



I dati statistici italiani sull'allattamento

Sergio Conti Nibali, pediatra di libera scelta, AUSL 5, Messina e Adriano Cattaneo, epidemiologo, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Se dovessimo rispondere in estrema sintesi al quesito “Come e quanto i bambini allattano al seno oggi in Italia” potremmo dire “Non lo sappiamo, ma certamente molto meno rispetto alle attuali raccomandazioni delle organizzazioni scientifiche internazionali” (1, 2). La banca dati dell'ufficio Europeo dell'OMS riporta 57 documenti con dati sull'allattamento al seno in Italia, con percentuali che variano dal 29% al 97% (3). Ma da quanto diremo in seguito certamente non possiamo far nostre le parole riportate nella premessa del rapporto sui dati sulla nutrizione dei bambini del Comitato Italiano per l'UNICEF del 1998 (4) (“oggi si è tornati all'allattamento al seno sulla scia di una campagna condotta dall'UNICEF e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità insieme ai pediatri di tutto il mondo”); queste affermazioni, alquanto azzardate e potenzialmente dannose, in quanto possono dar luogo a falsi trionfalismi, sono il frutto di un'errata interpretazione di uno studio eseguito nel 1994 dall'ISTAT (5); in tale ricerca la prevalenza stimata di “allattamento al seno” è del 70%, ma gli enormi limiti metodologici che approfondiremo meglio in seguito, derivati anche dal fatto che la ricerca non si poneva come obiettivo di ricavare questo dato, svuotano di qualsiasi significato tale percentuale. Se dobbiamo poi riferirci ad un recente studio eseguito su tutto il territorio nazionale da Riva e coll. (6), dovremo dire che la prevalenza dell'allattamento materno esclusivo in Italia è del 72%, 37%, 8%, e 0% rispettivamente all'avvio, a 3, 6, e 9 mesi; tuttavia, come avremo modo di esaminare successivamente, questi dati, comunque poco soddisfacenti, risultano certamente sovrastimati per evidenti bias metodologici.

È dunque opportuno, prima di analizzare le informazioni sin qui a nostra disposizione, rivedere le direttive che l'OMS ha emanato per uniformare le definizioni di allattamento al seno e la metodologia di raccolta dei dati (7,8). Dalla Tabella 1 risulta evidente come sia diverso classificare un bambino come allattato al seno in modo esclusivo o in modo complementare, anche rispetto alla valutazione dei possibili vantaggi, che saranno ovviamente maggiori per un bambino allattato esclusivamente. Deve poi essere considerato anche il cosiddetto «recall period» cioè il tempo trascorso tra il momento della rilevazione del dato e l'evento che si intendeva studiare; l'OMS raccomanda di utilizzare, come per tutti gli studi nutrizionali, un «recall period» di 24 ore e di estenderlo dalla dimissione fino alla nascita solo per la valutazione della prevalenza dell'allattamento al seno nelle maternità. Fatte queste premesse, possiamo senz'altro affermare che sino ad oggi non è stata pubblicata alcuna ricerca condotta in Italia che soddisfi la metodologia suggerita dall'OMS e che, dunque, non possiamo avere stime reali, ma solo approssimative, dell'attuale modalità di allattamento.

Cattaneo e coll. (9) hanno condotto una ricerca bibliografica ed hanno selezionato 19 lavori che riportano i dati di 16 ricerche condotte in Italia dopo il 1990. La loro analisi dimostra che le informazioni di cui disponiamo non ci permettono di conoscere prevalenza e durata dell'allattamento al seno in Italia se non in maniera incompleta ed inaccurata. In primo luogo molti studi si riferiscono a popolazioni selezionate. Gli unici studi con dati di popolazione sono quelli su bambini sottoposti a programma di screening o fatti in comunità su un campione casuale. La maggioranza degli studi sottoposti all'analisi non ha alcuna definizione di allattamento al seno. In altri casi la definizione proposta è troppo generica («allattamento al seno almeno una volta nella vita anche se non esclusivo» o «qualsiasi periodo di allattamento al seno senza latte di formula o



altro tipo di latte») per permettere una stima accurata della prevalenza. L'interpretazione dei dati è complicata ulteriormente dall'assenza di un valido «recall period». Un altro problema importante per l'interpretazione dei dati è rappresentato dai possibili legami con le industrie produttrici di sostituti del latte materno. Solo un lavoro ha dichiarato il supporto finanziario dell'industria, mentre la cosa non viene specificata negli altri articoli. La collaborazione delle compagnie produttrici di alimenti per l'infanzia a studi sull'allattamento al seno può essere spiegata dalla necessità di sviluppare sempre nuove strategie di marketing a cui ricerche di questo tipo possono contribuire. Tre soli lavori utilizzano un'analisi multivariata nel valutare i fattori che potenzialmente incidono nella prevalenza dell'allattamento al seno. Considerando tutti questi limiti metodologici i dati di prevalenza sono riportati in Tabella 2.

Uno studio ideale deve, dunque, rispettare le definizioni di allattamento proposte dall'OMS; deve avere un adeguato recall period; il campione deve essere rappresentativo dell'intera popolazione; inoltre, deve essere posta un'adeguata attenzione a fattori di rischio che possano risultare modificabili da interventi esterni; tali fattori devono essere analizzati con l'applicazione di metodi statistici adeguati; e non deve esserci alcun apporto da parte di industrie produttrici di alimenti per l'infanzia. Attualmente sono in corso di analisi 2 studi che, nell'impostazione, hanno tenuto conto di tutti questi criteri.

Il primo, che si è posto come obiettivo di valutare l'effetto di un corso di formazione di 18 ore sulle pratiche ospedaliere, sulle conoscenze e sugli atteggiamenti degli operatori sanitari, e sulla prevalenza e durata di diversi tipi di allattamento al seno, è stato condotto dal 1996 al 1998 dall'Associazione Culturale Pediatri e dall'Ufficio Cooperazione Internazionale dell'Ospedale Burlo Garofolo di Trieste; alla ricerca hanno partecipato 4 Neonatologie del Centro/Nord e 4 del Sud con i territori di loro pertinenza. Dopo una prima raccolta di dati prospettica su un campione di 130 bambini alla nascita, a 3 e 6 mesi, è iniziata la formazione degli operatori ospedalieri e del territorio del Sud, cui è seguita una seconda raccolta di dati; alla fine di questa la formazione è stata eseguita per il Centro/Nord ed alla fine è stata arruolata una nuova coorte di 130 bambini per l'ultima raccolta di dati. I dati qui presentati non sono completi: comprendono nella terza fase solo 27 dei bambini inseriti a Viterbo; c'è poi da considerare che Villafranca di Verona ha abbandonato lo studio alla fine della prima fase.

Da una prima analisi dei grafici (Figure 1, 2 e 3) e senza aver ancora applicato dei tests statistici sembra di poter rilevare che:

- l'effetto della formazione sulla modalità di allattamento alla dimissione è evidente sia al Sud che al Nord;
- è presente al Nord, sempre alla dimissione, un effetto che potremmo definire “da avvio dello studio” che modifica sensibilmente la prevalenza dell'allattamento predominante (dal 45% al 61%) ancor prima dell'avvio della formazione; è interessante notare che dopo tale fase, l'allattamento al seno predominante scende al 20% a tutto vantaggio dell'allattamento esclusivo che passa dal 23% al 72%;
- a 3 mesi EBF+PBF (FBF) che in totale non rappresentavano più del 40% prima della formazione, arrivano a valori che sfiorano il 50% al Sud ed il 60% al Nord;
- a 6 mesi l'unico effetto “visibile” sembra essere quello relativo al CBF, pur essendovi nel Centro/Nord anche un aumento dell'EBF dopo l'intervento di formazione. Sembra essere diminuita in ogni caso, dopo la formazione, la percentuale di bambini non allattati al seno sia al Sud che al Centro/Nord.



Dai dati si evince, comunque, in maniera netta che la prevalenza dell'EBF è nettamente inferiore rispetto alle raccomandazioni dell'Accademia Americana di Pediatria e dell'OMS (1, 2); tuttavia appare evidente un qualche effetto della formazione soprattutto del personale sanitario delle neonatologie; l'efficacia della formazione appare molto diluita a distanza di 3 e 6 mesi; a tal proposito va considerato che solo una parte dei pediatri di base dei territori interessati alla ricerca hanno partecipato al corso di formazione e quindi spesso è mancato un sostegno competente alle madri dopo la dimissione dall'ospedale. E che questo sostegno si possa rivelare determinante è stato recentemente evidenziato in uno studio controllato da Morrow (10); in questo studio, condotto a Città del Messico, è stata dimostrata l'efficacia del counselling tra pari nei riguardi della prevalenza e della durata dell'allattamento al seno; a 3 mesi dal parto l'allattamento al seno esclusivo veniva praticato dal 67% delle donne che avevano ricevuto 6 visite, dal 50% di quelle con 3 visite e solo dal 12% delle donne del gruppo di controllo.

Uno di noi (S.C.N.) è pediatra di base e segue circa 900 bambini da 0 a 14 anni; la sua formazione sull'allattamento al seno è stata quella fornita dal corso di laurea e di specializzazione e, perciò, del tutto insufficiente a sostenerlo nella pratica. Ha, tuttavia, avuto la possibilità di frequentare un corso di 5 giorni basato sui manuali dell'UNICEF (11) e dell'OMS (12) e condotto dall'Ufficio Cooperazione Internazionale dell'Ospedale Burlo Garofolo di Trieste. Da quel momento ha cominciato a far parte integrale del suo programma di gestione dell'ambulatorio il supporto pre e post natale all'allattamento al seno. Abbiamo analizzato i dati di 2 coorti di neonati iscritti dal 31/08/93 al 01/09/95 (Gruppo 1, 112 neonati) e dal 31/08/95 al 01/09/97 (Gruppo 2, 130 neonati), rispettivamente prima e dopo il corso. Non vi era differenza significativa tra i gruppi riguardo alle variabili sociali, demografiche, ostetriche e perinatali. La Figura 4 mostra la prevalenza dell'allattamento al seno (esclusivo + predominante + complementare) alle varie età. La differenza tra i gruppi è statisticamente significativa ($p < 0.00001$; logrank test). La durata media dell'allattamento è stata di 95.1 giorni +/- 127.3 nel gruppo 1 e 195.1 +/- 193.5 nel gruppo 2 ($p < 0.0001$). Questi dati confermano l'importanza che un sostegno competente può avere nella durata dell'allattamento al seno.

Il secondo lavoro riguarda il monitoraggio dell'allattamento al seno alla dimissione ed al momento della seconda vaccinazione obbligatoria (16-20 settimane di età) in Friuli Venezia Giulia. Questa regione ha inserito fin dal 1998 obiettivi incentivati relativi all'allattamento al seno nei piani regionali. Per il 1998 l'obiettivo consisteva solamente nel mettere a punto un sistema di rilevazione metodologicamente valido, basato cioè sulle definizioni ed i "recall periods" suggeriti dall'OMS. Negli anni successivi gli obiettivi regionali, tradotti poi in piani di attività in ogni azienda sanitaria, comprendevano formazione, modificazioni di routines ospedaliere, sviluppo di protocolli, informazione agli utenti ed integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali. Le Tabelle 3 e 4 mostrano la distribuzione dei vari tipi di alimentazione alla dimissione e a 16-20 settimane in due periodi di 9 mesi nel 1998 e 1999. Come si può notare, il semplice fatto di aver istituito un sistema di monitoraggio e di aver suggerito delle attività di promozione dell'allattamento sembra aver modificato le pratiche ospedaliere, a favore dell'allattamento esclusivo, ed in parte anche i risultati a 16-20 settimane. Anche in questo caso, tuttavia, molto resta ancora da fare sia per aumentare ancor più la quota di allattamento esclusivo in ospedale che per mantenere poi, attraverso il lavoro di territorio, percentuali di allattamento più vicine a quelle raccomandate dall'OMS dopo la dimissione e fino a 4-6 mesi di età. Va ricordato che il tipo di incentivo finanziario messo in atto dalla Regione Friuli Venezia Giulia è di tipo detrattivo; ciò vuol dire che le aziende sanitarie che non raggiungono gli obiettivi specifici che esse stesse hanno contribuito a fissare vedono detratta dal loro bilancio annuale una quota pari allo 0.5 per mille del loro ingresso relativo ai DRG.



Bibliografia

1. American Academy of Pediatrics. Workgroup on breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;100:1035-39
2. WHO. The World Health Organization's infant-feeding recommendations. *Weekly Epidemiological Record* 1995;17:119-20
3. WHO. Nutrition Database System. WHO, Copenhagen, 1 May 1998
4. La condizione dell'infanzia nel mondo. Dati sulla nutrizione dei bambini italiani. Comitato italiano per l'UNICEF; 1998.
5. Istituto Nazionale di Statistica. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – anno 1994 - Indagine multiscopo sulle famiglie. ISTAT, Roma, 1997.
6. Riva E, Banderali G, Agostoni C, Silano M, Radaelli G, Giovannini M. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatr* 1999;88:411-5.
7. WHO. Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Indicators for assessing breastfeeding practices. WHO, Geneva, 1991
8. WHO/UNICEF. Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding. WHO, Geneva, 1993.
9. Cattaneo A., Davanzo R., Ronfani L. Are data on the prevalence and duration of breastfeeding reliable? The case of Italy. *Acta Paediatr* 2000;89:88-93.
10. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;353:1226-31.
11. UNICEF. Breastfeeding, management and promotion in a baby friendly hospital: an 18-hour course for maternity staff. UNICEF, New York, 1993.
12. WHO. Breastfeeding counselling: a training course. WHO, Geneva, 1993.

Movimento
Allattamento
Materno
Italiano