

Quali fattori influenzano l'allattamento al seno?

Indagine nell'ambulatorio dei pediatri di famiglia di Roma alla prima visita

Federico Marolla*, Flavia Luchino*, Serena Donati**, Michele Grandolfo**

*Pediatri di famiglia, Associazione Culturale Pediatri ACP-Lazio

**Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità

Abstract

Which factors influence breast feeding? A questionnaire - based survey during the first well child visit by family paediatricians in Rome

Aims Breastfeeding support, working on the basis of individual and local needs.

Methods 31 family paediatricians in Rome conducted a questionnaire-based survey at the first visit of each well-being newborn, from April-June 2004. 429 mothers coming from 34 Birth Centres in Rome participated, no one refused. Previous mothers' information and experiences regarding breastfeeding were investigated. Bivariate and multivariate analyses were conducted to identify variables predicting exclusive breastfeeding at the first visit.

Results 95% of the mothers declare a deep desire to breastfeed. More than 45% of newborns received formula supplementation in the Birth Centre. The first visit by family paediatrician occurs after about three weeks of life. At that moment, complete breastfeeding was present in 70% of cases and was related to: 1) attendance to birth preparation courses (OR 2.96; IC 95% 1.47-5.96; $p < 0.002$); 2) breastfeeding within 5 h after delivery (OR 2.11; IC 95% 1.08-4.13; $p < 0.03$); 3) no formula supplement in Hospital (OR 0.16; IC 95% 0.07-0.38; $p < 0.0001$); 4) mother's positive self-image (OR 4.62; IC 95% 2.59-9.33; $p < 0.0001$).

Discussion Family paediatricians need to be trained in order to overcome unavoidable difficulties in breastfeeding mothers, a better care coordination is needed in order to reduce avoidable failures. Periodic multidisciplinary and collaborative evaluations of effectiveness are necessary as a careful evaluation of mothers' narrations.

Quaderni acp 2006; 13(1): 6-10

Key words Breastfeeding. Training. Evaluation. Family paediatrician

Obiettivo Valutare le conoscenze, le attitudini e i comportamenti delle neomamme in base alle esperienze avute in gravidanza e al momento del parto.

Metodo 31 pediatri di famiglia di Roma hanno compilato un questionario insieme alle mamme di neonati sani e a termine, al momento della prima visita, nel periodo aprile-giugno 2004. Hanno partecipato 429 diadi mamma-bambino, provenienti da 34 Centri Nascita della città. Sono state valutate le precedenti informazioni e le esperienze vissute, con un'analisi bivariata e multivariata, per identificare i fattori associati all'allattamento esclusivo al momento della prima visita.

Risultati Il 95% delle mamme desidera fortemente allattare. Oltre il 45% dei neonati ha ricevuto latte artificiale nel Centro Nascita. La prima visita dal pediatra si verifica in media a 3 settimane di vita. In tale momento l'allattamento completo è attuato nel 70% dei casi, ed è associato a: 1) corso di preparazione al parto (OR 2,96; IC 95% 1,47-5,96; $p < 0,002$); 2) attacco al seno entro le prime 5 ore di vita (OR 2,11; IC 95% 1,08-4,13; $p < 0,03$); 3) nessun supplemento di latte artificiale in Ospedale (OR 0,16; IC 95% 0,07-0,38; $p < 0,0001$); 4) fiducia in se stessa (OR 4,62; IC 95% 2,59-9,33; $p < 0,0001$).

Discussione I pediatri di famiglia hanno bisogno di formazione specifica per affrontare le difficoltà inevitabili che l'allattamento al seno può incontrare, alcune di esse sono inutili ed evitabili con un migliore coordinamento delle cure. Molto può essere fatto per la formazione, che preveda periodiche valutazioni multidisciplinari e collaborative dei risultati, e comprenda un'attenta valutazione delle narrazioni delle mamme.

Parole chiave Allattamento al seno. Formazione. Valutazione. Pediatra di famiglia

Introduzione

L'allattamento al seno materno si associa a molti vantaggi per la salute e, in ultima

analisi, al risparmio in sanità (1-2). Le raccomandazioni internazionali per l'assistenza alla madre e al neonato (3-4)

riflettono quelle italiane pubblicate nel 2001 (5): si basano sul riconoscimento delle esigenze della diade madre-bambino e sul coordinamento del sostegno necessario, in modo che sia garantita la continuità assistenziale prevista dal Progetto Obiettivo Materno-Infantile (PSN 1998-2000) (6).

Il sostegno fornito dagli operatori ha un peso determinante a condizione che sia attuato da tutte le figure coinvolte, attraverso una preparazione specifica e una periodica valutazione comune dei risultati. Il pediatra di famiglia (PdF) è parte attiva di questa rete di sostegno alla mamma e al bambino e deve essere consapevole della possibilità di svolgere un ruolo efficace (7).

Un gruppo di PdF, che lavorano su tutto il territorio di Roma, si è posto l'obiettivo di documentare le informazioni e le esperienze con le quali le mamme si presentano alla prima visita medica, per analizzare i possibili fattori che hanno influenzato la modalità di allattamento, con la finalità di modulare eventuali interventi sulle reali necessità individuali e di sollecitare percorsi formativi integrati ed efficaci, mirati al contesto locale.

Pazienti e metodi

Lo studio, di tipo osservazionale, è stato effettuato mediante la somministrazione di un questionario. È stato preceduto da una fase pilota, al fine di verificare la validità del questionario come strumento d'indagine, e da un incontro con i pediatri partecipanti allo studio per unificare le modalità di rilevazione dei dati.

Il questionario è stato strutturato con risposte chiuse; in quelle che prevedevano un giudizio scalare da 1 a 10 è stato scelto come cut-off, indicatore di giudizio favorevole, il valore 7. Ciascun pediatra doveva somministrare il questionario alle mamme di tutti i bambini di età inferiore a 61 giorni, che consecuti-

Per corrispondenza:
Federico Marolla
e-mail: federico134@interfree.it

vamente venivano in ambulatorio per la prima visita.

Il pediatra era libero di iniziare e finire il reclutamento a propria discrezione durante il periodo temporale stabilito, purché l'arruolamento avvenisse consecutivamente. Criteri d'esclusione erano: bambini di peso inferiore ai 2500 g, bambini dimessi dall'ospedale dopo i 7 giorni dalla nascita, quelli che avevano subito un ricovero ospedaliero di qualunque tipo, sia in periodo perinatale che postnatale, bambini le cui mamme avevano ricevuto dai medici ospedalieri divieto di allattare al seno, gemelli, mamme di nazionalità non italiana con evidenti difficoltà di lingua.

La definizione circa le modalità di allattamento sono quelle dell'OMS: *allattamento esclusivo* (consumo di latte umano senza aggiunta di supplementi di alcun genere, fatta eccezione per vitamine, minerali e farmaci), *allattamento predominante* (integrazione con liquidi diversi dal latte non umano), *allattamento complementare* (integrazione con latte non umano), *allattamento artificiale*. L'insieme delle modalità "esclusivo" e "predominante" costituiscono l'*allattamento completo*.

L'analisi statistica è stata eseguita presso il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità utilizzando il programma STATA.

Le variabili sono state analizzate prima globalmente, quindi, confrontando le donne per parità, sono stati calcolati gli Odds Ratio (OR), i relativi Intervalli di Confidenza (IC) e la probabilità (p) di ottenere quel valore di OR o valori più estremi sotto l'ipotesi della non associazione. È stata infine effettuata un'analisi multivariata per quantificare i legami intercorrenti tra le variabili studiate.

Risultati

Hanno partecipato allo studio 31 PdF operanti nel territorio del Comune di Roma e due PdF operanti in due Comuni limitrofi, che hanno svolto lo studio nel periodo aprile-giugno 2004. Sono stati arruolati 429 bambini (258 primogeniti = 60,1%), nati nel Comune di Roma (34 Punti Nascita), tranne 21

TABELLA 1: CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE (N = 429)

Titolo di studio (%):	Materno	Paterno
licenza elementare	7 (1,6)	12 (2,8)
licenza media	58 (13,5)	84 (19,5)
diploma superiore	202 (47,0)	200 (46,7)
laurea	162 (37,9)	132 (31,0)
Peso alla nascita (g)	3300 (DS 421; mediana 3275)	
Parità	Primipare	258 (60,1)
	Pluripare	171 (39,9)
Modalità del parto	Eutocico	251 (58,4)
	Taglio cesareo	169 (39,4)
	Ventosa	9 (2,2)
Giorno di dimissione dal Centro Nascita	3° giorno	145 (33,8)
	4° giorno	163 (38,0)
	5° giorno	74 (17,2)
	6° giorno	28 (6,5)
	7° giorno	19 (4,5)
Età del bambino (giorni) alla prima visita pediatrica	Media	22,1 (DS ± 13,6)
	Mediana	19

(4,9%), nati in tre ospedali della Provincia (Marino, Tivoli e Genzano). Nessuna mamma si è rifiutata di sottoporsi al questionario. In *tabella 1* sono riportate le caratteristiche generali del campione studiato.

In *tabella 2* sono riportate le distribuzioni delle risposte per ciascuna domanda del questionario.

Quasi la metà delle donne ha partecipato al corso di preparazione al parto e per lo più le primipare (83,2%). L'argomento "allattamento al seno" è stato trattato nella quasi totalità dei corsi e affrontato in modo "sufficiente" o "molto buono" per oltre il 90% delle partecipanti.

Le tre domande successive riguardavano l'assistenza ricevuta presso il Centro Nascita (CN); il 31,7% dei bambini (27,1% dei figli di primipare, 39% dei figli di pluripare) è stato attaccato al seno entro un'ora dal parto; il 58,1% delle donne (57% delle primipare, 59,3% delle pluripare) ha espresso un giudizio positivo sull'aiuto ricevuto durante la degenza; il 39,2% (32,9% delle primipare, 48,5% delle pluripare) ha affermato con sicurezza che il bambino non aveva ricevuto alcuna aggiunta di latte artificiale prima della dimissione, mentre il 45% (50,8% delle primipare, 37,4% delle pluripare) ha avuto la certezza, perché l'ha visto, che è stato dato latte artificiale con il biberon nel CN.

Il 77,7% delle donne (67,8% delle primipare, 92,3% delle pluripare) tornate a casa si è sentito molto o sufficientemente sicuro riguardo alle proprie conoscenze sull'allattamento al seno.

Circa la modalità di allattamento attuata al momento della prima visita pediatrica, il 48,6% dei bambini era allattato al seno in modo esclusivo (45,3% delle primipare, 53,5% delle pluripare), il 21,9% in modo predominante (22,7% delle primipare, 20,6% delle pluripare), il 24,6% in modo complementare (26,5% delle primipare, 21,8% delle pluripare); il 4,9% dei bambini era alimentato solo con latte artificiale (5,5% delle primipare, 4,1% delle pluripare).

Il 10,4% delle donne (10,9% delle primipare, 9,6% delle pluripare) ammetteva di avere molte difficoltà riguardo all'allattamento al seno.

Infine il 93,7% delle donne che stavano allattando al seno ha espresso un forte desiderio di allattare e di continuare ad allattare.

In considerazione delle significative differenze riscontrate tra primipare e pluripare, è stata effettuata un'analisi multivariata solo nel gruppo delle primipare (*tabella 3*) con lo scopo di valutare l'effetto dei diversi fattori sull'allattamento al seno completo. Fattori indipendenti favorevoli l'allattamento al seno completo sono risultati: 1) aver frequentato un

TABELLA 2: DISTRIBUZIONE DELLE RISPOSTE (%) PER CIASCUNA DELLE DOMANDE DEL QUESTIONARIO (N = 429)

Ha frequentato un corso di preparazione al parto?		
Sì	199	(46,4)
No	230	(53,6)
Se sì, le hanno parlato di allattamento al seno?		
Sì, molto	131	(66,0)
Sì sufficientemente	48	(24,2)
Sì, ma non sufficientemente	13	(6,3)
No	7	(3,5)
Dopo quante ore dal parto le è stato attaccato al seno il bambino?		
Entro un'ora	136	(31,7)
Tra 1 e 5 ore	150	(35,0)
Tra 6 e 12 ore	99	(23,1)
Oltre 12 ore	44	(10,2)
In Ospedale è stata aiutata nell'allattamento al seno?		
Sì, molto	118	(27,5)
Sì, sufficientemente	131	(30,6)
Sì, ma non sufficientemente	65	(15,1)
No	115	(26,8)
In Ospedale hanno dato aggiunta di latte artificiale con il biberon?		
Sì, ne sono certa	193	(45,0)
Sì, ma non ne sono certa	68	(15,8)
No	168	(39,2)
Tornata a casa, si è sentita sicura riguardo alle sue conoscenze sull'allattamento al seno?		
Sì, molto	159	(37,1)
Sì, sufficientemente	174	(40,6)
No	96	(22,3)
Modalità di allattamento attuale (*)		
Al seno esclusivo	208	(48,6)
Al seno predominante	94	(21,9)
Complementare	105	(24,6)
Artificiale	21	(4,9)
Se sta allattando al seno, attualmente ha qualche difficoltà per quanto riguarda l'allattamento?		
No	243	(59,5)
Sì, ma sono solo piccoli dubbi	123	(30,1)
Sì, ho diverse/molte difficoltà	42	(10,4)
Se allatta, in una scala da 1 a 10, quanto desidera allattare al seno?		
Oltre 8	383	(93,7)
Inferiore a 8	25	(6,3)

* Dati ottenuti dall'incrocio delle risposte fornite alle due seguenti domande: "Attualmente somministra biberon a suo figlio?" (Risposte possibili: Sì, di latte; Sì, di tisana o altro; No) e: "Attualmente sta attaccando suo figlio al seno?" (Risposte possibili: Sì, esclusivamente; Sì, ma con aggiunta di latte; No). Per la classificazione OMS sulle modalità di allattamento si veda il testo a p. 7.

corso di preparazione al parto dove il tema dell'allattamento al seno è stato affrontato in modo esaustivo; 2) aver avuto la possibilità di attaccare al seno materno il bambino entro cinque ore dal parto; 3) non aver ricevuto alcuna aggiunta di latte di formula nel CN; 4) avere la consapevolezza di possedere, al rientro a casa, sufficienti informazioni riguardo all'allattamento al seno.

Discussione

Scopo dello studio era quello di valutare le conoscenze, le abitudini e i comportamenti delle mamme riguardo all'allattamento al seno, mediante un'intervista effettuata con un questionario, le cui domande miravano a valutare l'esperienza della donna avuta in gravidanza e al momento del parto.

Il nostro studio ha preso in considerazione neonati sani, a termine, che per la prima volta erano accompagnati nell'ambulatorio pediatrico per la visita medica, tipologia di bambini che attualmente costituisce il 95% dei neonati in Italia.

Innanzitutto si conferma l'efficacia del corso di preparazione al parto, che viene frequentato per lo più da donne alla prima gravidanza, seppure in una percentuale ancora troppo bassa (64,2%) (8).

Per quanto concerne l'assistenza ricevuta presso il CN, i nostri dati hanno evidenziato una discrepanza con le raccomandazioni delle linee guida nazionali (5) riguardo a due procedure neonatali importanti: il precoce contatto del neonato con il seno materno, che avviene entro un'ora dalla nascita per meno di un terzo dei bambini, e l'integrazione con latte di formula, che viene offerta a quasi la metà dei neonati (5). Per la somministrazione di latte artificiale il consenso informato delle mamme purtroppo non è ancora previsto. La SIN invece raccomanda con forza agli operatori di agire in modo coordinato affinché il bambino, che non presenta controindicazioni mediche, sia attaccato il prima possibile al seno e non riceva liquidi o alimenti diversi dal latte materno (5).

L'analisi delle risposte fornite al questionario è stata anche effettuata suddividendo la popolazione nei due principali sottogruppi: primipare e pluripare. Tale analisi ha permesso di rilevare alcune diffe-

TABELLA 3: ANALISI MULTIVARIATA NELLE PRIMIPARE (N= 242) PER FATTORI ASSOCIATI ALLA MODALITÀ DI "ALLATTAMENTO COMPLETO" (*)

Variabile		n**	%	Totale	OR agg***	IC (95%)	p
Scolarità materna	Elementare/medie	18	64,3	28	1		
	Media sup./laurea	146	68,2	214	0,69	0,26-1,82	0,460
Corso preparato	No	48	55,2	87	1		
	Sì, senza informazioni	5	35,7	14	0,49	0,12-2,00	0,320
	Sì, con informazioni	111	78,7	141	2,96	1,47-5,96	0,002
Modalità del parto	Spontaneo/ventosa	104	72,2	144			
	Cesareo	60	61,2	98	0,79	0,40-1,57	0,510
Tempo di attaccamento al seno	> 5 ore	75	61,0	123	1		
	≤ 5 ore	89	74,8	119	2,11	1,08-4,13	0,030
Aggiunta di latte in Ospedale	No	71	88,8	80	1		
	Sì/forse sì	93	57,4	162	0,16	0,07-0,38	0,000
Aiuto ricevuto in Ospedale	No/non sufficiente	64	62,8	102	1		
	Sì, sufficiente	47	70,2	67	1,08	0,49-2,26	0,850
	Sì, molto	53	72,6	73	0,80	0,34-1,86	0,600
Sicura delle proprie conoscenze su allattamento	No	36	45,6	79			
	Sì, sufficiente/molto	128	78,5	163	4,62	2,29-9,33	0,000

(*) Per la classificazione OMS sulle modalità di allattamento si veda il testo a p. 7

** Numero di donne che al momento della prima visita hanno dichiarato di allattare in modo completo

*** Odd Ratio aggiustato (OR nella multivariata)

renze importanti: ad esempio, tra le pluripare è minore l'intervallo di tempo per la prima poppata al seno, è minore la quota di bambini che riceve integrazione con latte artificiale in ospedale, ed è maggiore la fiducia in se stesse. Queste differenze sono probabilmente attribuibili alla precedente esperienza di maternità, che sembra in grado di fornire alla mamma e al neonato una sorta di chance in più per ricevere quelle procedure che favoriscono un sereno avvio dell'allattamento al seno, o di agire come fattore protettivo nei confronti delle procedure avverse. Abbiamo scelto di applicare il modello multivariato solo al gruppo delle primipare, escludendo quindi un possibile e importante fattore confondente rappresentato proprio dall'esperienza acquisita durante gravidanze precedenti. La partecipazione al corso di preparazione al parto, la precocità della prima poppata, l'assenza d'integrazione con latte artificiale e la sicurezza nelle proprie conoscenze sono risultati i fattori indipendenti associati in modo significativo all'allattamento completo, confermando

il peso dell'intervento degli operatori sanitari sia durante il corso di preparazione al parto sia durante la degenza presso il CN. Nonostante 6 donne su 10 abbiano manifestato una certa soddisfazione riguardo all'aiuto ricevuto durante la degenza, segno di un positivo rapporto con il personale medico e infermieristico, questa variabile non è risultata associata a una maggiore probabilità di effettuare l'allattamento in modo completo. È possibile che il modo in cui la domanda è stata formulata abbia sollecitato una risposta sul rapporto di tipo relazionale senza evidenziare un reale aiuto competente ed efficace.

Al momento della prima visita pediatrica quasi tutte le mamme dichiarano di desiderare fortemente di allattare, confermando precedenti indagini e quasi tutte attaccano il bambino al seno (8-9). Tuttavia il 24% viene anche alimentato con quote di latte artificiale somministrato con biberon e il 22% viene idratato con altri liquidi, sempre con il biberon, e questi sono fattori predittivi negativi importanti (1).

Recuperare un allattamento al seno completo in queste situazioni è particolarmente impegnativo, sia sul piano tecnico che relazionale, e richiede una motivazione profonda per il tempo professionale che si rende necessario. Il pediatra di famiglia ha un forte bisogno di formazione continua per sostenere in modo pratico le mamme che, pur desiderando fortemente allattare, si sentono insicure: questo tema fondamentale per la salute del bambino non rientra infatti nel curriculum accademico, se non come enunciato teorico.

I limiti all'intervento del PdF sono dunque legati sia al persistere di pratiche non coerenti con le attuali raccomandazioni per il sostegno dell'allattamento al seno (5) nei CN che alla sua stessa scarsa preparazione, e sono anche legati alla mancanza di coordinamento delle cure, che, secondo questi dati, lo mettono in contatto con la mamma quasi 3 settimane dopo il parto, tempo sufficiente perché alcuni comportamenti si siano strutturati in modo stabile all'interno della famiglia (5).

Ma il PdF è solo un anello di una catena e “il successo dell’allattamento dipende, quasi sempre, da un ‘gioco di squadra’, che dovrebbe vedere coinvolti la famiglia, l’ospedale, il pediatra di base ed eventuali figure ‘laiche’ (es. le consulenti per l’allattamento)” (10).

Un punto di forza di questo lavoro è il coinvolgimento consapevole delle mamme in prima persona: l’esposizione, nei singoli studi pediatrici, di dati legati al proprio territorio, può migliorare il processo di empowerment, rappresentando un ritorno delle informazioni alle famiglie (11).

Un altro punto di forza è il percorso formativo che la ricerca sul campo rappresenta per i pediatri.

Un limite di questo lavoro riguarda il campione di popolazione studiato, che non può essere considerato rappresentativo della popolazione generale: infatti si è dimostrato un più elevato livello d’istruzione dei genitori rispetto a quello della popolazione di Roma, aspetto riconducibile alle difficoltà che le classi meno istruite hanno a rivolgersi ai servizi sanitari.

Un secondo limite è il questionario stesso, redatto dai pediatri per la non disponibilità di uno strumento condiviso a livello nazionale. La sua preparazione è stata di indubbio significato formativo per chi ha partecipato al lungo lavoro di stesura, ma, ancora una volta, alcuni dati sono scarsamente confrontabili con studi analoghi. In futuro sarà necessario che lavori così coinvolgenti e impegnativi siano effettuati in modo coordinato a livello nazionale.

Conclusione

Riteniamo che questo studio effettuato dai pediatri di famiglia sul proprio territorio, metta in risalto il bisogno di formazione e collaborazione interdisciplinare, con periodiche valutazioni dei risultati ottenuti, come fonti principali di apprendimento, basate anche sulla raccolta di testimonianze narrative delle mamme (11,12). ♦

Pediatri partecipanti

Gina Aceti, Patrizia Calamita, Cristina Ciuffo, Claudia Cives, Vincenzo Calia, Rossella Claudia

Cannavò, Eliana Coltura, Serenella Corbo, Maria Luisa Criscione, Rita De Angelis, Patrizia Del Balzo, Tiziana Gazzotti, Flavia Luchino, Luisa Marolla, Federico Marolla, Fernalda Melideo, Patrizia Montani, Donatella Morano, Paolo Nardini, Lucia Oliviero, Manuela Orrù, Antonio Palma, Elena Porro, Laura Reali, Carla Roberti, Lorena Salvatori, Vittoria Sarno, Silvia Spaterna, Stefano Uccella, Michela Valente, Caterina Vignuda.

Bibliografia

- (1) Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, et al. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. POLICY STATEMENT. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.
- (2) Ball TM, Bennett DM. The economic impact of breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48:253-62.
- (3) WHO/CHD/98.9 Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.htm
- (4) Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, et al. Promotion of Breastfeeding in Europe project. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr* 2005;8:39-46.
- (5) Davanzo R, Carlucci A. Raccomandazioni della Società Italiana di Neonatologia (SIN) sull’allattamento materno per i nati a termine, di peso appropriato, sani. *Medico e Bambino* 2002;21:91-8.
- (6) Il Progetto Obiettivo Materno-Infantile (POMI): la tutela della Salute Mentale in età infantile e adolescenziale: il Documento che ha ricevuto parere favorevole dal Consiglio Superiore di Sanità per la tutela del bambino e l’assistenza dalla nascita alla maggiore età (PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000). <http://www.abramo.it/asl7/HTML/Consultori/ProgMat.pdf>.
- (7) Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayril AS, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005;115:e139-46.
- (8) 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>.
- (9) Istituto Nazionale di Statistica. Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno. Indagine multiscopo sulle famiglie – “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”. Anni 1999-2000. ISTAT, Roma 2002.
- (10) Conti Nibali S. Un sostegno competente fa crescere l’allattamento al seno. *Quaderni acp* 1999; 6:38.
- (11) Wertlieb D. American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. Converging trends in family research and pediatrics: recent findings for the American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. *Pediatrics* 2003;111:1572-87.
- (12) Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, et al. Mothers’ and clinicians’ perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. *Pediatrics* 2004;113:e405-11.

Associazione Culturale Pediatri
Centro per la Salute del Bambino

EBM E LETTURA DI ARTICOLI DI LETTERATURA COME STRUMENTI DI FORMAZIONE CONTINUA PER IL PEDIATRA

Presupposti: Il bollettino bimestrale ACP/CSB “La sorveglianza della letteratura per il pediatra”, può diventare uno strumento efficace e partecipato di formazione e aggiornamento nel gruppo locale ACP, al di là della lettura “personale”.

Obiettivo generale: Porre i pediatri in grado di prendere parte attivamente a esperienze di *Journal Club*.

Programma

PRIMA GIORNATA

1ª sessione (1 ora): Lettura di un trial clinico randomizzato (RCT). Commenti e quesiti

2ª sessione (3 ore): Valutazione critica di un RCT: significato e applicazione di intention to treat analysis, rischio relativo, odds ratio, intervalli di confidenza, number need to treat. Sintesi e confronto sulla trasferibilità dei risultati nella pratica clinica quotidiana: significatività statistica vs rilevanza clinica

SECONDA GIORNATA

1ª sessione (1 ora): Lettura di una revisione sistematica (RS). Commenti e quesiti specifici

2ª sessione (3 ore): Valutazione critica di una revisione sistematica: qualità metodologica, risultati, sensitivity analysis, grafici di metanalisi. Sintesi e commento sulla trasferibilità dei risultati nella pratica clinica quotidiana

TERZA GIORNATA

1ª sessione (1 ora): Lettura di un articolo di prognosi. Commenti e quesiti specifici

2ª sessione (3 ore): Valutazione critica approfondita di un articolo di prognosi: qualità metodologica, presentazione del lavoro, risultati. Sintesi e commento sugli elementi di trasferibilità dei risultati dello studio nella pratica quotidiana

QUARTA GIORNATA

1ª sessione (1 ora): Lettura di un articolo di diagnosi. Commenti e quesiti specifici

2ª sessione (3 ore): Valutazione critica approfondita di un articolo di diagnosi: qualità metodologica e risultati, la tabella 2x2. Sintesi e commento sulla trasferibilità dei risultati dello studio nella pratica quotidiana, Post test e valutazione del corso con questionario

Segreteria del corso

Federica Zanello, Michele Gangemi, Fabrizio Fusco

Organizzazione

Mariarosa Milinco
Centro per la Salute del Bambino (CSB)
Via dei Burlo 1 - 34123 Trieste
Tel. 040300551 - Fax: 0403224842
E-mail: mariarosa.milinco@csbonlus.org
Maggiori dettagli sul sito www.acp.it