

Sostegno all'allattamento nei primi giorni di vita: lo strumento del "semaforo"

Andrea Guala¹, Giuse Ballardini¹, Nicolino Grasso^{1,2}, Raffaella Visentin¹, Laura Maffina¹, Enrico Finale³, Luigina Boscardini¹, Michelangelo Barbaglia¹

¹SOC Pediatria, Ospedale Castelli, Verbania;

²Scuola di Specialità in Pediatria, Università del Piemonte Orientale, Novara;

³SOC Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Castelli, Verbania

L'allattamento rappresenta il metodo più sicuro, efficace ed economico per il nutrimento del neonato a partire dalla nascita fino al raggiungimento dei sei mesi di vita e oltre. I benefici dell'allattamento per mamma e bambino sono noti da tempo, come anche il ruolo primario che l'allattamento esclusivo riveste come determinante di salute a breve e lungo termine. Per questi motivi, a partire dagli anni Ottanta, istituzioni internazionali e nazionali, insieme ai responsabili dell'erogazione delle cure in ambito materno infantile, collaborano attraverso strategie di implementazione nella promozione, protezione e sostegno dell'allattamento. In questa ottica, a partire dal 2012, presso l'Ospedale Castelli dell'ASL VCO (certificato BFHI dal 2010) si è lavorato allo sviluppo di uno strumento di valutazione qualitativo dell'allattamento da poter utilizzare alla dimissione della diade mamma-neonato, con l'obiettivo di individuare le madri bisognose di un maggior sostegno e quindi di una rivalutazione clinica.

Breastfeeding is the safest, most effective and economical method for nourishing the newborn from birth to six months of life and beyond. The benefits of breastfeeding for mothers and babies have long been known, as well as the primary role that exclusive breastfeeding plays as a determinant of short and long-term health. For these reasons, since the 1980s, international and national institutions, together with those responsible for providing care in the maternal and child environment, have collaborated through implementation strategies in the promotion, protection and support of breastfeeding. For this reason, starting from 2012, at the Castelli Hospital of the ASL VCO (BFHI certified since 2010), we worked on the development of a tool for the qualitative assessment of breastfeeding that can be used at the discharge of the mother-newborn dyad, with the goal of identifying mothers in need of greater support and therefore of a clinical re-evaluation.

A partire dal 2015 ogni anno, la "scheda semaforo", che ricalca il codice colore del triage infermieristico, è stata utilizzata in un campione consecutivo di 100 coppie mamma-neonato che hanno partorito presso l'Ospedale Castelli di Verbania; ogni valutazione esitava nell'assegnazione di un colore in base al quale veniva programmato un follow-up con tempistiche diverse (controllo entro 24 ore per il codice rosso, tra 24 e 48 ore per il co-

dice giallo, 48-72 ore nei codici verdi e dopo 96 ore per i codici bianchi). Tale procedura ha permesso in primo luogo una stima delle esigenze delle madri a livello di informazione e sostegno mirato dell'allattamento e la conseguente analisi dell'organizzazione del lavoro in base ai bisogni assistenziali delle donne. In questi termini, la "scheda semaforo" presentata in questo lavoro si propone come uno strumento per la valutazione oggettiva della qualità delle poppate, analizzando le principali variabili comportamentali della madre e del bambino durante l'allattamento attraverso una metodica riproducibile e di facile utilizzo.

Introduzione

Il latte materno è il gold standard per la alimentazione esclusiva del neonato e del lattante per almeno i primi 6 mesi di vita. È specie-specifico, individuo-specifico, con caratteristiche nutrizionali e biologiche ottimali, senza parlare degli effetti a breve e lungo termine sulla salute fisica e psichica sia per il figlio che per la mamma [1].

I primi giorni di vita sono cruciali per l'inizio dell'allattamento e un buon inizio è propedeutico alla montata latte e al proseguimento dell'allattamento. Le cure che vengono erogate nei primi giorni di vita sono quindi cruciali per una buona partenza. E poiché la quasi totalità dei parti in Italia avviene in ambiente ospedaliero, il progetto dell'OMS e dell'UNICEF BFHI "ospedali amici dei bambini", con i suoi 10 Passi, fin dal 1989 è una delle buone pratiche di assistenza consolidate nel mondo [2].

La maggior parte dei dati di sorveglianza in Italia si concentra sui tassi di allattamento rispetto a quelli con latte formulato e sull'allattamento esclusivo e complementare, sia alla dimissione della degenza ospedaliera sia nei mesi successivi [Tabella 1] [3-5]. Poco invece si è indagato sulla qualità dell'allattamento nella coppia mamma-figlio, come punto di partenza per personalizzare il suo sostegno e identificare le donne che necessitano di aiuto [6-7]. Anche perché una dimissione dall'ospedale con un allattamento non ben avviato (integrazione con formula, ragadi al capezzolo, calo fisiologico in atto, ecc.) è presupposto per una sua rapida interruzione.

Tabella 1. Prevalenza di allattamento esclusivo in alcune aree italiane nel 2018-2020 (3-5)

	Dimissione dall'ospedale	1 mese	3 mesi	5 mesi	6 mesi
Friuli-Venezia Giulia	78,1%			46,7%	29,3%
PA Trento	79,3%	66,3%	64,2%		
Toscana	75,2%	67,6%	61,5%		14,7%
Emilia-Romagna			55,8%	44,6%	
Coorte NASCITA	71%	65%			30%
ASL VCO	89,2%	81%	73%	66%	

Scopo del presente lavoro è quello di proporre una metodica di facile esecuzione (che si rifà a quella dei colori del triage infermieristico) per valutare la qualità della poppata della coppia madre-figlio al fine di prevedere un tempo breve o lungo di richiamo dopo la dimissione ospedaliera per il sostegno dell'allattamento.

Obiettivi secondari sono:

- prevedere il carico di lavoro ospedaliero e territoriale conseguente al sostegno dell'allattamento;
- usare un metodo riproducibile al fine di monitorare nel tempo la "qualità" dell'allattamento all'interno del proprio ambiente organizzativo;
- permettere un paragone tra differenti realtà organizzative utilizzando criteri comuni.

Materiali e metodi

Nel 2012 e 2013, nel corso di diversi incontri tra i Direttori di Dipartimento Materno-Infantile della Regione Piemonte, sono stati affrontati vari argomenti relativi alla implementazione dei 10 Passi per l’Ospedale (BFHI) e dei 7 Passi per il Territorio (BFCT) OMS-UNICEF, con particolare riferimento alla promozione, protezione e sostegno dell’allattamento. Uno di questi argomenti è stato la transizione della coppia mamma-neonato dalla dimissione dall’ospedale al territorio, e in particolar modo ai consultori familiari del luogo di residenza. Una prima bozza della scheda di valutazione è stata provata e successivamente modificata nell’ASL VCO, dove ha sede l’Ospedale Castelli di Verbania certificato BFHI dal 2010. L’edizione della scheda che abbiamo ritenuto definitiva è stata chiamata “semaforo” [Tabella 2] per rappresentare con codice colore un differimento della dimissione programmata (o controllo a brevissimo tempo) nei codici rossi, controllo a 24-

48 ore nei codici gialli, controllo a 48-72 ore nei codici verdi e dopo le 96 ore per i codici bianchi.

A tutte le puerpere viene fornito per eventuale consulenza il numero di telefono del punto nascita, che risponde 24 ore su 24, 365 giorni l’anno.

Dal 2015 ogni anno, con inizio a gennaio, sono stati raccolti i dati di 100 mamme nutrici-neonati consecutivi presso l’Ospedale Castelli di Verbania al momento della dimissione ospedaliera dal nido; per ogni coppia è stata compilata la scheda “semaforo” da parte dello stesso operatore (AG). Non sono entrati nello studio le coppie che per scelta materna non hanno iniziato l’allattamento (2-3%).

Ogni anno in primavera, alla fine della raccolta dati, si svolge una riunione con tutto il personale del nido-neonatalogia per discutere dei risultati e cercare di intervenire con azioni migliorative nella organizzazione e nella formazione mirando ai problemi emersi.

Tabella 2. Scheda “colore” di triage per la valutazione dell’allattamento alla dimissione ospedaliera

CODICE ROSSO: fissare sostegno a 24 ore se presenza di uno dei seguenti criteri:			
Madre	1. capezzoli dolenti durante la suzione	SÌ	NO
	2. ragadi	SÌ	NO
	3. uso di parapezzolo con trasferimento non sempre presente	SÌ	NO
	4. montata lattea con parti di mammella non adeguatamente drenate	SÌ	NO
	5. pregresso intervento al seno (mastoplastica additiva o riduttiva)	SÌ	NO
Neonato	1. effettua meno di 8 poppate nelle 24 ore senza feci di transizione	SÌ	NO
	2. emissione di meconio ancora a 72 ore	SÌ	NO
	3. calo ponderale del 10% a 72 ore	SÌ	NO
CODICE GIALLO: fissare sostegno tra 24 e 48 ore se presenza di uno o più dei seguenti criteri:			
Madre	1. posiziona e/o attacca il neonato non sempre correttamente	SÌ	NO
	2. non risponde ai segnali precoci di fame del bambino, aspetta che pianga per attaccarlo al seno nella maggior parte delle poppate	SÌ	NO
	3. ha allattato un precedente figlio solo con latte formulato	SÌ	NO
	4. uso di parapezzoli con trasferimento	SÌ	NO
	5. emorragia post partum con perdita ematica ≥ a 1.000 mL	SÌ	NO
Neonato	1. assunzione di latte formulato nelle ultime 24 ore	SÌ	NO
	2. dimissione con latte spremuto	SÌ	NO
	3. dimissione con integrazione di latte formulato	SÌ	NO
	4. nato a termine con peso < 2.500 g anche se trasferisce colostro	SÌ	NO
CODICE VERDE: fissare sostegno tra 48 e 72 ore se presenza di uno o più dei seguenti criteri:			
Madre	1. madre sofferente	SÌ	NO
	2. parto distocico o taglio cesareo con difficoltà all’avvio dell’allattamento	SÌ	NO
	3. ripresa del lavoro prima dei 3 mesi	SÌ	NO
	4. esperienze negative in allattamenti precedenti	SÌ	NO
	5. ha allattato precedente figlio per < di 3 mesi	SÌ	NO
	6. assenza di aiuto nelle attività domestiche o nella cura di altri figli all’interno della famiglia	SÌ	NO
Neonato	1. effettua < di 8 poppate nelle 24 ore con feci di transizione	SÌ	NO
CODICE BIANCO: fissare sostegno tra 96 ore e primo bilancio di salute del pediatra dei 15 giorni:			
Madre	1. risponde ai segnali precoci di fame del bambino	SÌ	NO
	2. sceglie una posizione comoda per allattare	SÌ	NO
	3. posiziona il bambino in modo corretto senza aiuto	SÌ	NO
	4. attacca il bambino al capezzolo in modo corretto senza aiuto	SÌ	NO
	5. non prova dolore durante tutta la suzione	SÌ	NO
	6. sa riconoscere quando il bambino deglutisce	SÌ	NO
	7. conosce i segni attendibili di adeguata assunzione di latte: feci-urine	SÌ	NO
	8. accetta le poppate frequenti	SÌ	NO
Neonato	1. mostra segnali di fame e si attacca > 8 volte nelle 24 ore	SÌ	NO
	2. trasferisce colostro/latte a ogni poppata	SÌ	NO
	3. tra una poppata e l’altra è tranquillo	SÌ	NO
	4. a 48 ore evacua feci di transizione	SÌ	NO
	5. calo ponderale < all’8%	SÌ	NO

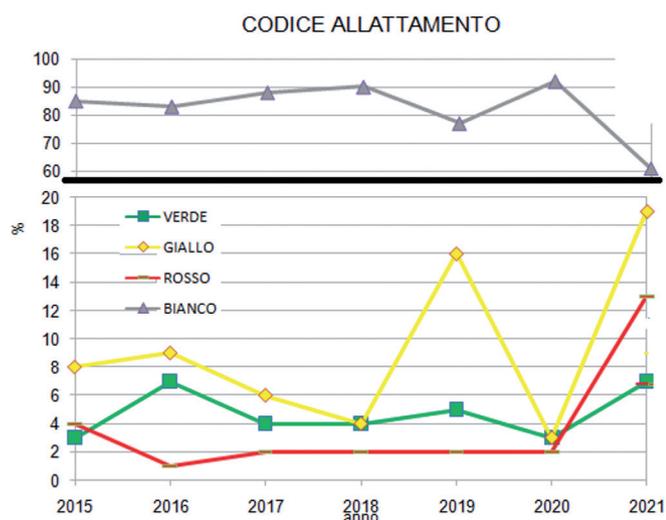


Figura 1. Problemi di allattamento di 100 coppie nutrice-neonato consecutive per anno dimesse dal nido di Verbania nel 2015-2021, classificati secondo lo schema "semaforo". Dati percentuali grafici. NB sulle ascisse il grafico è stato "tagliato" tra il 25% e il 55% per renderlo più leggibile.

Risultati

I risultati del monitoraggio sono riportati in **Figura 1** con rappresentazione grafica. Sono a disposizione su richiesta i risultati analitici per ogni coppia mamma nutrice-neonato. Per ogni codice colore attribuito a ogni coppia è specificato se il problema è legato alla mamma nutrice o al neonato.

Le dimissioni nel fine settimana sono abbastanza costanti, con variazioni tra l'I e il 2% per i codici rossi, gialli e verdi per ogni venerdì, sabato e domenica (3-6% cumulativi) (dati disponibili su richiesta).

Discussione

La scheda che abbiamo utilizzato è di facile compilazione (meno di 60 secondi, di solito alla fine della visita pre-dimissione e del colloquio con la infermiera del nido) e la classificazione attraverso il colore è di facile e intuitiva comunicazione tra operatori.

Per esempio, nel 2016 l'unico codice rosso era dovuto a una "madre 4": cioè era presente una "montata lattea con parti della mammella non adeguatamente drenate". Questo ha comportato una stretta consulenza relativa all'attacco del neonato, alla sua suzione, alla poppata, al drenaggio manuale mirato ai quadranti non drenati, ecc. con una dimissione nel pomeriggio e controllo in presenza al mattino successivo dopo circa 16 ore. Nel caso in cui la coppia avesse avuto domicilio distante dal punto nascita si sarebbe offerta una dimissione posticipata al mattino successivo oppure una consulenza in presenza al consultorio familiare, ma previo contatto telefonico diretto tra operatori ospedalieri e territoriali.

È per questo motivo che abbiamo valutato anche la dimissione nel fine settimana (dati disponibili su richiesta) quando i consultori familiari non sono attivi e quindi non potrebbero prendere in carico il problema della coppia. Se il codice rosso "mamma 4" fosse stata dimessa il venerdì o il sabato o la domenica non avremmo potuto inviarla al consultorio familiare perché chiuso il sabato e la domenica o non prenotabile per il lunedì mattina.

I due picchi di codici gialli riscontrati nel 2019 e nel 2021 (con aumento anche dei codici verdi e codici rossi) hanno cause differenti. Nel 2018 il pensionamento di alcune infermiere esperte ha portato alla loro sostituzione con personale OSS, peraltro formato con training di 2 mesi, e di conseguenza la "qualità" del sostegno alle mamme nutrici si è abbassata, soprattutto nei turni notturni. Nel 2020 la rilevazione è avve-

nuta prima della esplosione dell'epidemia di Covid-19, mentre nel 2021 le restrizioni organizzative legate alla seconda ondata hanno stravolto le routine assistenziali e solo grazie alla rete degli Ospedali Amici dei Bambini-UNICEF si è riusciti faticosamente e solo dopo qualche mese a recuperare le buone pratiche.

Dobbiamo poi tenere presente che i risultati raccolti per anno non combaciano perfettamente con i risultati della sorveglianza dei 100 casi consecutivi. I 100 casi sono un campione del totale delle coppie assistite dal nostro punto nascita (raccolti a gennaio-febbraio), mentre i risultati cumulativi per anno dell'allattamento sono riportati in **Tabella 3**.

Tabella 3. Allattamento esclusivo alla dimissione dall'Ospedale di Verbania dal 2009 al 2021; dati separati per nido e neonatologia

Anno	Dimessi da nido	Allattamento esclusivo	Dimessi da neonatologia	Allattamento esclusivo
2009	543	489 = 90%	134	61 = 45%
2010	510	440 = 86%	96	45 = 47%
2011	573	453 = 79%	92	30 = 33%
2012	590	401 = 68%	103	49 = 47%
2013	363	301 = 83%	79	35 = 44%
2014	370	310 = 84%	78	38 = 49%
2015	339	278 = 82%	51	22 = 43%
2016	310	271 = 87%	58	27 = 46%
2017	346	308 = 89%	84	45 = 53%
2018	382	340 = 89%	68	47 = 69%
2019	399	382 = 95,7%	78	45 = 57,7%
2020	472	398 = 84,3%	86	39 = 45,3%
2021	500	446 = 89,2%	121	81 = 67,2%

L'ottimo dato 2021 di allattamento esclusivo è legato al fatto che, causa le nuove modalità organizzative legate alla pandemia da Covid-19, abbiamo accorciato drasticamente le degenze e quindi i problemi che insorgono magari a 72 ore dal parto (come per esempio una aggiunta con formula in un calo ponderale eccessivo) li vediamo al domicilio ma non sono riportati "formalmente" sulla scheda di dimissione ospedaliera. Dei 3 neonati non allattati al seno (ma sempre su un campione di 100 nutrici-neonati), 2 sono stati allattati con formula per scelta materna, 1 per mamma Covid-19 positiva gravemente sintomatica.

Un altro limite dello studio è che la raccolta dati è stata effettuata sempre dallo stesso operatore; questo ha permesso però di avere un'uniformità di criterio nella compilazione di ogni singola scheda e mantenere costante un eventuale bias di interpretazione. Dal 2022 si è deciso di effettuare la compilazione da parte di almeno 2 operatori dello staff, anche per verificare la concordanza di compilazione.

La metodica è riproducibile anche in altre realtà, e in effetti è stata utilizzata, anche se in modo saltuario, in almeno 2 altri punti nascita piemontesi (Novara e Moncalieri). Ma se la raccolta dati diventasse sistematica si potrebbero facilmente paragonare le performance tra differenti realtà organizzative utilizzando criteri comuni.

In letteratura sono state proposte differenti griglie di valutazione della poppata, utilizzate come test di screening per la rapida identificazione dei neonati in difficoltà. In una revisione pubblicata su MAMI Project [8] sono stati messi a confronto i diversi strumenti di valutazione dell'allattamento, come per esempio l'Infant Breastfeeding Assessment Tool [6], che prende in considerazione lo stato di salute e la capacità del neonato ad avviare l'allattamento e a mantenere una suzione adeguata, oltre al grado di soddisfazione/gratificazione della madre nell'espletare l'atto. Un altro metodo di valuta-

zione è il LACH [7] che considera la presenza di deglutizione rumorosa, tipologia di capezzolo, il comfort della madre durante l'allattamento, la necessità di aiutare il neonato nell'attacco al seno. Un più recente metodo di valutazione è il Bristol Breastfeeding Assessment Tool [9] che, rispetto ai precedenti, conferisce un ruolo centrale alla posizione e supporto del neonato durante l'allattamento.

Con la nostra scheda "semaforo" abbiamo cercato di condensare la raccolta dati sull'allattamento alla dimissione con metodo analitico e di identificare con codice colore le coppie nutrice-neonato con più necessità di sostegno. Sicuramente l'utilizzo della scheda in altre realtà permetterà di migliorarla e di valutare formalmente la sua riproducibilità; inoltre potrebbe benissimo essere utilizzata in ambito non ospedaliero soprattutto come metodica di valutazione delle proprie performance organizzative e di trasmissione delle informazioni tra gli operatori. ■

Bibliografia

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanism and lifelong effect. *Lancet*. 2016 Jan 30;387(10017):475-490.
2. <https://www.unicef.org/documents/baby-friendly-hospital-initiative>
3. Di Mario S, Franchi F, Borgini B, et al. Prevalenza dell'allattamento in Emilia-Romagna. Rapporto. 2020;38. <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1542>
4. Guala A, Comaita F, Barbaglia M, et al. Soluzioni organizzative tra territorio e ospedale nell'ASL del Verbano, Cusio, Ossola. *Quaderni acp*. 2021;27:264-267.
5. Clavenna A. Coorte "NAscere e creSCere in ITALIA". 33° Congresso Nazionale ACP, 23 ottobre 2021.
6. Matthews MK. Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery*. 1988 Dec;4(4):154-165.
7. Jensen D, Wallace S, Kelsey P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1994 Jan;23(1):27-32.
8. Saxton J. Review of breastfeeding assessment tools. MAMI Project, 2009:139-153.
9. Ingram J, Johnson D, Copeland M. The development of a new breastfeeding assessment tool and the relationship with breast feeding self-efficacy. *Midwifery*. 2015 Jan;31(1):132-137.

andrea.guala@aslvc.it

blister

Un maggiore sostegno all'allattamento a livello nazionale potrebbe far risparmiare all'economia globale 1,5 miliardi di dollari al giorno

L'insufficiente protezione, promozione e sostegno dell'allattamento da parte dei governi costa ai Paesi di tutto il mondo quasi 575 miliardi di dollari all'anno in perdite economiche e di capitale umano, secondo gli ultimi dati del *Cost of Not Breastfeeding*, sviluppato da *Nutrition International* e *Alive & Thrive*. Queste perdite, pari in media allo 0,7% del reddito nazionale lordo di una nazione, sono il risultato combinato di un aumento della mortalità infantile e materna, di perdite cognitive e di costi sanitari aggiuntivi.

"L'allattamento è l'elemento principale di un sistema alimentare sano e uno dei modi migliori per dare a un bambino il giusto inizio alla vita", ha dichiarato Joel Spicer, Presidente e CEO di *Nutrition International*. "Ma le donne di tutto il mondo non ricevono il sostegno, le risorse e la protezione di cui hanno bisogno per iniziare l'allattamento abbastanza presto e mantenerlo per il periodo raccomandato. I governi devono fare dell'allattamento una delle principali priorità delle politiche pubbliche, e con *Cost of Not Breastfeeding* i responsabili politici possono vedere i benefici reali che ne derivano".

Il *Cost of Not Breastfeeding*, pubblicato per la prima volta nel 2019, è stato rivisto nel 2022, con un nuovo database di facile utilizzo che include i dati di oltre 160 Paesi e, oltre ai tassi di mortalità e ai costi sanitari, offre nuovi calcoli per l'impatto del mancato allattamento sull'obesità infantile, sulla perdita del quoziente intellettivo e sull'istruzione. L'opzione *What If?* consente inoltre agli utenti di testare diversi scenari, per esempio confrontando l'impatto del raggiungimento dell'obiettivo nutrizionale dell'Assemblea Mondiale della Sanità del 50% di allattamento esclusivo o anche di obiettivi più ambiziosi a livello nazionale. Lo strumento *Cost of Not Breastfeeding* calcola che più di 515.000 vite potrebbero essere salvate ogni anno se l'allattamento fosse protetto, promosso e sostenuto in linea con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, tra cui l'avvio entro la prima ora dalla nascita, l'allattamento esclusivo per i primi sei mesi e il proseguimento dell'allattamento insieme all'alimentazione complementare dai sei mesi ai due anni e oltre. L'allattamento funziona come il primo vaccino del bambino, rafforzando il sistema immunitario e offrendo protezione da malattie infantili come la diarrea e la polmonite e riducendo il rischio di obesità. L'allattamento apporta benefici anche alle madri, proteggendole dai tumori al seno e alle ovaie, nonché dal diabete di tipo 2.

A livello di popolazione, tassi inadeguati di allattamento esclusivo e prolungato possono portare a un aumento dei costi sanitari e a una diminuzione delle capacità cognitive dei bambini, con un impatto sulla loro istruzione e sul loro potenziale di reddito futuro. Per le famiglie, il mancato allattamento aumenta anche il costo della vita, dato che il reddito familiare viene reindirizzato verso la formula artificiale o altri sostituti del latte materno. Il *Global Breastfeeding Collective* raccomanda sette azioni politiche che i governi nazionali possono attuare per sostenere e promuovere l'allattamento, tra cui l'adozione di congedi retribuiti e di pratiche di allattamento sul posto di lavoro, il rafforzamento dei legami tra le strutture sanitarie e le comunità e l'applicazione del *Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno*.

Aumentare i tassi di allattamento attraverso azioni e politiche di sostegno può contribuire a salvare la vita di madri e bambini e a proteggere le economie da perdite evitabili", ha dichiarato Sandra Remancus, direttore di *Alive & Thrive*. "Sappiamo cosa si può fare per aiutare e, utilizzando *Cost of Not Breastfeeding Tool*, possiamo calcolare l'impatto del successo".

Lo strumento *Cost of Not Breastfeeding Tool* è stato sviluppato per la prima volta tra il 2017 e il 2019 dal dottor Dylan Walters e da *Alive & Thrive*, con il finanziamento della Fondazione Bill & Melinda Gates. Nel 2022, *Nutrition International* ha aggiornato e sviluppato la seconda versione dello strumento in collaborazione con *Alive & Thrive* e *Limestone Analytics*, con il finanziamento del Governo del Canada.