

Questa rubrica propone Documenti sanitari, linee guida, linee di indirizzo o di intenti di interesse pediatrico commentati a cura dell'Associazione Culturale Pediatri.

Linee guide WHO 2017 per protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno: a che punto è l'iniziativa dei Baby Friendly Hospital Initiative?

Commento a cura di Simona Di Mario

Pediatra, Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva – SaPeRiDoc - Regione Emilia-Romagna

In un mondo di differenze e contrasti, crediamo che questa presa di posizione sul ruolo dei punti nascita nella promozione dell'allattamento sia cruciale per l'universalità del suo messaggio. I principi qui enunciati si applicano dovunque ci sia un punto nascita, indipendentemente da possibili etichette quali sviluppati e in via di sviluppo, nord e sud, moderno e tradizionale. I professionisti della salute, e chiunque altro sia responsabile per questi servizi, sono le persone giuste per applicare questi principi fornendo la leadership necessaria a sostenere, o se necessario ristabilire, una "cultura dell'allattamento". Mentre si continuano a scoprire i molti benefici del latte materno e dell'allattamento, pochi oggi si dichiarerebbero apertamente contrari all'affermazione "il seno è il meglio". Tuttavia gli slogan, per quanto accurati, non possono sostituire l'azione. È per questo che invitiamo tutti quelli coinvolti nei punti nascita a riflettere su questi principi per capire se il proprio ruolo è di sostegno o di ostacolo all'allattamento. Possono essi affermare di stare incoraggiando e sostenendo le madri in ogni modo possibile? Noi li esortiamo, dovunque essi si trovino a operare, ad accertarsi che i loro servizi siano impegnati al massimo a questo fine e testimonino l'ineguagliata eccellenza dell'allattamento sia per i lattanti che per le madri.

Hiroshi Nakajima DG OMS, James P. Grant ED UNICEF 1989 [1]

Contesto

La premessa al primo documento congiunto OMS e UNICEF su protezione, promozione e sostegno dell'allattamento all'interno dei punti nascita, ci interpella ancora con la stessa forza, a quasi trent'anni di distanza; l'unica differenza è che oggi non si parla più dei benefici dell'allattamento, ma dei rischi della formula artificiale. Nel 1989 ancora non si parlava di Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI), ma già si riportavano i dieci passi da attuare nei punti nascita a sostegno dell'allattamento (Tabella) [1]. Nel 1991-1992, coerentemente con la Dichiarazione degli Innocenti [2], si lanciò la BFHI [3] il cui senso era ed è: per allattare è necessario, fra le altre cose, mettere in atto alcuni interventi (i dieci passi) in tutti i punti nascita, perché questi garantiscono un buon inizio. Da allora sono state pubblicate prove di efficacia su cui si basavano i dieci passi [4] e trial - randomizzati e non - che ne verificavano l'efficacia nell'aumentare la quota di donne che riusciva ad avviare e mantenere il proprio progetto di allattamento [5,6]. Alla luce delle scoperte relative all'epidemia di infezione da HIV e avendo l'esigenza di sottolineare con maggiore forza la rilevanza dell'umanizzazione dell'assistenza alle donne che partorivano, l'iniziativa venne rivista, aggiornata e ampliata nel 2009 [7]. Allora erano circa 20.000 gli ospedali designati o che avevano intrapreso il percorso per essere designati BFH, in 156 paesi. Nonostante le prove di efficacia e il fatto che l'esperienza di chiunque lavori in ospedale, in ogni parte del mondo, continui a verificare l'utilità delle raccomandazioni contenute nella BFHI, si è sentita la necessità di rinvigorire l'azione a sostegno dell'allattamento nei punti nascita e, dopo un lavoro di revisione delle prove di efficacia e di condivisione fra i vari partner, nel 2017 OMS e UNICEF hanno rilasciato una nuova versione delle linee guida [8] e nel 2018 una guida per la messa in pratica delle raccomandazioni [9].

Quali le novità?

Non moltissime le differenze nei 10 passi (Tabella), ma alcune sono importanti, qui riportate in ordine di apparizione nel decalogo.

GUIDELINE

Protecting, promoting and supporting
BREASTFEEDING IN FACILITIES
providing maternity and newborn services



- Viene esplicitato e posto in posizione di rilievo il rispetto del Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno, in base al principio secondo il quale non possono esserci promozione e sostegno ottimali dell'allattamento se prima non c'è protezione. In un centro nascita in cui non si attui il pieno rispetto del Codice è difficile che ci possa essere un buon avvio di allattamento. Questo è in molte realtà, nella nostra sicuramente, il punto che genera maggiori discussioni. Rinunciare ai fondi delle industrie per un reparto può richiedere rigore e consapevolezza nelle scelte e un esercizio di valutazione che parta dalle prove di efficacia (quale formazione prediligere? Quali interventi mettere in atto? Quale modello assistenziale è più efficace) al quale siamo poco abituati.
- Si dichiara che il monitoraggio delle pratiche e dei tassi di allattamento è parte integrante delle attività da attuare nel punto nascita. Pochi sono, nella nostra realtà, gli ospedali che monitorano i tassi di allattamento, oltre a quelli Baby Friendly. Eppure non dovrebbero mancare i mezzi: molti reparti utilizzano la lettera di dimissione informatizzata, per gli altri un inserimento del dato nelle SDO dovrebbe essere possibile. È chiaro che senza monitoraggio dei processi e degli esiti è difficile pianificare e tenere vivi interventi di miglioramento.
- C'è una maggiore accortezza nella scelta dei termini, che denota una

Tabella. I dieci passi: confronto fra la prima versione e quella aggiornata nel 2017.

	1991	2017
Ogni struttura che fornisca servizi per la nascita e cure per il neonato dovrebbe		
1	Definire un protocollo scritto per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario.	Rispettare appieno il Codice Internazionale e le successive risoluzioni. Definire un protocollo scritto per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario e alle famiglie. Stabilire un sistema per monitorare le pratiche e i tassi.
2	Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo.	Assicurare che gli operatori abbiano le conoscenze, competenze ed abilità per sostenere l'allattamento.
3	Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno.	Discutere l'importanza e la gestione dell'allattamento con le donne in gravidanza e le loro famiglie.
4	Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario.	Facilitare un contatto pelle a pelle immediato e senza interruzioni dopo la nascita e sostenere le madri a iniziare l'allattamento non appena possibile dopo la nascita.
5	Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione latte anche nel caso in cui vengano separate dai neonati.	Sostenere le madri a iniziare e mantenere l'allattamento e gestire le difficoltà comuni.
6	Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica.	Non dare al neonato allattato qualsiasi liquido o alimento che non sia il latte materno, a meno che non sussistano indicazioni mediche.
7	Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in), in modo che trascorrono insieme ventiquattro ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale.	Far sì che madri e bambini possano stare insieme e praticare il rooming-in 24 ore al giorno.
8	Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento.	Sostenere le madri nel riconoscere e rispondere ai segnali del bambino.
9	Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento.	Informare le madri sull'utilizzo e sui rischi di biberon, tettarelle e ciucci.
10	Promuovere la collaborazione tra il personale della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall'ospedale.	Coordinare la dimissione affinché genitori e bambini abbiano accesso a sostegno e aiuto continuativi.

attenzione più profonda al ruolo della madre e del padre, oltre che alla complessità dei processi.

4. Nota dolente finale: al momento della dimissione non rimane più alcuna citazione del ruolo dei gruppi di sostegno. Si è optato per un termine più generico, non valorizzando la specificità del sostegno fra pari [10].

C'era bisogno di questo aggiornamento?

Probabilmente sì, visto che nel 2017 erano ancora pochi i BFH (a livello mondiale 10% delle nascite avviene in un BFH) e soprattutto distribuiti in maniera sbilanciata: se nella regione europea oltre il 35% delle nascite avviene in un BFH, in Italia, ad esempio, il dato scende a 5.7% [11] e dei 28 ospedali che in Italia sono designati BFH o in via di rivalutazione nessuno si trova in una regione del sud [12], così come le comunità e i corsi di laurea amici dei bambini (Figura).

C'è qualcosa che manca nei dieci passi?

Anche qui, probabilmente sì. Chi ha lavorato in questi anni utilizzando un approccio alla donna che vuole allattare che ponga al centro il suo benessere e la valorizzazione dei riflessi e comportamenti innati di madre e bambino sa quanto sarebbe stato importante citare nei dieci passi questo tipo di assistenza: la valorizzazione della posizione semi-reclinata è importante [13]. Forse non si è ritenuto opportuno raggiungere

questo livello di dettaglio; l'attuale formulazione dei passi non prevede la posizione semi-reclinata ma neanche la esclude. Ma qualcuno avrebbe preferito maggiore chiarezza su questo.

Conclusione

Molti operatori sanitari, a cominciare dai medici, giudicano con poca simpatia la BFHI. I dieci passi, forse a causa della coincidenza numerica con il più antico, catechetico e noto decalogo, sono stati criticati: proporre le stesse soluzioni per contesti diversi con problemi differenti non sembrava un'operazione intelligente. Ogni luogo ha i suoi meccanismi, i suoi problemi, i suoi fattori di ostacolo e i suoi punti di forza, questo è chiaro. Eppure, chi lavora nei punti nascita, o chi li frequenta da utente, sa che i problemi sono quelli affrontati dalla BFHI, magari in alcuni ospedali ci sarà bisogno di concentrarsi più su un paio di passi rispetto ad altri, ma se nei punti nascita si garantissero i dieci passi probabilmente non ci sarebbe molto altro da fare per assicurare un buon avvio dell'allattamento. Sono ancora troppe le donne che hanno un progetto di allattamento che non riescono a esaudire o il cui compimento costa loro uno sforzo gravoso, proprio per l'assenza di un giusto sostegno nei primi giorni di avvio. Le testimonianze di mamme che si rivolgono ai gruppi di sostegno (da quelli organizzati in rete internazionale come La Leche League alla miriade di gruppi di auto-aiuto locali), oltre alle ripetute segnalazioni di violazioni del Codice nei punti nascita del no-

Figura. Distribuzione degli ospedali, comunità e corsi di laurea amici dei bambini in Italia (fonte UNICEF Italia, cortesia di Elise Chapin, Agosto 2018)



stro paese raccolte e documentate da IBFAN Italia [14], ci esortano a lavorare perché i dieci passi siano applicati, designazione BFHI o meno.

1. World Health Organization, UNICEF: Protecting, promoting and supporting breast-feeding. The special role of maternity services. Geneva 1989.
2. Innocenti declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. WHO/UNICEF policymakers' meeting on "Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative, co-sponsored by the United States Agency for International Development (A.I.D.) and the Swedish International Development Authority (SIDA).
3. United Nations Children's Fund (UNICEF), the World Health Organization (WHO). BFHI guidelines. Geneva 1992.
4. World Health Organization. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Division of child health and development. WHO/CHD/98.9. Geneva 1998.
5. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a cluster-randomized trial in the Republic of Belarus. Design, follow-up, and data validation. *Adv Exp Med Biol* 2000;478:327-45.
6. Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative. *BMJ* 2001;323:1358-62.

7. World Health Organization, UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, updated and expanded for integrated care. Geneva 2009.

8. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

9. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

10. Shakya P, Kunieda MK, Koyama M, et al. Effectiveness of community-based peer support for mothers to improve their breastfeeding practices: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017;12:e0177434

11. National Implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative, 2017. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

12. Pagina web sito UNICEF. Ospedali & Comunità amici dei bambini e delle bambine.

13. Colson SD, Meek JH, Hawdon JM. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Hum Dev* 2008;84:441-449.

14. IBFAN Italia. Il Codice violato 2018. Le violazioni del Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno in Italia. Palermo, Ottobre 2018.