

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XII

Settembre 2009

numero 7

CONTRIBUTI ORIGINALI - RICERCA

Allattamento al seno: prevalenza e fattori ostacolanti. Indagine di un osservatorio consultoriale di Cagliari

Silvio Ardaù, Michele Grandolfo*

Pediatr. partecipanti: Cristina Gabba, Antonello Melis, Carmela Soggiu, Ornella Marini, Daniela Pilato, Maria Rosa Pusole
*Pediatr. consultoriali ASL 8 Cagliari, Distretto socio-sanitario, Area materno-infantile *Centro nazionale di epidemiologia, Istituto Superiore di Sanità*

Indirizzo per corrispondenza: uadra@yahoo.it

Prevalence of breastfeeding and risk factors. A study on child delivering women attending public primary maternal and child health services (PPMCHS) in Cagliari area, Italy

Key words: Breastfeeding, Risk factors, Primary maternal and child health services

Abstract Aims and setting. To estimate the prevalence of full breastfeeding (FB) at six months after birth and factors associated to earlier interruption. To evaluate the effectiveness of PPMCHSs in promoting, protecting and supporting breastfeeding among mothers that attended antenatal classes (AC), organised by five PPMCHSs in Cagliari area, during the period January 1st 2001 and December 31 2005. Method. All mothers who attended AC were offered an interview after one month and at six months from delivery. Collected data regarded way of delivery, status of breastfeeding (24h recall), access to postnatal activities performed by PPMCHSs, age, education, occupation and parity. Three groups were considered for comparison: a) FB >5 months, b) FB ≤5months, c) FB <1 month. Results and conclusions. Out of 1166 women who attended AC during the considered period 1060 (90.9%) accepted the interview. FB at six months after birth was recorded for 63.5% of interviewed mothers. Use of formula milk during birth centre stay and the condition of housewife resulted associated to earlier interruption of FB. On the contrary, attending postnatal activities at PPMCHSs was associated to longer persistence of FB. The comparison of these results with those obtained with other investigations in Cagliari and elsewhere confirms the positive role of AC and postnatal visits at PPMCHSs in promoting, protecting and supporting breastfeeding.

RIASSUNTO

Obiettivi e popolazione in studio. Stimare la prevalenza e i fattori associati alla persistenza dell'allattamento al seno completo tra le donne che dal 2001 al 2005 hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) e hanno ricevuto l'offerta attiva di assistenza in puerperio per la

promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno presso 5 consultori familiari (CF) della ASL8 di Cagliari.

Metodi. A tutte le donne che hanno partecipato ai CAN dal 2001 al 2005 è stata proposta una intervista-questionario diretta o per colloquio telefonico (recall delle 24 ore) a 1 mese e a 6 mesi dal parto per rilevare le modalità del parto, le modalità di allattamento al momento dell'intervista e alcune condizioni socio-demografiche (età, istruzione, occupazione, parità), oltre al numero di visite in consultorio durante il puerperio. Sono stati messi a confronto tre gruppi: a) allattamento al seno completo (ASC) a sei mesi, b) ASC interrotto entro il quinto mese, c) ASC interrotto nel primo mese.

Risultati e conclusioni. Su 1166 gravide che hanno partecipato ai CAN nel periodo considerato, 1060 (90.9%) hanno accettato l'intervista e sono state intervistate ai tempi stabiliti. Il 63.5% delle intervistate allattava ancora al seno in modo completo a sei mesi dalla nascita. La somministrazione di latte in formula nel centro nascita e la condizione di casalinga sono risultate associate alla precoce interruzione dell'ASC, mentre frequenti visite in consultorio durante il puerperio hanno favorito la maggiore persistenza dell'ASC. Confrontando i risultati del presente studio con le prevalenze di ASC stimate in altri studi, si conferma l'importanza del CAN e dell'assistenza in puerperio, offerti attivamente dai CF, per la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno.

Parole chiave: allattamento al seno, fattori di rischio, consultori familiari.

INTRODUZIONE

Nonostante l'allattamento al seno (AS) sia ormai considerato l'alimentazione ottimale per il bambino per i vantaggi derivanti in termini di salute, difficilmente viene realizzato in modo esclusivo e prolungato nella popolazione generale. Partendo da questo dato esperienziale, l'indagine nei consultori familiari della ASL di Cagliari si è proposta di: 1) stimare la prevalenza dell'AS nelle donne frequentanti i corsi consultoriali di accompagnamento alla nascita; 2) individuare i fattori ostacolanti e possibilmente delineare categorie "a rischio" di interruzione precoce dell'AS prima del 6° mese, a cui dedicare maggiori risorse e migliori strategie di sostegno nel percorso nascita consultoriale; 3) valutare l'efficacia degli interventi di promozione e sostegno realizzati nei consultori familiari.

SOGGETTI E METODI

Le definizioni adottate per lo studio¹ sono riportate nel Box 1.

L'indagine è stata realizzata tramite un osservatorio attivato nel gennaio 2001 in 5 consultori familiari i cui operato-

ri (pediatri, assistenti sanitari, ostetriche, psicologi e ginecologi) praticano il sostegno all'AS, a seguito di apposito training dell'equipe e individuazione di un protocollo operativo condiviso fondato sulle 10 norme OMS-UNICEF^{2,3}.

Il training è stato realizzato con la partecipazione degli operatori al corso "Promozione e pratica dell'allattamento al seno; corso per operatori sanitari" tenuto da un'equipe dell'IRCSS "Burlo Garofolo" di Trieste².

La popolazione generale media annua relativa ai 5 Consultori coinvolti nell'indagine è di 252.166 unità, con 37.737 donne 15-49 anni in età fertile, mentre la media annua di nati è di 3.612 unità. Hanno frequentato i corsi di accompagnamento alla nascita le madri di 1060 bambini (nati dal 1° gennaio 2001 al 31 dicembre 2005) (804 primipare) e di loro è stata ricostruita interamente la storia di allattamento grazie al loro ritorno, dopo la fase prenascita, al dopo nascita (90.6%) per il sostegno all'allattamento, con una perdita di 106 unità (9.4%) (mancati ritorni al doponascita).

I Consultori dell'ASL Cagliari sono complessivamente 10.

Box 1. Definizioni adottate di allattamento al seno (AS) esclusivo, AS predominante, AS completo alimentazione complementare e non AS

a) Allattamento al seno (AS) esclusivo: il bambino riceve solo latte materno, direttamente o spremuto, e nessun altro liquido o solido, ad eccezione di sciroppi vitaminici o supplementi minerali o farmaci;

b) AS predominante: il bambino riceve oltre al latte materno, acqua o altre bevande a base di acqua (tisane, camomilla) e/o vitamine o supplementi minerali o farmaci;

c) AS completo: la somma di a) e b);

d) Alimentazione complementare: il bambino riceve oltre al latte materno altri liquidi e/o solidi, latte liquido o in polvere, brodi di carne, o vegetali;

e) non AS: il bambino non riceve latte materno.

Nota: Non sono state ritenute rilevanti le somministrazioni estemporanee (prima del ritorno in consultorio nel puerperio) di liquidi quali tisane.

Le azioni poste in essere dagli operatori delle équipes consultoriali hanno fatto riferimento a quanto proposto nel Progetto Obiettivo Materno-Infantile⁴:

- In fase pre-nascita: azioni di promozione con incontri di gruppo con tema "Effetti benefici dell'allattamento al seno per madre e bambino".
- In puerperio: visita domiciliare entro i primi 15 giorni per l'individuazione precoce delle difficoltà di allattamento, rivolte alle madri impossibilitate ad accedere in consultorio, effettuata da ostetrica e assistente sanitaria; incontri di gruppo con le neomamme e neopapà per l'individuazione precoce delle difficoltà di allattamento (ragadi, ingorgo mammario, mastite), visita pediatrica (entro i primi 15 giorni) e loro risoluzione (sgorgamento del seno, terapia topica, eventuale terapia antibiotica); la presenza della donna all'interno di un gruppo ha favorito lo sviluppo di forme di auto-aiuto.

Le azioni sono state sequenziali in quanto all'interno di un percorso e quella adottata durante il puerperio è risultata la più importante. Agli incontri promozionali hanno partecipato tutte le équipes consultoriali.

Lo strumento utilizzato è stato un **questionario-intervista** somministrato al 1° e al 6° mese in modo diretto o per colloquio telefonico, con domande sull'allattamento con recall delle 24 ore sul modello del questionario presente negli atti di prevalenza al seno in Emilia-Romagna⁵ (fornita in allegato); l'indagine è anche retrospettiva e delle diadi madre-bambino coinvolte è stato ricostruito l'intero percorso di allattamento: inizio, durata, esclusività, promozione e sostegno ricevuti, modalità di allattamento nel centro nascita (quali primo attaccamento al seno dopo il parto, possibilità di rooming-in, somministrazione di latte formulato), difficoltà incontrate, parità e i determinanti sociali (istruzione e stato occupazionale) nel 6° mese di vita del lattante, con inserimento dei dati nella griglia di rilevazione.

Tra queste 1060 diadi si sono formati 3 gruppi: uno con allattamento completo sino al 6° mese di vita del bambino e uno con allattamento completo interrotto prima del 6° mese. È stato poi identificato un 3° gruppo: popolazione con allattamento completo interrotto prima del compimento del 1° mese. La ricerca è stata supervisionata dal Centro Nazionale di Epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità.

RISULTATI

Su 1060 diadi madre-bambino tornate al dopo-nascita 673 (63.5%) hanno condotto l'allattamento completo sino al 6° mese, comprendendone 278 (26.2%) tornato in consultorio dopo il parto in alimentazione complementare o non allattamento al seno e passato (shift), dopo il sostegno, all'allattamento al seno completo, mentre le restanti 387 (36.5%) hanno interrotto prima del 6° mese, passando al non allattamento al seno o all'alimentazione complementare; di queste 215 (20.3%) hanno interrotto nel corso del 1° mese (Tabella 1).

Nella Tabella 2 sono riportati i fattori associati all'AS completo al 6° mese: risultano evidenti le minori probabilità di raggiungere la "meta" del 6° mese e un maggior rischio di interruzione per le condizioni materne di casalinga (OR aggiustato=0.60; IC 95%: 0.42-0.86), somministrazione di formula per il neonato (ORagg= 0.45; IC 95%: 0.33-0.62); risultano più debolmente associati all'interruzione la primi parità, il parto cesareo, la gemellarità e il basso peso neonatale.

Sono risultate associate a una più lunga persistenza dell'AS completo frequenti visite in puerperio (5-9: ORagg=2.05, IC 95% 1.47-2.86); >9: ORagg=2.70, IC 95%: 1.88-3.88) e, più debolmente, il livello di istruzione maggiore.

Nella Tabella 3 sono riportati i fattori particolarmente associati all'interruzione precoce dell'AS entro il 1° mese. I fattori legati all'interruzione precoce dell'AS entro il 1° mese sono stati: la somministrazione di latte formulato, il basso peso alla nascita e la scarsa frequenza, durante il puerperio, al consultorio.

Nella Tabella 4 sono riportati i fattori associati all'AS completo oltre il 5° mese avendo escluso dal computo le donne che

hanno interrotto prima del 1° mese. Come si può osservare le determinanti di rischio tendono a sfumare.

Delle 278 madri con allattamento misto o artificiale passate all'allattamento completo in seguito all'intervento delle équipes de Consultori 232 (83,4%) avevano un'attività lavorativa; 37 (13,3%) erano con titolo di studio pari o inferiore alla licenza media mentre le altre avevano un titolo di studio pari o superiore al diploma di scuola media superiore; 50 erano

pluripare mentre le altre erano al primo figlio; tutte avevano frequentato il corso di accompagnamento alla nascita in Consultorio. Le varie problematiche per cui hanno chiesto sostegno sono state prevalentemente di difficoltà di attaccamento per ingorgo mammario (65 casi: 23,4%), mastite (34 casi: 12,2%), rigurgiti frequenti (36 casi: 13%). La rimozione di questi fattori è stato probabilmente l'intervento determinante per il passaggio all'allattamento completo al seno di questo gruppo di donne.

Popolazione totale: 1060 diadi madre-bambino	Con AS esclusivo al seno 6° mese N=673 (63.5%)	Con AS interrotto tra 1° e 5° mese N=175 (16.2%)	Con AS. int. entro il 1° mese N= 212 (20.3%)	Totale
Madre età (media)	33.00	32.20	32.30	
Casalinga	114 (16.9%)	52 (29.7%)	58 (27.3%)	224
Occupata	559 (83.1%)	123 (70.3%)	154 (72.7%)	836
Cultura media inf.	96 (14.3%)	43 (24.6%)	51 (24.0%)	190
Diploma superiore	577 (85.7%)	132 (75.4%)	161 (76.0%)	870
Padre età (media)	35.6	34.00	32.90	
Storia ripr.primipara	494 (73.4%)	137 (78.3%)	175 (82.5%)	806
pluripara	179 (26.6%)	38 (21.7%)	37 (17.7%)	254
gemellarità	2 (0.3%)	0.00	17 (8.0%)	19
Grav.<37 sett.	26 (3.9%)	4 (2.3%)	40 (18.9%)	70
Grav. parafisiol.	234 (34.8%)	51 (29.1%)	84 (39.6%)	369
Parto cesareo	219 (32.5%)	61 (34.8%)	115 (54.2%)	395
Basso peso neonatale, <2,6 kg	41 (6.1%)	7 (4.0%)	49 (23.1%)	97
Attacco al seno >2h	205 (30.5%)	67 (38.3%)	113 (53.3%)	385
Non Rooming-in	281 (41.8%)	83 (47.4%)	128 (60.4%)	492
Somm. e dimiss. con formula	282 (41.9%)	78 (44.6%)	173 (81.6%)	535
Degenza protratta	80 (11.9%)	16 (9.1%)	44 (20.7%)	140
Ricovero in t.i.n.	31 (4.6%)	7 (4.0%)	29 (13.7%)	67
Shift formula-seno esclusivo	278 (41.3%)	/	/	278
Interventi di sostegno in consultorio f. (per diade)	6.8	4.6	5.2	

Variabile	All >5m	%	N	ORgr	ORagg	IC (95%)	P
occupazione							
occupata	557	66.9	833	1	1		
casalinga	116	51.1	227	0.52	0.60	0.42-0.86	0.006
istruzione							
< med.inf.	95	51.4	185	1	1		
> med.sup.	578	66.1	875	1.84	1.33	0.91-1.94	0.14
parità							
Pluripara	179	69.9	256	1	1		
Primipara	494	61.4	804	0.69	0.75	0.54-1.05	0.10
gravidanza							
Fisiologica	438	63.7	688	1	1		
Patologica	235	63.2	372	0.98	1.10	0.82-1.47	0.52
termine							
> 37 sett.	649	65.2	995	1	1		
< 36 sett.	24	36.9	65	0.31	0.85	0.43-1.71	0.66
parto							
spontaneo	453	68.1	665	1	1		
TC	220	55.7	395	0.59	0.75	0.56-1.00	0.05
Gemellarità							
no	592	64.5	918	1	1		
si	2	10.5	19	0.06	0.27	0.06-1.26	0.10
Peso nascita							
> 2500g	632	65.7	962	1	1		
< 2500g	41	41.8	98	0.38	0.63	0.37-1.08	0.09
Attacc. al seno							
< 2h	420	67.2	625	1	1		
> 2h	253	58.2	435	0.68	1.06	0.76-1.47	0.73
Rooming in							
no	283	57.4	493	1	1		
si	390	68.8	567	1.64	1.09	0.79-1.52	0.59
Sommin. Form.							

no	397	74.8	531	1	1		
si	276	52.2	529	0.37	0.45	0.33-0.62	<0.0001
Degenza protratta							
no	592	64.5	918	1	1		
si	81	57.0	142	0.73	1.11	0.68-1.81	0.68
Ricov. t.i.n.							
no	642	64.7	992	1			
si	31	45.6	68	0.46	0.73	0.37-1.46	0.37
Visite puerp.							
≤4	276	52.1	530	1	1		
5-9	197	71.9	274	2.35	2.05	1.47-2.86	<0.0001
>10	200	78.1	256	3.29	2.70	1.88-3.88	<0.0001
Età madre							
<29 aa	108	57.5	188	1	1		
30-34aa	304	65.2	466	1.39	1.19	0.81-1.74	0.38
≥35 aa	261	64.3	406	1.33	1.10	0.73-1.66	0.63

Variabile	All <1m	%	N	ORgr	ORagg	LC (95%)	P
occupazione							
occupata	154	18.5	833	1	1		
casalinga	61	26.9	227	1.62	1.55	1.00-2.40	0.051
istruzione							
< med.inf.	51	27.6	185	1	1		
≥ med.sup.	164	18.7	875	0.61	0.69	0.44-1.09	0.11
parità							
Pluripara	39	15.2	256	1	1		
Primipara	176	21.9	804	1.56	1.28	0.83-1.98	0.26
gravidanza							
Fisiologica	129	18.8	688	1	1		
Patologica	86	23.1	372	1.30	1.12	0.78-1.59	0.54
termine							
≥37 sett.	178	17.9	995	1	1		
<36 sett.	37	56.9	65	6.06	1.40	0.67-2.92	0.37
parto							
spontaneo	101	15.2	665	1	1		
TC	114	28.9	395	2.27	1.52	1.07-2.17	0.019
Gemellarità							
no	198	19.0	1041	1	1		
si	17	89.5	19	36.2	5.02	1.04-24.3	0.045
Peso nascita							
≥2500 gr	165	17.2	962	1	1		
<2500 gr	50	51.0	98	5.03	2.59	1.45-4.64	0.001
Attac. al seno							
≤2h	101	16.2	625	1	1		
>2h	114	26.2	435	1.84	1.01	0.68-1.50	0.97
Rooming in							
no	130	26.4	493	1	1		
si	85	15.0	567	0.49	0.98	0.65-1.47	0.92
Sommin. Form.							
no	41	7.7	531	1	1		
si	174	32.9	529	5.85	4.33	2.84-6.60	0.000
Degenza protratta							
no	171	18.6	918	1	1		
si	44	31.0	142	1.96	1.06	0.58-1.91	0.86
Ricov. t.i.n.							
no	186	18.8	992	1	1		
si	29	42.7	68	3.22	1.17	0.53-2.58	0.70
Visite puerp.							
≤4	151	28.5	530	1	1		
5-9	32	11.7	274	0.33	0.38	0.24-0.60	0.0001
≥10	32	12.5	256	0.36	0.46	0.29-0.73	0.001
Età madre							
<29 aa	36	19.2	188	1	1		
30-34 aa	91	19.5	466	1.02	1.15	0.70-1.89	0.58
≥35 aa	88	21.7	406	1.17	1.45	0.86-2.43	0.159

Variabile	All >5m	%	N	ORgr	ORagg	LC (95%)	P
occupazione							
occupata	557	82.0	679	1	1		
casalinga	116	69.9	166	0.51	0.62	0.40-0.97	0.037

istruzione							
< med.inf.	95	70.9	134	1	1		
≥ med.sup.	578	81.3	711	1.78	1.21	0.75-1.94	0.44
parità							
Pluripara	179	82.5	217	1	1		
Primipara	494	78.7	628	0.78	0.76	0.49-1.17	0.21
gravidanza							
Fisiologica	438	78.4	559	1	1		
Patologica	235	82.2	286	1.27	1.30	0.89-1.90	0.18
termine							
≥ 37 sett.	649	79.4	817	1	1		
< 36 sett.	24	85.7	28	1.55	1.50	0.45-4.94	0.51
parto							
spontaneo	453	80.3	564	1	1		
TC	220	78.3	281	0.88	0.89	0.62-1.30	0.56
Gemellarità							
no	671	79.6	843	1	1		
si	2	100.0	2	-	-	-	-
Peso nascita							
≥ 2500 gr	632	79.3	797	1	1		
< 2500 gr	41	85.4	48	1.53	1.40	0.57-3.45	0.47
Attac. al seno							
< 2h	420	80.2	524	1	1		
> 2h	253	78.8	321	0.92	1.11	0.72-1.72	0.63
Rooming in							
no	283	78.0	363	1	1		
si	390	80.9	482	1.20	1.18	0.76-1.83	0.46
Sommin. Form.							
no	397	81.0	490	1	1		
si	276	77.8	355	0.82	0.82	0.54-1.23	0.33
Degenza protr.							
no	592	79.3	747	1	1		
si	81	82.7	98	1.25	1.27	0.64-2.52	0.49
Ricov. t.i.n.							
no	642	79.7	806	1	1		
si	31	79.5	39	0.99	0.71	0.26-1.94	0.50
Visite puerp.							
< 4	276	72.8	379	1	1		
5-9	197	81.4	242	1.63	1.56	1.04-2.34	0.033
≥ 10	200	89.3	224	3.11	2.78	1.69-4.55	< 0.0001
Età madre							
< 29 aa	108	71.1	152	1	1		
30-34aa	304	81.1	375	1.74	1.48	0.93-2.33	0.097
≥ 35 aa	261	82.1	318	1.87	1.56	0.95-2.56	0.079

DISCUSSIONE

Tra i determinanti sociali, il lavoro si associa a una maggiore durata dell'allattamento per l'azione favorente sui livelli di socializzazione e autonomia della donna, ridotti nella casalinga, mentre l'azione favorente della maggiore istruzione è, presumibilmente, da riferire ad una maggior coscienza dei propri bisogni e ad una maggior conoscenza dei servizi (consultori) che possono soddisfarli e, in definitiva, a una maggior consapevolezza e competenza.

Tra i fattori sfavorevoli l'AS è risultata di rilievo la somministrazione di latte formulato al neonato nel centro nascita non proporzionato a problematiche rilevanti (es. il ricovero in t.i.n.) e correlabile invece a carenza formativa del personale e a persistenza di vecchie strategie assistenziali.

Il parto cesareo è probabilmente un fattore incidente sull'allattamento in quanto allunga l'intervallo di primo attaccamento al seno.

Altro elemento di interesse è l'accentuazione dei fattori ostacolanti nell'avvicinarsi al 1° mese che indica tale periodo come momento di maggior fragilità dell'allattamento a cui dedicar maggiori risorse.

Risulta significativa l'alta prevalenza di AS al 6° mese nelle donne dei corsi di accompagnamento alla nascita (63.5%) rispetto ad altri studi e ricerche come "Indagine conoscitiva sul percorso nascita"⁶ che riporta il 22.5% nella popolazione sarda e dal 12.4% al 41.2% nel resto della popolazione italiana; in "Prevalenza dell'allattamento al seno nell'asl 4 di Terni"⁷ il 49.5%; in "Prevalenza dell'allattamento al seno in Emilia-Romagna"⁵ il 28%; nello "Studio epidemiologico a Palermo su indicatori di salute e interventi di prevenzione primaria"⁸ solo il 19.5%.

Pure significativo è il parallelismo positivo tra la frequenza madre-bambino in consultorio e la persistenza al 6° mese dell'AS (più tardiva interruzione dell'AS nelle donne con maggior numero di presenze in consultorio nel dopo-parto), da mettere in correlazione ad un aumento della loro autostima a seguito del sostegno ricevuto, individuando i Consultori come possibile sede idonea alla realizzazione del progetto nascita e genitorialità, grazie ai migliori esiti, e la frequenza dei loro corsi di accompagnamento alla nascita come fattore protettivo per la coppia madre-bambino.

In conclusione i fattori ostacolanti l'AS esclusivo (somministrazione di latte artificiale, ritardato attaccamento al seno, carenza di rooming-in, taglio cesareo, condizione di casalin-

ga e cultura pari o inferiore a titolo di licenza media inferiore) paiono molteplici ma alcuni (somministrazione di latte artificiale, carenza di rooming-in, ritardato primo attaccamento al seno) contrastabili e superabili (in quanto dipendenti spesso da pratiche sanitarie) con l'adozione di una strategia condivisa di sostegno sino al 6° mese che veda coinvolti anche i centri nascita. I consultori (con i pediatri di famiglia e le associazioni di auto-aiuto), come indicato nel Progetto Obiettivo Materno-Infantile⁴ dovrebbero indirizzare maggiori risorse nell'offerta attiva del sostegno in puerperio con particolare riguardo alle condizioni di svantaggio sociale, agendo soprattutto nel primo mese di vita del bambino⁹. Anche l'offerta attiva di corsi di accompagnamento alla nascita all'atto delle pubblicazioni di matrimonio o di costituzione di "coppia di fatto" nel comune di residenza potrebbe risolvere la maggiore difficoltà a cercare salute nel caso di minore livello di istruzione e nella condizione di casalinga.

La collaborazione tra pediatri di famiglia e associazioni di auto-aiuto può realizzarsi con l'offerta attiva da parte di entrambi di spazi fisici e temporali privilegiati in ambulatori e sedi sociali (senza prenotazioni, gratuiti) per le madri che allattano, con invio al consultorio per le madri con particolari problematiche. Tra i motivi di soddisfazione vi è l'aver portato 278 diadi mamme-bambini su 535 presentatisi in allattamento misto o artificiale in consultorio all'allattamento completo al seno con l'intervento di sostegno.

Gli autori dichiarano l'assenza di qualsiasi forma di conflitti d'interesse.

Bibliografia

- WHO/UNICEF. Indicators for assessing health facility practice that effect breastfeeding. Geneve WHO 1993.
- Ufficio per la Cooperazione Internazionale, Centro Collaboratore dell'OMS per la Salute Materno-Infantile, IRCCS Burlo Garofano, Trieste; Promozione e pratica dell'allattamento al seno; corso per operatori sanitari; Cagliari maggio-giugno 2000.
- WHO, Division of Child Health and Development. Evidence for ten steps to successful breastfeeding. Family and reproductive Health. WHO, Geneva, 1988.
- Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile relativo al "Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Ministero della Sanità, d.m. 24/4/2000. G.U. 7/6/2000 <http://www.ministerosalute.it/alimenti/resources/documenti/nutrizione/blueprintit.pdf>
- Ronfani L, Cuoghi C. Prevalenza dell'allattamento al seno in Emilia-Romagna (1999-2002). Quaderni acp 2006; 6: 236-240
- Grandolfo M, Donati S, Giusti A. Indagine Conoscitiva sul Percorso Nascita, 2002. Aspetti Metodologici e Risultati Nazionali. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Istituto Superiore di Sanità <http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf>.
- Piermarini L. Prevalenza dell'allattamento al seno nell'asl 4 di Terni. Quaderni acp 2006; 4:175-6
- Primavera G, Aloisio A, Amoroso B, et al. Studio epidemiologico a Palermo su indicatori di salute e interventi di prevenzione primaria. Quaderni acp 2007;5:194-7
- Cattaneo A. Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno in Europa: un programma d'azione. Atti della Conferenza su: promozione dell'allattamento al seno in Europa; castello di Dublino, Irlanda, 18 giugno 2004