

MeB – Pagine Elettroniche

Volume III

Aprile 2000

numero 4

CONTRIBUTI ORIGINALI - RICERCA

Frequenza e Durata dell'Allattamento al Seno nella Provincia di Benevento, 1999

Paolo D'Argenio¹, Ersilia Palombi², Elisabetta Versino⁴, Maria Pia Aversano³, Rosa Bassi³, Anna Di Fiore³, Michela Ferri³, Nicolina Glielmo³, Iglio Giovanni³, Clementina Petroccia³, Lea Sacco³, Sara Sasso³, Giuseppe Salamina⁵

¹Servizio Epidemiologia e Prevenzione ASL Benevento; ²Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione ASL Benevento; ³Unità Operative Materno Infantili Distretti Sanitari ASL Benevento;

⁴Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università di Torino; ⁵Osservatorio Epidemiologico per le Dipendenze, ASL5 Regione Piemonte

La sorveglianza nutrizionale in età neonatale è parte del programma di promozione dell'allattamento al seno della ASL di Benevento, coordinato nella ASL da due di noi: A.D.F. ed E.P. Il programma di promozione dell'allattamento al seno è sostenuto dall'Università Federico II di Napoli, con la guida del Dr. Alfredo Pisacane che intendiamo ringraziare per i suggerimenti e l'aiuto concreto. L'analisi statistica multivariata e quella di sopravvivenza sono state messe a punto da E.V. e G.S.

INTRODUZIONE

L'allattamento al seno ha mostrato effetti protettivi contro il rischio di contrarre infezioni intestinali alle differenti latitudini geografiche e sociali (1, 2, 3). Anche l'incidenza di otite media (3, 4), quella di infezioni delle vie aeree (5, 6), e delle vie urinarie (7), sono minori tra gli allattati al seno rispetto ai bambini nutriti con latte artificiale. Questi ultimi hanno un aumentato rischio di disturbi atopici (8).

Esistono poi indizi di altri vantaggi dell'allattamento al seno, dall'associazione con migliori punteggi dei test di quoziente intellettivo (9), successivamente non verificata (10), o l'effetto protettivo rispetto alla SIDS (11, 12), la minor incidenza di linfoma (13), diabete (14), malattie intestinali croniche (15), su cui vi è ampio dibattito, visto che i risultati della ricerca sono contrastanti, a causa delle diverse metodologie e dei diversi contesti in cui gli studi sono stati attuati (16).

Nonostante i risultati della ricerca siano in parte contrastanti, c'è tuttavia un generale accordo sul fatto che ciò che si sa è sufficiente a considerare l'allattamento al seno la modalità normale di alimentazione del neonato, in quanto la composizione del latte materno è più adeguata alle esigenze della specie umana (17).

Tenendo conto della validità per la salute del bambino e della madre di questa alimentazione, tra gli obiettivi del programma "Salute per tutti entro l'anno 2000", l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha posto quello di avere almeno il 75% dei nuovi nati attaccati al seno e almeno il 50% che conservi tale alimentazione fino a sei mesi (18).

Nel 1996, nella provincia di Benevento, 15% dei nati non veniva attaccato al seno, uno su 4 non era più allattato al seno a 60 giorni e uno su due non era più allattato al seno a 90 giorni di vita (19). Da allora, sono state svolte attività di promozione dell'allattamento al seno nei luoghi parto. A distanza di tre anni, l'indagine è stata ripetuta per descrivere l'attuale frequenza e durata dell'allattamento al seno.

MATERIALI E METODI

Per stimare la frequenza e la durata dell'allattamento al seno dei nati da madri residenti nella provincia di Benevento, sono state intervistate le donne che accompagnavano i propri bambini per la seconda dose del ciclo vaccinale.

La provincia di Benevento ha circa 300.000 abitanti (20) e, virtualmente, tutti i nati vengono sottoposti alle vaccinazioni d'obbligo (21).

L'allattamento al seno è stato definito pieno quando era esclusivo o con aggiunta di solo acqua, tè o altri liquidi, misto quando era aggiunto anche latte in formula. La precedente esperienza significativa di allattamento al seno è stata definita come l'allattamento pieno per almeno 15 giorni di almeno uno dei figli precedenti.

L'interruzione dell'allattamento al seno pieno è stata definita precoce, quando l'introduzione di latte artificiale è avvenuta prima delle 12 settimane, mentre l'interruzione dell'allattamento al seno (pieno o misto) è stata definita precoce quando è avvenuta prima delle 16 settimane.

Sono state intervistate tutte le madri dei bambini che venivano sottoposti alla seconda dose del ciclo vaccinale nel periodo Aprile - Giugno 1999.

E' stato utilizzato un questionario che rileva l'attaccamento al seno, l'età di introduzione di eventuali aggiunte di latte artificiale, l'età dell'eventuale sospensione dell'allattamento al seno.

Inoltre sono state rilevate informazioni su alcune variabili esplicative quali, età e grado di istruzione della madre, luogo e tipo di parto, peso alla nascita e ordine di nascita, precedenti esperienze di allattamento, abitudine al fumo della madre.

Sono state, infine, raccolte informazioni sulle motivazioni adottate dalle madri per il mancato avvio dell'allattamento o per l'interruzione.

METODI STATISTICI

Per la durata dell'allattamento, sono state stimate le probabilità, ed i relativi intervalli di confidenza al 95%, che un bambino possa essere alimentato al seno (con allattamento pieno e misto), per settimana di vita, usando il metodo delle life tables (22).

L'effetto di alcune caratteristiche materne e del neonato sul rischio di non allattamento è stato valutato mediante il metodo della regressione logistica, stimando gli odds ratio ed i relativi limiti di confidenza al 95% (23). A causa della bassa numerosità della coorte e della presenza di informazioni mancanti circa le variabili 'ordine di nascita' e 'precedente' esperienza di nutrice, è stato necessario utilizzare tre modelli diversi, in ognuno dei quali sono stati eliminati i soggetti per cui anche una sola delle variabili indipendenti fosse missing. Nei tre modelli, la variabile indipendente era il non allattamento, e le variabili indipendenti sono state:

Modello 1: tipo di parto, peso alla nascita, abitudine materna al fumo, istruzione materna, età materna, consigli in Ospedale;

Modello 2. Come il modello 1 più la precedente esperienza di nutrice;

Modello 3. Come il modello 1 più l'ordine di nascita.

I rischi relativi di interruzione precoce di allattamento misto e al seno pieno sono stati stimati mediante modello di regressione di Cox. (24). Anche in questo caso è stato necessario utilizzare i tre modelli di cui sopra, utilizzando però come variabili dipendenti l'interruzione di allattamento a seno pieno

e misto. Quando l'IC95% comprendeva l'unità il dato veniva considerato non statisticamente significativo.

RISULTATI

Nessuna madre ha rifiutato di rispondere. I bambini per cui sono state raccolte informazioni sono stati 431 che, all'epoca dell'intervista, avevano in media 21 settimane di età (minimo 12 - massimo 40). Tuttavia, 11 record sono stati eliminati dallo studio perché le informazioni erano omesse o chiaramente errate, sicché il campione effettivo è ridotto a 420 bambini.

Tra costoro, 47 non sono mai stati attaccati al seno, dunque la probabilità di essere attaccati al seno è risultata pari all'89% (IC= 85-92). Nel 1996 la probabilità fu pari all'85% (IC= 82-89).

Il rischio maggiore di non essere attaccati (Tab. 1) era per i nati da madre senza precedenti esperienze (OR=4.4, dato significativo) e i nati di basso peso alla nascita (OR=3,1, dato significativo), entrambe condizioni relativamente poco frequenti. Ad altri fattori più comuni, come l'abitudine al fumo della madre (OR=1,9 dato al limite della significatività) e il parto cesareo (OR=1,6, dato non significativo), era anche connesso un rischio di mancato attaccamento. Inoltre non aver ricevuto consigli sull'allattamento in Ospedale espone ad un rischio circa doppio di non attaccamento al seno (dato al limite della significatività). Non apparivano invece associate al mancato attaccamento la scarsa istruzione, l'età materna avanzata e l'ordine di nascita.

Mancato

	N.	Frequenza	Odds Ratio	IC 95%
Totale	415	47 (11,3%)	—	—
Tipo di parto				
Vaginale	250	20 (8%)	1	—
Cesareo	165	27 (16%)	1,6	0,9-3,3
Peso alla Nascita				
≥2500	391	39 (10%)	1	—
LBW	24	8 (33%)	3,1	1,2-8,1
Abitudine al Fumo della Madre				
Non fumatrice	336	31 (9%)	1	—
Fumatrice	79	16 (20%)	1,9	1,0-3,9
Istruzione della Madre				
Laurea o Superiore	222	22 (10%)	—	—
Media o Elementare	193	25 (13%)	1,3	0,7-2,1
Ordine di Nascita*				
Secondo e oltre	220	29 (13%)	1	—
Primo figlio	157	17 (11%)	0,9	0,4-1,7
Precedente esperienza di Nutrice§				
Madre che ha allattato altri figli	195	17 (9%)	1	—
Madre che non ha allattato altri figli	39	13 (33%)	4,4	1,8-12,1
Età Materna				
<25 anni	62	4 (7%)	1	—
≥25 anni	353	43 (12%)	1,7	0,6-5,1
Consigli in Ospedale				
Sì	297	27 (9%)	1	—
No	118	20 (17%)	1,9	1,0-3,7
				*stimato

§stimato con modello 3, contenente le variabili di modello 1 più l'allattamento di figlio precedente (N=234)

Modello 1=istruzione materna, età materna, madre fumatrice, peso alla nascita, tipo di parto (N=377)

Tra i 373 bambini che sono stati attaccati al seno (Fig. 1), la probabilità di essere allattati esclusivamente dalla madre diminuiva in maniera lineare del 2,3% per ogni settimana di vita, passando dal 75% a 8 settimane, al 50% a 17-18 settimane,

fino al 34% a 26 settimane (6 mesi).

La probabilità di essere allattato al seno sia in modo esclusivo che misto (Fig. 1), diminuiva del 1,3% a settimana, scendendo al 75% a 17 settimane fino al 65% a 6 mesi. Mentre nel 1999, all'età di 60 giorni, gli allattati al seno erano l'87% (IC= 83-90), nel 1996 furono il 74% (IC= 70-78).

Il rischio di interruzione precoce dell'allattamento pieno (Tab. 2) era presente tra i basso peso (RR=2,7, dato significativo), tra i figli di pluripare (RR=2,2, dato significativo) senza precedente esperienza di nutrice, e tra i figli di madre fumatrice (RR=1,5 dato significativo).

Nella tabella 3 sono riportati i rischi relativi di interruzione precoce dell'allattamento al seno: il rischio era maggiore tra i figli di madri fumatrici (RR=1,5 dato significativo) e di pluripare (RR=2,3 dato significativo) senza precedenti esperienze. A parte questa, le altre differenze osservate erano di poco conto e statisticamente non significative.

Il motivo principale addotto per spiegare il mancato avvio dell'allattamento o la sua interruzione (Tab. 4) è stato la scarsità del latte.

Per il mancato inizio, il secondo motivo con maggior frequenza riferito dalle madri, è stato che il neonato era pigro o comunque non si era voluto attaccare e la malattia del bambino o della madre è stata il terzo motivo di mancato attaccamento. Invece per l'interruzione precoce gli altri motivi erano che il bambino cresceva poco o era insoddisfatto.

DISCUSSIONE

Considerate le età dei bambini al momento della vaccinazione, e quindi della rilevazione, conosciamo bene per tutti il tipo di alimentazione seguito fino alle 16 settimane, ed abbiamo stime affidabili fino alle 22 settimane di vita. Dopo questa età la dimensione campionaria si è troppo ridotta e, di conseguenza, le stime sono meno stabili.

Nella nostra provincia la probabilità di essere attaccato al seno è pari all'89%, quella di essere allattati al seno senza aggiunte di latte artificiale, al compimento del 3° mese, è superiore al 50% e quella di ricevere latte materno al 6° mese di vita, con o senza integrazione con latte in polvere, è superiore al 50%.

Queste stime sono migliori di quelle ottenute nella stessa ASL, durante il 1996, anche se alcune differenze, come quella tra le percentuali di attaccati al seno, potrebbero essere attribuite alla variabilità casuale. C'è da dire, d'altra parte, che la dimensione del campione era ridotta, sicché alcune differenze, possono essere risultate non significative, per problemi di potenza statistica.

Gli studi effettuati in Italia nell'ultimo decennio sono solo grossolanamente confrontabili in quanto le metodologie adottate erano diverse. Per i nati in 7 regioni nel 1993 il 24% non era stato allattato al seno e, tra gli allattati, il 42% lo era stato per meno di tre mesi (25); nell'ambito del progetto Pertosse (26) l'allattamento al seno non era stato iniziato dal 21% dei bambini reclutati, ed a 60 giorni il 48% non era allattato al seno in modo esclusivo (27), frequenze e durate inferiori sono

state stimate per i nati nel 1993 a Messina e Reggio Calabria (28, 29). Infine, in uno studio effettuato in Emilia (30), con una metodologia simile alla nostra, la prevalenza di allattati al seno tra 60 e 90 giorni era del 66% (esclusivo 48%), tra 120 e 150 giorni 52% (esclusivo 27%).

Rispetto a tutte queste stime la frequenza e la durata dell'allattamento al seno nella provincia di Benevento sono migliori. Ciononostante, la probabilità di essere nutriti solo con latte materno si riduce troppo rapidamente, dimezzandosi a 16 settimane, invece che al sesto mese come raccomanda l'OMS. Sicché è necessario promuovere di più e meglio tale pratica nella nostra area.

Le informazioni assunte con il nostro studio consentono di individuare a quali madri vanno indirizzati gli sforzi per favorire l'allattamento al seno:

- innanzitutto le primipare, in quanto, come è stato già riportato (31), se il primo figlio non è allattato al seno, il rischio di non essere allattato, per i figli successivi sarà molto elevato;
- in secondo luogo andrebbero intensificati gli sforzi per attaccare al seno i nati da parto cesareo che hanno uno svantaggio in questa fase, anche se poi hanno la stessa probabilità di continuare l'allattamento, una volta avviato;
- un'attenzione mirata andrebbe rivolta alle madri fumatrici che hanno un rischio di non attaccare il loro bambino e di interruzione precoce. Si tratta di una sottopopolazione di madri abbastanza consistente: il 19% delle madri;
- un piccolo gruppo che è a grande rischio di non essere attaccato, né allattato al seno è costituito dai nati con basso peso alla nascita. Per le loro madri sarà necessario il sostegno in ospedale e fuori.

A parere delle madri intervistate tre sono gli ostacoli principali all'allattamento e in questi casi è necessario che esse possano ricevere un aiuto esperto.

La preoccupazione che il latte è poco o di scarsa qualità è riconosciuta come una delle principali ragioni per cui le madri, in tutto il mondo, introducono aggiunte di altro latte o interrompono l'allattamento al seno (16). Mentre quasi tutte le madri sono capaci di produrre latte in quantità sufficiente alle necessità dei bambini - e la quantità è determinata da quanto spesso e con quale efficacia il bambino succhia - sembra che in tutte le società la fiducia delle madri nella propria capacità di essere una buona nutrice sia molto fragile (32).

Esistono molti segni che inducono il sospetto di una insufficienza del latte materno: lo scarso aumento di peso, la scarsa frequenza della pipì, la pipì troppo gialla, il bambino che piange spesso, il bambino che vuole attaccarsi troppo spesso, la poppata troppo lunga, il rifiuto del seno, le feci dure, secche o verdi, infrequenti o scarse, il fatto che esce poco latte quando la madre sprema il seno, lo scarso aumento di volume del seno durante la gravidanza. Inevitabilmente quando la preoccupazione è molta, la presenza di uno qualsiasi di questi segnali crea sfiducia nella madre. C'è bisogno di un esperto che conosca il valore di questi segni: alcuni hanno poca validità, mentre i due segni validi: l'aumento di peso e la frequenza e concentrazione delle urine devono essere valutati in modo accurato e confrontati con standard.

CONCLUSIONI

Nell'area di Benevento la pratica dell'allattamento al seno è più diffusa rispetto ad altre aree del paese ed è migliorata rispetto al 1996. Tuttavia resta necessario:

- migliorarne la frequenza e la durata per raggiungere gli obiettivi posti dall'OMS;
- indirizzare gli interventi prioritariamente alle primipare, perché il guadagno vale anche per i figli successivi, alle donne che partoriscono con taglio cesareo, alle fumatrici ed alle madri di LBW;
- che le madri possano disporre di un aiuto esperto per affrontare le preoccupazioni e le paure relative al proprio ruolo di nutrice, nei primi mesi di vita;
- ripetere la sorveglianza nutrizionale per verificare il trend del miglioramento della pratica dell'allattamento al seno nella ASL di Benevento.

Bibliografia

1. Molbak K, Jensen H, Ingholt L, Aaby P. Risk factors for diarrheal disease incidence in early childhood: a community cohort study from Guinea-Bissau. *Am J Epidemiol* 1997;146(3):273-282.
2. al-Ali FM, Hossain MM, Pugh RN. The associations between feeding modes and diarrhoea among urban children in a newly developed country. *Public Health* 1997 Jul;111(4):239-243.
3. Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. *Pediatrics* 1997;99(6):E5.
4. Alho OP, Laara E, Oja H. Public health impact of various risk factors for acute otitis media in northern Finland. *Am J Epidemiol* 1996;143(11):1149-1156.
5. Pisacane A, Graziano L, Zona G, Granata G, Dolezalova H, Cafiero M, Coppola A, Scarpellino B, Ummarino M, Mazzarella G. Breast feeding and acute lower respiratory infection. *Acta Paediatr* 1994; 83:14-18.
6. Silfverdal SA, Bodin L, Hugosson S, Garpenholt O, Werner B, Esbjorner E, Lindquist B, Olcen P. Protective effect of breastfeeding on invasive *Haemophilus influenzae* infection: a case-control study in Swedish preschool children. *Int J Epidemiol* 1997;26(2):443-450.
7. Pisacane A, Graziano L, Mazzarella G, Scarpellino B, Zona G. Breast feeding and urinary tract infection. *J Pediatr* 1992; 120: 87-9.
8. Saarinen UM, Kajosaari M. Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet* 1995; 346:1065-69.
9. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet* 1992;33;261-62.
10. Gale CR, Martyn CN. Breastfeeding, dummy use, and adult intelligence. *Lancet* 1996;347:1072-1075.
11. Ford RP, Taylor BJ, Mitchell EA, Enright SA, Stewart AW, Becroft DM, Scragg R, Hassall IB, Barry DM, Allen EM. Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *Int J Epidemiol* 1993;22(5):885-890.
12. Kraus JF, Greenland S, Bulterys M Risk factors for sudden infant death syndrome in the US Collaborative Perinatal Project. *Int J Epidemiol* 1989;18(1):113-120.
13. Shu XO, Clemens J, Zheng W, Ying DM, Ji BT, Jin F. Infant breastfeeding and the risk of childhood lymphoma and leukaemia. *Int J Epidemiol* 1995;24(1):27-32.
14. Pettitt DJ, Forman MR, Hanson RL, Knowler WC, Bennett PH. Breastfeeding and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in Pima Indians. *Lancet* 1997;350:166-168.
15. Epidemiology Group of the Research Committee of Inflammatory Bowel Disease in Japan. Dietary and other risk factors of ulcerative colitis. A case-control study in Japan. *J Clin Gastroenterol* 1994;19(2):166-171.
16. Davanzo R, Cerrone L, Biscontin S. Allattamento al seno, rooming in e pratiche ospedaliere. *The Practitioner* [edizione italiana] 1992; 167: 17-28.
17. Bartolozzi G. Latte di donna per il piccolo dell'uomo. *Medico e Bambino* 1993; 10: 680-5.
18. Freed GL. Breast-feeding. Time to teach what we preach. *JAMA* 1993; 269 (2): 243-5.
19. D'Argenio P, Intorcia M, Palombi E, Clemente M. Troppo presto arriva il biberon. *Occhio Clinico Pediatria* 1998; 4: 20-22.
20. Istituto Nazionale di Statistica. Compendio Statistico Italiano. Edizione 1995. ISTAT, Roma, 1995.
21. Bollettino Epidemiologico della ASL di Benevento. 1999. 32: 1-8.
22. Esteve J, Benhamou E, Raymond L. Statistical Methods in cancer research. Vol IV Descriptive Epidemiology. IARC Scientific Publication, n° 128, 1994
23. Clayton D, Hills M. Statistical models in epidemiology. Oxford Univ Press, 1993
24. Clayton D, Hills M. Statistical models in epidemiology. Oxford Univ Press, 1993
25. Manfredi Selvaggi TM, Tozzi AE, Carrieri MP, Binkin N, Lo Monaco R, D'Errico M, Filippetti F, D'Argenio P, Cafaro L, Salmaso S, Greco D, Sodano L, Viviani S, Pandolfi P, Niccolini A, Maestro A, Salamina G. Quanto è praticato oggi l'allattamento al seno in Italia. *Minerva Pediatr* 1995; 47: 451-5.
26. Greco, D. Salmaso, S. Mastrantonio, P. Giuliano, M. Tozzi, A.E. Anemona, A. Ciofi degli Atti, M. Giammanco, A. Panei, P. Blackwelder, W.C. Klein, D.L. Wassilak, S.G.F. A Controlled trial of two acellular vaccines and one whole-cell vaccine against pertussis. *N Engl J Med* 1996. 334:341-348.
27. Marta Ciofi degli Atti (Comunicazione personale)
28. Conti Nibali S, Castorina N, Pizzimenti G, Siracusano MF. La pratica dell'allattamento al seno: risultati di uno studio pilota nell'Italia del sud. *Medico e Bambino* 1995;9: 17-23.

29. Conti Nibali (Studio Nazionale) La pratica dell'allattamento al seno in Italia. *Medico e Bambino* 1998;1:25.
30. Faldella G, Dicomite A, Marchiani E, Salvioli GP. Accurate means of measuring breastfeeding prevalence *Acta paediatr* 1998; 87: 479-480.
31. Martin J. Breastfeeding Department of health and social security. Her Majesty's Stationery Office, Londra 1978.
32. Hillevik-Lindquist C. Studies on perceived breast feeding insufficiency III: studies on breast milk consumption and growth. *Acta Paediatr Scand* 1991; 80: 297-299.
33. Klaus MH, Kennel JH. The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatr* 1997; 86 (10): 1034-1036.