

# Allattamento al seno e personale sanitario: la formazione è efficace?

RICCARDO DAVANZO

UO di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale e Gruppo di Lavoro sull'Allattamento al Seno, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

L'importanza dell'allattamento al seno, naturalmente e universalmente riconosciuta per i Paesi poveri, è stata lungamente misconosciuta nel mondo occidentale, con l'idea che in una situazione socio-sanitaria avanzata gli svantaggi e i rischi dell'allattamento al poppatoio possano essere minimizzati. In contrasto con questa opinione, ancora troppo diffusa, si accumulano le evidenze della letteratura scientifica sui ben misurabili vantaggi dell'allattamento al seno in qualunque situazione ambientale; l'allattamento al seno è uno dei "regali" più importanti che una madre possa fare al suo bambino. È un dovere del sistema sanitario trasmettere agli assistiti i contenuti di questo messaggio; tuttavia l'impegno formativo nei riguardi del personale "front-line" è ancora carente. Gli studi qui riportati documentano l'efficacia di corsi strutturati al personale sanitario nei riguardi del risultato finale.

## I CONCETTI DI EFFICACIA E DI FORMAZIONE: UNA PREMessa

Vale la pena forse chiarire alcuni concetti base, che si desumono dalle stesse parole "efficacia" e "formazione" presenti nel titolo.

Per formazione si intende, secondo l'etimologia latina (*formo*, formare), il dar forma o, più modernamente, l'attuare un «processo di maturazione dell'individuo dovuta allo studio, all'esperienza, all'ambiente»<sup>1</sup>, o, ancora, la «preparazione, l'addestramento a un compito, a un'attività»<sup>2</sup>.

L'oggetto della formazione a cui ci riferiamo è quello dell'allattamento al seno. Dovremo quindi valutare se gli interventi a cui ci riferiamo sono o non sono efficaci (efficacia=successo nell'ottenere lo scopo desiderato<sup>1,2</sup>, cioè una maggiore prevalenza e durata dell'allattamento al seno).

## CONOSCENZA, ATTITUDINE E COMPITI DEGLI OPERATORI SANITARI

Gli operatori sanitari hanno dei limiti nel promuovere l'allattamento al seno, derivanti da una lunga serie di fattori<sup>3</sup>; fra i principali ricordiamo un'inadeguata formazione universitaria e po-

## BREASTFEEDING TRAINING: IS IT EFFECTIVE?

(*Medico e Bambino* 21, 443-448, 2002)

### Key words

Breastfeeding, Training, Health professionals

### Summary

The Author reviews the existing studies assessing the effectiveness of breastfeeding training programmes for health professionals. Two studies are more thoroughly examined, both assessing training programmes based on the 18-hour course proposed by UNICEF. The first programme has been carried out in Bielorussia, the second in Italy. Both were controlled studies. Results were positive in both cases. An evaluation component should be included in all the ongoing training programmes on breastfeeding.

st-universitaria, l'esistenza di libri di testo con lacune ed errori concettuali, la scarsa disponibilità di letteratura pratica, l'ambiguità e la contraddizione delle informazioni fornite sulla gestione dell'allattamento al seno, la mancanza di competenze sulle giuste tecniche di counselling.

Il training dei medici sull'allattamento al seno è percepito come inadeguato, sia in campo ostetrico che pediatrico, più dagli specialisti che dagli specializzandi, forse per la loro maggior esperienza clinica. Infatti negli Stati Uniti secondo Freed<sup>4</sup> il 79% degli specialisti in ostetricia a fronte del 68% degli specializzandi nella stessa disciplina, e il 47

degli specializzandi in pediatria contro il 74% dei pediatri, hanno questa percezione di inadeguatezza della loro formazione. In Italia, secondo una ricerca condotta negli anni Novanta, solo il 7% dei pediatri con anzianità di laurea variabile fra 10 e 20 anni ha avuto un training clinico-pratico sulla gestione dell'allattamento al seno<sup>5</sup>.

Anche le conoscenze teoriche dei pediatri italiani nel campo dell'allattamento sono suscettibili di miglioramento, visto che ancora il 20% ritiene che l'allattamento materno non sia in grado di condizionare in maniera determinante la salute di un bambino che vive in un Paese industrializzato, il 44%

pensa che il latte materno vada supplementato precocemente con ferro, il 28% crede che vada supplementato con acqua durante l'estate, solo il 19% attribuisce al succhiotto il potere di interferire con l'allattamento al seno, ancora solo il 13% ritiene che l'allattamento al seno possa avere un effetto contraccettivo, ben il 25% sostiene che all'arrivo della nuova gravidanza si debba smettere di allattare<sup>6</sup>.

Non solo le conoscenze e le competenze, ma anche l'attitudine degli operatori sanitari si rivelano spesso inadeguate. Essi sono spesso disorientati dai loro pregiudizi culturali, che li portano a vedere l'allattamento al seno come dipendente principalmente dalla volontà della donna, senza considerare il loro dovere istituzionale di sostenerla in una scelta consapevole di salute. La donna-madre viene iperprotetta, orientata spesso all'allattamento artificiale, mentre l'allattamento al seno di per sé dovrebbe portare piuttosto all'affermazione del ruolo familiare e sociale della donna che allatta (*empowerment*). La scelta del tipo di alimentazione del proprio bambino viene sdrammatizzata per non colpevolizzare la donna ("formula e latte materno pari sono"), mentre si ignora la necessità di passare dalla consapevolezza dei benefici dell'allattamento al seno per la donna e per il suo bambino a una sua promozione attiva e non ambivalente.

L'Accademia Americana di Pediatria

fin dal 1997<sup>7</sup> ha indicato il ruolo e i compiti che l'operatore sanitario in generale e il pediatra in particolare hanno nel promuovere l'allattamento al seno:

- assumere una posizione decisa ed entusiasta;
- promuovere una collaborazione con l'ostetrico e con le risorse locali e territoriali;
- esercitare un'influenza positiva sui mass media;
- migliorare i *curricula studiorum*;
- migliorare la conoscenza della fisiologia e della gestione dei problemi pratici relativi all'allattamento al seno.

#### EDUCAZIONE SANITARIA E FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO

Gli interventi di educazione sanitaria sull'allattamento al seno sono quelli che forniscono informazioni concrete di tipo tecnico sull'allattamento al seno a un gruppo bersaglio specifico fatto di gravide o di neo-mamme o di padri o altri membri della famiglia allargata come sorelle o nonni<sup>8</sup>, e consistono in lezioni a piccoli gruppi e/o consegna di materiale bibliografico.

Non ci occuperemo in questa sede dell'efficacia dell'intervento formativo diretto sulla famiglia, ma piuttosto sull'efficacia dell'intervento più a monte, sul personale sanitario. Questo intervento è ancora più importante, anzi necessario, anzi preliminare, perché è dif-

ficile incidere sulle abitudini familiari se non si è modificato il contesto in cui si verifica il parto. Purtroppo su questo aspetto si è prodotto molto poco.

#### VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA

Mentre gli articoli pubblicati sul tema generale dell'allattamento al seno nelle riviste considerate da Pub Med (NCBI-NLM) sono numerosissimi (ben 6869 dal 1° gennaio 1990 al 25 agosto 2001), quelli riferibili alla formazione sono nello stesso periodo di tempo solo 914, il 13% del totale; gli articoli scendono a 35 (0,5% del totale) se ci si limita a quelli specificamente rivolti alla formazione del personale sanitario. Alla fine sono soltanto 2 gli articoli che ne valutano l'efficacia, quelli cioè che Pub Med elenca dopo compulsazione delle parole chiave *breastfeeding* (allattamento al seno) + *training* (formazione) + *health workers* (operatori sanitari) + *effectiveness* (efficacia).

La forza dell'evidenza scientifica con cui uno studio dimostra un risultato dipende dal disegno dello studio. Gli studi disegnati rigorosamente sono gerarchicamente superiori<sup>9</sup>. Quando un risultato è documentato da almeno uno studio adeguatamente randomizzato (RCT), l'evidenza scientifica è di tipo I. Se il risultato è invece sostenuto da studi controllati, non randomizzati, l'evidenza sarà di tipo II-1.

Nella scala gerarchica dell'evidenza

EFFICACIA DEL TRAINING: STUDI PRIMA-DOPO

Autore e anno	Paese	Personale sanitario (n.)	Intervento	Risultati
Brimblecombe, 1977	UK	264 ostetriche e assistenti visitatrici	Seminario sull'allattamento al seno	Aumento della prevalenza dell'allattamento al seno alla dimissione e a 6 settimane (questionario alle madri)
Ellis, 1983	Canada	45 infermiere	3 lezioni, video, bibliografia	Miglioramento delle conoscenze e attitudine (questionario)
Stokoe, 1994	Inghilterra	356 ostetriche	11 sessioni	Aumento dell'allattamento al seno (questionario)
Bleakney, 1996	Irlanda del Nord	1447 operatori di varia professionalità	Linee guida, video, materiale scritto	Miglioramento delle conoscenze e attitudine (questionario)
McIntyre, 1996	Australia	65 operatori di varia professionalità	2 workshop	Conoscenze sull'allattamento al seno (questionario)

Tabella 1

scientifiche vengono poi gli studi di coorte, gli studi caso-controllo (tipo II-2), e quelli di serie, prima e dopo intervento (II-3).

Infine vi sono le "mediocri" evidenze di tipo III, quelle basate sull'esperienza clinica o sull'opinione di un'autorità, su studi descrittivi o aneddotici, su rapporti di comitati di esperti<sup>10</sup>.

## INTERVENTI NON STRUTTURATI E INTERVENTI STRUTTURATI

### Efficacia dei corsi di formazione non strutturati

Una serie di studi condotti nei Paesi di lingua inglese ha preso in considerazione gli effetti di interventi di formazione non strutturati sul personale sanitario, in particolare infermieristico e ostetrico<sup>11-15</sup> (*Tabella I*). Si trattava di interventi di natura molto diversa (seminari, video, lezioni, materiale scritto e linee guida ecc.), e quindi fra loro mal comparabili; l'outcome considerato era costituito per lo più dal cambiamento delle conoscenze e dell'attitudine del personale sanitario, anche se non è per nulla scontato che da queste derivi una modifica delle routine sanitarie e un aumentato successo dell'allattamento al seno.

Fa eccezione lo studio di Brimblecombe, che punta dritto ad analizzare la variazione della prevalenza dell'allattamento a 6 settimane di vita. Ma anche in questo caso (come nella maggior parte di questi studi) il disegno è del tipo prima/dopo, e l'evidenza scientifica è limitata, di tipo II-3.

### Efficacia dei corsi di formazione strutturati sulla crescita professionale del personale medico

A seguito dell'iniziativa OMS/UNICEF nota come "Ospedale Amico del Bambino", sono stati messi a punto dei corsi di formazione sull'allattamento al seno specifici per il personale sanitario.

Si tratta di corsi ben strutturati di 18 ore (3 giorni)<sup>16</sup> o di 40 ore (5 giorni)<sup>17</sup>; il primo copre la teoria e la pratica dell'allattamento al seno, mentre il secondo approfondisce il counselling relativo. Sono strutturati per contenuti, ore e metodologia didattica con l'obiettivo di cercare di evitare la variabilità e la non riproducibilità degli interventi.

Dal Brasile Westphal documenta l'efficacia di un corso di 18 ore (distribuite su tre settimane), che include la pratica clinica: un corso simile è in grado di mantenere l'effetto sulla migliorata applicazione dei 10 passi dell'OMS/UNICEF<sup>18</sup> a distanza di 6 mesi<sup>19</sup>. Ancora dal Brasile Rea riesce a dimostrare come il corso di 40 ore migliori le conoscenze e le competenze del personale sanitario nel campo della comunicazione e come tale effetto si mantenga a distanza di 3 mesi<sup>20</sup>.

Entrambi questi studi sono randomizzati (evidenza scientifica di tipo I), ma l'outcome in nessuno dei due casi è costituito dalla prevalenza dell'allattamento al seno.

### Efficacia sul cambiamento della prevalenza dell'allattamento al seno e sulla salute infantile

Esistono fino a questo momento due soli studi controllati riguardanti l'effetto che la formazione del personale ha nell'aumentare concretamente il successo dell'allattamento al seno nella popolazione servita: il PROBIT condotto in Bielorussia<sup>21</sup>, e lo studio Burlo/ACP condotto presso 8 ospedali italiani<sup>22</sup>. La *Tabella II* li mette a confronto. Il PROBIT (*Promotion Breastfeeding Intervention Trial*) è un RCT multicentrico condotto su 34 aree sanitarie della Bielorussia. Alla randomizzazione individuale sul tipo di allattamento è stata preferita una randomizzazione a cluster, perché etica e meno suscettibile di contaminazione trasversale. Due dei 34 centri iniziali si sono ritirati dallo studio dopo la randomizzazione, mentre uno è stato eliminato per aver cercato di contraffare i dati statistici. Nella popolazione dell'area dove era stato condotto un corso di formazione di 18 ore non solo l'allattamento aumentava a 12 mesi e l'esclusività dell'allattamento aumentava sia a 3 che a 6 mesi, ma si riscontrava anche un miglioramento dello stato di salute derivante dalla maggior diffusione dell'allattamento al seno, nei termini di un minor numero di eczemi atopici e di infezioni gastrointestinali.

Lo studio Burlo/ACP è stato condotto su 8 aree-ospedale, ridottesi a 7 per chiusura di un punto nascita. Si tratta di uno studio controllato, con con-

fronto fra due gruppi di 4 ospedali ciascuno. Tutti e due i gruppi di ospedali partecipavano alla formazione, ma in tempi differenti per verificare se anche nei centri in attesa dell'intervento di formazione si potessero manifestare delle variazioni epidemiologiche riguardanti l'allattamento.

L'intervento di formazione era costituito da un corso di 18 ore modificato utilizzato per fare la formazione di formatori e a cascata la formazione degli operatori sanitari; questo intervento è risultato capace di far aumentare la durata e l'esclusività dell'allattamento materno, di determinare un miglioramento delle pratiche ospedaliere e un aumento delle conoscenze degli operatori sanitari sull'allattamento al seno.

## DISCUSSIONE

Il PROBIT e lo studio Burlo/ACP documentano per la prima volta l'efficacia del pacchetto di formazione dell'Iniziativa Ospedale Amico del Bambino. Due studi controllati di buon disegno mostrano quindi come a seguito di una formazione a base di corsi strutturati il personale sanitario riesca a modificare le proprie pratiche, le proprie routine, ma anche come aumentino la prevalenza, la durata, l'esclusività dell'allattamento al seno e in ultima analisi la salute della popolazione infantile.

Queste in sintesi le conclusioni. Ma sorgono subito alcuni interrogativi.

### Scelta dello strumento formativo

Un corso di formazione strutturato sull'allattamento al seno può suscitare fra i partecipanti alcune ben note reazioni sequenziali<sup>23</sup>, che possono disorientare gli organizzatori e gli stessi docenti. Innanzitutto c'è lo stupore: «A cosa ci serve un corso sull'allattamento al seno addirittura di 3 giorni?». Segue un atteggiamento di resistenza, che si manifesta quando i partecipanti (alcuni o la maggior parte fra loro) percepisce un vero e proprio attentato al proprio operato, alle routine in atto, alla propria storia. Questa resistenza raramente è passiva e il più delle volte porta a rifiuto, fastidio, abbandono, messa in discussione del corso. Vengono poi l'elaborazio-

CONFRONTO FRA STUDI CONTROLLATI PROBIT E BURLO-ACP

Caratteristiche degli studi	PROBIT	BURLO-ACP*
Obiettivo	Riduzione della morbilità	Efficacia della formazione
Disegno	Studio clinico randomizzato (RCT) a cluster	Controllato, non random
Periodo	1996-1997	1996-1998
Contesto	34 ospedali e poliambulatori	8 aree-ospedale
Paese	Bielorussia	Italia
Partecipanti	17.046 coppie madre-bambino	2669 coppie madre-bambino 571 operatori sanitari
Intervento	Corso di 18 ore ai responsabili	Corso di 18 ore modificato (formazione di formatori e di operatori sanitari)
Risultati	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento della prevalenza di allattamento al seno esclusivo a 3 mesi (43,3 vs 6,4%) e a 6 mesi (7,9 vs 0,6%)</li> <li>• Aumento della prevalenza di allattamento al seno all'anno di vita (19,7 vs 11,4%)</li> <li>• Riduzione delle infezioni gastrointestinali (9,1 vs 13,2%)</li> <li>• Pari numero di infezioni respiratorie (39,2 vs 39,4%)</li> <li>• Riduzione dell'eczema atopico (3,3 vs 6,3%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miglioramento delle pratiche ospedaliere:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. attacco al seno entro 12 ore dal parto: 27 vs 9%</li> <li>2. uso dei succhiotti: 56 vs 18%</li> <li>3. rooming-in a tempo pieno: 72 vs 89%</li> </ol> </li> <li>• Aumento della durata dell'allattamento al seno esclusivo a 3 mesi (20 vs 25%)</li> <li>• Riduzione del non allattamento al seno a 6 mesi (58 vs 38%)</li> <li>• Aumento del punteggio relativo a conoscenze degli operatori sanitari (da 0,41 a 0,72%)</li> </ul>

\* Lo studio comparava fra loro due gruppi di ospedali nei quali i corsi di formazione erano stati condotti in maniera sfasata. Nell'elencare i risultati dello studio Burlo-ACP vengono qui riportati i dati relativi a uno solo dei due rami dello studio (quello con il training più precoce nel tempo), che peraltro avevano evidenziato effetti simili in tempi diversi rispetto all'altro gruppo di ospedali con intervento di formazione più tardivo.

Tabella II

ne del conflitto, l'accettazione del corso (da parte della maggioranza, se non di tutti), l'emergere di una progettualità dei partecipanti nell'utilizzare in tutto o in parte i nuovi contenuti formativi.

Come ci racconta Kramer<sup>21</sup>, anche il personale sanitario bielorusso era scettico sul fatto che si potessero cambiare i comportamenti relativi all'allattamento al seno, considerate le innumerevoli difficoltà incontrate dalle madri. Anche queste difficoltà tuttavia furono superate quando vennero forniti incoraggiamento, insegnamenti e aiuto.

La proposta di un corso strutturato può comportare anche altri inconvenienti di tipo organizzativo, quali la difficoltà di togliere dall'assistenza il personale sanitario per tre giorni di seguito, il costo economico dell'operazione,

la tentazione di ridurre la durata del corso o di concentrarlo o di adattarlo troppo liberamente. Tutte queste manipolazioni, incidendo sullo strumento di formazione, hanno in sé il rischio di snaturarlo e di pregiudicare l'impatto della stessa formazione.

Se questi sono i problemi di un corso di tre giorni, si comprende a maggior ragione le difficoltà di organizzazione incontrate dal più impegnativo corso di 40 ore.

**Quanto sono generalizzabili i risultati?**

I risultati ottenuti in Bielorussia possono non essere immediatamente trasferibili nei Paesi industrializzati occidentali, per le differenze economiche, politiche e sociali esistenti. In Bielorussia

il sistema sanitario è centralizzato e gerarchizzato, simile a quello dell'Europa degli anni Sessanta, e questo può aver favorito l'attuazione in tempi molto rapidi (12-16 mesi) e a cascata di un tale programma di formazione.

Appaiono inoltre isolate nel panorama internazionale alcune caratteristiche del sistema socio-sanitario della Bielorussia, quali una degenza post-partum di 6-7 giorni (che favorisce il sostegno alle madri da parte degli operatori sanitari) e l'esistenza di un'aspettativa obbligatoria di maternità di ben 3 anni.

Lo studio Burlo/ACP dal canto suo è stato condotto in ospedali selezionati (per l'interesse dimostrato sulla promozione dell'allattamento al seno), con un notevole e costante sforzo personale da parte di un numero cospicuo di ricercatori e di operatori sanitari molto motivati. Ci si può domandare infine quali possano essere la fattibilità e l'impatto di un simile programma di formazione in centri non altrettanto dedicati. C'è il rischio che questi corsi di formazione non vengano promossi là dove sarebbero più necessari.

**L'efficacia dei corsi si mantiene nel tempo?**

Secondo Prasad<sup>24</sup> servono periodici rinforzi per mantenere un ospedale "amico del bambino". L'OMS ha del resto ravvisato l'opportunità di rivalutare nel tempo le strutture sanitarie già giudicate "amiche del bambino"<sup>25</sup>.

**Rapporto costi/benefici dei programmi di formazione**

Le risorse umane ed economiche da spendere nei programmi di formazione del personale sanitario non sono illimitate. La ricerca scientifica e l'analisi economica devono quindi essere in grado di stabilire quale sia il rapporto costi/benefici più vantaggioso nell'ambito dei vari interventi di formazione. In altre parole, per ogni singolo contesto, va definito quale sia il metodo di training più efficiente, quello che a parità di risultato consuma meno risorse.

**I peer counsellors**

Nell'ambito degli interventi possibili a livello della comunità per promuove

vere l'allattamento al seno non tutto è o dev'essere a carico del servizio sanitario. A questo proposito merita considerare attentamente nuovi tipi di esperienze quali quelle sul sostegno fra pari. Con questo termine si intende una serie di interventi di supporto sull'allattamento al seno, forniti da persone prive di competenze professionali (quindi esterne ai servizi sanitari), istruite per acquisire una specifica conoscenza sull'allattamento al seno<sup>8</sup>. Tipicamente si tratta di mamme che hanno allattato al seno con successo, e che in seguito hanno ricevuto un training per lavorare come consulenti fra pari (*peer counselors*) in via volontaria all'interno della comunità di residenza.

La maggior parte di questi programmi sono basati sul modello del sostegno fornito dalla Lega Internazionale per l'Allattamento Materno (LLL). Il supporto dei *peer counselors* consiste in visite a domicilio o, come nell'esperienza canadese<sup>26</sup>, in contatti telefonici. Questo sostegno è tale da far aumentare la durata dell'allattamento materno nei primi 5 mesi di vita<sup>27-29</sup> e di influire sulla salute infantile, riducendo gli episodi di diarrea<sup>28</sup>. Questo è stato dimostrato da studi controllati quantomeno in alcuni contesti specifici come Stati Uniti, Bangladesh, Messico e Canada. L'aggiunta di un supporto telefonico da parte dei *peer counselors* si è dimostrata in grado di aumentare la percentuale di allattamento esclusivo e completo (somma di esclusivo e predominante) per tutti i 3 primi mesi di vita<sup>26</sup>.

## CONCLUSIONE

Formazione del personale sanitario da un lato, e identificazione e preparazione dei *peer counselors* dall'altra, possono essere intesi e applicati come complementari o come alternativi. Importante è muoversi in questa direzione, cioè sviluppare questa cultura, dentro e fuori dall'ospedale.

In Italia, al momento attuale, l'aiuto offerto alle donne che allattano da parte dei servizi sanitari è largamente migliorabile.

Vi è una recente tendenza a voler dimostrare che anche un'astensione pro-

grammata da parte dei servizi sanitari nei riguardi del sostegno attivo alla donna che allatta può essere ancor più efficiente dell'intervento. La cosiddetta HOT (*Hands Out Technique*; la tecnica del "non metterci le mani") in occasione della prima poppata al seno dopo il parto riuscirebbe secondo esperienze fatte in Australia e in Gran Bretagna ad aumentare a distanza il successo dell'allattamento al seno<sup>30</sup>. Ma la HOT rischia di essere male interpretata; questa scelta degli operatori sanitari ha un suo valore solo in un contesto in cui un sostegno concreto e competente da

parte dei servizi sia già garantito e di buona qualità. Questo sostegno può allora non essere offerto in maniera attiva, proprio con l'intento di lasciar emergere le competenze materne, e per ridurre il rischio di snaturalizzare l'allattamento al seno. Non va inteso, però, come alibi alla deresponsabilizzazione da parte di servizi sanitari, né va semplicisticamente generalizzato.

## Bibliografia

1. Devoto-Oli. Dizionario della Lingua Italiana. Le Monnier, 1990.
2. De Mauro-Moroni. Dizionario di Base. Paravia, 1996.
3. Davanzo R. L'allattamento al seno e la formazione del personale sanitario. PRAE, Quaderni del Centro Scientifico Regionale di Prevenzione Sanitaria 1998;193-203.
4. Freed JL. National Assessment of Physicians' Breast-feeding Knowledge, Attitudes, Training and Experience. JAMA 1995;273:472-6.
5. Del Santo M, et al. La conoscenza dei pediatri sull'allattamento al seno. Quaderni ACP 1998;5 (4):10-2.
6. Davanzo R. Pediatric Education Research on Breastfeeding. A report from Italy. Rapporto alla Comunità Economica Europea. Rapporto interno, non pubblicato, 1996.
7. American Academy of Paediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 1997; 100:1035-9.
8. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, et al. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. Health Technology Assessment 2000;4(25).
9. Concato J, et al. Randomized, controlled trials, observational studies and the hierarchy of research designs. N Eng J Med 2000; 342:1887-92.
10. US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Ed 1996. WA, DC Dpt. of Health & Human Services.
11. Brimblecombe FSW, Cullen D. Influences on a mother's choice of method of infant feeding. Public Health 1977;91:117-26.
12. Blearkney GM, McErlain S. Infant feeding guidelines: an evaluation of their effect on health professionals' knowledge and attitudes. J Human Nutr Diet 1996;9:437-50.
13. Ellis DJ, Hewat RJ. Do nurses help or hinder mothers who breastfeed? J Adv Nurs 1983;8:281-8.
14. McIntyre E, Lawlor-Smith C. Improving the breastfeeding knowledge of health professionals. Aust Fam Physician 1996;25:S68-79.
15. Stokoe B, Clarey M. Failure breeds success. Health visitors 1994;67:179.
16. Breastfeeding management and promotion in a BFH: UNICEF 1993.
17. Breastfeeding counselling: a training course. Geneva, WHO/UNICEF 1993.
18. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Division of Child Health and Development, WHO 1998.

## MESSAGGI CHIAVE

- La cultura dell'allattamento al seno non è ancora sufficientemente radicata e diffusa nella popolazione italiana (e nemmeno in tutti i punti-nascita), dei quali solo una parte risponde ai requisiti dell'Ospedale Amico del Bambino, nello spirito della omonima iniziativa OMS/UNICEF.
- Nell'ambito di tale iniziativa sono stati proposti dei corsi strutturati di 18 o di 40 ore per il personale sanitario dei punti-nascita. Ci si attende che un personale convinto, motivato, e sufficientemente preparato da tali corsi possa modificare il proprio comportamento in modo da promuovere e sostenere a sua volta l'allattamento al seno nelle puerpere.
- Mancano studi controllati che misurino l'efficacia e che consentano di confrontare tra loro iniziative diverse e iniziative condotte in contesti culturali e socio-sanitari diversi.
- Due sole ricerche prospettiche, una effettuata in Bielorussia su 34 centri nascita e una italiana su 8 punti nascita, sono state condotte con criteri rigorosi e versus controlli non storici.
- Entrambi gli studi dimostrano convicentemente l'efficacia nei tempi medi di corsi di formazione strutturati sul personale ospedaliero nei riguardi della prevalenza e durata dell'allattamento al seno nei relativi territori.
- Sarà necessario mettere a confronto questi risultati e i costi di questo tipo di intervento, e confrontarli con altre forme di intervento attivo (*peer counselors*, corsi non strutturati, corsi alle gestanti, politica 2 mani dietro la schiena), per una valutazione costi/efficacia.

19. Westphal MF, et al. Breastfeeding training for health professionals and resultant institutional changes. *Bulletin of the WHO* 1995;73(4):461-8.  
20. Rea MF, et al. Counselling on breastfeeding: assessing knowledge and skills. *Bulletin of the WHO* 1999;77(6):492-8.  
21. Kramer MS, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT). A Randomized Trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413-20.  
22. Cattaneo A, Buzzetti R. On behalf of the Breastfeeding Research and Training Working Group. The effect of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ* 2001; 323:

1358-62.  
23. Armstrong HC. Breastfeeding promotion: training of mid-level and outreach health workers. *Int J Gynecol Obstet* 1990;31(Suppl 1):91-3.  
24. Prasad B, Costello AM. Impact and sustainability of a "baby friendly" health education intervention at a district hospital in Bihar, India. *BMJ* 1995;310(6980):621-3.  
25. The Baby Friendly Hospital Initiative. Monitoring and Reassessment. Tools to sustain progress. Document WHO/NHD/99.2 WHO Geneva.  
26. Dennis CL, et al. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous

women: a RCT. *CMAJ* 2001;166(1):21-8.  
27. Schader E, et al. Volunteer peer counselors increase breastfeeding duration among rural low-income women. *Birth* 1998;25(2):101-6.  
28. Morrow AL, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a RCT. *Lancet* 1999;353:1226-31.  
29. Haider R, et al. Effect of community-based peer counselors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a RCT. *Lancet* 2000;356:1643-7.  
30. Napier D. Hands off technique (HOT) has many benefits for breastfeeding mothers. *BMJ* 2001;1:322:9.

## GASTROENTEROLOGIA ESTREMA E NUTRIZIONE CLINICA IN PEDIATRIA

Trieste, 23-24-25 ottobre 2002

Mercoledì, 23 ottobre

Venerdì, 25 ottobre

### SESSIONI PARALLELE

#### A. Cosa resta della "diarrea cronica intrattabile"

Conducono A. Ventura (Trieste) e A.D. Phillips (Londra - UK)

La diarrea cronica "intrattabile" oggi - A.D. Phillips (Londra - UK)

La diarrea intrattabile sindromica - A. Barabino (Genova)

Diarrea intrattabile e malattie mitocondriali - A. Burlina (Padova)

Vere e false novità terapeutiche - M. Fontana (Milano)

Dubbi e certezze "dal vero": discussione di casi clinici - L. Zancan (Padova), A.

Barabino (Genova), A. Ventura (Trieste), C. Barbera (Torino), A. Guarino (Na)

#### B. Gastroenterologia e nutrizione clinica: quando il problema è prevenire il dolore. Ruolo ed esperienza delle infermiere

Moderano E. Barbi (Trieste) e B. Ranzato (Padova)

I punti del problema: prendendo spunto dalla fibrosi cistica - C. Loganes (Trieste)

Sedazione per manovre endoscopiche - F. Balsemin e M. Filafarro (Trieste)

Nutrizione enterale - C. Sassaro (Vicenza)

Nutrizione parenterale - A. Esposito (Bologna)

Nutrizione enterale nel cerebroleso - C. Stalio (Trieste)

Il dolore chirurgico - Z. Fontolan (Padova)

Giovedì, 24 ottobre

#### C. Intestino corto

Conducono M. Guglielmi (Padova) e M. Candusso (Cosenza)

La lista dei problemi - D. Faraguna (Monfalcone)

Quanto è corto? - A. Messineo (Firenze), P. Guastalla (Trieste)

Il limite della scelta tra enterale e parenterale - G. Torre (Bergamo)

La decontaminazione intestinale - S. Martellosi (Trieste)

#### D. Miti e realtà

Conducono M. Guglielmi (Padova) e G. Maggiore (Pisa)

L'epatopatia da NPT - M. Candusso (Cosenza)

Ossò e nutrizione parenterale - G. Di Leo (Trieste)

Giocare al raddoppio - J. Schleef (Graz - A)

#### E. Cateteri, pompe, formule, soluzioni: novità che contano

Conducono D. Faraguna (Monfalcone) e A. Messineo (Firenze)

Viste dall'industria (4 interventi di 10 minuti, 5 minuti di discussione)

Viste dal medico - E. Barbi (Trieste)

Viste dall'infermiera - R. Karniel (Trieste)

#### F. Gastroenterologia estrema e nutrizione clinica: la parola alle infermiere

Moderano C. Loganes (Trieste) e R. Sheldon Collins (Firenze)

La gestione delle enterostomie - P. Pavan (Genova), C. Pacetti (Genova)

Cateteri e famiglie - V. Taucar (Trieste)

PEG e qualità di vita: l'esperienza di un fisioterapista - S. Drigo (Trieste)

Il caso di Giulia - A. Esposito (Bologna), E. Barbi (Trieste)

Il caso di Andrea - C. Loganes (Trieste)

#### G. Pseudostruzione cronica intestinale

Moderano e commenta S. Amarri (Modena)

"Editoriale" di S. Amarri (Modena)

È possibile una classificazione istologica - G. Martucciello (Genova)

Ileostomia: quando, come, dove - A. Messineo (Firenze)

Procinetici e altri farmaci: ci pensiamo ancora? - A. Staiano (Napoli)

Enterale o parenterale? - F. Pesce (Alessandria)

#### H. Quando la MICI è veramente "estrema"

Moderano e commenta D. Turck (Lille - F)

La malattia ad esordio nei primi mesi di vita - A. Ventura (Trieste)

Il Crohn "totale", farmaco-resistente - D. Turck (Lille - F)

Megacolon tossico - P. Lionetti (Firenze)

MICI (o cosa?): 3 casi in meno di un'ora - P. Gandullia (Genova),

P. Lionetti (Firenze), S. Martellosi (Trieste)

#### I. Tavola rotonda: aspetti gestionali della nutrizione clinica domiciliare in pediatria

Moderano e commentano M. Candusso (Cosenza) e M. Muscaritoli (Roma)

Farmacia, Farmacie o Industria specializzata? F. Bradaschia (Trieste),

S. Zardo (Venezia), C. Storai (Firenze), S. Giannini (Firenze)

Prospettive e limiti dell'investimento della sanità pubblica - G. Simon (Udine)

Infermiere, pazienti e medici... al telefono - C. Loganes (Trieste), P. Pavan (Ge)

#### L. Il trapianto di intestino

Moderano A. Ventura (Trieste) e A. Messineo (Firenze)

Il Network Italiano sull'insufficienza intestinale cronica - A. Guarino (Napoli)

Storie italiane di lungo sopravvissuti in NPT: Alice - S. Martellosi (Trieste)

e Miriam, P. Gandullia (Genova)

Trapianto di intestino: sì, no, quando, come? - S. Amarri (Modena), B. Gridelli

(Bergamo), A. Guarino (Napoli), M. Guglielmi (Padova), J. Schleef (Graz - A)

Cose imparate e cose da imparare: spunti per un prossimo incontro - A. Ventura

(Trieste)

#### Per questo Congresso sono stati richiesti i crediti formativi (ECM)

**Presidenti:** Alessandro Ventura - Clinica Pediatrica dell'Università di Trieste - IRCCS "Burlo Garofolo"; Antonio Messineo - Chirurgia Pediatrica - Ospedale Pediatrico Meyer, Firenze

**Segreteria scientifica:** Egidio Barbi, Maria Grazia Di Leo, Luisella Giglio, Carmen Loganes, Federico Marchetti, Stefano Martellosi - Clinica Pediatrica - IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

**Segreteria organizzativa:** Quickline sas, via S. Caterina da Siena, 3 34122 TRIESTE; Tel. 040 773737-040 363586 Fax 040 7606590 cell. 333 5223519 e-mail: info@quickline.it

**Sede del Congresso:** The Abdus Salam International Centre of Theoretical Physics (ICTP), Strada Costiera n. 11 - 34014 TRIESTE