

# L'allattamento al seno nel Dipartimento Interaziendale Materno-Infantile di Firenze

## Prevalenza e fattori associati

Gherardo Rapisardi\*, Saverio Caini\*\*, Alessandro Barchielli\*\*, Carla Bondi\*\*\*

\*UO di Patologia Neonatale e Pediatria Preventiva, AOU Meyer, Firenze; \*\*Unità di Epidemiologia, ASL 10 Firenze;

\*\*\*UO di Attività Sanitarie di Comunità, ASL 10 Firenze

### Abstract

**Breastfeeding in a Paediatric Health Department in Florence, Italy: prevalence and associated factors**

**Objective** To study breastfeeding prevalence and its associated factors in a Health Department in Florence, Italy, during a three year project for breastfeeding promotion, protection and support at birth.

**Methods** A study on breastfeeding prevalence at hospital discharge and at the first, second and third vaccination, through a survey submitted for 4 weeks. Outcome variables have been: full breastfeeding (exclusive + predominant) and breastfeeding (any type), evaluated during the child's survey. Factors relative to the child (gender, weight, gestational age, order of birth, type of labour, rooming-in, analgesic use for non Cesarean delivery, the use of a pacifier) and to the mother (age, nationality, educational level, smoke, illness interfering with breastfeeding or problems such as rhaegades or abscesses) have been investigated. Data have been collected with descriptive and multivariate statistics (stepwise logistic regression).

**Results** 1231 children of 0-13 months have been studied. Full breastfeeding prevalence at hospital discharge and at 3 and 5 months is 66.8%, 48.5% and 31.4% respectively. Breastfeeding prevalence for any type of breastfeeding is 95.3%, 71.9% and 62.2% respectively; 30.6% of mothers are still breastfeeding at 12 months. Independent and negatively associated factors for any type of breastfeeding considered are: the use of a pacifier, maternal smoke, low birth weight, prematurity, absence of rooming-in. Full breastfeeding is negatively associated to Cesarean delivery, mother from a different nationality and female gender.

**Conclusions** Prevalence data in Florence resulted similar to other recent Italian studies but with a high prevalence of partial breastfeeding starting from hospital discharge. Our study seems to confirm the association of different biological and social factors in breastfeeding, with differences between full and other types of breastfeeding. These data are a starting point indicator for a breastfeeding promotion project in Florence's DIMI (Department of maternal and child's health); they will be compared with the ones collected at the end of the first 2007 semester, the project's outcome indicators.

Quaderni acp 2007; 14(1): 6-10

**Key words** Breastfeeding. Health promotion. First year of life

**Obiettivo** Studiare la prevalenza dell'allattamento al seno e i principali fattori a esso associati nel Dipartimento Interaziendale Materno-Infantile di Firenze all'inizio di un progetto triennale (2004-2006) per la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento materno all'interno del percorso nascita.

**Metodi** Studio trasversale sulla prevalenza dell'allattamento al seno alla dimissione dal Punto Nascita, alla prima, seconda e terza vaccinazione, mediante somministrazione di un questionario per un periodo di quattro settimane. Le variabili di outcome sono state l'allattamento al seno pieno (esclusivo + predominante) e l'allattamento al seno (di qualsiasi tipo), valutati al momento dell'intervista del bambino. Sono stati indagati fattori relativi al bambino (sesso, peso, età gestazionale, ordine di genitura, tipo di parto, presenza nell'ospedale di rooming-in, uso di analgesia nel parto non cesareo, uso del succhiotto) e alla madre (età, nazionalità, titolo di studio, fumo, presenza di patologie che controindicano l'allattamento al seno o di disturbi come ragadi, ingorgo, ascessi mammari). I dati sono stati analizzati con la statistica descrittiva e con quella multivariata (regressione logistica stepwise).

**Risultati** La popolazione dello studio è risultata di 1231 bambini di età compresa tra 0 e 13 mesi. La prevalenza alla dimissione e a 3 e 5 mesi è risultata per l'allattamento pieno del 66,8%, 48,5% e 31,4%, e per l'allattamento al seno (di qualsiasi tipo) rispettivamente del 95,3%, 71,9% e 62,2%; a 12 mesi allatta il 30,6% delle madri. I fattori indipendentemente e negativamente associati all'allattamento pieno e a quello di qualsiasi tipo sono risultati: l'uso del succhiotto, il fumo materno, il basso peso e la prematurità, l'assenza del rooming-in. L'allattamento pieno è risultato associato negativamente anche a parto cesareo, madre straniera e sesso femminile.

**Conclusioni** I dati sulla prevalenza dell'allattamento al seno nel DIMI di Firenze sono risultati globalmente simili a quelli di altri studi italiani recenti, ma con un'elevata prevalenza di allattamento parziale fin dalla dimissione dall'ospedale. Il nostro studio sembra confermare l'associazione di fattori biologici e sociali con l'allattamento al seno, evidenziandone alcune differenze tra quello pieno o meno. I dati, che costituiscono un indicatore di partenza del progetto per la promozione dell'allattamento al seno nel DIMI di Firenze, saranno confrontati con quelli rilevati nel primo semestre del 2007, indicatore di esito del Progetto.

**Parole chiave** Allattamento al seno. Promozione di salute. Primo anno di vita.

Per corrispondenza:  
Gherardo Rapisardi  
e-mail: g.rapisardi@meyer.it

ricerca

Nell'area metropolitana di Firenze è in corso un progetto triennale (2004-2006) per la Promozione dell'allattamento al seno all'interno del Percorso Nascita, condotto dal Dipartimento Interaziendale Materno-Infantile (DIMI), dall'Azienda Sanitaria di Firenze e dalle AOU Careggi e Meyer.

Il Progetto, promosso a livello nazionale dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e sostenuto dalla Regione Toscana, si pone come obiettivo generale quello di aumentare la prevalenza dell'allattamento al seno attraverso una serie di interventi a più livelli nel Percorso Nascita: dalla formazione degli operatori sanitari con corsi di 18 ore, all'informazione della popolazione, al miglioramento dell'organizzazione, integrazione e qualità di alcune pratiche assistenziali volte alla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno lungo tutto il Percorso Nascita (come per esempio i corsi di preparazione alla maternità, il rooming-in, l'assistenza al puerperio).

Nel 2004 gli unici dati di prevalenza dell'allattamento al seno nel territorio del DIMI di Firenze erano quelli derivati dall'indagine conoscitiva sul Percorso Nascita nel 2002 coordinata dall'ISS ed elaborati dall'Agenzia Regionale di Sanità della Regione Toscana (1). Da essi risultava che nel territorio del DIMI di Firenze circa il 70% dei neonati, al rientro a casa, era stato allattato al seno in modo pieno, il 22% aveva ricevuto allattamento misto, il 4% esclusivamente latte artificiale. L'allattamento al seno, in modo pieno o parziale, si riduceva poi progressivamente fino al 26% a 12 mesi. Il limite di questi dati è però dovuto al notevole recall period (le interviste alle madri sono state fatte a 12 mesi), non corrispondente a quello raccomandato a livello internazionale, e dalla relativa esiguità del campione (178 donne dell'area fiorentina su 1657 della Regione Toscana).

Nel corso dei mesi di aprile e maggio 2004 è stata svolta un'indagine sulla prevalenza dell'allattamento al seno nel primo anno di vita nel territorio del DIMI di Firenze, al fine di poter disporre di dati indicativi dello stato dell'allattamento all'inizio del Progetto e dei principali fattori materni e del bambino a esso associati.

## Popolazione e metodi

L'Azienda Sanitaria di Firenze (ASL 10) comprende 33 Comuni, raggruppati attualmente in 4 Società della Salute corrispondenti alle 4 Zone/Distretto (Fiorentina, Fiorentina Nord Ovest, Fiorentina Sud Est, Mugello), e circa 800.000 abitanti. L'assistenza sanitaria al Percorso Nascita viene erogata in 4 ospedali pubblici (3 della ASL e 1 nella AOU Careggi), 2 cliniche private, 39 consultori pubblici e negli ambulatori dei pediatri di famiglia. Nel 2003 i nuovi nati sono stati circa 7600, valore rimasto sostanzialmente stabile nel 2004.

Lo studio condotto è stato di tipo trasversale mediante la somministrazione di un questionario alla dimissione dal Punto Nascita, alla prima, seconda e terza vaccinazione. Come raccomandato a livello internazionale, il recall period per la raccolta delle informazioni è stato quello delle ultime 24 ore, salvo nel caso dell'allattamento alla dimissione per il quale tale periodo va dalla nascita alla dimissione. Le informazioni raccolte hanno permesso di catalogare l'allattamento al seno secondo le raccomandazioni internazionali (2) e cioè:

- ▶ **allattamento esclusivo:** latte materno (succhiato o spremuto), gocce o sciroppi medicinali (vitamine, minerali, farmaci) e nient'altro;
- ▶ **allattamento predominante:** come sopra, ma con l'immissione di liquidi non nutritivi (acqua, semplice o zuccherata, e bevande acquose come tè, camomilla, tisane, infusioni, succhi di frutta, e soluzioni per la reidratazione orale), con l'eccezione dei succhi di frutta e dell'acqua zuccherata; nessun altro liquido con alimenti è permesso in questa categoria;
- ▶ **allattamento parziale (o complementare):** come sopra, ma con l'aggiunta di alimenti nutritivi liquidi (latte liquido o in polvere, brodi di carne o vegetali), semiliquidi (pappe di cereali, verdura, frutta, carne, pesce) e solidi (biscotti, farinacei);
- ▶ **allattamento artificiale:** alimentazione senza latte materno.

La somma di allattamento esclusivo + predominante è denominata **allattamento pieno (full breastfeeding)**.

Sono stati raccolti dati sul bambino

(sesso, peso, età gestazionale, ordine di genitura, tipo di parto, presenza di rooming-in, uso di analgesia nel parto non cesareo, uso del succhiotto) e sulla madre (età, nazionalità, titolo di studio, fumo, presenza di patologie che controindicano l'allattamento al seno o di disturbi come ragadi, ingorgo, accessi mammari).

I questionari sono stati somministrati al momento delle 3 vaccinazioni obbligatorie in 12 consultori (uno per ciascun ex distretto, selezionando quello con il maggior numero di accessi), da parte dei referenti infermieristici o loro delegati, previa riunione organizzativa; nei Punti Nascita la raccolta dei dati è stata eseguita dai referenti specifici del Progetto per il personale medico, ostetrico e infermieristico.

Il numero di questionari da somministrare per ogni momento di indagine (nascita, prima vaccinazione ecc.) è stato calcolato per poter ricavare a una seconda rilevazione, in maniera statisticamente significativa, una variazione dell'allattamento pieno del 15% a 3 mesi di vita e del 10% a 6 mesi, come previsto dall'obiettivo generale del Progetto, tenendo conto di un alfa di 0,05, con un test a una coda, una potenza dell'80%, una prevalenza del fenomeno del 50% (vicina a quella riportata nello studio dell'ISS del 2002 per l'allattamento pieno, che per la Toscana è stata del 55% a 3 mesi) e una possibile variazione della stima di  $\pm 10\%$ . È stata così ottenuta una numerosità di circa 300 bambini per ogni fase di rilevazione (nascita, prima vaccinazione ecc.). In base alle frequenze delle dimissioni dai singoli Punti Nascita e agli accessi medi ai consultori, è stato determinato il tempo necessario per raggiungere la dimensione attesa del campione di studio. I questionari sono stati raccolti in un arco temporale definito (circa 4 settimane), intervistando tutte le mamme dimesse o presentatesi ai consultori per una vaccinazione del bambino. L'unico criterio di esclusione era la non comprensione della lingua parlata dall'intervistatrice.

L'età dei bambini è stata calcolata in giorni e trasformata in mesi compiuti (es. 2 mesi = 60-89 gg). Dato che la numerosità di alcune classi di età era prevedibilmente bassa, perché non comprese nelle

normali età delle vaccinazioni, è stato previsto di poter accorpare due classi di età contigue in questi casi, per poter giungere a una numerosità sufficiente di circa 50 casi per classe di età, esprimendo poi l'età media del campione considerato.

Per l'analisi statistica le variabili materne e del bambino sono state rese dicotomiche. I dati sono stati analizzati con la statistica descrittiva e con l'analisi multivariata (regressione logistica stepwise, con il metodo forward, utilizzato con un  $p$  di entrata di 0,10), considerando come variabili di outcome l'allattamento al seno pieno e l'allattamento al seno (di qualsiasi tipo, cioè allattamento pieno più quello parziale), valutati al momento dell'intervista del bambino.

## Risultati

In tutto sono stati raccolti 1241 questionari, di cui 10 sono stati scartati per incompletezza nella compilazione. Il numero totale di questionari analizzati è stato di 1231, di cui 337 alla dimissione dal Punto Nascita, 294, 308 e 292 rispettivamente alla prima, seconda e terza vaccinazione. La numerosità del campione, suddivisa per età, e le caratteristiche della popolazione di studio sono riportate rispettivamente nelle *tabelle 1 e 2*.

La *tabella 3* riporta i dati relativi alle varie categorie di allattamento rispetto alle varie classi di età considerate.

Nelle *tabelle 4 e 5* sono riportati i risultati dell'analisi logistica multivariata per le variabili risultate significativamente

**TABELLA 1: NUMEROSITÀ DEL CAMPIONE IN BASE ALL'ETÀ (M = MESI COMPIUTI)**

Età (M)	N.	%
0 (dimissione)	337	27,4
2	69	5,6
3	196	15,9
4	102	8,3
5	185	15
6	37	3
7	12	1
10	17	1,4
11	67	5,4
12	144	11,7
13	65	5,3
<b>Totale</b>	<b>1231</b>	<b>100</b>

**TABELLA 2: CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE DI STUDIO (N = 1231)**

Madre	%
Nazionalità italiana	84
Età < 25 anni	7
Titolo di studio basso (elementare o medie inferiori)	25,3
Fumo	13,4
Parto spontaneo	76
Analgesia in travaglio*	7,8
Problemi al seno (ragadi, ingorgo, mastite)	18,3
Bambino	%
Sesso maschile	52,1
Peso $\geq$ 2500 g	93,8
Prematurità (<37 sett. e.g.)	9
Primogenito	57
Assenza di rooming-in	64,1
Uso del succhiotto	55,3

\* esclusi i cesarei

associate rispettivamente all'allattamento pieno e all'allattamento al seno.

L'uso del succhiotto e il fumo materno sono risultati i fattori maggiormente associati in modo negativo alla prevalenza dell'allattamento al seno; poter usufruire di rooming-in e partorire a termine e un neonato di peso normale sono fattori significativamente associati a una maggiore probabilità di allattare al seno, sia in modo pieno che non. Essere italiana, partorire in modo spontaneo e avere un figlio di sesso maschile sono invece associati significativamente con una maggiore possibilità di allattare in modo pieno.

Per i problemi del seno, riferiti dal 18,3% delle madri intervistate, esiste un trend verso un'associazione inversa con l'allattamento al seno.

Tra le varie analisi statistiche effettuate, interessante appare il dato sull'uso del succhiotto nella popolazione studiata, presente complessivamente nel 27,2% dei neonati alla dimissione e nel 63% a 2 mesi, valore che resta stabile successivamente fino ai 13 mesi di età. Alla dimissione solo il 17,8% dei neonati con allattamento pieno usa il succhiotto (l'11,8% di quelli in allattamento esclusivo e il 32,8% degli allattati in modo predominante), rispetto al 44,1% di quelli con allattamento parziale e il 60% dei

non allattati al seno. La correlazione con il tipo di allattamento si riduce a partire dai 2-3 mesi di età (56,4% degli allattati in modo pieno, 66,1% di quelli in allattamento parziale e 76,9% dei non allattati), valori che non subiscono successivamente variazioni significative.

Degna di nota anche l'associazione emersa tra uso del succhiotto e problemi del seno (il 69% delle donne con un problema del seno aveva bambini che usavano il succhiotto rispetto al 50% delle donne senza un problema del seno,  $p < 0,0001$ ) e tra uso del succhiotto e bassa scolarità (uso del succhiotto nel 61% dei bambini con madre con licenza elementare o media inferiore rispetto al 51% di quelle con livello di scolarità superiore,  $p < 0,005$ ).

## Discussione

La prevalenza dell'allattamento al seno nel DIMI si situa all'interno del panorama generale italiano, evidenziando una prevalenza globale dell'allattamento al seno, di qualsiasi tipo (95%, 72%, 51% e 30% rispettivamente a 0, 3, 6 e 12 mesi) in linea con i dati italiani, ma con una elevata prevalenza di allattamento parziale fin dalla dimissione dall'ospedale (3-4). L'allattamento pieno (esclusivo + predominante) è risultato infatti del 67%, 48% e 20% rispettivamente a 0, 3 e circa

**TABELLA 3: DISTRIBUZIONE DELLE PERCENTUALI DI ALLATTAMENTO ALLE DIVERSE ETÀ NEL CORSO DEI PRIMI 13 MESI DI VITA**

Allattamento al seno pieno (esclusivo + predominante) (%)	Allattamento al seno parziale (%)	Allattamento al seno (%)	Non allattati al seno (di qualsiasi tipo) (%)	N.	
0 (dimissione)	66,8	28,5	95,3	4,7	337
2	66,7	18,8	85,5	14,5	69
3	48,5	23,4	71,9	28,1	196
4	37,3	26,4	63,7	36,3	102
5	31,4	30,8	62,2	37,8	185
6-7 m (6,25)*	20,4	30,6	51,0	49,0	49
10-11 m (10,8)*	0,0	41,7	41,7	58,3	84
12	0,0	30,6	30,6	69,4	144
13	0,0	13,8	13,8	86,2	65
<b>Totale</b>					<b>1231</b>

\* Tra parentesi viene espressa l'età media del campione considerato accorpando le due classi di età specificate.

6 mesi. Come dimostrato da esperienze internazionali e italiane, e in particolare all'interno degli ospedali dove è stata condotta una specifica formazione per adeguare le pratiche a quelle raccomandate a livello internazionale secondo i dieci punti dell'OMS e Unicef per promuovere l'allattamento al seno, la percentuale di allattamento pieno alla dimissione dal Punto Nascita può raggiungere l'85-90%, ed essere ancora del 65-70% a 3 mesi (5-6).

Il ruolo della formazione degli operatori sanitari volta al sostegno e alla promozione dell'allattamento al seno è ben dimostrato, in particolare per quanto riguarda le pratiche ospedaliere che consentono un buon avvio dell'allattamento al seno (6-7). In tal senso molte evidenze sono disponibili sulle positive ricadute della *Baby Friendly Hospital Initiative* a livello mondiale (8-9).

Per poter invece elevare il tasso di allattamento pieno dopo la dimissione ospedaliera e in particolare dopo i 3 mesi di vita, quando i fattori sociali e culturali sono prevalenti (ritorno al lavoro, introduzione di alimenti non lattei ecc.), sono necessari interventi ancora più articolati e a vari livelli, tra cui anche la formazione degli operatori sanitari maggiormente impegnati in quella fase, quali i pediatri di famiglia (10).

Lo stesso vale per poter migliorare i tassi di allattamento a 12 mesi, che pur raggiungendo nel DIMI il 30%, un dato discreto nel panorama italiano, sono sempre lontani dalle raccomandazioni

**TABELLA 4: FATTORI ASSOCIATI SIGNIFICATIVAMENTE ALL'ALLATTAMENTO PIENO (ANALISI LOGISTICA MULTIVARIATA)**

Variabile	Odds Ratio	IC 95%	p
Uso del succhiotto	0,31	0,23 - 0,42	< 0,0001
Fumo	0,33	0,20 - 0,54	< 0,0001
Peso ≥ 2500 g	3,18	1,36 - 7,42	< 0,01
Madre italiana	2,02	1,29 - 3,17	< 0,005
Assenza di rooming-in	0,65	0,48 - 0,88	< 0,01
Sesso maschile	1,41	1,05 - 1,88	< 0,05
Parto spontaneo	1,51	1,06 - 2,16	< 0,05

**TABELLA 5: FATTORI ASSOCIATI SIGNIFICATIVAMENTE ALL'ALLATTAMENTO AL SENO DI QUALSIASI TIPO (ANALISI LOGISTICA MULTIVARIATA)**

Variabile	Odds Ratio	IC 95%	p
Uso del succhiotto	0,30	0,22 - 0,41	< 0,0001
Fumo	0,43	0,28 - 0,64	< 0,0001
Prematurità (e.g. < 37 sett.)	0,50	0,30 - 0,82	< 0,01
Assenza di rooming-in	0,68	0,50 - 0,94	< 0,05
Problemi del seno	0,72	0,49 - 1,03	< 0,07 n.s.

internazionali (allattamento esclusivo fino a 6 mesi di vita e sostegno a prolungare l'allattamento oltre il primo anno di vita).

I dati emersi dall'analisi multivariata confermano in buona parte quanto ampiamente dimostrato in letteratura: tra i fattori esaminati, il fumo materno, la mancanza di rooming-in, il taglio cesareo e il basso peso alla nascita sono fattori che si associano negativamente con la probabilità di allattamento al seno,

specie per l'allattamento pieno. Anche l'uso del succhiotto è associato a un minore allattamento, di qualsiasi tipo. Ciò è molto evidente alla dimissione dalla maternità, mentre tale associazione si riduce con l'aumentare dell'età del bambino. Questa associazione è molto dibattuta in letteratura, dove prevale l'opinione che l'uso del succhiotto nei primi giorni e settimane possa essere di ostacolo all'avvio e primo mantenimento di un buon allattamento (8-12). Anche le re-

centi raccomandazioni dell'AAP per la prevenzione della SIDS (mettere a dormire il bambino con il succhiotto potrebbe avere un ruolo protettivo per la SIDS) indicano di evitarne l'uso nel primo mese di vita, proprio per favorire l'instaurarsi di un buon allattamento (13). Interessante appare anche l'associazione emersa tra uso del succhiotto e problemi del seno, che, come è noto, possono essere entrambi correlati con una minor efficacia della suzione del bambino, principale determinante della produzione latte: il succhiotto come possibile fattore disturbante, i problemi quali ragadi, ingorgo e mastite come conseguenza di un attacco e suzione inadeguati.

Molto chiaro appare il ruolo del rooming-in, pratica raccomandata da anni a livello nazionale e internazionale, che sostiene e promuove l'adattamento fisiologico del neonato e della madre e quindi anche l'allattamento al seno; al momento di questa rilevazione il rooming-in era presente in quattro dei sei Punti Nascita interessando solo poco più di un terzo dei nati del territorio (14).

Analogamente si sa che il tipo di parto, il peso e l'età gestazionale del neonato possono influenzare significativamente la probabilità di allattare al seno; i nostri dati sembrano confermare la maggiore difficoltà di essere allattati sia per i nati da parto cesareo (pratica purtroppo in eccessivo aumento nella nostra Regione come in tutto il territorio nazionale, con i suoi ben noti effetti di ostacolo alla fisiologia dell'adattamento neonatale), che per i nati pretermine o di basso peso, affetti da maggiori difficoltà e problematiche nell'adattamento neonatale rispetto ai nati a termine (15).

L'allattamento pieno, ma non quello qualsiasi, è invece positivamente associato ad altre due variabili: la nazionalità italiana e il sesso maschile. Nel nostro campione non confermiamo la recente segnalazione nel nostro Paese di tassi di allattamento più elevati nelle donne immigrate rispetto a quelle italiane, ma certamente questo dato necessiterebbe di una valutazione più approfondita, date le notevoli diversità socio-culturali dei diversi gruppi di residenti non italiani (16). Il maggior tasso di allattamento pieno nei maschi rispetto alle femmine è un dato in accordo con quanto recentemente dimostrato in uno studio canadese

dove il sesso maschile risulta un fattore che favorisce significativamente l'esclusività dell'allattamento al seno prima della dimissione dalla Maternità; altri studi hanno dimostrato una tendenza a un più precoce divezzamento delle femmine rispetto ai maschi (17-19). Anche questo aspetto necessiterebbe di una conferma e di una valutazione più approfondita per comprenderne i motivi che eventualmente ne stanno alla base. Tutto ciò conferma come fattori socio-culturali e psico-affettivi possano influenzare il successo dell'allattamento materno.

La natura trasversale dei dati raccolti richiede naturalmente cautela nell'interpretazione delle associazioni dimostrate, non consentendo di dare interpretazioni ulteriori sulla natura del rapporto tra i vari fattori esaminati. Un altro limite dello studio risiede nella variabilità della numerosità dei campioni all'interno delle diverse classi di età nel primo anno di vita, dovuta alle modalità di rilevazione prescelta (momento della prima, seconda e terza vaccinazione), che non ne consente l'utilizzazione per valutare l'evoluzione dell'allattamento nel corso del primo anno di vita.

## Conclusioni

Lo studio eseguito ha confermato l'associazione di alcuni fattori materni e del bambino con l'allattamento al seno e ha fornito nuovi dati sulla prevalenza dell'allattamento al seno nel primo anno di vita nel DIMI della zona di Firenze. Tali dati hanno un duplice valore: quello di poter disporre di un indicatore di partenza all'inizio del Progetto per la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento materno all'interno del Percorso Nascita del DIMI, e quello di evidenziare alcune delle principali determinanti biologiche e sociali associate alla sua prevalenza, su cui poter orientare in modo più appropriato le azioni previste dal Progetto stesso. La ripetizione del monitoraggio dei tassi di allattamento è prevista nel corso del 2007, quale indicatore di esito del Progetto. ♦

*A nome di tutti i partecipanti alla ricerca comunico la totale assenza di conflitto d'interesse nell'utilizzo di strumenti, attrezzature, materiali e di non avere avuto aiuti di alcun tipo per la formazione della casistica, per la stesura, elaborazione e revisione del lavoro (GR).*

## Bibliografia

- (1) Grandolfo M, Donati S, Giusti A. Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2002. [www.epicentro.iss.it/percorso\\_nascita](http://www.epicentro.iss.it/percorso_nascita).
- (2) WHO. Indicators for assessing breastfeeding practices. Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Geneva, 1991 (Document WHO / CDD / SER / 91.14).
- (3) Giovannini M, Riva E, Banderali G, et al. Breastfeeding across geographical areas in an Italian sample of infants. *Ital J Pediatr* 2004;31:44-51.
- (4) 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.
- (5) Cattaneo A, Giuliani C. Breastfeeding in Friuli Venezia Giulia. *Eur J Public Health* 2006;16:111-4.
- (6) Cattaneo A, Buzzetti R, On behalf of the Breastfeeding Research and Training Working Group. Effect on rates of breastfeeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ* 2001;323:1358-62.
- (7) Coutinho SB, de Lira PI, de Carvalho Lima M, Ashworth A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet* 2005;366:1094-100.
- (8) WHO. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: WHO, 1998.
- (9) Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413-20.
- (10) EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, 2004. Available at: [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/2002/promotion/fp\\_promotion\\_2002\\_frep\\_18\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf).
- (11) Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, et al. Pacifier use, early weaning and cry/fuss behavior. *JAMA* 2001;286:322-6.
- (12) Howard CR, Howard FM, Lanphear B, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cup-feeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111:511-8.
- (13) American Academy of Pediatrics. The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts, Controversies Regarding the Sleeping Environment, and New Variables to Consider in Reducing Risk. *Pediatrics* 2005; 116:1245-55.
- (14) Società Italiana di Neonatologia. Raccomandazioni sull'allattamento materno per i nati a termine, di peso appropriato, sani. *Medico e Bambino* 2002;21:91-8.
- (15) Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutr* 2001;4:729-39.
- (16) Cataldo F, et al. Breastfeeding in infants of immigrant parents. *Ital J Pediatr* 2005;31:228-9.
- (17) Gagnon AJ, Leduc G, Waghorn K, et al. In-hospital formula supplementation of healthy breastfeeding newborns. *J Hum Lact* 2005; 21:397-405.
- (18) Nath DC, Goswami G. Determinants of breastfeeding patterns in an urban society in India. *Hum Biol* 1997;69:557-73.
- (19) Martines JC, Ashworth A, Kirkwood B. Breast-feeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. *Bull World Health Organ* 1989;67:151-61.