le raccomandazioni, ha rilevato limiti metodologici, in particolare la mancanza di sistematicità nella revisione della letteratura e l'assenza di una descrizione dei livelli delle prove di efficacia a supporto delle singole raccomandazioni.

Si è quindi deciso di rinunciare ad implementare l'insieme delle raccomandazioni per affrontare in modo più rigoroso e approfondito un singolo tema: la promozione e la tutela dell'allattamento al seno.

Questo tema richiede interventi diversi che coinvolgono il punto nascita e il territorio e che possono incidere positivamente anche su altri bisogni di salute di madre e neonato (il rafforzamento dell'autostima materna, la promozione dell'attaccamento, il sostegno alle competenze genitoriali, ...).

Sono stati scelti, come punto di partenza, i 10 passi per la "protezione e supporto all'allattamento al seno", indicati dalla *Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS) e dall'*Unicef* [2] e le relative prove di efficacia [3].

Sono stati quindi stimati, per ogni Azienda sanitaria, i tassi di allattamento al momento delle dimissioni dell'ospedale e, contemporaneamente, lo stato di attuazione delle raccomandazioni OMS-Unicef. È stato richiesto di analizzare - localmente - fattori favorenti e fattori di ostacolo all'introduzione di ogni raccomandazione nella pratica clinica e di ipotizzare azioni e strumenti utili a realizzare il cambiamento. I risultati di questo lavoro sono stati discussi durante il *Laboratorio di perinatologia*, tenutosi a Bertinoro il 26-28 febbraio 2001, con la partecipazione di professionisti appartenenti anche alle Aziende sanitarie della Regione non coinvolte nel *Progetto*.

Dalla valutazione dei dati e dalla discussione sono emersi due elementi rilevanti: (a) la constatazione - nella maggior parte delle 5 Aziende partecipanti - di un elevato *tasso di inizio* dell'allattamento al seno, seguito da una significativa riduzione nei primi mesi di vita [4]; (b) una significativa separazione fra professionisti ospedalieri e distrettuali, una mancanza di sinergia tra interventi in ambito ostetrico e pediatrico, una insufficiente iniziativa di coinvolgimento dei ginecologi libero-professionisti che assistono la maggior parte delle gravidanze.

Questi elementi hanno consentito di riconoscere:

- la priorità della tutela dell'allattamento al seno, ovvero la necessità di identificare e garantire gli interventi in grado di evitare l'interruzione precoce, piuttosto che la sua promozione;
- la difficoltà a utilizzare le raccomandazioni proposte da OMS-Unicef, risultate eccessivamente generiche rispetto agli interventi indispensabili per modificare la prassi esistente;
- la difficoltà nel definire progetti di implementazione, per i quali è stato giudicato necessario un supporto metodologico non disponibile in contesti con scarse risorse.

Il gruppo ha deciso quindi di elaborare uno strumento di ausilio, una sorta di *manuale* in grado di trasferire ai professionisti di singole aziende una metodologia facilitante l'implementazione delle raccomandazioni (cap. 3). Questo manuale avrebbe dovuto contenere:

- la definizione delle raccomandazioni utili alla promozione e tutela dell'allattamento al seno, specifiche per tre possibili scenari: basso tasso di inizio dell'allattamento al seno, abbandono molto precoce, interruzione più tardiva;
- l'analisi, per ognuna delle raccomandazioni, dei fattori di ostacolo, di quelli favorenti, delle azioni e degli strumenti da adottare nel processo di implementazione.

Il gruppo di lavoro è stato ampliato a professionisti delle altre Aziende della Regione, sia per utilizzare il loro contributo che per offrire loro l'opportunità di condividere le modalità di intervento proposte.

2.2 Selezione delle linee guida

L'enorme mole di informazioni, pubblicate ogni anno sulle riviste biomediche, rende problematico un aggiornamento del professionista che garantisca decisioni cliniche fondate sulle prove scientifiche disponibili.

Le linee guida (LG) rappresentano un tentativo di risposta a questa difficoltà formulando "raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di assistere i medici e i pazienti nel decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche" [5].

Obiettivo fondamentale delle LG è assicurare il massimo grado di appropriatezza degli interventi, riducendo la quota di variabilità delle decisioni cliniche associate alla carenza di conoscenze. Le ricadute, in termini di risultati attesi, sono diverse:

- i professionisti hanno nelle linee guida uno strumento di formazione continua e una fonte dalla quale derivare indicatori utilizzabili nell'audit clinico [6,7,8];
- le Aziende sanitarie possono, attraverso le LG, definire e ottimizzare i processi assistenziali e pianificare, conseguentemente, i propri investimenti;
- i diversi livelli istituzionali (Stato, Regione, Azienda) possono facilitare il monitoraggio e la valutazione della qualità delle prestazioni erogate e, anche attraverso interventi di programmazione, ridurre le disuguaglianze nella allocazione dei servizi;
- i cittadini hanno la possibilità di essere maggiormente informati e consapevoli dei presupposti scientifici che stanno alla base dei trattamenti ricevuti [9].

Le linee guida sull'allattamento al seno prodotte da organismi sovraistituzionali (agenzie di sanità pubbliche e società scientifiche) disponibili in rete sono state identificate attraverso una consultazione, aggiornata a dicembre 2003, delle banche dati di LG indicate dal *Programma nazionale linee guida* (PNLG) e di quelle indicizzate dal *Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria* (CeVEAS) [10]. Queste LG sono state valutate utilizzando la check-list elaborata dal CeVEAS e adottata per la banca dati del PNLG facente riferimento all'*Istituto superiore di sanità* (ISS).

Per ciascuna LG, sono stati verificati: agenzia produttrice, anno di elaborazione, numero degli autori, descrizione del *panel* di elaborazione multidisciplinaria,

re, processo di *peer review*, presenza di classificazione delle raccomandazioni, ricerca sistematica delle prove di efficacia, numero di citazioni bibliografiche, numero di pagine a stampa, descrizione della strategia di implementazione, identificazione di indicatori di processo e di risultato.

Sono state considerate elegibili tre linee-guida: due elaborate da associazioni professionali statunitensi (*International Lactation Consultant Association - ILCA* [11] e *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses - AWHONN* [12]) e una da una agenzia governativa francese (*Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé - ANAES* [13]).

La tabella 2.1 riporta la valutazione di tali linee-guida effettuata secondo lo schema definito dal CeVEAS.

Sulla base di questa valutazione è stata scelta quale testo di riferimento la linea-guida elaborata dall'ANAES, integrata da raccomandazioni tratte dalle altre due linee-guida. Per quanto riguarda gli elementi clinici, le raccomandazioni delle diverse linee guida sono sostanzialmente coerenti fra di loro. Nel periodo successivo alla pubblicazione di questi documenti, individuati come base di lavoro per l'analisi delle raccomandazioni, sono stati pubblicati:

- due linee-guida basate su prove di efficacia [14,15];
- altri documenti di indirizzo e relativi rapporti tecnici, giudicati rilevanti per l'argomento trattato [16-18].

Questi documenti sono stati analizzati e la bibliografia delle tre linee guida è stata aggiornata attraverso:

- ricerca in *Medline* ed *Embase* di revisioni sistematiche e studi clinici controllati randomizzati (periodo 01.01.2001 - 30.04.2005);
- ricerca in *Cochrane Library* delle revisioni sistematiche pubblicate o aggiornate a partire dal 2001.

2.3 La classificazione delle raccomandazioni

L'elaborazione di LG fondate su prove di efficacia è caratterizzata, per ciascuna delle raccomandazioni da esse formulate, dalla precisa definizione del grado di validità degli studi (*livello della prova* o *level of evidence*) condotti sull'argomento analizzato; tali studi vengono identificati dopo una revisione sistematica della letteratura.

Il *livello delle prove* di efficacia definisce la probabilità che, sulla base del disegno e della conduzione degli studi, le conoscenze siano valide e prive di errori sistematici. Pur esistendo diversi sistemi di classificazione del *livello delle prove* di efficacia, vi è un consenso generale nell'attribuire un giudizio di validità superiore alle revisioni sistematiche di studi clinici randomizzati controllati (RCT) o

Tabella 2.I Schema di valutazione delle linee guida			
	ANAES ^[13]	AWHONN ^[12]	ILCA ^[11]
Organismo produttore	Agenzia governativa (Francia)	Associazione professionale (USA)	Associazione professionale (USA)
Anno di elaborazione	2002	2001	1999
Bibliografia aggiornata a:	2001	2000	1998
Elaborazione multidisciplinare	SI	SI	SI
Numero degli autori	19	5	13
Peer review	62	4	5
Classificazione delle raccomandazioni	SI	SI	SI
Ricerca sistematica delle prove di efficacia	SI	Non descritta	Non descritta
Numero citazioni bibliografiche	314	74	109
Numero delle pagine	177	33	31
Descrizione della strategia di implementazione	NO	NO	NO
Identificazione di indicatori di processo e risultato	NO	NO	NO
Conflitto di interessi	Non dichiarato	Non dichiarato	Non dichiarato
Disponibilità testo integrale in formato elettronico	SI	NO	SI

singoli RCT con una probabilità molto bassa di errori sistematici (*bias*). Gli studi vengono assegnati a livelli inferiori al crescere, per il tipo di disegno o per la loro modalità di conduzione, delle probabilità di *bias*. A studi non analitici (come *reports* di casi o serie di casi) e a opinioni degli esperti sono attribuiti livelli minimi di prova.

Due delle LG che sono state considerate elegibili (prodotte dalle associazioni professionali USA) [11,12] utilizzano come classificazione delle prove di efficacia lo schema prodotto da SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*) [19], riportato in tabella 2.II.

La LG prodotta dall'ANAES utilizza invece un sistema di classificazione delle prove diverso [13]. Si è proceduto ad una riclassificazione dei livelli di evidenza della LG francese adottando quelli proposti dalle LG statunitensi (tabella 2.III).

Il passo successivo alla definizione del livello delle prove di efficacia prevede di incorporare la complessità del tipo e della qualità delle prove di efficacia in una *sintesi chiara ed immediatamente fruibile* per i clinici che utilizzano la LG, attribuendo una *forza* ad ogni raccomandazione. Le raccomandazioni vengono quindi classificate (*grading*) e le diverse classi vengono generalmente indicate con le lettere maiuscole (ad esempio: A, B, C). Una raccomandazione di grado A è supportata da prove di efficacia di *livello* superiore ed ha quindi una *forza* più stringente di una raccomandazione di grado B. Una raccomandazione di grado inferiore è estrapolata da studi di scarsa qualità ed è quindi una raccomandazione molto *debole*.

Nel capitolo 1 è stato affrontato il tema del superamento di una eccessiva simmetria tra livello di evidenza e forza della raccomandazione e i motivi che hanno portato il gruppo di lavoro, in questa fase, a rinunciare ad assegnare la forza delle raccomandazioni.

2.4 Peer-review della linea guida

Ogni LG costituisce il risultato di un ampio e qualificato processo di *peer-review*. In considerazione del complesso processo di rielaborazione rispetto alle LG originali, prima della pubblicazione definitiva le raccomandazioni contenute nei tre scenari sono state valutate in un processo formale di *peer-review*.

Ai revisori, identificati fra i professionisti con specifiche competenze nell'area considerata, è stata chiesta una valutazione complessiva e un commento. In particolare, i revisori sono stati interpellati sulla sistematicità nella identificazione delle prove di efficacia, sulla precisione della definizione della popolazione bersaglio delle raccomandazioni, sulla assenza di ambiguità nella formulazione delle singole raccomandazioni.

Tabella 2.II Classificazione del livello delle prove di efficacia secondo SIGN *	
1**	evidenza ottenuta da meta-analisi o SR (+) di RCT (++) di alta qualità o RCT con rischio molto basso di <i>bias</i>
1+	evidenza ottenuta da meta-analisi o SR di RCT ben condotte o RCT con rischio basso di <i>bias</i>
1-	meta-analisi o SR di RCT o RCT con alto rischio di <i>bias</i>
2**	evidenza ottenuta da SR di alta qualità di studi di coorte o caso controllo; studi di coorte o caso controllo con rischio di <i>bias</i> o confondimento molto basso
2+	evidenza ottenuta da studi di coorte o caso controllo ben condotti con rischio di <i>bias</i> o confondimento basso
2-	studi di coorte o caso controllo con alto rischio di <i>bias</i> o confondimento
3	evidenza ottenuta da studi non analitici (<i>case report, case series</i>)
4	evidenza ottenuta dall'opinione di esperti o esperienza clinica di autorità riconosciute

Tabella 2.III Classificazione del livello delle prove di efficacia utilizzata per l'adattamento delle Linee Guida **	
ILCA , AWHONN	ANAES
I: prova di efficacia ottenuta da almeno uno studio clinico randomizzato RCT propriamente condotto	A: comprende RCT di forte potenza o metanalisi di RCT
II-1: prova di efficacia ottenuta da studi clinici controllati, senza randomizzazione, ben condotti	B: studi di coorte o caso controllo; studi comparativi non randomizzati ben condotti; RCT di debole potenza
II-2: prova di efficacia ottenuta da studi di coorte o caso controllo ben condotti, preferibilmente in più centri o da più gruppi di ricercatori	
II-3: prova di efficacia ottenuta da serie temporali multiple con o senza intervento	C: studi comparativi comportanti <i>bias</i> importanti; studi retrospettivi e serie di casi
III: opinioni di esperti, basate sull'esperienza clinica, studi descrittivi e <i>case reports</i> , o report di comitato di esperti	

* Modificato da [19]

** Modificato da [11-13]

(+) SR: revisione sistematica; (++) RCT: studio clinico controllato randomizzato

Bibliografia

- Rapisardi G, Pierattelli M, Tamburini G et al.. Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato. *Medico e bambino* 2000;12:35-43
- Protecting, promoting and supporting breast-feeding: The special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva (CH):World Health Organization; 1989
- Division of Child Health and Development. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva (CH): World Health Organization; 1988
URL: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.pdf
- Cuoghi C, Farneti M, Ronfani L, Cattaneo C. Prevalenza dell'allattamento al seno nella Regione Emilia-Romagna. *Quaderni ACP* 2001;4:12-4
- Field MJ, Lohr KN eds. Guidelines for Clinical Practice: from development to use. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press; 1992
- Baker R, Fraser RC. Development of review criteria: linking guidelines and assessment of quality. *BMJ*1995;311:370-3
- Heamshaw H, Harker R, Cheater F, Baker R, Grimshaw R. A study of the methods used to select review criteria for clinical audit. *Health Technology Assessment* 2002;6
- Programma nazionale linee guida. Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica. Manuale metodologico. Roma: Istituto superiore di sanità; 2002.
URL: <http://www.assr.it/plg/plngmanuale.htm>
- Programma Nazionale Linee Guida. Link. URL: www.pnlg.it/home/link.htm
- CeVEAS. Linee guida. URL: <http://www.ceveas.it/>
- International Lactation Consultant Association (ILCA). Evidence-based guidelines for breastfeeding management during the first fourteen days. Raleigh (NC); 1999. URL: <http://www.ilca.org/pubs/ebg.pdf>
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Evidence-based clinical practice guideline. Breastfeeding support: prenatal care through the first year. Washington (DC); 2000
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Allaitement maternel: mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Paris: ANAES; 2002.
URL: <http://www.anaes.fr/>
- Singapore Ministry of Health. Management of breastfeeding for healthy full-term infants. Singapore: Singapore Ministry of Health; 2002
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Breastfeeding best practice guidelines for nurses. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2003
URL: http://www.mao.org/bestpractices/completed_guidelines/BPG_Guide_C3_breastfeed.asp
- Palda VA, Guise JM, Wathen CN, and the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Interventions to Promote Breastfeeding: Updated Recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CTFPHC Technical Report #03-6. October 2003. London (ON): Canadian Task Force; 2003. URL: <http://www.ctfphc.org>
- U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral Interventions To Promote Breastfeeding: Recommendations and Rationale. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2003. URL: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/brstfeed/brfeedrr.htm>
- American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2005;115: 496-506
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (UK). SIGN 50: A guideline developers' handbook. Edinburgh (UK): Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2001. URL: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/tultext/50/index.html>

3. Il cambiamento in 5 passi

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

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

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

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

3.1 Primo passo: costituire il gruppo multidisciplinare

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

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

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

gia...

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

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

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

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

La modalità di lavoro di gruppo deve garantire:

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

3.2 Secondo passo: definire le criticità specifiche del proprio contesto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nel sito SaPeRiDoc sono disponibili:

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

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

3.2.3 I dati relativi alle opinioni espresse dalle madri

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

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

3.3 Terzo passo: selezionare le raccomandazioni per produrre il cambiamento

III PASSO Sulla base delle criticità individuate:

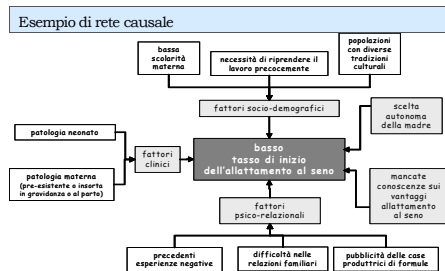
- analizzare le reti causali specifiche degli scenari;
- identificare i fattori causali associati alle criticità;
- valutare le prove di efficacia a supporto;
- selezionare la raccomandazione.

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

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

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

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



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

Esempio di indicazione della classificazione dei livelli di evidenza

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

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

I, II-1

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

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

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

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

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

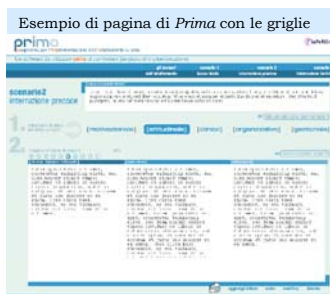
Prima è un programma da scaricare sul proprio computer e utilizzare come stru-

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

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

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

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



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

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

del manuale;

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

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

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

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

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

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

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

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

Esempio di una sintesi per il piano di implementazione

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

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

Bibliografia

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



Parte II

**Gli scenari
dell'allattamento al seno**

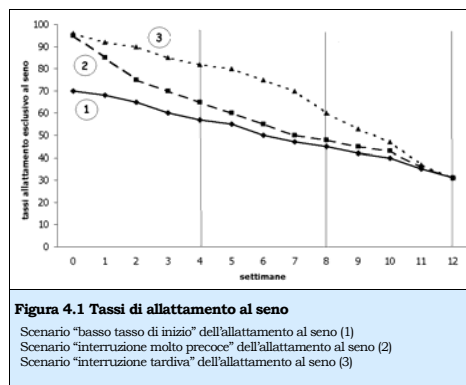


4. Gli scenari: introduzione

La seconda sezione di questo manuale riporta l'adattamento delle raccomandazioni contenute nelle tre linee guida prese in esame.

Un gruppo collaborativo di professionisti (cap. 2) ha integrato le tre linee guida con le prove di efficacia apparse successivamente alla loro elaborazione e ha adattato (cap. 1) le raccomandazioni al contesto regionale. L'aggiornamento della bibliografia è consultabile nel sito SaPeRiDoc, all'indirizzo www.saperidoc.it.

Le diverse raccomandazioni sono state suddivise in tre *scenari* (cap. 3), definiti dall'epoca di interruzione dell'allattamento al seno (figura 4.1).



Per ogni scenario è stata ipotizzata una *rete causale* che identifica i diversi fattori che possono influire sull'avvio e sulla continuazione dell'allattamento al seno.

Viene riportata una sintesi delle prove di efficacia a supporto di un'associazione tra la presenza di un *fattore causale* e l'esito in termini di allattamento al seno. I *livelli delle prove di efficacia* sono stati adattati secondo quanto riportato nel capitolo 2.

Per ogni singolo fattore causale sono riportate le *raccomandazioni* (nella forma di una sintesi di quelle presenti nelle tre linee guida) per superare il fattore che può determinare un insuccesso dell'allattamento al seno.

5. Scenario I. Basso tasso di inizio

Questo scenario è specifico per le realtà in cui il tasso di avvio dell'allattamento è ritenuto insoddisfacente. Il dato a 48 ore di vita (e riferito alle precedenti 48 ore) costituisce l'indicatore più facilmente rilevabile e riproducibile per valutare, indirettamente, le ricadute in termini di mancato avvio dell'allattamento al seno (esclusivo o completo), derivanti da criticità nel percorso di accompagnamento fino alla nascita.

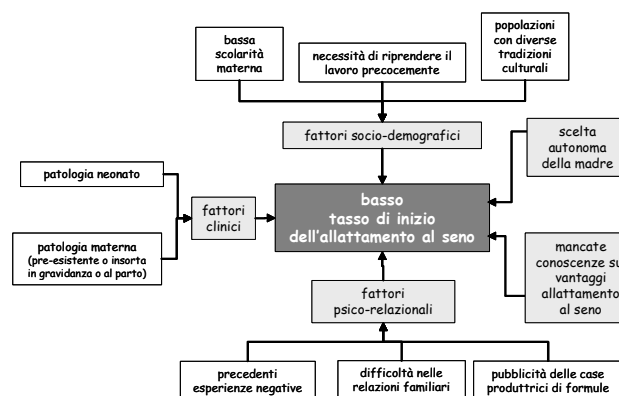
Nel nostro Paese la maggior parte delle donne viene dimessa dal punto nascita formalmente con un allattamento al seno; in realtà la breve durata della degenza ospedaliera non permette di individuare i casi in cui di fatto l'allattamento al seno non si è avviato perché la madre era poco motivata e ha preferito non rendere esplicita la propria scelta, oppure per una azione di sostegno insufficiente durante la degenza. Questi avvisi difficili dovrebbero essere interpretati come un mancato inizio dell'allattamento al seno, ma essendo frequentemente rilevati dopo le 48 ore di vita, sono analizzati nello scenario relativo all'abbandono precoce (cap. 6, *scenario II*). Il tasso di allattamento alla dimissione deve essere analizzato anche per sottopopolazioni, in quanto può risultare significativamente inferiore in alcune delle minoranze etniche o in situazioni di svantaggio socio-culturale.

I fattori che determinano il mancato avvio dell'allattamento al seno potrebbero influenzare anche la sua breve durata: difficoltà lavorative o di relazione familiare potrebbero portare la madre, spesso in modo inconscio o non esplicito, a non iniziare ad allattare al seno o a smettere precocemente. In questo scenario verranno presi in considerazione i fattori causali che intervengono prima della nascita.

5.1 La rete causale

Analizzando il mancato inizio di allattamento al seno si può disegnare una rete causale composta di:

- mancate conoscenze sui vantaggi dell'allattamento;
- fattori socio-demografici;
- scelta autonoma da parte della madre;
- patologia materna o neonatale;
- fattori psico-sociali.



Mancate conoscenze sui vantaggi dell'allattamento al seno e sulla necessità di definizione di un piano di allattamento

Nonostante i numerosi interventi effettuati in molte aree del paese per favorire un'ampia diffusione delle conoscenze, non può essere trascurata la possibilità che i vantaggi dell'allattamento non siano sufficientemente valorizzati. Tre variabili sembrano determinanti: la capacità di raggiungere la popolazione bersaglio, i contenuti e le modalità con cui l'informazione viene offerta alle donne.

L'obiettivo dei professionisti dovrebbe essere quello di facilitare la formulazione, da parte della donna e di chi le sta accanto, di un progetto realizzabile che contempli tutti gli strumenti che possono facilitare l'allattamento al seno.

Fattori socio-demografici

Nell'ambito dei fattori socio-demografici, la bassa scolarità materna, la presenza di fattori di vulnerabilità (eventualmente associati a struttura e numerosità del nucleo familiare), la presenza di problemi di adattamento ed integrazione culturale e la necessità di riprendere precocemente il lavoro sono associati al mancato inizio o alla precoce interruzione dell'allattamento al seno.

Pur essendo la legislazione italiana una delle più avanzate per quanto riguarda la tutela della maternità, una serie di condizioni lavorative possono o-

stacolare l'inizio dell'allattamento al seno o limitarne significativamente la durata. In particolare: il tipo di contratto di lavoro (precario, temporaneo) o la tipologia dell'Azienda (artigianato, piccola industria...) o la necessità/interesse da parte della donna di riprendere il lavoro.

Scelta autonoma da parte della madre

La scelta, da parte della donna, di non allattare è determinata da elementi consci ed inconsci e può essere un derivato di fattori psico-relazionali e di un concorso di diversi altri fattori, come quelli relativi alle conoscenze o alla difficoltà di individuare soluzioni praticabili rispetto ai suoi problemi. La capacità di distinguere le diverse situazioni è alla base di un atteggiamento professionale competente, che facilita e rispetta una scelta consapevole da parte della donna.

Non vi sono studi specifici relativi alle modalità con cui supportare le madri che decidono autonomamente di non allattare nel processo di attaccamento con il proprio bambino. Non è quindi possibile definire specifiche raccomandazioni. L'attenzione ad evitare ogni atteggiamento di colpevolizzazione emerge in diverse sezioni di questo manuale.

Fattori clinici: patologia materna o neonatale

Alcune patologie materne e/o le terapie farmacologiche ad esse associate possono essere addotte quale causa di un mancato inizio dell'allattamento al seno. Vi è la necessità di identificare e far conoscere le rare condizioni (malattie o assunzione di farmaci specifici) che controindicano in modo assoluto l'allattamento e garantire un attento monitoraggio di quelle situazioni in cui la controindicazione è solo relativa e deve essere valutata nel singolo caso e nel tempo.

Particolare attenzione richiede la condizione di depressione materna che, secondo diversi studi, presenta il proprio acme nel terzo trimestre di gravidanza e può essere di entità tale da compromettere l'inizio dell'allattamento o la sua durata.

Per quanto riguarda la patologia neonatale, il maggiore ostacolo all'inizio dell'allattamento al seno è rappresentato dalla prematurità, dal basso peso, dalle malformazioni del cavo orale e dalle patologie che compromettono il benessere neurologico del neonato. Difficoltà che non ostacolano ovviamente la somministrazione con altre modalità del latte materno, che rimane il nutrimento di prima scelta.

Fattori psico-sociali

Una precedente esperienza negativa di allattamento al seno (insuccesso

completo, allattamento di breve durata, difficoltà di allattamento) e/o una cultura-esperienza familiare orientata alla nutrizione artificiale può costituire uno dei principali motivi che portano una madre a non iniziare ad allattare, tenendo anche presente che i corsi di accompagnamento alla nascita, abituale occasione di informazione sull'allattamento, sono solitamente meno frequentati dalle donne pluripare rispetto alle primigravide.

Alcuni problemi riguardanti la struttura della famiglia (famiglia monoparentale, altro figlio che richieda assistenza continua...) o le relazioni al suo interno (separazione in atto, conflitti con il partner...) possono portare la madre alla decisione di non allattare. Affrontare questi problemi non solo significa rendere possibile l'allattamento al seno, ma permette anche di favorire un buon attaccamento madre-bambino.

La scelta di non allattare al seno può essere influenzata dal messaggio dei media, in particolare dalla pubblicità relativa alle formule e, più in generale, all'alimentazione infantile: questo condizionamento riguarda non solo la madre, ma anche i suoi familiari e il contesto sociale in cui la famiglia vive.

5.2 Agire sulla rete causale: le raccomandazioni

Per analizzare i fattori che influenzano l'avvio dell'allattamento dobbiamo considerare i tempi e i modi in cui la donna sceglie come nutrire il proprio bambino: uno dei momenti centrali è sicuramente la gravidanza. L'informazione alle donne in gravidanza è indicata nei 10 passi dell'iniziativa *Ospedali Amico del Bambino* (Unicef) come una delle azioni da privilegiare per favorire l'allattamento al seno, ma due elementi interferiscono con la sua concreta applicabilità ed efficacia:

- la decisione di allattare viene presa spesso ancor prima che inizi la gravidanza ed è il risultato di un complesso di fattori culturali e sociali che non possono essere affrontati unicamente nell'ambito dei servizi sanitari o socio-sanitari;
- la maggior parte delle gravidanze è seguita privatamente da libero-professionisti, rendendo problematica per la struttura pubblica la definizione di interventi che siano in grado di raggiungere tutta la popolazione interessata.

Se l'allattamento al seno è influenzato da numerosi fattori che operano al di fuori dell'ambito sanitario, ne deriva l'importanza di interventi rivolti alla comunità e non solo alla popolazione bersaglio, costituita dalle donne che hanno già iniziato la gravidanza. È quindi utile individuare azioni e strumenti in grado di:

- garantire un sistema informativo, per poter conoscere meglio le specificità demografiche e culturali del contesto in cui si opera;

- avviare, su temi specifici, processi di integrazione degli interventi con attori diversi da quelli dell'ambito socio-sanitario, ad esempio nella programmazione dei *Piani per la salute*.

5.2.1 Mancate conoscenze sui vantaggi dell'allattamento

L'analisi dei vantaggi che l'allattamento al seno comporta per la salute infantile e materna risente del fatto che il disegno degli studi è sempre osservazionale (per ragioni etiche non si possono condurre studi clinici randomizzati), con diversa qualità tra gli studi e diversa definizione dell'esposizione (non sempre viene definita correttamente l'esposizione, distinguendo tra allattamento materno esclusivo e non). Pur con questi limiti, risulta che l'allattamento al seno comporta una:

- protezione contro diarrea acuta (in termini di mortalità e morbosità), infezioni respiratorie (anche nelle età successive), sepsi e meningite (anche in nati di basso peso alla nascita), infezioni urinarie (sia pielonefriti che cistiti), enterocolite necrotizzante; II-2,II-3
- punteggi più elevati di quoziente intellettivo; II-2,II-3
- maggiore acuità visiva. II-2,II-3

Sono invece necessari ulteriori studi sull'effetto protettivo dell'allattamento al seno per quanto riguarda: la mortalità post-neonatale, l'obesità e il ridotto rischio di ipertensione in età adulta, la protezione nei confronti di asma ed eczema, la minore incidenza di alcune malattie da alterata risposta immunitaria (celiachia, malattie infiammatorie croniche dell'intestino, diabete, linfoma, leucemia acuta...), la riduzione del rischio di SIDS (sindrome della morte improvvisa del lattante).

Sul piano dei vantaggi per la salute materna l'allattamento al seno comporta una:

- protezione verso il tumore del seno in età premenopausa II-2,II-3
- effetto contraccettivo (a determinate condizioni) II-2,II-3

Studi ulteriori sono inoltre necessari per stimare l'effetto protettivo dell'allattamento al seno rispetto a: minore frequenza di emorragia postpartum, ridotta incidenza di tumori dell'epitelio ovarico, minor rischio di osteoporosi, miglior recupero del peso forma.

Per quanto riguarda l'effetto contraccettivo, tra le donne che allattano e in amenorrea non si osservano gravidanze nei primi tre mesi di allattamento e una frequenza di gravidanze inferiore a 2% entro 6 mesi dal parto. Se la madre riprende il lavoro prima del 6° mese e per questo riduce il numero delle poppate, il metodo è meno efficace ed è stato osservato un tasso di fallimento di 5,2%. II-2,II-3

L'amenorrea da lattazione è una contraccezione naturale ed efficace, solo nel caso in cui siano presenti tutte le seguenti condizioni: età del bambino inferiore ai sei mesi, allattamento esclusivo (diurno e notturno) e presenza di amenorrea nella donna.

L'informazione su contraccezione nel dopo parto dovrebbe essere fornita ad ogni coppia durante la gravidanza, eventualmente durante i corsi di accompagnamento alla nascita, poiché la sola informazione dopo il parto è poco efficace. II-2,II-3

Nella trasmissione di queste informazioni vanno evitate una eccessiva enfasi sul rischio e la colpevolizzazione della madre che, per diverse ragioni, non allatterà. Il rinforzo della motivazione materna ad allattare al seno può avvenire attraverso la consapevolezza dei suoi vantaggi, ma anche dalla convinzione che le difficoltà di avvio e gestione sono superabili. La maggior autostima delle donne nelle proprie competenze contribuisce a ridurre il pregiudizio, ancora diffuso, che un allattamento riuscito sia effetto della fortuna.

Devono essere quindi fornite informazioni su alcune delle principali cause associate ad un insuccesso dell'allattamento al seno (cap. 6):

- il dolore ai capezzoli, l'ingorgo mammario e la percezione materna di un apporto insufficiente sono tra le cause più comuni che determinano l'abbandono dell'allattamento materno nelle prime due settimane di vita; I, III
- la percezione di ipogalattia è comune tra le madri che allattano al seno (circa il 50%) e rappresenta una delle principali cause di una interruzione precoce; II-3
- il supporto alle madri che hanno una percezione di ipogalattia aumenta la durata dell'allattamento al seno; II-2
- il pianto del bambino può essere compreso e vanno superate letture lineari della causalità (il pianto non è sinonimo di fame). II-2

Raccomandazione 1:

È necessario offrire una informazione nel corso della gravidanza con particolare attenzione a: benefici per la salute della madre e del bambino, rimozione delle convinzioni errate, interventi utili per contrastare le più frequenti cause di interruzione molto precoce (dolore ai capezzoli, ingorgo mammario e percezione di ipogalattia) e ruolo dell'allattamento nella contraccezione

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
AWHONN

- offrire un'informazione sull'allattamento nel primo trimestre di gravidanza attraverso gruppi o individualizzata. L'informazione dovrebbe riguardare: quantità e modalità di produzione del latte materno, benefici per la madre e il bambino, convinzioni errate (I, II-1, II-2, III);
- convinzioni errate riguardo alle regole dietetiche costituiscono una barriera all'allattamento e non hanno alcuna base scientifica (III);
- prevenire, quando possibile, e indicare il trattamento per i più comuni problemi associati con l'allattamento al seno (I, II-1, II-2, III).

ILCA

- è opportuno fornire anticipatamente una guida per la soluzione dei problemi più frequenti: dolore ai capezzoli e ingorgo mammario, percezione di ipogalattia e pianto del neonato, dieta materna (III);
- l'utilizzo anticipato di consigli e raccomandazioni come intervento primario influenza positivamente il processo di allattamento (II-3, III);
- discutere le opzioni per la contraccezione.

Una serie di studi, con diversi livelli di prove di efficacia, indicano che le azioni di supporto risultano importanti, anche in gravidanza, se permettono alla donna di stabilire un proprio *piano di allattamento* e di aumentare la fiducia nelle proprie possibilità. In particolare:

- aspettative realistiche sull'allattamento al seno prevengono una interruzione precoce; I, II-1, III
- un supporto appropriato promuove la soddisfazione e la durata dell'allattamento al seno; I, II-2, II-3
- fornire consigli preliminari influenza positivamente il processo di allattamento al seno. II-3, III

Oltre ad affrontare il contenuto (un'informazione basata sulle prove di efficacia) è necessario confrontarsi con le modalità con cui tale informazione viene trasmessa: diventa centrale il tema della comunicazione, della relazione tra professionisti e donne.

Buona parte degli studi relativi all'informazione descrivono in modo esaustivo i *contenuti* dell'informazione (benefici per la madre e il bambino, errate convinzioni, metodi per facilitare la continuazione dell'allattamento materno dopo il ritorno al lavoro, valutazione della quantità di latte prodotto), ma sono poco informativi sulle modalità con cui viene attuato il processo (abilità e formazione dei professionisti, valutazione dell'efficacia a breve e lungo termine...).

Gli aspetti principali sono rappresentati da: ruolo svolto dall'informazione, modalità degli incontri (individuali e collettivi) e capacità di promuovere un ruolo attivo della donna nel definire il proprio *piano di allattamento*.

- Ruolo svolto dall'informazione

Pur sapendo che nel periodo prenatale la sola informazione, sia fornita individualmente che a gruppi, ha un impatto limitato sul tasso di allattamento esclusivo e sulla durata dell'allattamento materno, è documentato che materiali scritti o audiovisivi rinforzano le istruzioni impartite verbalmente I

E' necessario tuttavia ricordare che:

- una informazione, fornita dai professionisti sanitari, inaccurata o inconsistente può contribuire alla confusione materna e ad una precoce interruzione dell'allattamento al seno; I, III
- alcuni materiali audiovisivi possono trasmettere messaggi non desiderati, rinforzare stereotipi e contraddire informazioni fornite verbalmente; II-2, III
- le donne allattano più a lungo quando le informazioni sono accompagnate da sistemi di sostegno (rete amicale, *peer counselors*...) II-3, III

- Modalità di svolgimento degli incontri

E' documentato che programmi strutturati, che utilizzino un approccio individuale o di gruppo, basati sull'associazione di più tecniche educative (gruppi di discussione, corsi di accompagnamento alla nascita, opuscoli, video, manuali sull'allattamento materno, corsi di autoapprendimento nei primi sei mesi di vita) possono influenzare, in senso positivo i tassi e la durata dell'allattamento al seno. II-3

- Promozione di un ruolo attivo della donna nel definire il proprio *piano di allattamento*

Quale che sia il disegno dell'intervento, dovrà favorire la formulazione di aspettative realistiche da parte della donna, sul processo di allattamento al seno. La definizione di un proprio *piano di allattamento* è in grado di prevenirne l'interruzione precoce e permetterà alla donna di tener conto di quei fattori della rete causale che sono affrontati nelle pagine seguenti. I, II-1, III

E' inoltre necessario tenere conto che il supporto di familiari o altre persone di fiducia influisce positivamente sulla durata dell'allattamento al seno e, probabilmente, anche sul suo avvio. II-1, II-3, III

Raccomandazione 2:

E' necessario sviluppare programmi strutturati che utilizzino un approccio individuale o di gruppo, basati sull'associazione di più interventi di supporto alla donna, per la definizione di un proprio *piano di allattamento* (anche con il coinvolgimento di familiari o di persone di fiducia).

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
AWHONN

- assistere la donna a identificare i propri obiettivi rispetto all'allattamento al seno e a definire un proprio *piano di allattamento*;
- assistere la donna che allatta nell'identificare persone di sua fiducia, familiari o amici, che siano a conoscenza dei vantaggi dell'allattamento al seno e in grado di fornirle un supporto (III);
- valutare la capacità della donna di identificare persone di riferimento che siano disponibili ad offrire un supporto alla sua decisione di allattare (III).

ILCA

- stabilire le aspettative realistiche della donna rispetto ai miti e alle conoscenze errate.

Nell'ambito della definizione del piano di allattamento particolare attenzione deve essere rivolta all'informazione relativa alle modalità di assistenza al parto e alle caratteristiche dell'adattamento neonatale. Nello *scenario II* (cap. 6) sono prese in esame le prove di efficacia a sostegno dei vantaggi derivanti dal contatto precoce con il neonato e dalla possibilità di vicinanza al bambino 24 ore su 24 e quelle relative alle modalità di allattamento nei primi giorni (allattamento a richiesta, inutilità delle supplementazione...). Sembra inoltre utile discutere con la donna l'eventuale supporto analgesico al travaglio.

Raccomandazione 3:

E' necessario affrontare con la donna le problematiche relative alla assistenza al parto e ai primi giorni di vita del bambino con modalità tali da assicurare che le anticipazioni rispetto al modello ideale di riferimento siano realistiche.

5.2.2 Fattori socio-demografici

Il mancato inizio dell'allattamento al seno o la sua interruzione precoce è associata alla bassa scolarità materna (un rischio relativo compreso tra 1,5 e 2) e all'appartenenza ad alcune minoranze etniche (un rischio relativo superiore a 2). Più controversi i dati sull'associazione con l'età materna, anche se un rischio aumentato sembra caratterizzare le madri molto giovani.

II-2, II-3

Questi fattori non sono modificabili da parte dei professionisti che operano nel campo socio-sanitario, ma è necessario tenerne conto nel programmare gli interventi, definendo specifiche strategie per le sottopopolazioni che difficilmente accedono agli interventi pensati per la popolazione generale: il concetto di equità non è sinonimo di interventi eguali per tutti, ma bensì di opportunità uguali per tutti, allo scopo di prevenire o ridurre le disuguaglianze.

Raccomandazione 4:

Una attenzione specifica deve essere rivolta ai gruppi di popolazione con bassa scolarità, alle madri di giovane età e alle donne appartenenti alle minoranze etniche perché in alcuni di questi gruppi si è evidenziato il rischio di una minore prevalenza di allattamento al seno.

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

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

I, II-1

Per quanto riguarda la necessità di riprendere precocemente l'attività lavorativa possono essere previsti specifici interventi già in epoca prenatale, ma il problema dovrà essere affrontato anche in tempi successivi (cap. 7, *scenario III*). Va sottolineata l'importanza che la donna sia informata rispetto alle modalità con cui tutelare i propri diritti nel corso della gravidanza e nei mesi successivi al parto.

Raccomandazione 5:

Ogni donna deve essere informata rispetto ai diritti previsti dalla legislazione vigente a tutela delle lavoratrici madri (congedo di maternità, riduzione dell'orario di lavoro ...).

Un congedo di maternità più lungo e un minor numero di ore lavorative settimanali sono associate ad una durata maggiore dell'allattamento. Il maggiore controllo sull'ambiente di lavoro ed orari più facilmente gestibili da parte delle donne aumentano la possibilità di conciliare il lavoro e l'allattamento al seno.

II-3, III

Raccomandazione 6:

A tutte le donne lavoratrici devono essere fornite le informazioni relative alle modalità con cui può essere continuato l'allattamento al seno dopo la ripresa del lavoro. La condivisione di un progetto sulle modalità di riprendere il lavoro mantenendo l'allattamento comporta la verifica dell'esistenza di condizioni facilitanti in ambito lavorativo e familiare.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
AWHONN

- valutare le conoscenze dei genitori relative ai benefici (per la madre e il bambino) di proseguire l'allattamento al seno e di come tale prosecuzione possa aiutare entrambi alla transizione determinata dal ritorno al lavoro o a scuola (II-3);
- valutare le intenzioni della donna rispetto alla durata dell'allattamento e le sue conoscenze sulle strategie che possono facilitare la continuazione dell'allattamento materno allorché si verifichi il ritorno al lavoro o a scuola (II-3, III);
- verificare se l'ambiente lavorativo o scolastico è in grado di supportare la decisione della madre di continuare l'allattamento (III).

E' opportuno, anche in epoca prenatale, fornire alle donne che devono tornare al lavoro informazioni sui seguenti temi:

- raccolta e conservazione del latte materno;
- metodi per favorire il rilassamento e ridurre lo stress in modo da mantenere la lattazione;
- benefici nutrizionali e relazionali (interazione madre bambino) associati alla prosecuzione dell'allattamento al seno (parziale) dopo i primi sei mesi di vita;
- benefici relazionali legati all'allattamento occasionale.

5.2.3 Patologia materna e/o neonatale

I fattori clinici che si intendono affrontare sono quelli che tendono ad ostacolare l'inizio dell'allattamento al seno, senza che tale atteggiamento, o prescrizione, sia suffragato da prove di efficacia. Saranno affrontate in questa sede le patologie materne o neonatali che costituiscono una controindicazione assoluta all'allattamento al seno, ma non quelle che richiedono una particolare attenzione alle misure di supporto o nel monitoraggio.

Patologia materna (pre-esistente o insorta in gravidanza o al parto)

I fattori causali più frequentemente indicati quale controindicazione all'allattamento al seno sono rappresentati da: precedenti difficoltà di allattamento, malattia acuta o cronica, utilizzo di farmaci, anomalie del seno o dei capezzoli, chirurgia del seno o traumi, assenza dei normali cambiamenti prenatali del seno.

Le madri spesso citano uno di questi fattori come motivo dell'interruzione dell'allattamento. II-2, II-3

La capacità di identificare i fattori materni che possono rendere difficoltoso l'allattamento e quella di garantire la necessaria assistenza e il follow-up migliora l'avvio e la durata dell'allattamento al seno. II-2, II-3, III

Le vere controindicazioni assolute all'allattamento al seno sono poche:

- lo stato di positività HIV;
 - l'abuso di sostanze stupefacenti (la valutazione va fatta caso per caso; l'assunzione di metadone non controindica l'allattamento);
 - l'infezione da Herpes simplex (bilaterale al capezzolo in fase acuta).
- La tubercolosi rappresenta una controindicazione assoluta solo nella forma polmonare cavitaria, per le prime due settimane dopo l'inizio della terapia; tale controindicazione non è determinata dal rischio di passaggio del micobatterio nel latte, ma dalla trasmissione per via aerea da madre a bambino. Si può quindi somministrare il latte materno dopo averlo spremuto. II-2, III

Tra le false "controindicazioni assolute" merita un cenno, per la sua frequenza, l'epatite C, il cui rischio di trasmissione postnatale attraverso il latte materno non può essere escluso, anche se risulta estremamente basso per la maggior parte delle donne. II-2, II-3

Le problematiche dell'allattamento al seno connesse alla malattia cronica devono essere affrontate tenendo conto che, nella maggior parte dei casi, non è la malattia, ma sono eventualmente i farmaci utilizzati (compresa la chemioterapia) che possono costituire la controindicazione all'allattamento. Un cenno a parte meritano le psicosi severe, nelle quali è necessario affrontare, oltre al problema farmacologico, anche la capacità della madre di accudire il bambino (e l'eventuale supporto presente a livello familiare).

L'utilizzo di farmaci da parte della madre raramente controindica l'allattamento. La continua comparsa di nuovi farmaci e di nuove conoscenze relative al passaggio nel latte materno rende improponibile fornire un elenco aggiornato di eventuali controindicazioni e precauzioni. Sembra più utile diffondere tra i professionisti che vengono a contatto con la madre alcune semplici raccomandazioni relative alle modalità di prescrizione dei farmaci nel corso dell'allattamento.

Raccomandazione 7:

Se si ritiene che la patologia materna o l'utilizzo di farmaci possano controindicare l'allattamento è necessario individuare una precisa metodologia relativa agli approfondimenti da svolgere e alle modalità di prescrizione

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
ILCA

- Identificare le condizioni materne o neonatali che controindicano l'allattamento. Vi sono poche condizioni che controindicano in modo assoluto l'allattamento al seno: stato di positività HIV, tossicodipendenza chemioterapia e tubercolosi della madre e galattosemia del neonato (II-2, III).

Un problema particolare è quello relativo alla morfologia del seno e dei capezzoli che, pur non costituendo una patologia, può influenzare la scelta della donna a non iniziare l'allattamento al seno. E' inoltre necessario ricordare che:

- le donne sottoposte a chirurgia del seno (aumento o riduzione) presentano un aumentato rischio di ipogalattia se confrontate a donne che non hanno subito un intervento chirurgico; II-2, III
- il trattamento per il tumore della mammella non preclude la possibilità di allattare al seno in una gravidanza successiva. III

Raccomandazione 8:

E' necessario:

- discutere con la donna eventuali timori o problemi relativi alla morfologia del seno e dei capezzoli; ed eventualmente procedere alla valutazione clinica;
- informare la donna sulla inefficacia di una preparazione specifica durante la gravidanza del seno e dei capezzoli.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:

AWHONN

- fornire l'opportunità alla donna di esprimere le proprie ansie rispetto a condizioni del seno e dei capezzoli che possano interferire con il successo dell'allattamento al seno (I);
- valutare seno e capezzoli per rilevare fattori che possano ostacolare o impedire la capacità della donna ad allattare al seno: capezzoli piatti o rientrante, cicatrici da chirurgia del seno, seni significativamente asimmetrici, assenza dei normali cambiamenti che caratterizzano il seno durante la gravidanza (III);
- informare la donna sul fatto che la preparazione del seno e dei capezzoli non è necessaria nella maggior parte dei casi (III).

L'anestesia e l'analgesia effettuate durante il travaglio e il parto possono determinare un ritardo significativo nell'avvio dell'allattamento al seno e influenzarne la durata (cap. 6 *scenario II*) II-2, II-3

Raccomandazione 9:

E' necessario fornire alla donna una corretta informazione sull'eventuale utilizzo, durante il travaglio e il parto, di analgesici o anestetici e sugli interventi che, in tal caso, possono facilitare un buon avvio dell'allattamento al seno

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:

AWHONN

- Valutare le terapie somministrate intrapartum ed essere consapevoli degli effetti che esse possono determinare sull'inizio dell'allattamento (II-2,II-3).

Tutte le condizioni che comportano la separazione tra madre e neonato, o una limitazione temporanea della possibilità per la madre di occuparsi del neonato, richiedono soluzioni organizzative specifiche, per favorire il buon avvio dell'allattamento (cap.6).

Patologia del neonato

La sola controindicazione assoluta all'allattamento al seno è rappresentata dalla galattosemia, in quanto per tale patologia è necessario ricorrere ad una alimentazione priva di lattosio. II-3

Per quanto riguarda la fenilchetonuria, numerosi sono gli studi che evidenziano come i bambini affetti possano essere allattati al seno se questa pratica viene accompagnata dalla somministrazione di una formula priva di fenilalanina. II-2, II-3

Vi sono sicuramente altre condizioni cliniche che possono interferire con l'allattamento al seno, come la presenza di malformazioni maggiori o specifiche del cavo orale e particolari condizioni neurologiche del neonato. Queste condizioni non rappresentano di per sé una controindicazione all'allattamento al seno, ma possono richiedere particolari interventi per la somministrazione del latte materno. Per molte patologie neonatali l'ostacolo all'allattamento è di tipo indiretto, essendo determinato dalla separazione madre-bambino e da una scarsa assistenza alla madre nella fase di spremitura del seno.

5.2.4 Fattori psico-relazionali

La depressione materna fino a pochi anni fa era definita come depressione post-partum; una revisione sistematica degli studi evidenzia viceversa come la sua prevalenza risulti sostanzialmente costante al di fuori della gravidanza, in gravidanza e nel corso del postpartum. II-2, II-3

La storia naturale della depressione è tale che una donna depressa nel corso della gravidanza può migliorare la propria condizione nel periodo post-partum e viceversa. Ne deriva una scarsa efficacia dello screening, in un determinato periodo, e la conseguente necessità di una attenzione costante alla rilevazione di sintomi depressivi.

Tra i fattori di rischio di maggiore rilevanza sono indicati: storia pregressa di psicopatologia (specie in gravidanza), basso supporto sociale, cattiva relazione con il partner ed eventi negativi di vita; si rileva una debole associazione con complicanze ostetriche, storia di abuso, basso reddito familiare e basso livello occupazionale; minore rilevanza assumono fattori di rischio come gravidanza non desiderata, disoccupazione materna, bassa qualità di supporto sociale, avere due o più figli. I fattori di rischio individuati come principali sono gli stessi rilevati nella depressione in periodi diversi da gravidanza e post-partum. II-2, II-3

Sono ben noti gli effetti negativi che la depressione può avere, più in generale, sull'attaccamento madre-figlio, sullo sviluppo cognitivo ed emozionale di quest'ultimo e, nello specifico, sull'inizio e successo dell'allattamento al seno. II-2, II-3

Raccomandazione 10:

Devono essere attuate procedure in grado di assicurare a tutte le donne la valutazione di una eventuale stato di depressione nel corso della gravidanza.

Sembra opportuna la registrazione sistematica, nel corso della gravidanza, dei fattori di rischio psico-sociali e biologici.

Alle donne e ai loro familiari dovrebbero essere fornite informazioni sulla possibilità che si manifestino sintomi di depressione nonché sulle modalità di accesso ai servizi per tali problematiche.

Oltre al tema specifico della depressione è necessario sottolineare l'importanza delle relazioni familiari nel garantire l'avvio e il successo dell'allattamento al seno.

Il supporto da parte di familiari o altre persone di fiducia aumenta la durata dell'allattamento al seno. II-1, II-3, III

E' necessario assistere la donna nell'identificare persone di sua fiducia, familiari o amici, che siano a conoscenza dei vantaggi dell'allattamento al seno e in grado di fornirle un supporto. III

Raccomandazione 11:

E' necessario conoscere il contesto familiare per aiutare la donna ad identificare i familiari, o altre persone, che possano supportarla nella funzione genitoriale e, in particolare, nell'allattamento al seno.

Una precedente esperienza negativa (insuccesso nell'allattamento al seno) può far desistere la donna dall'iniziare l'allattamento, oltre ad avere un ruolo significativo nel determinarsi dell'ingorgo mammario. II-3, III

Raccomandazione 12:

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

Non può essere sottovalutato il ruolo che i mass media e l'industria per i pro-

dotti dell'infanzia, possono svolgere nell'influenzare le scelte materne e familiari.

Raccomandazione 13:

Nell'ambito degli interventi di protezione dell'allattamento al seno vanno fornite informazioni sul significato del *Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno*.

Si osserva un'assenza di studi sugli effetti indesiderati che l'informazione relativa ai vantaggi dell'allattamento al seno può determinare nel gruppo di donne che non allattano (per propria scelta, per indicazioni più o meno appropriate o per una interruzione precoce). In alcune realtà si registra una scarsa attenzione a come favorire l'attaccamento madre-bambino, anche nei casi in cui non venga allattato al seno.

Rispetto all'informazione sull'attaccamento (di cui l'allattamento può essere considerato un indicatore, anche se non esclusivo) va sottolineata l'importanza del superamento del concetto madre/nutrice a favore di una madre che accudisce. Il primo crea una dialettica potenzialmente conflittuale tra bisogni e diritti della madre e quelli del figlio, il secondo rispetta i legami di interdipendenza della coppia o, meglio, triade madre/bambino/padre.

Raccomandazione 14:

L'informazione sulle modalità che favoriscono l'attaccamento madre-bambino non si esaurisce nella promozione dell'allattamento al seno. Su questo tema particolare attenzione deve essere rivolta alle donne che non allattano.

5.3 Scenario I: tavola sinottica delle raccomandazioni

R. 1	E' necessario offrire un'informazione nel corso della gravidanza con particolare attenzione a: benefici per la salute della madre e del bambino, rimozione delle convinzioni errate, interventi utili per contrastare le più frequenti cause di interruzione molto precoce (dolore ai capezzoli, ingorgo mammario e percezione di ipogalattia) e ruolo dell'allattamento nella contracccezione.
R. 2	E' necessario sviluppare programmi strutturati che utilizzino un approccio individuale o di gruppo, basati sull'associazione di più interventi di supporto alla donna, per la definizione di un proprio <i>piano di allattamento</i> (anche con il coinvolgimento di familiari o di persone di fiducia).
R. 3	E' necessario affrontare con la donna le problematiche relative alla assistenza al parto e ai primi giorni di vita del bambino con modalità tali da assicurare che le anticipazioni rispetto al modello ideale di riferimento siano realistiche.
R. 4	Una attenzione specifica deve essere rivolta ai gruppi di popolazione con bassa scolarità, alle madri di giovane età e alle donne appartenenti alle minoranze etniche perché in alcuni di questi gruppi si è evidenziato il rischio di una minore prevalenza di allattamento al seno.
R. 5	Ogni donna deve essere informata rispetto ai diritti previsti dalla legislazione vigente a tutela delle lavoratrici madri (congedo di maternità, riduzione dell'orario di lavoro ...).
R. 6	A tutte le donne lavoratrici devono essere fornite le informazioni relative alle modalità con cui può essere continuato l'allattamento al seno dopo la ripresa del lavoro. La condivisione di un progetto sulle modalità di riprendere il lavoro mantenendo l'allattamento comporta la verifica dell'esistenza di condizioni facilitanti in ambito lavorativo e familiare.
R. 7	Se si ritiene che la patologia materna o l'utilizzo di farmaci possano controindicare l'allattamento è necessario individuare una precisa metodologia relativa agli approfondimenti da svolgere e alle modalità di prescrizione.
R. 8	E' necessario: - discutere con la donna eventuali timori o problemi relativi alla morfologia del seno e dei capezzoli; eventualmente procedere alla valutazione clinica; - informare la donna sulla inefficacia di una preparazione specifica del seno e dei capezzoli durante la gravidanza.

R. 9	E' necessario fornire alla donna una corretta informazione sull'eventuale utilizzo, durante il travaglio e il parto, di analgesici o anestetici e sugli interventi che, in tal caso, possono facilitare un buon avvio dell'allattamento al seno.
R. 10	Devono essere attuate procedure in grado di assicurare a tutte le donne la valutazione di una eventuale stato di depressione nel corso della gravidanza.
R. 11	E' necessario conoscere il contesto familiare per aiutare la donna ad identificare i familiari, o altre persone, che possano supportarla nella funzione genitoriale e, in particolare, nell'allattamento al seno.
R. 12	E' necessario indagare su una eventuale precedente esperienza negativa di allattamento al seno e fornire la possibilità di un sostegno specifico alle donne che decidano di "provare" ad allattare
R. 13	Nell'ambito degli interventi di protezione dell'allattamento al seno vanno fornite informazioni sul significato del <i>Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno</i> .
R. 14	L'informazione sulle modalità che favoriscono l'attaccamento madre-bambino non si esaurisce nella promozione dell'allattamento al seno. Su questo tema particolare attenzione deve essere rivolta alle donne che non allattano.

6. Scenario II. Interruzione precoce

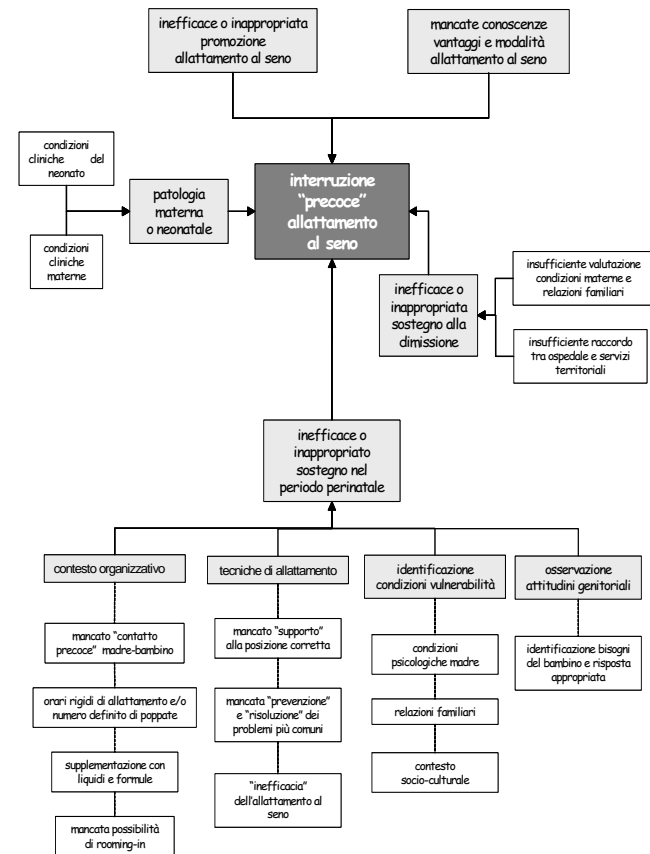
Questo scenario si riferisce a realtà in cui il tasso di inizio dell'allattamento è ritenuto soddisfacente, ma decade rapidamente, entro il primo mese. Comprende due possibili quadri: il primo di sospensione molto precoce dell'allattamento al seno (nei primi 7-10 giorni di vita), il secondo caratterizzato da una sospensione precoce (tra i 10 e 30 giorni di vita). I fattori causali sono probabilmente gli stessi, anche se il loro peso relativo può essere diverso. Nel primo caso potrebbero prevalere quelli associati ad una scarsa motivazione materna all'allattamento al seno o un insufficiente sostegno in epoca perinatale. Nel secondo caso potrebbero prevalere i fattori associati allo scarso sostegno in epoca perinatale e alla dimissione, cui potrebbero sommarsi alcuni fattori che saranno descritti nel capitolo 7 (*scenario III*).

Questo scenario risente delle novità che si sono manifestate negli ultimi anni in tema di ricovero della madre e del neonato. L'ampia diffusione della pratica della dimissione precoce, propriamente detta o comunque molto prossima alle 48 ore di vita, rende difficile, al momento della dimissione e quindi prima che si sia potuta osservare la montata latte, distinguere la semplice intenzione di allattare dal reale avvio dell'allattamento.

6.1 La rete causale

I fattori causali del mancato inizio di allattamento al seno sono:

- inefficace o inappropriata promozione dell'allattamento al seno;
- mancate conoscenze vantaggi e modalità dell'allattamento al seno;
- patologia materna o neonatale;
- insufficiente o inappropriato sostegno nel periodo perinatale;
- insufficiente o inappropriato sostegno alla dimissione.



Promozione dell'allattamento al seno inefficace o inappropriata

Una promozione dell'allattamento al seno che sappia coinvolgere attivamente le mamme, richiede competenze comunicative e una coerenza delle pratiche ospedaliere, per rendere meno fragile l'avvio e il proseguimento dell'allattamento. L'efficacia delle iniziative di promozione dell'allattamento deve essere valutata tenendo conto degli elementi di reale condivisione della donna nei confronti della proposta istituzionale. Permettere alla donna di esplicitare la propria decisione negativa o le proprie difficoltà consente l'individuazione dei fattori di ostacolo e l'eventuale ripensamento delle strategie di promozione.

Se la motivazione materna all'allattamento al seno è debole le prime difficoltà possono portare la madre alla sua interruzione o comunque ad integrare l'allattamento con una formula.

Mancate conoscenze su vantaggi e modalità

Solo una parte delle donne frequenta corsi di preparazione alla nascita o specifici incontri dedicati all'allattamento al seno; è quindi necessario fornire un'informazione in occasione del parto sui vantaggi dell'allattamento al seno e sulle modalità che lo possono facilitare. Queste informazioni sono naturalmente associate al sostegno nel periodo neonatale e alla dimissione, descritti successivamente.

Patologia materna o neonatale

Nei primi giorni dopo il parto assumono particolare rilevanza le complicanze ostetriche e le condizioni fisiche del seno, oltre alle condizioni psicologiche della donna e le sue relazioni familiari. Negli ultimi decenni ha acquisito crescente importanza l'alto tasso di parti con taglio cesareo, una modalità che richiede attenzioni specifiche nel favorire il buon avvio dell'allattamento al seno.

Una serie di condizioni neonatali quali l'ittero, l'ipoglicemia, le crisi di pianto, un alterato ritmo delle poppate o un ridotto incremento ponderale nelle prime settimane possono determinare un abbandono precoce dell'allattamento.

Insufficiente o inappropriato sostegno nel periodo perinatale

La capacità di sostegno deve essere valutata rispetto a più aree di intervento:

- *organizzazione dell'assistenza*: l'organizzazione delle cure ostetriche e neonatali può ostacolare un inizio efficace dell'allattamento al seno. I principali fattori causali sono rappresentati da: mancato inizio precoce dell'allattamento, separazione madre-bambino, somministrazione di supplementazione (liquidi e formule), modalità non corrette di somministrazione di eventuali supplementazioni, rigidità degli orari e del numero di poppate, indicazione all'utilizzo di formule al momento della dimissione...

- *tecniche di allattamento*: il supporto alla madre per l'acquisizione di modalità corrette per l'attaccamento al seno (posizione del bambino e della madre durante la suzione), nonché l'offerta appropriata di ausili e tecniche per la prevenzione di eventuali complicanze (ingorgo mammario, ragadi...) possono risultare di notevole importanza per il sostegno dell'allattamento;
- *identificazione delle condizioni di vulnerabilità*: è importante identificare le condizioni psicologiche della donna e le altre condizioni di vulnerabilità (sociali e culturali) per garantire interventi efficaci ed appropriati di supporto. In particolare occorre mirare l'intervento di sostegno nei confronti delle pluri-pare con precedenti esperienze negative di allattamento;
- *osservazione delle attitudini genitoriali*: per identificare i bisogni del bambino e garantire le risposte appropriate e la relativa definizione delle misure di sostegno.

Insufficiente o inappropriato sostegno alla dimissione

La capacità di sostegno deve essere valutata in aree di intervento diverse:

- *condizioni materne e relazioni familiari*: la condivisione da parte della donna di tempi e modalità di dimissione è importante ai fini dell'azione di sostegno nei primi giorni dopo la dimissione;
- *condivisione del percorso assistenziale tra ospedale e servizi territoriali* (in particolare l'ostetrica e il pediatra di libera scelta) nel garantire la protezione delle relazioni madre-bambino nei primi giorni dopo la dimissione e il sostegno all'allattamento;
- *presenza/assenza di gruppi organizzati di auto-aiuto*.

6.2 Agire sulla rete causale: le raccomandazioni

I servizi ospedalieri che forniscono l'assistenza al parto e le cure del puerperio e periodo neonatale rappresentano il nodo principale della rete causale di questo scenario, quando si osserva una interruzione molto precoce dell'allattamento. Per quanto riguarda i servizi ospedalieri è necessario lo sviluppo della massima integrazione (anche nella articolazione gestionale e nella pianificazione dell'azione formativa) tra i diversi professionisti che operano nell'area delle cure ostetriche, quelli che lavorano nell'area neonatale e i professionisti coinvolti nell'assistenza psicologica e sociale.

Il raccordo con i servizi territoriali risulta cruciale sia per il fattore *inefficace promozione dell'allattamento al seno* che, soprattutto, per l'*insufficiente sostegno alla dimissione*. I servizi territoriali assumono un ruolo fondamentale, in questo scenario, man mano che ci si allontana dal momento della dimissione.

6.2.1 Promozione dell'allattamento al seno inefficace o inappropriata

L'efficacia pratica degli interventi prospettati nello *scenario I* non è sempre facile da rilevare.

Gli interventi di sostegno postnatali comportano benefici anche per le donne che non abbiano avuto incontri con i servizi in epoca prenatale. II-2,II-3,

Programmi strutturati, che utilizzino un approccio individuale o di gruppo, basati sull'associazione di più tecniche educative (gruppi di discussione, corsi di preparazione al parto, opuscoli, video, manuali sull'allattamento materno, corsi di autoapprendimento nei primi sei mesi di vita) aumentano il tasso di allattamento materno e, in certi casi, la sua durata. II-3,

Qualunque sia il disegno dell'intervento, è necessario tenere conto delle aspettative realistiche della donna sul processo di allattamento al seno, al fine di prevenire una interruzione precoce. I,II-1,III

Un'informazione - fornita dai professionisti sanitari - inaccurata o inconsistente può contribuire alla confusione materna e ad una precoce interruzione dell'allattamento al seno. I, III

Non è possibile affrontare in modo dettagliato quello che la donna ha appreso, dalle più diverse fonti, nel corso della gravidanza; ciò che sembra necessario è:

Raccomandazione 1:

Valutare se la donna, che ha ricevuto informazioni relative all'allattamento al seno nel corso della gravidanza, ha definito un proprio *piano di allattamento*. Nel caso ciò non sia avvenuto assistere la donna nel formularlo.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono: AWHONN

- Assistere la donna nell'identificare i propri obiettivi rispetto all'allattamento al seno e a definire un proprio *piano di allattamento* (II-3).

ILCA

- Stabilire le aspettative realistiche della donna rispetto ai miti e alle conoscenze errate (I,II-1,III).

6.2.2 Mancate conoscenze su vantaggi e modalità

Una parte significativa delle donne non frequenta, nel corso della gravidanza,

corsi di accompagnamento alla nascita o specifici programmi di promozione all'allattamento al seno. Le motivazioni sono le più varie: dalla precedente esperienza alla convinzione della inutilità dell'informazione, dalla difficoltà di accesso ai corsi (orari, pagamento di ticket...) alla difficoltà a interrompere o rallentare il lavoro.

La mancata partecipazione ai corsi non è necessariamente sinonimo di mancata informazione, in quanto l'informazione può arrivare da altre fonti (medico o ginecologo di fiducia, altri professionisti sanitari, mass media...) o essere patrimonio culturale della donna.

Al momento della nascita è necessario verificare quali informazioni la donna abbia acquisito e, eventualmente, integrarle, tenendo conto della minor reattività della donna. Gli studi relativi ai vantaggi dell'allattamento al seno rispetto alla salute neonatale sono stati affrontati nello *scenario I*.

La trasmissione di informazioni corrette sui vantaggi dell'allattamento al seno non può esaurirsi in un semplice elenco di effetti benefici, soprattutto se avviene al momento del parto. Può essere maggiormente utile affrontare in modo esplicito gli eventuali timori della donna e fornire le informazioni sulle modalità che possono facilitare l'avvio dell'allattamento, illustrando i problemi più comuni e le possibili soluzioni.

Circa le convinzioni errate, sono ancora molto diffusi alcuni luoghi comuni sugli alimenti che la madre deve mangiare o dai quali deve assolutamente astenersi, o la necessità che la madre che allatta debba mangiare o bere in grandi quantità.

Occorre chiarire che:

- l'aumentata assunzione di liquidi da parte della madre non influisce sulla quantità di latte prodotto; I
- una assunzione di liquidi forzata, che contrasti con il naturale desiderio materno, può influenzare negativamente la produzione di latte; II-1
- miti e credenze relative a regole nella dieta non hanno alcuna base scientifica e costituiscono una barriera all'allattamento al seno. III

Il rinforzo della motivazione materna ad allattare al seno può avvenire attraverso la consapevolezza dei suoi vantaggi, ma anche dalla convinzione che le difficoltà di avvio e gestione sono superabili. La maggior autostima delle donne nelle proprie competenze contribuisce a ridurre il pregiudizio ancora diffuso che un allattamento riuscito sia effetto della fortuna.

Raccomandazione 2:

Nel caso la donna non abbia ricevuto informazioni adeguate nel corso della gravidanza è necessario garantire che, al momento della nascita, siano affrontati i temi relativi ai benefici per la salute della madre e del bambino e alla rimozione delle convinzioni errate.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
ILCA

- stabilire le aspettative realistiche della donna rispetto ai miti e alle conoscenze errate. (II-1,III);
- un intervento primario, attraverso una precoce attività di orientamento e raccomandazioni, influenza positivamente il processo di allattamento (II-3,III).

Nelle diverse linee guida prese in esame scarsa attenzione viene dedicata alla situazione della donna che ha deciso di *non* allattare al seno. In questi casi è necessario verificare che tale decisione non sia il risultato di errate convinzioni, di una precedente esperienza negativa di allattamento, della necessità di riprendere precocemente il lavoro o di una inappropriata prescrizione medica per patologia materna o del neonato (vedi fattori causali affrontati nello scenario I).

Una volta analizzati questi fattori, se la decisione di non allattare risulta appropriata o frutto di una scelta autonoma della donna, è necessario tenere conto che una serie di interventi, quali il contatto precoce e il *rooming-in*, oltre a promuovere il successo dell'allattamento al seno, risultano comunque importanti per facilitare la relazione madre-bambino (attaccamento) e devono quindi essere raccomandati.

Raccomandazione 3:

Se la donna ha deciso di non iniziare ad allattare al seno è necessario verificare che le motivazioni di tale decisione non sia derivata da errata convinzione o da inappropriate prescrizioni mediche e, se tale decisione si conferma, fornire alla donna il supporto all'attaccamento madre-bambino.

6.2.3 Patologia materna e/o neonatale

I fattori clinici che si intendono affrontare sono quelli che tendono ad ostacolare l'inizio dell'allattamento al seno, o che possono determinare una precoce interruzione dello stesso, senza che tale atteggiamento, o prescrizione, sia suffragato da prove di efficacia.

Patologia materna (pre-esistente o insorta in gravidanza o al parto)

Nel primo scenario sono stati presi in esame diversi fattori (prescrizioni inappropriate, errate convinzioni) che possono concorrere alla decisione di non allattare; i medesimi fattori vanno considerati, al momento della nascita, quando ci si trova di fronte alla decisione della donna di non iniziare

l'allattamento.

Al momento della nascita particolare attenzione deve essere rivolta ai fattori che, più di altri, possono concorrere ad una interruzione precoce dell'allattamento al seno, tra questi vanno annoverati: assenza dei normali cambiamenti prenatali del seno, anomalie del seno o dei capezzoli, precedenti difficoltà di allattamento al seno, capezzoli sanguinanti o con ragadi, ingorgo mammario severo, dolore al seno persistente, malattia acuta o cronica, utilizzo di farmaci.

La maggior parte di questi problemi possono migliorare con interventi specifici.

Per quanto riguarda l'assunzione dei farmaci, come per lo scenario I, la continua comparsa di nuovi farmaci e di nuove conoscenze relative al passaggio nel latte materno rende improponibile fornire un elenco aggiornato di eventuali controindicazioni e precauzioni. Sembra più utile diffondere tra i professionisti che vengono a contatto con la madre alcune semplici raccomandazioni sulle modalità di prescrizione dei farmaci nel corso dell'allattamento e, eventualmente, indicazioni su come reperire informazioni aggiornate in letteratura o in rete.

La somministrazione di analgesici alla madre nel corso del travaglio e parto può determinare modificazioni nel comportamento del neonato a livello di motricità e capacità di suzione. Diversi studi evidenziano che l'analgesia peridurale può determinare un ritardo significativo nell'avvio dell'allattamento al seno, ma non sembra comportare effetti sulla durata dello stesso. Può accadere che in presenza di una suzione iniziale inefficace da parte del neonato, la madre si scoraggi e smetta di allattare più frequentemente.

Ogniqualevolta possibile, la terapia antidolorifica dovrebbe essere scelta e somministrata subito dopo la poppata onde minimizzare gli effetti sull'allattamento al seno.

Raccomandazione 4:

Se durante il travaglio e il parto sono utilizzati analgesici o anestetici è necessario garantire una particolare attenzione al corretto avvio dell'allattamento al seno.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
ILCA

- Identificare i fattori materni che possono rendere difficoltoso l'allattamento. Garantire la necessaria assistenza e il *follow-up* (II-2, II-3, III); AWHONN
- Valutare le terapie somministrate intra-partum ed essere consapevoli degli effetti

che esse possono determinare sull'inizio dell'allattamento (II-2,II-3).

È necessario valutare le condizioni materne nel post-partum sia per quanto riguarda gli aspetti fisici (dolore, ematomi, anemia, emorragia intra o post-partum...), sia per quanto riguarda l'aspetto del benessere psicologico. Per la depressione materna post-partum si veda (in questa stessa sezione del manuale) quanto riportato rispetto al fattore causale *mancata identificazione delle condizioni di vulnerabilità*.

Raccomandazione 5:

Valutare con attenzione le condizioni della donna nel periodo post-partum sia per quanto riguarda la salute fisica che per il benessere psicologico, garantendo alla donna un adeguato riposo.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono: AWHONN

- Valutare frequentemente le condizioni della donna nel periodo post-partum per evidenziare disagio fisico e rivalutare le prescrizioni terapeutiche (III);
- Fornire informazioni alle donne che allattano, e a chi sta loro vicino, sulla necessità di un adeguato riposo (II-1).

Patologia del neonato

I fattori neonatali associati ad una precoce interruzione dell'allattamento al seno sono per lo più determinati da problemi che possono interferire con la capacità di suzione del bambino. In particolare tali fattori sono costituiti da: nascita pretermine, ritardo di crescita intrauterina (IUGR), basso peso per età gestazionale, sofferenza fetoneonatale, iperbilirubinemia o ipoglicemia, anomalie del cavo orale (labio-palatoschisi) e frenulo breve, problemi neuromotori (sindrome di Down...), patologie acute o croniche.

Nessun dato della letteratura scientifica supporta la tesi che la presenza di uno di questi fattori controindichi l'allattamento al seno. III

Particolare rilievo assume il timore dell'ipoglicemia neonatale e dell'eccessivo calo ponderale, che sovente determina la supplementazione con glucosata o formula.

Si evidenzia che un persistente calo ponderale, dopo il terzo giorno è fortemente associato ad una interruzione precoce dell'allattamento in seguito ad un frequente ricorso a supplementazioni. II-1

Per questi temi si rimanda a quanto analizzato, in questa sezione, relativamente al fattore causale *inappropriata supplementazione con liquidi o formula*.

I neonati allattati al seno hanno valori di bilirubina più elevati di quelli allattati con formula. I meccanismi ipotizzati come causa di questo dato sono molteplici: un minore apporto calorico e di liquidi, inibizione dell'escrezione epatica di bilirubina e assorbimento intestinale di bilirubina (circolo enteroepatico). Questi meccanismi si verificano quando l'allattamento al seno non è iniziato precocemente e le poppate non sono frequenti. II-2, II-3

Un allattamento al seno a domanda e, più in generale, una ottimizzazione dello stesso (misure che ne garantiscano l'efficacia) è in grado di ridurre la frequenza di una iperbilirubinemia che richieda un trattamento. II-3

La profonda revisione condotta negli ultimi anni ha determinato un significativo innalzamento del valore soglia cui iniziare il trattamento fototerapico; ne deriva una minor interferenza della fototerapia con la pratica dell'allattamento al seno.

6.2.4 Inefficace o inappropriato sostegno nel periodo perinatale: contesto organizzativo

Le pratiche routinarie ospedaliere:

- spesso interferiscono con l'efficacia dell'allattamento al seno; I, II-2
- influenzano il comportamento a lungo termine in misura maggiore rispetto ai consigli forniti verbalmente, unitamente alle attitudini dello staff; I,II-2,III
- la durata dell'allattamento al seno aumenta quando i servizi ospedalieri e quelli preposti al *follow-up* sono in grado di fornire una osservazione continua e appropriati interventi di sostegno. II-2,III

Mancato contatto precoce fra madre e bambino

Immediatamente dopo un parto fisiologico il neonato presenta uno stato di veglia calma nel corso del quale è particolarmente attivo, se viene adagiato sull'addome materno, pelle a pelle, egli tenderà a raggiungere il seno. Il neonato localizza il seno grazie al suo olfatto e ai riflessi nutrizionali. Questo comportamento richiede tempi variabili, che possono andare da qualche minuto a un'ora o più di vita.

Le madri che hanno un contatto precoce con il loro bambino hanno più facilità a comunicare con lo stesso, indipendentemente dal fatto che allattino. II-1, II-2

Il contatto precoce sembra determinare un aumento della durata dell'allattamento al seno, anche se i dati a disposizione non sono di univoca interpretazione, in particolare per quanto riguarda la persistenza dell'effetto dopo i primi due-tre mesi.

Il contatto precoce tra madre e neonato è associato a:

- migliore interazione madre-bambino; I, II-1
- aumento del benessere del neonato con notevole riduzione del pianto; I
- migliore controllo della temperatura neonatale; II-1
- un più precoce avvio di una efficace suzione II-1, II-2, III
- stabilizzazione dei livelli glicemici del neonato; II-2
- aumento della motilità intestinale e ridotta incidenza di ittero. II-3

La raccomandazione dell'OMS di iniziare l'allattamento nella prima mezz'ora dopo il parto deve essere interpretata come un invito a privilegiare il contatto precoce pelle a pelle il più rapidamente possibile dopo il parto, piuttosto che come un imperativo riferito all'atto della suzione. Non è possibile, infatti, separare gli effetti positivi di una prima suzione da quelli di un contatto stretto con la madre.

L'allattamento non è affatto compromesso se il neonato non si attacca al seno subito dopo la nascita. II-1, II-2

Non è noto quale sia il ritardo *critico*, nelle prime ore di vita, tale da comportare effetti certi sulla durata dell'allattamento; il rischio di interruzione precoce dell'allattamento sembra associato ad un vero e proprio ritardo nell'inizio dell'allattamento al seno (maggiore di 8 ore).

I riflessi nutrizionali del neonato sono fragili e facilmente disturbati da interferenze rappresentate da manovre quali l'aspirazione gastrica. I, II-1, II-2

Il contatto precoce può essere reso difficile da alcune prassi assistenziali, alcune delle quali non rivestono carattere di urgenza (per esempio il bagno, il peso e la vestizione del neonato) e dovrebbero essere attuate dopo un periodo di contatto prolungato e ininterrotto con la madre, tenuto conto degli effetti positivi che questo ha su entrambi.

Raccomandazione 6:

Alla nascita ogni neonato deve essere asciugato, ricoperto e messo sull'addome della madre, quanto prima possibile, una volta che la madre se la senta. Il contatto madre bambino dovrebbe prolungarsi fino allo spontaneo completamento della prima suzione al seno.

Raccomandazione 7:

Le cure e le pratiche abituali di sorveglianza devono essere definite in modo tale da favorire il contatto prolungato madre bambino e la suzione precoce e, nel contempo, garantire la sicurezza di madre e neonato.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono: AWHONN

- Salvo diverse indicazioni cliniche garantire un costante contatto pelle a pelle tra la madre e il bambino dalla nascita fino al completamento della prima suzione al seno (II-3, III).
- Assistere la donna nell'allattamento quanto prima possibile dopo la nascita, una volta che la donna se la senta e il neonato dimostri il desiderio di attaccarsi al seno (idealmente ciò dovrebbe avvenire nella prima ora di vita) (II-2, III).
- Promuovere l'inizio dell'allattamento appena possibile dopo la nascita, idealmente entro le prime 2 ore:
 - garantire un contatto continuo "pelle a pelle" nelle prime due ore dopo la nascita o fino a dopo la prima poppata;
 - ritardare le procedure non necessarie per le prime due ore di vita o fino a dopo la prima poppata (I, II-1, II-2, II-3).

ANAES

- Alla nascita ogni neonato deve essere asciugato, ricoperto e messo sull'addome della madre (II-3-III).
- Le cure routinarie al neonato dovrebbero essere effettuate dopo un periodo di contatto prolungato e ininterrotto. Le cure e le pratiche abituali di sorveglianza dovrebbero essere definite in modo tale da favorire il contatto madre bambino e l'allattamento materno e, nel contempo, garantire la sicurezza di madre e neonato. Dopo la nascita la prima poppata è facilitata dal contatto pelle a pelle (II-2).

Orari rigidi di allattamento e/o numero definito di poppate

Stimolazione e drenaggio adeguato del seno è fondamentale per garantire una adeguata produzione di latte. I

La produzione di latte aumenta all'aumentare della frequenza di poppate, soprattutto fino alla stabilizzazione dell'allattamento. II-1, II-3

Il contenuto in grassi del latte aumenta durante la poppata; in relazione a tale dato è opportuno evitare di limitare il tempo della poppata e di passare forzatamente alla suzione dall'altro seno. II-1

Se il latte materno ha un basso contenuto in grassi la durata della poppata del bambino sarà maggiore al fine di garantire un sufficiente apporto calorico. II-2

Non vi sono dati che permettano di consigliare alla madre l'offerta di un seno o di entrambi ad ogni poppata. Al fine di prevenire l'ingorgo mammario sembra importante non offrire l'altro seno fino anche il bambino non smette di succhiare dal primo. II-2

Un allattamento senza restrizioni (in contrasto con la pratica di definire tempi rigidi di allattamento) è associato a:

- | | |
|---|------------|
| - un precoce inizio della produzione di latte maturo (lattogenesi II); | I, II-3 |
| - riduzione dell'iniziale calo ponderale e miglioramento del successivo incremento ponderale; | II-1, II-3 |
| - stabilizzazione dei livelli glicemici del neonatali; | II-2 |
| - possibilità di prevenire l'ingorgo mammario; | II-3, III |
| - riduzione dell'incidenza di ittero. | II-3 |

Esiste una variabilità tra i diversi soggetti per quanto riguarda la frequenza, la durata e la regolarità della poppata. Per questo è necessaria la vicinanza del bambino alla madre 24 ore su 24: madre e bambino devono trovare un proprio equilibrio tra le esigenze della madre (riposo) e la soddisfazione del bambino. Per questo è importante la capacità, da parte della madre, di comprendere le richieste del suo bambino e di valutare l'efficacia dell'allattamento al seno (vedi specifiche raccomandazioni in questa sezione). Il numero di poppate (fino a 8-12 nel primo periodo) può ridursi con il passare del tempo e nell'avvio dell'allattamento al seno è opportuno suggerire alle madri di svegliare il neonato quando dorme troppo o quando sentono il seno troppo pieno. E' meglio che gli intervalli tra i pasti non siano troppo lunghi, le mamme quindi vanno incoraggiate nell'interpretare anche attivamente l'allattamento a richiesta. Il neonato generalmente, tranne che in prima giornata quando mangia un numero di volte minore, effettua 8 pasti nelle 24 ore. E' importante ricordare alla madre che i ritmi delle poppate si modificano nei giorni successivi.

E' importante fornire informazioni alle donne che allattano, e a chi sta loro vicino, sulla necessità di un adeguato riposo. II-3

L'attenzione ai precoci segnali di fame facilita un corretto attacco al seno e una suzione efficace, il che rinforza la capacità di risposta della madre al bambino. II-1, II-2, III

Raccomandazione 8:

Non si deve fissare un numero di poppate né orari pregiudizialmente rigidi di allattamento; è opportuno assistere la madre nel trovare un equilibrio tra proprie esigenze (riposo) e soddisfazione dei bisogni del bambino.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono: ANAES

- Incoraggiare l'allattamento a richiesta, senza prescrizioni rispetto al numero e alla durata delle poppate.
- Non vi è alcun vantaggio dimostrato a ridurre il numero e la durata della poppata,

né a fissare un intervallo minimo tra due poppate (II-3/III).

ILCA

- Incoraggiare l'allattamento al seno senza interruzioni 8-12 volte nelle 24 ore. AWHONN
- Ogniqualvolta possibile il bambino dovrebbe essere svegliato per essere allattato almeno ogni tre ore (o otto volte nelle 24 ore) fino a che egli inizia a svegliarsi autonomamente (III).

Inappropriata supplementazione con liquidi o formule

L'allattamento esclusivo al seno:

- | | |
|--|------------|
| - è sufficiente a soddisfare i bisogni nutrizionali ed idrici del neonato a termine se la suzione è efficace e l'allattamento è a richiesta | II-1, II-2 |
| - deve essere privilegiato perché permette di iniziare il processo della produzione di latte materno nelle migliori condizioni e rafforza la fiducia della madre nelle sue capacità. | II-3 |

La decisione di alimentare i neonati con liquidi e/o formule va valutata caso per caso, tenendo conto dei bisogni nutrizionali del neonato e delle sue capacità funzionali.

L'utilizzo di supplementazione in ospedale è associato al rischio di una interruzione precoce dell'allattamento. II-2, II-3

I meccanismi che possono spiegare l'interruzione precoce dell'allattamento sono:

- | | |
|---|-----------|
| - la somministrazione di liquidi favorisce una riduzione della frequenza delle suzioni al seno e può, fino alla stabilizzazione dell'allattamento, interferire con il riflesso della prolattina e determinare conseguentemente una ridotta produzione di latte; | II-3, III |
| - il latte non escreto può costituire un fattore facilitante l'ingorgo mammario; | |
| - la suzione da tettarella può interferire, fino a che l'allattamento al seno non sia stabilizzato, con l'apprendimento della suzione da parte del neonato (teoria della <i>nipple confusion</i>). | |

Se, su indicazione medica, si deve procedere alla supplementazione, è opportuno:

- utilizzare il colostro o il latte materno come prima scelta;
- rassicurare la madre sui benefici per il bambino di qualsiasi quantità assunta di latte materno. La decisione di utilizzare dei sostituti del latte materno deve essere presa in accordo con la madre, che deve essere aiutata a prevenire e superare le difficoltà associate all'allattamento al seno prima di procedere all'impiego di sostituti del latte materno.

Riguardo al timore dell'ipoglicemia occorre tenere presente che:

- il neonato sano a termine (compresi i bambini con macrosomia, in assenza di associato diabete materno) ha un rischio trascurabile di ipoglicemia, che può essere ulteriormente ridotto evitando il raffreddamento e avviando precocemente l'allattamento al seno. Non sono giustificati in questo caso controlli glicemici ripetuti, orari rigidi delle poppate, né somministrazione di formula;
- i fattori di rischio per ipoglicemia sono: basso peso neonatale (<2500 gr) e/o nascita pretermine, basso peso per l'età gestazionale (<10° centile), gemellarità (gemello più piccolo in caso di sproporzione fetofetale), diabete materno, eritroblastosi fetale, policitemia (>70%), presenza di microfallo o di difetto della linea mediana, sindrome di Beckwith-Wiedemann, stress quali ipotermia, RDS, sepsi, cardiopatia congenita;
- la gestione di un neonato a rischio deve prevedere nelle prime 24 ore di vita lo screening della glicemia e una cura particolare dell'alimentazione, che deve essere precoce e adeguata e che, quando non sufficiente, deve essere garantita da un apporto parenterale mantenendo, se la mamma è disponibile, anche le poppate al seno;
- il latte, e in particolare il latte materno compreso il colostro, è preferibile alla soluzione glucosata nello stabilizzare la glicemia.

II-2, II-3,
III

Raccomandazione 9:

Nel neonato sano e a termine, di peso adeguato, allattato a richiesta e lasciato vicino alla madre 24 ore su 24, la supplementazione con liquidi o formule non è di regola necessaria.

Raccomandazione 10:

E' opportuno definire protocolli scritti per l'alimentazione di neonati a rischio di ipoglicemia neonatale e per quelli con difetto di suzione.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
ANAES

- Non è il caso di somministrare un supplemento (acqua, glucosata, sostituto del latte) a un neonato allattato esclusivamente (II-3,III);
- i biberon con sostituti del latte non devono essere messi a disposizione delle madri nelle loro camere (II-3,III).

AWHONN

- Utilizzare la supplementazione con formula solo su indicazione medica (III).

ILCA

- Se si deve fornire una supplementazione, su indicazione medica, devono essere utilizzati metodi di somministrazione che non compromettano la transizione

all'allattamento al seno.

L'utilizzo di una tazza, per fornire una eventuale supplementazione, sembra ridurre il rischio di "confusione del capezzolo". III

L'uso del succhiotto, anche se contrariamente al biberon non si tratta di suzione nutritiva, sembra costituire un fattore di rischio per il successo dell'allattamento, anche se il legame causa-effetto non è chiaro. II-3

Uno studio clinico randomizzato evidenzia come l'utilizzo del succhiotto sia il segno di una difficoltà o di una scarsa motivazione materna nell'allattare il neonato, piuttosto che costituire di per se stesso la causa dell'insuccesso dell'allattamento. I

In ogni caso, l'utilità del succhiotto non è stata in alcun modo dimostrata, per cui sembra utile consigliare di ritardarne l'uso di qualche settimana, in modo da non interferire con il processo di avvio dell'allattamento, e di utilizzarlo saltuariamente.

Raccomandazione 11:

Evitare l'utilizzo di tettarelle per l'eventuale somministrazione di supplementazione e scoraggiare l'uso del succhiotto, fino a quando l'allattamento al seno sia stabilizzato.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
ILCA

- Incoraggiare i genitori ad evitare l'uso del succhiotto, di tettarelle artificiali e di supplementazioni senza una indicazione medica, fino a che l'allattamento sia stabilizzato (per la maggioranza dei bambini ciò avviene dopo 4-6 settimane) (II-1, II-2, II-3).

AWHONN

- Ogniqualvolta possibile evitare l'utilizzo di succhiotti fino a che il bambino sia in grado di attaccarsi e l'allattamento sia stabilizzato (I, II).

Mancata vicinanza della madre al bambino (24 ore su 24)

Le pratiche ospedaliere spesso interferiscono con un efficace allattamento al seno. I, II-2

La pratica del *rooming-in* in facilita il processo di allattamento al seno (frequenza e durata). I, II-1, III

I neonati che possono restare accanto alla madre 24 ore su 24 presentano una maggiore frequenza di allattamento al seno ed un minore ricorso alla supplementazione con liquidi o formula. II-1, II-2, II-3

La vicinanza alla madre 24 ore su 24 favorisce l'allattamento a domanda (contrastando la pratica di rigidità sul numero di poppate ed orari) in quanto la madre è favorita nel saper riconoscere i segnali del desiderio del bambino di essere allattato. L'attrezzatura alberghiera dovrebbe essere tale da favorire il contatto continuo tra madre e bambino (letti più larghi e ad altezza regolabile, luci notturne...). E' necessario informare i genitori sul valore del *rooming-in* 24 ore su 24 e sull'importanza delle poppate notturne.

La pratica del *rooming-in* facilita l'allattamento nelle ore notturne II-3

Se il neonato viene allattato anche di notte il tasso di base della prolattina, anche se non direttamente proporzionale al volume di latte prodotto, sarà più elevato. Per molti bambini la ripartizione delle poppate tra il giorno e la notte è il solo modo di ottenere una quantità di latte sufficiente nelle 24 ore. Le poppate notturne sono inoltre un fattore importante dell'amenorrea da lattazione (vedi raccomandazione su contraccezione e allattamento).

Per quanto riguarda la madre, non dorme un numero di ore maggiore se il neonato viene allontanato, come nel caso di *nido notturno*, e le poppate notturne rendono più facile il riaddormentarsi. II-3

La vicinanza della madre al neonato favorisce l'attaccamento madre-bambino anche nel caso lo stesso non sia allattato al seno.

Raccomandazione 12:

Incoraggiare sistematicamente la vicinanza madre-bambino 24 ore su 24. In caso di necessaria separazione garantire un sostegno all'allattamento al seno.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
ILCA

- Garantire il *rooming-in* 24 ore su 24. Effettuare la visita del neonato e gli eventuali test nella stanza della madre.
- Garantire un sostegno all'allattamento durante la eventuale separazione della madre dal bambino (III).

ANAES

- Incoraggiare sistematicamente il *rooming-in* 24 ore su 24 (II-3;III).

6.2.5 Inefficace o inappropriato sostegno nel periodo perinatale: tecniche di allattamento

L'allattamento al seno rappresenta il metodo di alimentazione naturale per la specie umana, è importante che la madre acquisisca alcune competen-

ze per garantirne il successo.

Mancato supporto alla posizione corretta

Il passaggio di latte avviene più rapidamente e più efficacemente quando la posizione della madre e del neonato sono adeguate e vi è un buon attacco al seno (*latch-on*). La posizione che facilita maggiormente un corretto attacco al seno varia da madre a madre e da bambino a bambino. II-3, III

Una corretta posizione e un buon attacco al seno minimizzano la tensione e i traumi del capezzolo. III

Quando l'attacco al seno è corretto il capezzolo e una parte dell'areola sono posizionati all'interno della bocca del bambino fino al palato molle, la bocca fa da ventosa sul seno e la suzione mantiene il capezzolo nel fondo della bocca del neonato. L'azione congiunta della lingua e dei movimenti mandibolari permettono l'estrazione del latte.

Le informazioni, fornite nel corso della gravidanza o dopo la nascita, possono certo contribuire a far assumere alla madre e al bambino una posizione che garantisca l'efficacia della poppata.

L'osservazione diretta della poppata rappresenta l'opportunità per un rinforzo positivo delle informazioni fornite e può fornire una rassicurazione alla madre sulle proprie capacità di gestire autonomamente l'allattamento al seno. III

In particolare sembra opportuno:

- valutare la posizione del neonato al seno (come la madre sorregge il neonato, la vicinanza del corpo), la suzione e il passaggio del latte;
- verificare che le labbra del neonato siano posizionate correttamente e che il suo naso e il mento siano a contatto con il seno materno;
- utilizzare un metodo standardizzato per osservare e valutare il comportamento alimentare del neonato (schede di osservazione delle poppate).

Raccomandazione 13:

Osservare almeno una poppata utilizzando un metodo standardizzato. Assistere la donna nel trovare le posizioni più confortevoli per allattare, aiutarla a riconoscere le caratteristiche di una suzione corretta ed efficace.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
ILCA

- Effettuare l'osservazione di almeno una poppata durante il ricovero in ospedale e documentare tale osservazione (II-1).

AWHONN

- Fornire adeguate informazioni alla donna che allatta circa le modalità che possono favorire il successo dell'allattamento, in particolare queste informazioni dovrebbero essere relative a: massaggio del seno, corretto *attacco al seno*, modalità e posizioni dell'allattamento, verifica della quantità di latte assunta, ingorgo mammario, dolore ai capezzoli (III).
- Durante il ricovero osservare una poppata completa, due o tre volte al giorno o secondo il protocollo locale (II-1, III).

Mancata prevenzione o risoluzione dei problemi più comuni

Il dolore ai capezzoli e l'ingorgo mammario (oltre alla percezione materna di ipogalattia) sono le ragioni più frequenti che portano all'interruzione dell'allattamento nelle prime due settimane. I, III

Una causa significativa di interruzione precoce è la percezione di ipogalattia riferita da circa il 50% delle madri che allattano. II-3

Si tratta di problemi che possono essere prevenuti, perché generalmente sono conseguenti a comportamenti non corretti, in particolare ad un mal posizionamento del neonato, ma anche a:

- precedenti esperienze negative di allattamento al seno e le pratiche correnti routinarie possono giocare un importante ruolo rispetto all'insorgenza di ingorgo mammario; II-3,III
- la mancanza di indicazioni coerenti e precise su come affrontare i problemi, contribuisce alla interruzione precoce dell'allattamento; II-3
- le ricerche hanno dimostrato che il supporto delle madri a continuare l'allattamento nel momento in cui hanno la percezione di ipogalattia, aumenta la durata dell'allattamento e non altera la crescita del neonato. II-2

I principali elementi relativi alla prevenzione e al trattamento di questi problemi possono essere riassunti nei seguenti punti.

- Dolore ai capezzoli

Una certa sensibilità dolorosa dei capezzoli è considerata normale nel corso della prima settimana di allattamento, si tratta di un fenomeno transitorio, di modesta intensità, che riguarda in particolar modo i primi minuti della poppata e che si risolve spontaneamente. Ciò non significa che il dolore ai capezzoli debba essere un prezzo da sopportare per la riuscita dell'allattamento ed è quindi necessario affrontare sempre il problema.

Dolori intensi o che durano per più di una settimana e lesioni associate vanno sempre valutati e trattati II-3, III

Va prestata particolare attenzione alle lesioni del capezzolo valutando l'eventualità di infezione da *Candida*, (solitamente i capezzoli presentano un colorito "salmone" e il dolore persiste al termine della poppata, spesso con irradiazione profonda interscapolare; si associano altri segni di infezione micotica vaginale nella madre e/o orale/perineale nel bambino). La candidosi si manifesta in genere dopo la prima settimana.

Un rinforzo dell'informazione relativa alla corretta posizione e attacco durante la suzione costituisce un elemento fondamentale per la prevenzione del dolore ai capezzoli. I

Pur essendo pochi gli studi sull'efficacia dei trattamenti, vi è un generale consenso sui seguenti passi:

- valutare ed eventualmente correggere la posizione del neonato;
- controllare se è presente un frenulo linguale corto, a volte causa di un inefficace movimento della lingua;
- non limitare la frequenza o la durata della poppata;
- applicare compresse caldo-umide sul seno prima della poppata;
- raccomandare la spremitura manuale prima di allattare e ammorbidire l'areola;
- consigliare di iniziare la poppata con il seno meno infiammato;
- si può consigliare alla donna di spalmare un po' di colostro o di latte sul capezzolo e areola alla fine di ogni poppata, anche se non è dimostrato che le proprietà antibatteriche del latte materno facilitino la guarigione;
- in generale sono sconsigliati i prodotti topici, in quanto possono essere l'origine di reazioni allergiche o aggravare il problema invece di risolverlo. Non ci sono prove di efficacia a supporto dell'ampio utilizzo di medicazione con gel di colloidali o crema di lanolina;
- se necessario dare antinfiammatori ad emivita breve subito prima di allattare;
- lasciare asciugare i capezzoli all'aria dopo la poppata;
- consigliare alle donne di evitare l'utilizzo di parapezzoli, succhiotti e di supplementazioni con formula;
- nel caso il dolore continui e le lesioni non migliorino anche se la suzione è corretta, ipotizzare una infezione micotica, che va trattata;
- raramente si può consigliare di smettere di allattare temporaneamente dal lato affetto, e nel frattempo, estrarre il latte manualmente o con un tiralatte.

- Ingorgo mammario

Si parla di ingorgo quando si assiste ad una stasi sanguigna e linfatica e quindi ad un edema. L'ingorgo determina la comparsa di dolore e blocco della fuoriuscita del latte, associata a arrossamento e aumento della temperatura della

cute sovrastante. Può evolvere in mastite senza un rapido ed efficace trattamento.

Precedenti esperienze negative di allattamento al seno e le pratiche correnti routinarie possono giocare un importante ruolo rispetto all'insorgenza di ingorgo mammario II-3, III
Le madri che hanno avuto un episodio di ingorgo importante sono più a rischio di recidive II-2
E' necessario incoraggiare l'allattamento al seno a domanda: la restrizione del numero delle poppate è associata ad una frequenza più elevata di ingorghi. I

Pur essendo pochi gli studi sull'efficacia dei trattamenti, vi è un generale consenso sui seguenti passi:

- consigliare alla madre di attaccare spesso il bambino al seno, controllando l'efficacia della suzione;
- valutare ed eventualmente correggere la posizione del neonato; utilizzando eventualmente posizioni più utili allo svuotamento di alcune zone del seno;
- l'utilizzo di compresse o bagni caldi, del massaggio del seno e della spremitura manuale del latte, prima dell'inizio della poppata, aiuta a detendere e ad ammorbidire il seno;
- tra una poppata e l'altra può essere consigliato l'uso di impacchi freddi (vasocostrizione);
- tra le poppate, una doccia calda con l'acqua che scorre su schiena e torace può dare una sensazione di benessere;
- nel caso il neonato presenti una suzione rallentata o non efficace, si può consigliare l'uso del tiralatte elettrico (l'uso del tiralatte manuale va associato al massaggio perché agisce solo sull'areola), dopo la poppata, per limitare la stasi del latte;
- l'utilizzo di anti-infiammatori e enzimi proteolitici si dimostra efficace nel miglioramento dei sintomi;
- controllare che gli indumenti della donna, specialmente il reggiseno, non stringano;
- alla comparsa di segni di mastite instaurare un adeguato trattamento.

La mastite è una infiammazione della mammella che può evolvere in infezione, rappresenta di solito l'esito di una stasi latteica persistente e di condizioni locali favorevoli alla colonizzazione batterica. Più spesso è localizzata e interessa una sola mammella. Oltre ai sintomi tipici dell'ingorgo, sono presenti febbre superiore ai 38,5 C° e sintomi di malessere generale. Il periodo di più frequente comparsa è tra la seconda e la terza settimana dopo il parto, in 95% dei casi si verifica entro le 12 settimane.

La comparsa di mastite è spesso vissuta come esperienza dolorosa, che

può ridurre l'autostima della madre nella propria capacità di allattare. La condotta terapeutica deve dunque essere chiaramente espressa: trattamento, continuare l'allattamento e prevenire le recidive. Il trattamento della mastite si basa sulla ricerca dei fattori favorevoli (ragadi come porta d'ingresso dei germi, inadeguato trattamento dell'ingorgo, stato di debilitazione materna), sul miglioramento della tecnica d'allattamento (modificare posizioni scorrette, cominciare la poppata dal seno non affetto), sul supporto alla madre perché riposi, sul drenaggio efficace del latte tramite suzione del bambino e delicata spremitura manuale, sul trattamento antibiotico in caso di segni d'infezione o in assenza di miglioramento dopo 12-24 ore di trattamento sintomatico con antinfiammatori. Nella scelta dell'antibiotico bisogna tenere in considerazione che la maggior parte delle mastiti infette sono sostenute da *Stafilococco*. Se non è prontamente trattata può svilupparsi un ascesso che andrà inciso e drenato.

Il trattamento mediante spremitura manuale o uso del tiralatte dopo la poppata riduce la durata e la gravità degli episodi di mastite non infetta; nel caso di mastite infetta, la spremitura del latte e il trattamento antibiotico riducono il rischio di evoluzione in ascesso. I

- Percezione di ipogalattia

Le ricerche hanno dimostrato che il supporto alle madri nel continuare l'allattamento nel momento in cui hanno la percezione di ipogalattia, aumenta la durata dell'allattamento e non altera la crescita del neonato. I

Non sono solo le madri ad avere una percezione di ipogalattia: spesso l'ipotesi "non c'è abbastanza latte" è avanzata dai professionisti che seguono la donna e il neonato, quando si registra un accrescimento considerato non ottimale, oppure quando il neonato vuole attaccarsi molto frequentemente al seno o presenta ripetute crisi di pianto o ancora se la madre riferisce di sentire i seni molli e "vuoti".

Pur essendoci pochi studi sull'efficacia dei trattamenti, vi è un generale consenso sui seguenti passi:

- informare le madri sulle caratteristiche del comportamento del neonato allattato al seno;
- insegnare alle madri a riconoscere l'efficacia di una suzione;
- consigliare alle madri un allattamento esclusivo e a richiesta;
- informare le madri sulle possibili "crisi transitorie di crescita";
- informare le madri sulle caratteristiche dell'accrescimento del neonato allattato al seno.

Per quanto riguarda l'andamento del peso nei primi giorni di vita occorre ricor-

dare che non esistono dati validi che permettano di indicare il limite di perdita di peso al di là del quale diventa indicato l'apporto alimentare complementare. E' generalmente considerata accettabile una perdita di peso che non superi il 10% (alcuni autori sollecitano una particolare attenzione già con una perdita di peso superi il 7%); un calo ponderale attorno a questi valori richiede un attento monitoraggio delle condizioni cliniche del neonato, una valutazione della poppata e non necessariamente un apporto di alimenti complementari.

L'allattamento esclusivo a richiesta, favorito dalla vicinanza madre bambino, permette al neonato di riprendere più rapidamente il peso della nascita. II-3

La valutazione dell'accrescimento di neonati allattati esclusivamente al seno può comportare decisioni inadeguate (integrazione o sostituzione del latte materno con latti formulati), in quanto le tabelle utilizzate sono solitamente elaborate su bambini nutriti anche con latte artificiale. III

Nuove tabelle di crescita stanno per essere pubblicate e includono riferimenti all'accrescimento di bambini di vari Paesi, tenendo conto anche di variabili legate alla popolazione e non solo all'alimentazione. III

Alcune madri che hanno avuto difficoltà di allattamento nei primi giorni per separazione dal bambino e/o per ipogalattia transitoria chiedono aiuto per allattare nuovamente al seno in modo esclusivo (*relactation*). In questi casi è necessario il ricorso ad un supporto continuativo, mediante incontri molto frequenti, per programmare insieme alla donna i piccoli passi che possono consentire il successo del *ri-allattamento*.

Raccomandazione 14:

Fornire alle madri il supporto per il trattamento dei problemi più comuni (dolore ai capezzoli, ingorgo mammario, percezione di ipogalattia) nonché informazioni relative alla loro prevenzione.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono: AWHONN

- Prevenire, quando possibile, e indicare il trattamento per i più comuni problemi associati con l'allattamento al seno (I, II-1, II-2, III).

Inefficacia dell'allattamento al seno

I segni di inefficacia della suzione possono essere:

- calo ponderale maggiore del 7-8%; persistente calo ponderale dopo il terzo

- giorno di vita; mancato incremento ponderale dopo il quinto giorno; mancato recupero del peso neonatale a 14 giorni di vita;
- meno di tre movimenti intestinali nelle 24 ore, emissione di meconio anche dopo il quarto giorno, meno di 6 pannolini bagnati nelle 24 ore dopo il quarto giorno;
- neonato irritabile con alterazione del ritmo sonno veglia e che rifiuta di mangiare;
- assenza di rumori della deglutizione durante la poppata;
- persistente o aumentato dolore dei capezzoli;
- numero ridotto di poppate.

La consapevolezza dei segni che indicano il passaggio del latte è legata al successo dell'allattamento al seno. II-3

Un persistente calo ponderale dopo il terzo giorno è fortemente correlato ad una intertempistica interruzione dell'allattamento materno. II-1

Vi è una elevata variabilità nei movimenti intestinali nell'allattato al seno, tuttavia l'emissione di feci rappresenta un buon indicatore di un'alimentazione adeguata. II-2, II-3

Sebbene un singolo segno non sia indicativo dell'inefficacia dell'allattamento è comunque opportuna una attenta valutazione. III

Una adeguata stimolazione del seno e la "rimozione" del latte prodotto rappresenta un punto essenziale per mantenere l'allattamento al seno. I

I fattori clinici neonatali più frequentemente associati all'inefficacia dell'allattamento (vedi fattore causale su patologie del neonato) richiedono interventi che vedono la partecipazione di più professionisti.

Nel caso si rilevi una inefficacia dell'allattamento al seno, è opportuno:

- rivalutare le tecniche di allattamento al seno;
- valutare l'eventuale presenza di ingorgo mammario;
- aumentare il numero di poppate giornaliere;
- offrire alternativamente i seni nel corso della stessa poppata;
- se non è possibile valutare l'efficacia dell'allattamento al seno a domicilio, ritardare la dimissione.

Raccomandazione 15:

E' necessario supportare la madre nel riconoscere l'efficacia dell'allattamento al seno. Se si evidenzia un'inefficacia dello stesso deve essere attuata un'attenta valutazione, l'identificazione delle cause e l'attuazione delle misure che possono facilitare la continuazione dell'allattamento.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:

ILCA

- E' necessario conoscere i segni indicativi di una inefficacia dell'allattamento (II-1, II-2, II-3, III).
- Identificare i fattori di rischio che possono interferire con la capacità del bambino di alimentarsi efficacemente. Garantire la necessaria assistenza all'allattamento e una stretta sorveglianza.
- Osservare almeno una poppata durante il ricovero in ospedale e documentarne le caratteristiche.
- Garantire un intervento appropriato se l'allattamento è inefficace (I, II-2, III).

6.2.6 Inefficace o inappropriato sostegno nel periodo perinatale: condizioni di vulnerabilità

I suggerimenti per garantire il successo dell'allattamento al seno tendono talvolta a sottovalutare l'importanza di fattori di vulnerabilità materna (e delle sua vita relazionale), che possono agire da concausa nel determinare difficoltà nel processo dell'attaccamento madre-bambino e dell'allattamento al seno.

Condizioni psicologiche della madre

La depressione materna fino a pochi anni fa era definita come depressione post-partum; una revisione sistematica degli studi evidenzia viceversa come la sua prevalenza risulti sostanzialmente costante al di fuori della gravidanza, in gravidanza e nel corso del post-partum. La storia naturale della depressione è tale che una donna depressa nel corso della gravidanza può migliorare la propria condizione nel periodo post-partum e viceversa. Ne deriva una scarsa efficacia dello screening in un determinato periodo e la necessità conseguente di una attenzione costante alla rilevazione di sintomi depressivi.

Tra i fattori di rischio si rilevano: storia pregressa di psicopatologia (specie in gravidanza), basso supporto sociale, cattiva relazione con il partner ed eventi negativi di vita; si rileva una debole associazione con complicanze ostetriche, storia di abuso, basso reddito familiare e basso livello occupazionale. Minore rilevanza assumono fattori di rischio quali: gravidanza non desiderata, disoccupazione materna, bassa qualità supporto sociale, avere due o più figli. I fattori di rischio individuati come principali sono gli stessi rilevati nella depressione in periodi diversi da gravidanza e post-partum.

Ben noti sono gli effetti negativi che la depressione può avere, in generale, sull'attaccamento madre-bambino, sullo sviluppo cognitivo ed emozionale di quest'ultimo e, nello specifico, sull'inizio e successo dell'allattamento al seno.

Raccomandazione 16:

Devono essere attuate procedure in grado di assicurare a tutte le donne una valutazione di una eventuale storia di depressione al momento del parto e nelle prime settimane di vita del bambino.

Indipendentemente dalla depressione, la stanchezza e l'alterato ritmo del sonno possono comportare, nelle settimane successive al parto, un importante fattore di disagio per la madre con ripercussioni sul suo rapporto con il bambino.

E' opportuno informare la donna e i suoi familiari sull'importanza di un adeguato riposo e stabilire quali misure possano realisticamente essere attuate per garantirlo. II-3

Relazioni familiari

Le relazioni familiari possono influenzare tanto il successo dell'allattamento al seno quanto, più in generale, le competenze genitoriali.

I dati di diversi studi evidenziano una associazione tra alcuni fattori di vulnerabilità: madre molto giovane, famiglia monoparentale, difficoltà nella relazione con il partner e precoce abbandono dell'allattamento al seno. II-3

La loro presenza non è necessariamente sinonimo di problema; tuttavia una rilevazione di queste caratteristiche familiari, qualora non siano state considerate in gravidanza, dovrebbe far valutare la necessità di eventuali interventi di sostegno.

Raccomandazione 17:

E' necessario identificare eventuali condizioni di vulnerabilità delle relazioni familiari (giovane età dei genitori, famiglia monoparentale...) e/o del contesto socio culturale (svantaggio socio-economico, bassa scolarità materna, minoranze etniche...) che possano determinare la necessità di interventi di sostegno.

Il supporto da parte di familiari o altre persone di fiducia aumenta la durata dell'allattamento al seno. II-1, II-3, III

Raccomandazione 18:

Assistere la donna che allatta nell'identificare persone di sua fiducia, familiari o amici, che siano a conoscenza dei vantaggi dell'allattamento al seno e in grado di fornirle un supporto.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
ILCA

- Si raccomanda di estendere l'attività educativa ai familiari o altre persone di fiducia (II-1, IF-3, III)
- AWHONN
- Assistere la donna che allatta nell'identificare persone di sua fiducia, familiari o amici, che siano a conoscenza dei vantaggi dell'allattamento al seno e in grado di fornirle un supporto (III).
 - Valutare la capacità della donna di identificare persone di riferimento che siano disponibili ad offrire un supporto alla sua decisione di allattare (III).

Contesto socio-culturale

Il contesto socio-culturale può influenzare tanto il successo dell'allattamento al seno quanto, più in generale, le competenze genitoriali.

Diversi studi evidenziano una associazione tra esiti negativi e presenza di alcuni fattori di rischio: bassa scolarità materna, situazioni di disagio socio-economico, appartenenza a minoranze etniche (con relativi problemi di emarginazione e precoce abbandono dell'allattamento al seno). II-3

Lungi dal costituire *fattori di rischio* (la loro presenza non è affatto sinonimo di problema), una rilevazione di queste caratteristiche familiari, che dovrebbero essere già state prese in esame nel periodo della gravidanza, indica di valutare la necessità di eventuali interventi di sostegno.

Raccomandazione 19:

E' necessario identificare eventuali condizioni di vulnerabilità del contesto socio culturale (svantaggio socio-economico, bassa scolarità materna, minoranze etniche..) che possano determinare la necessità di interventi di sostegno.

6.2.7 Inefficace o inappropriato sostegno nel periodo perinatale: osservazione delle attitudini genitoriali

Identificazione dei bisogni del bambino

I *principali segni del desiderio* del bambino di essere attaccato al seno sono rappresentati da: *rooting reflex*, movimenti mano-bocca, movimenti o suoni di

suzione, suzione delle dita o della mano, apertura della bocca in risposta alla stimolazione tattile, transizione tra stati comportamentali (dal sonno alla veglia tranquilla).

I *principali segni della soddisfazione* da parte del bambino sono rappresentati da: una graduale riduzione del numero di suzioni durante la poppata, il bambino "arriccia" le labbra, si allontana dal seno e si stacca dal capezzolo, estensione delle braccia e rilasciamento del corpo, assenza di segni di fame, la tranquillità alla fine della poppata.

Il sonno non è sinonimo di soddisfazione. Alcuni bambini dormono molto quale risposta ad uno stato di disagio (che potrebbe essere determinato dalla fame). II-2

I bambini presentano diversi stati: sonno profondo, sonno leggero, sonnolenza, veglia quieta, veglia attiva o agitazione e pianto. E' più facile iniziare la poppata quando il bambino è sonnolento o in uno stato di veglia quieta o attiva. III

In caso di periodi lunghi di sonno, associato ad un basso numero di poppate, la madre dovrebbe svegliare il bambino e offrire attivamente il seno.

Raccomandazione 20:

E' necessario valutare le capacità dei genitori di identificare i bisogni del bambino, il suo desiderio di essere allattato e la sua soddisfazione.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
AWHONN

- Fornire informazioni adeguate alla donna e a chi le sta vicino, relative al desiderio di alimentarsi, sul temperamento e comportamento del bambino (III). Tali informazioni dovrebbero includere le conoscenze sui comportamenti che influenzano l'allattamento al seno, con particolare attenzione ai segni della transizione dal sonno alla veglia tranquilla.
 - Valutare la capacità dei genitori di identificare il desiderio del bambino di essere allattato (III).
 - Valutare la percezione materna della soddisfazione/sazietà del bambino (III).
- ILCA
- Verificare che i genitori sappiano quando e come svegliare un bambino che dorme.

6.2.8 Inefficace o inappropriato sostegno alla dimissione

Negli ultimi anni si è sviluppata una tendenza alla dimissione precoce, pur

con diverse definizioni della durata di degenza. In questa variabilità si registra un dato comune: nella maggior parte dei punti nascita la donna viene dimessa prima che sia avviata la lattazione. Non è obiettivo di queste raccomandazioni entrare nel merito dell'appropriatezza della politica di *dimissione precoce*; questa pratica può comunque aggravare il peso di vari fattori associati ad una precoce interruzione dell'allattamento al seno.

Valutazione delle condizioni materne e delle relazioni familiari

L'analisi dei precedenti fattori della rete causale evidenzia come la dimissione della madre e del bambino rappresenti una sorta di momento di verifica del percorso attuato sino a quel momento e del progetto futuro.

Al momento della dimissione è opportuno verificare che i professionisti abbiano:

- evidenziato la eventuale presenza di sintomi riferibili a depressione o altri segni di difficoltà (stanchezza, mancanza di autonomia);
- sostenuto la donna nella definizione di un proprio *piano di allattamento*;
- aver fornito un supporto utile a contrastare le più frequenti cause di interruzione precoce dell'allattamento al seno;
- fornito elementi che consentano alla donna di valutare l'efficacia dell'allattamento al seno;
- aiutato la donna a identificare familiari o persone di sua fiducia che siano a conoscenza dei vantaggi dell'allattamento al seno e siano in grado di fornirle un sostegno.

Le raccomandazioni delle linee guida disponibili per i diversi fattori causali presi in esame sono già state riportate.

Raccomandazione 21:

La dimissione deve rappresentare un momento di verifica sia rispetto all'esistenza di elementi che richiedano supporti specifici dei problemi identificati, sia all'appropriatezza dell'assistenza fornita.

Raccordo fra ospedale e servizi territoriali

Tutte le forme di sostegno proposte al momento della dimissione riducono il rischio di interrompere l'allattamento esclusivo prima dei 6 mesi. II-2, II-3

Tra le strategie di sostegno si osserva una maggiore efficacia degli interventi di sostegno basati sul contatto individuale rispetto a ripetuti contatti telefonici. II-2, II-3

L'intervento di gruppi di mutuo aiuto da parte di madri che hanno allattato con successo, dopo una opportuna formazione e con una supervisione, rinforza la decisione delle madri che decidono di allattare e le aiuta ad allattare con successo. Questo intervento si è verificato efficace anche nei confronti di madri con svantaggio socio-culturale o appartenenti a minoranze etniche. II-2, II-3

Raccomandazione 22:

All'atto della dimissione deve essere offerto alle donne un sostegno specifico all'allattamento al seno e più in generale alle cure del neonato. Tale sostegno può includere sia i professionisti dei servizi (ospedalieri o territoriali) che non professionisti con formazione specifica.

Le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:

AWHONN

- Ogniqualvolta sia possibile o sulla base di protocolli locali, garantire visite domiciliari e l'accesso a *counselors* di mutuo aiuto alle donne che allattano (I, II-1, II-2, II-3, QI).
- Considerare il reclutamento di *counselors* formati nei programmi di educazione relativi all'allattamento al seno (I, II-1, II-2).
- Ogniqualvolta disponibili utilizzare i servizi di consulenza sull'allattamento sia per le donne che allattano (sia ricoverate che a domicilio) che per i professionisti coinvolti nell'assistenza (II-2, III).
- Fornire informazioni circa le risorse della comunità e dei gruppi di supporto all'allattamento al seno quali la *LeLeche League* e gruppi costituiti in ospedale (III).
- Garantire una formazione sui benefici dell'allattamento e sulle modalità con cui può essere svolta un'attività di sostegno, a soggetti (non professionisti, *caregiver*) che possano esercitare un'influenza positiva sulla donna (II-1, II-2, III).
- Valutare l'intenzione della donna ad allattare al seno e l'accesso a servizi di sostegno, svolti anche da parte di altri *caregiver* o di *counselors* di gruppi di mutuo aiuto (I, II-1, II-3, III).
- Garantire la formazione di professionisti e altri *caregiver* per ritrasmettere una appropriata ed efficace informazione sull'allattamento al seno (II-2, II-3, III).

Il professionista che fornisce le cure primarie dovrebbe valutare l'incremento ponderale e altri fattori clinici che indichino l'efficacia dell'allattamento al seno. In particolare dovrebbero essere valutati: peso, numero di poppate nelle 24 ore, numero di emissione di feci ed urine nelle 24 ore, presenza di ittero. III

Raccomandazione 23:

All'atto della dimissione è necessario garantire la programmazione di un controllo pediatrico a breve termine.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:

AWHONN

- Nel caso di neonati dimessi prima delle 48 ore assicurarsi che nelle successive 48-72 ore lo stato di salute del bambino sia valutato da un medico o infermiera con competenze pediatriche, che dovrebbe osservare un poppata e alcuni indicatori di benessere quali: peso, numero di pasti nelle 24 ore, emissione di feci ed urine, presenza di ittero (III).

ILCA

- Verificare la programmazione della visita di follow-up con il pediatra di fiducia.

La distribuzione di prodotti per l'alimentazione riducono la durata dell'allattamento esclusivo al seno. I, II-2

La legislazione italiana, con il decreto n° 500 del 1994, ha recepito le direttive della Comunità Europea e regolamenta la distribuzione e la pubblicità degli alimenti per i lattanti.

Raccomandazione 23:

Evitare la distribuzione di campioni gratuiti di formula, di materiale che promuova l'allattamento con formula e di prescrizione del tipo di formula prima che si sia manifestata la reale necessità.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:

AWHONN

- Evitare la distribuzione di campioni di formula o l'indicazione di prodotti se la madre non lo richiede (I, II-2, III).

ILCA

- Evitare la distribuzione di prodotti per l'alimentazione che è dimostrato riducono la durata dell'allattamento (I, II-2).

ANAES

- E' sconsigliata la distribuzione di campioni gratuiti di formula o di materiale che promuova l'allattamento con biberon; tale pratica ha un impatto negativo sull'allattamento esclusivo (II-2).

6.3 Scenario II: tavola sinottica delle raccomandazioni

R. 1	Valutare se la donna, che ha ricevuto informazioni relative all'allattamento al seno nel corso della gravidanza, ha definito un proprio piano di allattamento. Nel caso ciò non sia avvenuto assistere la donna nel formularlo (vedi scenario I).
R. 2	Nel caso la donna non abbia ricevuto informazioni adeguate nel corso della gravidanza è necessario garantire che, al momento della nascita, siano affrontati i temi relativi ai benefici per la salute della madre e del bambino e alla rimozione delle convinzioni errate.
R. 3	Se la donna ha deciso di non iniziare ad allattare al seno è necessario verificare che le motivazioni di tale decisione non sia derivata da errata convinzione o da inappropriate prescrizioni mediche e, se tale decisione si conferma, fornire alla donna il supporto all'attaccamento madre-bambino.
R. 4	Se durante il travaglio e il parto sono utilizzati analgesici o anestetici è necessario garantire una particolare attenzione al corretto avvio dell'allattamento al seno.
R. 5	Valutare con attenzione le condizioni della donna nel periodo post-partum sia per quanto riguarda la salute fisica che per il benessere psicologico, garantendo alla donna un adeguato riposo
R. 6	Alla nascita ogni neonato deve essere asciugato, ricoperto e messo sull'addome della madre, quanto prima possibile, una volta che la madre se la senta. Il contatto madre bambino dovrebbe prolungarsi fino allo spontaneo completamento della prima suzione al seno.
R. 7	Le cure e le pratiche abituali di sorveglianza devono essere definite in modo tale da favorire il contatto prolungato madre bambino e la suzione precoce e, nel contempo, garantire la sicurezza di madre e neonato.
R. 8	Non si deve fissare un numero di poppate né orari pregiudizialmente rigidi di allattamento; è opportuno assistere la madre nel trovare un equilibrio tra proprie esigenze (riposo) e soddisfazione dei bisogni del bambino.
R. 9	Nel neonato sano e a termine, di peso adeguato, allattato a richiesta e lasciato vicino alla madre 24 ore su 24, la supplementazione con liquidi o formule non è di regola necessaria.

R. 10	E' opportuno definire protocolli scritti per l'alimentazione di neonati a rischio di ipoglicemia neonatale e per quelli con difetto di suzione.
R. 11	Evitare l'utilizzo di tettarelle per l'eventuale somministrazione di supplementazione e scoraggiare l'uso del succhiotto, fino a quando l'allattamento al seno sia stabilizzato.
R. 12	Incoraggiare sistematicamente la vicinanza madre-bambino 24 ore su 24. In caso di necessaria separazione garantire un sostegno all'allattamento al seno.
R. 13	Osservare almeno una poppata utilizzando un metodo standardizzato. Assistere la donna nel trovare le posizioni più confortevoli per allattare, aiutarla a riconoscere le caratteristiche di una suzione corretta ed efficace.
R. 14	Fornire alle madri il supporto per il trattamento dei problemi più comuni (dolore ai capezzoli, ingorgo mammario, percezione di ipogalattia) nonché informazioni relative alla loro prevenzione.
R. 15	E' necessario supportare la madre nel riconoscere l'efficacia dell'allattamento al seno. Se si evidenzia un'inefficacia dello stesso deve essere attuata un'attenta valutazione, l'identificazione delle cause e l'attuazione delle misure che possono facilitare la continuazione dell'allattamento.
R. 16	Devono essere attuate procedure in grado di assicurare a tutte le donne una valutazione di una eventuale storia di depressione al momento del parto e nelle prime settimane di vita del bambino.
R. 17	E' necessario identificare eventuali condizioni di vulnerabilità delle relazioni familiari (giovane età dei genitori, famiglia monoparentale...) e/o del contesto socio culturale (svantaggio socio-economico, bassa scolarità materna, minoranze etniche...) che possano determinare la necessità di interventi di sostegno.
R. 18	Assistere la donna che allatta nell'identificare persone di sua fiducia, familiari o amici, che siano a conoscenza dei vantaggi dell'allattamento al seno e in grado di fornirle un supporto.
R. 19	E' necessario valutare le capacità dei genitori di identificare i bisogni del bambino, il suo desiderio di essere allattato e la sua soddisfazione.
R. 20	La dimissione deve rappresentare un momento di verifica sia rispetto all'esistenza di elementi che richiedano supporti specifici dei problemi identificati, sia all'appropriatezza dell'assistenza fornita.

R. 21	All'atto della dimissione deve essere offerto alle donne un sostegno specifico all'allattamento al seno e più in generale alle cure del neonato. Tale sostegno può includere sia i professionisti dei Servizi (ospedalieri o territoriali) che non professionisti con formazione specifica.
R. 22	All'atto della dimissione garantire la programmazione di un controllo pediatrico a breve termine.
R. 23	Evitare la distribuzione di campioni gratuiti di formula, di materiale che promuova l'allattamento con formula e di prescrizione del tipo di formula prima che si sia manifestata la reale necessità.

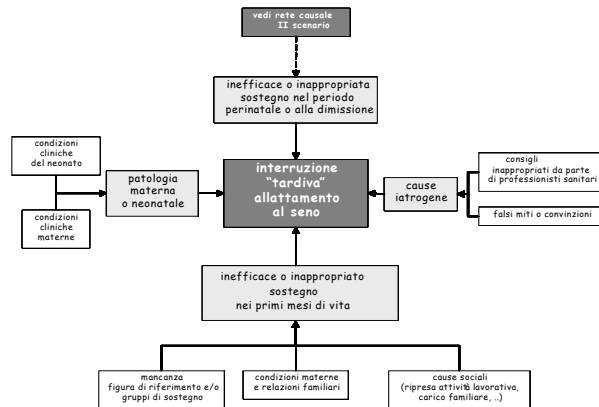
7. Scenario III. Interruzione tardiva

Questo scenario è specifico per le realtà in cui il tasso di allattamento al seno decade dopo il primo mese di vita del bambino. Il proseguimento dell'allattamento esclusivo fino ai 6 mesi di età del bambino permette uno sviluppo ottimale della crescita e va quindi incoraggiato. I fattori causali hanno naturalmente un peso diverso a seconda dell'epoca di interruzione. Si può ipotizzare che tanto più sarà avanzata l'epoca dell'interruzione, tanto minore sarà il peso di fattori causali associati al mancato sostegno in epoca perinatale e alla dimissione e tanto maggiore sarà il ruolo svolto da altri fattori più specifici di questo scenario.

7.1 La rete causale

L'analisi del mancato inizio di allattamento al seno permette l'elaborazione di una rete causale che evidenzia quali fattori causali:

- inefficace o inappropriato sostegno nel periodo perinatale e alla dimissione;
- patologia materna o neonatale;
- inefficace o inappropriato sostegno dopo il primo mese di vita;
- cause iatrogene.



Inefficace o inappropriato sostegno nel periodo perinatale e alla dimissione

Gli effetti di un inefficace o inappropriato sostegno nel periodo neonatale e/o alla dimissione possono trascinarsi nel tempo. Dai dati riportati nel secondo scenario (interruzione precoce dell'allattamento al seno) si evidenzia come una serie di fattori possono influenzare la durata dell'allattamento al seno. Sono:

- un significativo ritardo nell'inizio dell'allattamento;
- l'inappropriata supplementazione con liquidi o formule;
- il mancato contatto continuo tra madre e bambino (*rooming-in*);
- un mancato supporto alla posizione corretta.

Una volta che l'allattamento abbia raggiunto il periodo di stabilizzazione (attorno alle 4-6 settimane di vita) può essere opportuno verificare, con la madre, che ella abbia trovato un proprio modo di gestire l'equilibrio tra le conoscenze apprese e la prassi quotidiana. D'altra parte sarà utile valutare insieme a lei l'aggiornamento del suo *piano di allattamento*.

Patologia materna o neonatale

Le cause di interruzione dell'allattamento al seno riferibili ad una patologia materna e/o neonatale sono abbastanza diverse da quelle che potevano incidere sulla decisione di non allattare al seno o compromettere l'inizio dell'allattamento. Persiste l'importanza di rilevare segni o sintomi riferibili alla depressione materna. Emerge con maggior peso il problema dell'assunzione di farmaci e delle eventuali ripercussioni negative sull'allattamento o l'insorgenza di patologie materne non presenti prima o ancora la necessità di accertamenti diagnostici.

Per quanto riguarda la salute del neonato, oltre alle non corrette conoscenze delle reali controindicazioni, il tema centrale è come assicurare la continuazione dell'allattamento nel caso si verificano patologie acute che possono interferire con lo stesso.

Inefficace o inappropriato sostegno dopo il primo mese di vita

Un sostegno inadeguato o inappropriato alla madre (e conseguentemente al bambino) può interessare tre particolari aree:

- *la mancata identificazione di una figura di riferimento*: ovvero il rischio di sovrapposizione dei ruoli *versus* l'assenza di interventi. È importante che la madre possa scegliere una propria *figura di riferimento* rispetto alle tematiche dell'allattamento. Questa funzione di sostegno alla madre nell'allattamento può essere svolta in modo competente anche da consulenti volontari o da gruppi di sostegno, che abbiano ricevuto una formazione specifica e lavorino in rete con i professionisti sanitari che si prendono cura della ma-

dre o del bambino (pediatri di famiglia, medici generici, ostetriche, ginecologi);

- *la mancata identificazione delle esigenze materne o familiari che possono interferire con l'allattamento.* La stanchezza o la scarsa autonomia della madre possono pesare in modo rilevante sull'allattamento, anche in assenza di segni o sintomi riferibili alla depressione, così come all'opposto un forte desiderio di "indipendenza". E' necessario tenere conto che i primi mesi costituiscono un periodo di continuo adattamento tra madre e bambino (e tra loro e gli altri protagonisti);
- *le cause sociali, con particolare attenzione alle problematiche legate al carico familiare e al ritorno all'attività lavorativa.* Vi è la necessità di identificare quelle forme di sostegno che permettano di conciliare il ritorno al lavoro con il proseguimento dell'allattamento al seno e, in modo analogo, la possibilità di definire interventi specifici per quei casi in cui lo svantaggio (economico, sociale e/o culturale) possa costituire un significativo fattore negativo.

Cause iatrogene

Raccomandazioni e consigli non corretti o non coerenti da parte di diversi professionisti, nonché il passaggio di informazioni da parte di familiari e conoscenti, possono costituire un significativo fattore di confusione per la madre. La comprensione, da parte della madre e di chi le sta accanto, dell'importanza dell'allattamento al seno (esclusivo o completo) nei primi sei mesi di vita e della sua prosecuzione nei mesi successivi non può essere disgiunto dall'impegno del professionista ad aggiornare continuamente le proprie conoscenze e acquisire le competenze necessarie ad aiutare la madre nel (ri)formulare nel tempo il piano di allattamento e ad affrontare la contraddittorietà delle informazioni ricevute.

7.2 Agire sulla rete causale: le raccomandazioni

La definizione della rete causale evidenzia come i servizi territoriali (in particolare i consultori) siano i principali attori di questo scenario.

La presenza del pediatra di libera scelta costituisce una potenziale risorsa per il successo dell'allattamento al seno; tuttavia, per la complessità dei temi da affrontare, è necessario che la madre possa contare sul fatto che tale figura professionale si inserisca in una rete di professionisti e non professionisti (gruppi di mutuo aiuto, *counselors*...), in grado di garantire una risposta appropriata ed efficace.

7.2.1 Inefficace o inappropriato sostegno nel periodo perinatale e alla dimissione

Si rinvia ai dati forniti nello scenario II (cap. 6) per quanto riguarda i singoli fattori causali in cui è dimostrata una associazione con una minore durata dell'allattamento al seno:

- un significativo ritardo nell'inizio dell'allattamento;
- la mancata vicinanza della madre al bambino (24 ore su 24)
- l'inappropriata supplementazione con liquidi o formule;
- la mancata prevenzione e risoluzione dei problemi più comuni;
- un mancato supporto alla posizione corretta;
- la mancata identificazione di segni e sintomi di depressione materna.

7.2.2 Patologia materna e/o neonatale

A un mese di vita le difficoltà associate a patologie croniche della madre, a problemi inerenti morfologia del seno e dei capezzoli, a precedenti interventi chirurgici sul seno, così come le problematiche di allattamento legate a patologie neonatali, dovrebbero aver già determinato la definizione degli interventi specifici. Salvo particolari condizioni, le più frequenti patologie che possono determinare una interruzione tardiva dell'allattamento al seno sono patologie acute relative alla salute materna o di quella del bambino.

Patologia materna (pre-esistente o insorta in gravidanza o al parto)

Una delle principali cause di interruzione dell'allattamento al seno è rappresentata dalle false controindicazioni relative alla assunzione di farmaci. II-3, III

Sono relativamente pochi i farmaci che, limitatamente al periodo di assunzione, controindicano in modo assoluto l'allattamento al seno. Per la maggior parte dei farmaci deve essere stabilito il profilo di sicurezza; da questo punto di vista poco utili sono i foglietti illustrativi che accompagnano i prodotti, poiché la dizione *controindicato in corso di allattamento* ha frequentemente una motivazione cautelativa.

Come già affermato, la comparsa di nuovi farmaci e di nuove conoscenze relative al passaggio nel latte materno rende improponibile il fornire un elenco aggiornato di eventuali controindicazioni e precauzioni. Sembra più utile diffondere tra i professionisti che vengono a contatto con la madre alcune semplici raccomandazioni relative alle modalità di prescrizione dei farmaci nel corso

dell'allattamento.

A volte l'allattamento materno viene erroneamente ritenuto una controindicazione ad eseguire procedure diagnostiche (Rx, mammografia...), con la conseguenza che le procedure vengono rimandate o viene proposta la sospensione dell'allattamento.

Raccomandazione 1:

Fornire anticipatamente alla madre e ai professionisti chiare indicazioni, anche con materiale scritto, sulle modalità di consulenza cui si può avere accesso, nel caso di assunzione di farmaci o di cure odontoiatriche e sulle modalità per seguire procedure diagnostiche che possono interferire con l'allattamento. Prima di procedere a modifiche dell'allattamento al seno occorre valutare se non esiste altra possibilità ed eventualmente consultare un professionista esperto sull'allattamento.

Un aspetto particolare, per quanto riguarda l'assunzione di farmaci, è quello relativo alla contraccezione (cap. 5).

Gli studi su questo tema sono di modesta qualità e indicano che:

- i contraccettivi ormonali progestinici (pillola progestinica, progestinici iniettivi o in impianto), assunti dopo la sesta settimana dal parto, non modificano la produzione del latte. Non esistono studi che documentino il loro effetto nelle prime settimane dopo il parto. Le prescrizioni più precoci sono inutili in caso di allattamento esclusivo; II-3, III
- i contraccettivi contenenti estrogeni sono considerati di seconda scelta per le madri che allattano perché gli estrogeni riducono la produzione di latte e la durata dell'allattamento. Questo effetto può risultare meno accentuato utilizzando i preparati contenenti 30 µg di estrogeno o meno. Il significato clinico delle lievi modificazioni nella composizione del latte di madri che utilizzano contraccettivi combinati non è chiaro e ulteriori studi sono necessari per precisare se e quali sono gli effetti della contraccezione ormonale su qualità e quantità del latte materno; II-3, III
- le madri che allattano dovrebbero attendere il *sesto mese* di età del bambino prima di iniziare una contraccezione combinata, quando la dieta sarà costituita anche da cibi diversi dal latte materno (per esempio almeno due pasti). Una madre che allatta e sceglie un contraccettivo combinato prima del sesto mese dovrà sorvegliare la comparsa di segni di riduzione della produzione di latte. Gli estrogeni sono considerati compatibili con l'allattamento dall'*American Academy of Pediatrics*; II-3, III

- il dispositivo intrauterino (IUD) non interferisce in alcun modo con la lattazione e la salute del neonato e può essere applicato già un mese dopo il parto; I
- la contraccezione d'emergenza effettuata con progestinici o IUD non è controindicata. II-3, III

Patologia del neonato

Alcuni problemi potrebbero essere associati all'eventuale ricovero del bambino e ad un suo isolamento o trattamento intensivo (ad esempio: bronchiolite, convulsioni, sepsi...).

7.2.3 Inefficace o inappropriato sostegno nei primi mesi di vita

- Gli interventi postnatali associati ad un contatto in epoca prenatale non comportano benefici superiori rispetto al solo intervento postnatale. II-2, II-3
- La mancanza di indicazioni precise e coerenti su come risolvere i problemi contribuisce all'abbandono dell'allattamento materno. II-3

Il sostegno alla madre può aiutarla, nei mesi successivi alla nascita, a modificare il proprio *piano di allattamento*, man mano che la donna vive la propria specifica esperienza.

Una volta che l'allattamento sia stabilizzato (intorno alle 4-6 settimane di vita del bambino) è importante verificare con la madre quanto le informazioni apprese nel periodo neonatale e al momento della dimissione siano state applicate nell'esperienza concreta dell'allattamento.

La capacità da parte della madre di percepire la soddisfazione del bambino, di valutare l'efficacia dell'allattamento possono prevenire una precoce interruzione dello stesso. I, II-1, III

Alcuni aspetti legati allo stile di vita della madre possono concorrere alla sua decisione di sospendere l'allattamento o iniziare precocemente l'uso di alimenti complementari: il desiderio di riprendere la pratica sportiva o di intraprendere una dieta ipocalorica.

- E' utile informare che la pratica sportiva è compatibile con l'allattamento. II-3
- Una modesta restrizione calorica nelle donne in sovrappeso non riduce la produzione di latte e l'accrescimento dei bambini se le calorie giornaliere sono almeno 1500 e la dieta inizia ad allattamento stabilizzato. I

Raccomandazione 2:

Assistere la madre a definire il proprio *piano di allattamento* nel tempo valutando la possibilità di modificare lo stesso sulla base dell'esperienza condotta e dei problemi da affrontare.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
AWHONN

- Assistere la donna nell'identificare i propri obiettivi rispetto all'allattamento al seno e a definire un proprio "piano" di allattamento (II-3).
- ILCA
- Stabilire le aspettative realistiche della donna rispetto ai miti e alle conoscenze errate (I,II-1,III).

Come già affermato precedentemente, l'identificazione della necessità di un sostegno alle competenze materne all'epoca della dimissione non può affatto esaurire questa problematica. Vi saranno alcune situazioni per le quali questa attività di sostegno si esaurisce, mentre in altri casi in cui si ipotizzavano sufficienti risorse da parte della madre e della famiglia si evidenzierà la necessità di un sostegno. Questa valutazione *dinamica* necessita di un'attenzione costante nel tempo, una capacità da parte dei professionisti di raccogliere i segnali del cambiamento, in qualunque direzione esso avvenga.

Gli interventi di sostegno all'allattamento dimostratisi maggiormente efficaci sono i contatti individuali o in piccoli gruppi, condotti da professionisti o da pari, mentre risultano meno efficaci i colloqui telefonici, anche se ripetuti. I benefici di questo tipo di intervento si sono rivelati notevoli, in particolare per la durata dell'allattamento al seno esclusivo.

Raccomandazione 3:

I servizi debbono fornire interventi di sostegno all'allattamento al seno, con particolare attenzione a garantirli quando si manifestano delle difficoltà e se si riscontrano fattori di vulnerabilità.

Mancanza della figura di riferimento

La complessità e diversità della rete assistenziale nelle diverse realtà territoriali rende impossibile definire un modello di integrazione tra le diverse figure professionali. I problemi frequentemente originano da due situazioni limite: l'una caratterizzata da assenza di interventi (riguarda per lo più le fasce di po-

polazione con svantaggio socio-economico e culturale), l'altra da un sovrapporsi non coordinato di interventi.

La complessità dei temi da affrontare (indicazioni cliniche, rilevazione della soggettività materna, valutazione delle competenze genitoriali, appropriatezza e tempestività degli interventi di sostegno) rende di fatto improponibile ipotizzare che una sola figura professionale possa garantire una risposta adeguata. Ciò nonostante, per evitare l'abbandono o, viceversa, la confusione derivante dalla ridondanza di interventi, è utile per la madre identificare una figura di riferimento. Tale figura sarà probabilmente, nella maggior parte dei casi, identificata dalla madre nel pediatra di famiglia, ma potrebbe appartenere ad un'altra categoria professionale o essere individuata nel settore dei gruppi di mutuo aiuto.

E' interessante notare che, mentre l'aiuto da parte di professionisti sanitari agisce in maniera significativa sulla durata di tutte le categorie di allattamento, il sostegno non professionale risulterebbe efficace solo sull'aumento di durata dell'allattamento esclusivo, rinforzando la motivazione delle donne che hanno già deciso di allattare.

Raccomandazione 4:

E' opportuno che la madre individui una figura di riferimento (professionista e non) per quanto riguarda l'allattamento; lo stesso dovrebbe farsi carico dell'integrazione degli eventuali interventi messi in atto da altri (professionisti e non).

Al momento attuale, i professionisti raramente hanno beneficiato di una adeguata formazione che permetta di assicurare un sostegno postnatale efficace e possono avere la necessità di demandare l'azione di sostegno a soggetti con specifiche competenze sull'allattamento al seno (consulenti IBCLC, *counselor* ...).

Raccomandazione 5:

Garantire ai professionisti che abitualmente assistono la donna e il bambino la possibilità di accedere alla consulenza di soggetti con specifica formazione ed esperienza nel sostegno all'allattamento al seno.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
AWHONN

- Garantire un supporto professionale da parte di *esperti* dell'allattamento e professionisti della salute con conoscenze specifiche, per tutto il primo anno di vita, sia in ambito ospedaliero che territoriale (II-2, III).
- Ogniqualevolta disponibili, utilizzare i servizi di consulenza sull'allattamento sia per le donne che allattano (sia ricoverate che a domicilio) che per i professionisti coinvolti

nell'assistenza (II-2, III)

E' necessario censire e rendere disponibili per tutti gli attori della rete le risorse e i servizi attivi per il sostegno all'allattamento ed esplicitare l'offerta in ciascun punto della rete, evitando che la madre debba cercare informazioni da sola. Per quanto riguarda le diverse forme di sostegno (gruppi di mutuo aiuto, visite domiciliari...) si rimanda alle griglie di implementazione.

Raccomandazione 6:

Informare la madre sulle diverse possibilità di sostegno esistenti presso le strutture pubbliche e nell'ambito della comunità.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
AWHONN

- Garantire una continuità dell'informazione relativa alle possibilità di supporto all'allattamento:
 - gruppi di mutuo-aiuto con abilità di counselling attraverso programmi di comunità o visite domiciliari;
 - risorse della comunità quali la *Lactation League* o gruppi di supporto presenti in ospedale (I, III).

Condizioni materne e relazioni familiari

La depressione materna fino a pochi anni or sono era definita come depressione post-partum; una revisione sistematica degli studi ha invece rilevato che la sua prevalenza è sostanzialmente costante fuori della gravidanza, in gravidanza e nel corso del post-partum. La storia naturale della depressione è tale che una donna depressa nel corso della gravidanza può migliorare la propria condizione nel periodo post-partum e viceversa. Ne deriva una scarsa efficacia dello screening, in un determinato periodo, e la necessità conseguente di una attenzione costante alla rilevazione di sintomi depressivi. II-2, II-3

Tra i fattori di rischio di maggiore rilevanza si rilevano: storia pregressa di psicopatologia (specie in gravidanza), basso supporto sociale, cattiva relazione con il partner ed eventi negativi di vita; si rileva una debole associazione con complicanze ostetriche, storia di abuso, basso reddito familiare e basso livello occupazionale minore rilevanza assumono fattori di rischio quali: gravidanza non desiderata, disoccupazione materna, bassa qualità supporto sociale, avere due o più figli. I fattori di rischio individuati come principali sono gli stessi rilevati nella depressione in periodi diversi dalla gravidanza e post-partum. II-2, II-3

Ben noti sono gli effetti negativi che la depressione può avere, più in generale, sull'attaccamento madre-bambino, sullo sviluppo cognitivo ed emozionale di quest'ultimo e, nello specifico, sull'inizio e successo dell'allattamento al seno. II-2, II-3

Raccomandazione 7:

Devono essere attuate procedure in grado di assicurare a tutte le donne una valutazione di una eventuale storia di depressione nei primi mesi di vita del bambino.

La stanchezza e l'alterato ritmo del sonno possono, nelle settimane successive, comportare un importante fattore di disagio per la madre, con conseguenti ripercussioni sul suo rapporto con il bambino.

E' opportuno informare la donna, e i suoi familiari, sull'importanza di un adeguato riposo, e stabilire insieme quali misure possano realisticamente essere attuate per garantire lo stesso. II-3

Cause sociali

La possibilità di conciliare lavoro e allattamento rappresenta un fattore importante nella decisione delle madri di proseguire o meno ad allattare. III

Tra le cause associate all'interruzione dell'allattamento al seno, nei primi mesi di vita, vi è il ritorno della donna all'attività lavorativa. II-3

Un congedo di maternità più lungo e un minor numero delle ore lavorative settimanali è significativamente collegato a una durata più lunga dell'allattamento. II-3

Raccomandazione 8:

La garanzia di un corretto e pieno utilizzo dei congedi di maternità per le madri lavoratrici, insieme alla possibilità di ridurre il proprio orario di lavoro, rende più facile per le donne la scelta di allattare.

E' utile che i professionisti conoscano le difficoltà provate dalle donne che cercano di conciliare lavoro ed allattamento, per poterle prevedere e rendere il piano d'allattamento più realistico. Le donne che allattano e tornano al lavoro descrivono la difficoltà di trovare il tempo per la spremitura manuale, il verificarsi

di ingorghi mammari e scolo di latte, il timore di non aver latte a sufficienza, la mancanza di tempo per sé, il dubbio di saper affrontare i ruoli multipli in famiglia e sul lavoro, la pressione dell'ambiente circostante favorevole allo svezzamento e la difficoltà di fare accettare il biberon al bambino.

La donne devono essere informate che la possibilità di conciliare lavoro e allattamento comporta modifiche delle modalità pratiche di conduzione dell'allattamento: poppate mattina e sera, spremitura del latte durante le ore di separazione con conservazione del latte e allattamento a richiesta nel fine settimana o nei momenti di ferie.

E' opportuno fornire informazioni alle donne che devono tornare al lavoro sui seguenti temi:

- raccolta e conservazione del latte materno;
- metodi per favorire il rilassamento e ridurre lo stress in modo da mantenere la lattazione;
- benefici nutrizionali e relazionali derivanti da un allattamento al seno anche parziale per il primo anno di vita.

La promozione dell'allattamento al seno richiede inoltre:

- la definizione di protocolli d'intesa con i responsabili della gestione dei nidi relativi alle modalità di accesso delle madri che allattano e alla somministrazione del latte materno conservato da parte delle educatrici;
- l'informazione ai datori di lavoro sui vantaggi economici derivanti da misure che favoriscono la continuazione dell'allattamento al seno;
- l'individuazione di misure di supporto alle madri che allattano sui luoghi di lavoro (spazi dedicati all'allattamento, flessibilità oraria...).

Raccomandazione 9:

Valutare insieme alla donna le sue conoscenze sulle possibilità di continuare l'allattamento al seno allorché ella decida di riprendere l'attività lavorativa e assisterla nel definire uno specifico *piano di allattamento* sulla base delle reali possibilità (compresa la verifica dell'ambiente lavorativo).

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
AWHONN

- Valutare le conoscenze dei genitori relative ai benefici (per la madre e il bambino) di proseguire l'allattamento al seno e di come tale prosecuzione possa aiutare entrambi alla transizione determinata dal ritorno al lavoro o a scuola (II-3).
- Valutare le intenzioni della donna rispetto alla durata dell'allattamento e le sue conoscenze sulle strategie che possono facilitare la continuazione dell'allattamento materno allorché si verifichi il ritorno al lavoro o a scuola (II-3, III).
- Verificare se l'ambiente lavorativo o scolastico sia in grado di supportare la decisione della madre di continuare l'allattamento (III).

Un secondo tema che necessita un'attenta valutazione è quello relativo al carico familiare, in quanto il mancato sostegno alla donna con una situazione difficile può comportare uno stato fisico ed emotivo che può facilitare l'interruzione dell'allattamento. II-3, III

Il supporto da parte di familiari o altre persone di fiducia aumenta la durata dell'allattamento al seno. II-1, II-3, III

Raccomandazione 10:

Assistere la donna che allatta nell'identificare persone di sua fiducia, familiari o amici, che siano a conoscenza dei vantaggi dell'allattamento al seno e in grado di fornirle un supporto.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
ILCA

- E' raccomandato di estendere l'attività educativa ai familiari o altre persone di fiducia (II-1, II-3, III).

AWHONN

- Assistere la donna che allatta nell'identificare persone di sua fiducia, familiari o amici, che siano a conoscenza dei vantaggi dell'allattamento al seno e in grado di fornirle un supporto (III).
- Valutare la capacità della donna di identificare persone di riferimento che siano disponibili ad offrire un supporto alla sua decisione di allattare (III).

7.2.4 Cause iatrogene

Un'informazione, fornita dai professionisti sanitari, inaccurata o inconsistente può contribuire alla confusione materna e ad una precoce interruzione dell'allattamento al seno. I, III

I maggiori problemi determinanti un'interruzione inappropriata dell'allattamento al seno sono già stati analizzati in questo manuale: ingorgo mammario, dolore al capezzolo e ragadi, percezione di ipogalattia e assunzione di farmaci.

Anche le fisiologiche variazioni della velocità di crescita e l'aumento transitorio di richieste di poppate del bambino possono indurre a prescrivere o consigliare supplementazioni improprie.

Tra le cause iatrogene vanno segnalate le improprie supplementazioni di latte formulato, l'introduzione ingiustificata di frutta, camomilla e tisane, l'inizio prima del sesto mese dei cibi solidi.

Può accadere che su tali temi si verifichi una inappropriata indicazione, tale da comportare l'interruzione dell'allattamento al seno. E' necessario che la figura di riferimento raccolga dalla madre stessa le eventuali indicazioni ricevute da altri e ridiscuta insieme a lei la possibilità e le modalità per continuare l'allattamento al seno senza colpevolizzare, di volta in volta, il singolo professionista.

Raccomandazione 11:

E' necessario raccogliere le conoscenze della madre sulla prevenzione e trattamento dei più frequenti problemi che possono comportare un'interruzione dell'allattamento e fornire le necessarie informazioni per affrontarli.

Non esiste una definizione precisa dell'insufficiente produzione di latte; si possono distinguere tre situazioni:

- *impossibilità materna a produrre latte a sufficienza*

L'incapacità a produrre latte si osserva in meno del 10% dei casi, in studi osservazionali, per cause primitive o acquisite. II-2, II-3

Aver subito un trattamento chirurgico mammario rappresenta un fattore di rischio importante per ipogalattia, soprattutto se è presente un'incisione periareolare. II-3

- *insufficiente produzione latte secondaria e transitoria*

Nella maggior parte dei casi di bassa produzione si tratta di situazioni transitorie, in cui il problema può essere corretto rapidamente con consigli appropriati all'ottimizzazione della tecnica di allattamento associati ad incoraggiamento e sostegno, finalizzati a restaurare la fiducia della madre nella propria capacità di soddisfare i bisogni del bambino.

- *la percezione materna di insufficiente apporto di latte*

La percezione materna di insufficiente produzione di latte è spesso legata ad attese non realistiche sul numero di poppate giornaliere e sulla durata del sonno del bambino. Inoltre spesso la madre ed il suo ambiente familiare interpretano il bisogno di succhiare o crisi di pianto ripetute come insufficiente produzione di latte.

Le madri che allattano devono essere avvertite della possibilità che si verifichino periodi difficili, in cui avranno l'impressione di non aver latte a sufficienza e dubiteranno della propria capacità di soddisfare le richieste del bam-

bino. In particolare, sarà possibile che sperimentino periodi in cui avranno la sensazione di mammelle vuote e uno scarso riflesso d'emissione, mentre il bambino che fino ad allora aveva avuto una crescita soddisfacente sembrerà affamato e inconsolabile.

Questi periodi transitori sono stati definiti *crisi di accrescimento* durano meno di 4 giorni nel 60% dei casi e si risolvono in genere proponendo il seno più spesso. II-3

Non sempre la donna che allatta è a conoscenza dei vantaggi che comporta la prosecuzione dell'allattamento al seno nel primo anno di vita.

Raccomandazione 12:

Discutere con la donna che allatta e con chi le sta vicino gli importanti benefici derivanti dalla continuazione dell'allattamento al seno nel primo anno di vita.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono: AWHONN

- Discutere con la donna che allatta e con chi le sta vicino, gli importanti benefici derivanti dalla continuazione dell'allattamento al seno nel primo anno di vita (II-3, III).
- Fornire informazioni ai genitori sul ruolo che la prosecuzione dell'allattamento svolge nella prevenzione delle malattie (III).
- Discutere con la donna che allatta, e con chi le sta vicino, i normali cambiamenti comportamentali che caratterizzano lo sviluppo del bambino nel primo anno di vita, con particolare attenzione agli "scatti" di crescita (solitamente a 2 e 6 settimane e 3 mesi di vita) e alla curiosità ed esplorazione dell'ambiente (III).

L'introduzione precoce di alimenti (prima del sesto mese) non è necessaria in quanto non è supportata da alcuna prova di efficacia rispetto ad esiti a breve e lungo termine.

Come già affermato precedentemente, la distribuzione di prodotti per l'alimentazione riduce la durata dell'allattamento al seno. I, II-2

Tale distribuzione non riguarda solo il momento della dimissione, ma anche i mesi successivi in cui la distribuzione dei prodotti o l'indicazione generica al loro utilizzo può favorire, in momenti di difficoltà, una autoprescrizione da parte della madre *versus* il discutere eventuali cambiamenti con la figura di riferimento.

L'uso di complementi riduce la frequenza delle poppate e rende meno efficace lo svuotamento del seno, interferendo così con il sistema *domanda e offer-*

ta che regola la produzione di latte. La stasi lattea che può derivarne può favorire la mastite e l'ipogalattia.

Una particolare attenzione deve essere rivolta agli alimenti per l'infanzia che portano la dicitura *a partire dal 4^o mese* in quanto tale dizione favorisce l'autoprescrizione da parte della madre.

Raccomandazione 13:

Evitare la distribuzione di campioni gratuiti di formula e cibi complementari o di materiale che promuova l'allattamento con formula o lo svezzamento precoce. Fornire informazioni esplicite alla madre relative alla pubblicità ingannevole.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:

ILCA

- Evitare la distribuzione di prodotti per l'alimentazione, che è dimostrato riducono la durata dell'allattamento (I, II-2).

AWHONN

- Evitare la distribuzione di campioni di formula o l'indicazione di prodotti se la madre non lo richiede (I, II-2, III).

ANAES

- E' sconsigliata la distribuzione di campioni gratuiti di formula o di materiale che promuova l'allattamento con biberon; tale pratica ha un impatto negativo sull'allattamento esclusivo (II-2).

7.3 Scenario III: tavola sinottica delle raccomandazioni

R. 1	Fornire anticipatamente alla madre e ai professionisti chiare indicazioni, anche con materiale scritto, sulle modalità di consulenza cui si può avere accesso, nel caso di assunzione di farmaci o di cure odontoiatriche e sulle modalità per seguire procedure diagnostiche che possono interferire con l'allattamento. Prima di procedere a modifiche dell'allattamento al seno occorre valutare se non esiste altra possibilità ed eventualmente consultare un professionista esperto sull'allattamento.
R. 2	Assistere la madre a definire il proprio <i>piano di allattamento</i> nel tempo valutando la possibilità di modificare lo stesso sulla base dell'esperienza condotta e dei problemi da affrontare
R. 3	I servizi debbono fornire interventi di sostegno all'allattamento al seno, con particolare attenzione a garantirli quando si manifestano delle difficoltà e se si riscontrano fattori di vulnerabilità.
R. 4	E' opportuno che la madre individui una figura di riferimento (professionista o non) per quanto riguarda l'allattamento. Tale operatore dovrebbe farsi carico dell'integrazione degli eventuali interventi messi in atto da altri (professionisti e non).
R. 5	Garantire un supporto ai professionisti da parte di soggetti con specifica formazione ed esperienza nel sostegno all'allattamento al seno.
R. 6	Informare la madre sulle diverse possibilità di sostegno esistenti presso le strutture pubbliche e nell'ambito della comunità.
R. 7	Devono essere attuate procedure in grado di assicurare a tutte le donne una valutazione di una eventuale storia di depressione nei primi mesi di vita del bambino.
R. 8	Una politica di congedi di maternità garantiti a tutte le lavoratrici madri, insieme alla possibilità di ridurre il proprio orario di lavoro rende più facile per le donne la scelta di allattare.
R. 9	Valutare insieme alla donna le sue conoscenze sulle possibilità di continuare l'allattamento al seno allorché ella decida di riprendere l'attività lavorativa e assisterla nel definire uno specifico <i>piano di allattamento</i> sulla base delle reali possibilità (compresa la verifica dell'ambiente lavorativo).

R. 10	Assistere la donna che allatta nell'identificare persone di sua fiducia, familiari o amici, che siano a conoscenza dei vantaggi dell'allattamento al seno e in grado di fornirle un supporto.
R. 11	E' necessario raccogliere le conoscenze della madre sulla prevenzione e trattamento dei più frequenti problemi che possono comportare un'interruzione dell'allattamento e fornire le necessarie informazioni per affrontarli.
R. 12	Discutere con la donna che allatta e con chi le sta vicino gli importanti benefici derivanti dalla continuazione dell'allattamento al seno nel primo anno di vita.
R. 13	Evitare la distribuzione di campioni gratuiti di formula e cibi complementari o di materiale che promuova l'allattamento con formula o lo interrompa precoce. Fornire informazioni esplicite alla madre relative alla pubblicità ingannevole.