



Regione Toscana

mes management e sanità
Laboratorio di ricerca e formazione per il Management dei Servizi alla Salute



Istituto di Management
Scuola Superiore
Sant'Anna

Monitoraggio dell'allattamento materno in Toscana *Seconda parte*

Report 2017-2018



Monitoraggio dell'allattamento materno in Toscana

Seconda parte

Report 2017-2018

a cura di
Manila Bonciani e Barbara Lupi

Supervisione scientifica: Sabina Nuti
Responsabile scientifico del progetto: Manila Bonciani
Gruppo di ricerca: Barbara Lupi, Federica Covre, Alessandro Giari,
Giuseppe Sarno, Maria Cristina Rizzo, Giuseppe D'Orio



© 2018 Laboratorio MeS
Istituto di Management
Scuola Superiore di Studi Universitari
e di Perfezionamento Sant'Anna

ISBN 978-88-942944-8-4

Impaginazione e progetto grafico a cura di Alessandro Naldi

Realizzazione Editoriale: Litografia IP Srls, Firenze
litografiaip@gmail.com - www.litografiaip.com

Laboratorio Management e Sanità
Istituto di Management
Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa
Piazza Martiri della Libertà, 24
Telefono: +39 050 88 39 81
Fax: +39 050 88 39 36
www.santannapisa.it/it/istituto/management/mes-management-e-sanita

SOMMARIO

Sintesi.....	9	Non limitazioni alla frequenza e alla durata dei pasti.....	52
INTRODUZIONE	11	Utilizzo di ciuccio e biberon	52
Un bilancio sul progetto “Monitoraggio dell’allattamento materno in Regione Toscana”, di <i>Manila Bonciani e Barbara Lupi</i>	13	Non utilizzo di aggiunte, se non su prescrizione medica	53
Metodologia, di <i>Manila Bonciani e Barbara Lupi</i>	17	I servizi consultoriali prima e dopo la nascita, di <i>Donatella Romagna</i>	55
Sintesi dell’impianto metodologico	17	Il rientro a casa: il punto di vista del Pediatra di Libera Scelta, di <i>Monica Pierattelli</i>	59
Rilevazione (T6 e T12)	18	Formazione degli operatori per l’allattamento: un valore, di <i>Iginio Giani</i>	63
Elaborazione dei dati	20	RISULTATI DEL MONITORAGGIO (PARTE SECONDA)	67
I CONTRIBUTI DELL'OSSERVATORIO REGIONALE ALLATTAMENTO	31	Caratteristiche delle donne che hanno completato il follow up, di <i>Barbara Lupi e Manila Bonciani</i>	69
La Toscana e la promozione dell’allattamento materno: risultati e prospettive , di <i>Anna Ajello</i>	33	Misurazione dell’allattamento, di <i>Manila Bonciani e Barbara Lupi</i>	101
Un po’ di storia: il Protocollo di Intesa con l’UNICEF del 2014 e il progetto europeo <i>Blueprint</i>	33	Difficoltà nell’allattamento e supporto ricevuto, di <i>Barbara Lupi e Manila Bonciani</i>	129
Una nuova intesa tra Regione Toscana e il Comitato UNICEF per l’Italia (dicembre 2014)	34	Fattori che influenzano l’allattamento, di <i>Manila Bonciani e Barbara Lupi</i>	147
L’Osservatorio regionale per l’allattamento.....	35	Caratteristiche socio-demografiche e personali delle madri.....	147
Il Monitoraggio dei tassi di allattamento in Regione Toscana.....	36	Condizione lavorativa e ripresa del lavoro	154
I dati sull’allattamento in Toscana nel panorama nazionale e rispetto agli obiettivi internazionali, di <i>Gherardo Rapisardi</i>	39	Offerta assistenziale nel percorso nascita	165
Allattamento alla dimissione dal punto nascita	40	Risultati delle analisi multivariate	186
Allattamento 0-12 mesi.....	41	Sintesi delle prevalenze dell’allattamento in Toscana, di <i>Barbara Lupi e Manila Bonciani</i>	195
Le nostre attività.....	43	SPUNTI DALLE PAROLE DELLE MAMME	227
Spunti dalle parole delle mamme: il ruolo dei gruppi di auto-aiuto nelle mamme in allattamento, di <i>Elisa Berti</i>	43	Quale impatto dell’esperienza della nascita di un figlio sulla qualità della vita delle donne?, di <i>Manila Bonciani e Barbara Lupi</i>	229
Il progetto BFH. Esiti in Toscana, di <i>Elise Chapin e Stefania Sani</i>	45	Suggerimenti per migliorare il sostegno all’allattamento, di <i>Barbara Lupi e Manila Bonciani</i>	235
Gravidanza.....	46	CONCLUSIONI di <i>Lorenzo Roti</i>	261
Parto e degenza.....	47	BIBLIOGRAFIA	265
Puerperio.....	48		
Allattamento	48		
Conclusioni.....	50		
Le pratiche ospedaliere e le Cure Amiche, di <i>Raffele Domenici e Lucia Matteucci</i>	51		
Contatto pelle a pelle	51		
Rooming-in.....	52		

Sintesi

Il presente report mostra i risultati finali del progetto di monitoraggio dell'allattamento materno in Toscana, promosso dall'Osservatorio Regionale per l'Allattamento, coerentemente con le linee d'indirizzo regionali sulla promozione, protezione e sostegno dell'allattamento (DGRT 1025 del 18/11/2014).

Il progetto, coordinato dal Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Sant'Anna di Pisa, per conto della Regione Toscana, si è posto l'obiettivo di misurare la prevalenza dell'allattamento materno al momento della dimissione, ad un mese di distanza dal parto, a tre mesi, sei mesi e ad un anno di vita del bambino, identificando i fattori facilitanti l'allattamento, le difficoltà incontrate dalle madri ed i potenziali ambiti di miglioramento degli interventi a sostegno dell'allattamento.

È stata realizzata un'indagine campionaria longitudinale tra il 2016 ed il 2018 che ha coinvolto una coorte di donne residenti o domiciliate in Toscana, che hanno partorito a termine bambini con peso superiore ai 2,5 kg e che non sono stati ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale nel ricovero della nascita, dal momento del parto fino ad un anno di vita del bambino. L'indagine ha avuto complessivamente una buona adesione, alti tassi di risposta ed una contenuta perdita al *follow up*, con un elevato utilizzo del canale web per la compilazione dei vari questionari previsti dalla rilevazione.

Mentre i dettagli delle rilevazioni effettuate dopo la dimissione, ad un mese ed a tre mesi sono stati presentati nella prima parte del report, qui vengono illustrati i dati relativi a sei e dodici mesi dal parto ed i risultati di sintesi dell'intero monitoraggio dell'allattamento.

La prevalenza dell'allattamento esclusivo a sei mesi in Toscana è del 16%, con un crollo significativo al compimento del quinto mese ed una durata media di 4 mesi. A dodici mesi dal parto ancora il 49% delle madri continuano ad allattare. La durata dell'allattamento nell'anno di *follow up* del monitoraggio è di 9 mesi. Sono stati identificati i fattori che influenzano l'allattamento, sia relativi alle caratteristiche individuali che all'offerta assistenziale durante la gravidanza, al momento del parto e nei primi mesi di vita del bambino.

Le madri identificano tra le principali difficoltà nell'allattamento i problemi al seno che hanno dovuto affrontare e su cui non erano spesso preparate, oltre alle preoccupazioni sulla capacità di nutrire in maniera adeguata il proprio bambino ed alla fatica fisica e psicologica. Hanno cercato supporto prevalentemente al consultorio, rivolgendosi soprattutto alla figura ostetrica, da cui si sono sentite maggiormente sostenute nell'allattamento, e dal pediatra di famiglia.

Dai suggerimenti delle madri emergono molte proposte per rendere il sostegno all'allattamento sempre più efficace.

Per ulteriori chiarimenti ed informazioni: allattamento@santannapisa.it.

Questo progetto, promosso e finanziato dalla Regione Toscana, è stato possibile grazie alla collaborazione dei referenti dei Punti Nascita delle Aziende sanitarie e Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione Toscana che hanno contribuito, insieme a tutti i professionisti coinvolti nell'attività di reclutamento e informazione delle donne, allo svolgimento del monitoraggio dell'allattamento, cui va il più sentito ringraziamento.

In particolare si ringraziano i componenti dell'Osservatorio Regionale per l'Allattamento (Rita Breschi, Elise Chapin, Raffaele Domenici, Igino Giani, Monica Pierattelli, Gherardo Rapisardi, Donatella Romagna), insieme a Anna Ajello, Cecilia Berni, Alessandra Meucci, Lorenzo Roti e Maria Teresa Mechi della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana, per il contributo fondamentale sia nella fase di impostazione dell'indagine sia in fase di discussione dei risultati.

Si ringraziano tutte le donne che sono state coinvolte nel monitoraggio dell'allattamento, per la disponibilità a condividere la loro esperienza nell'ottica del miglioramento continuo del sistema sanitario regionale.

Un ultimo ringraziamento va a tutti i professionisti coinvolti nel percorso nascita per la professionalità e l'impegno quotidiano nel sostegno delle donne nei diversi momenti della gravidanza, del parto e del primo anno di vita dei loro bambini, in particolare nel supporto offerto loro perché l'allattamento riesca ad essere un'esperienza positiva, tassello importante per proteggere e promuovere la salute dei bambini e delle madri.

INTRODUZIONE

Un bilancio sul progetto “Monitoraggio dell’allattamento materno in Regione Toscana”

Manila Bonciani e Barbara Lupi, Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant’Anna

Alla conclusione del progetto di monitoraggio dell’allattamento materno in Toscana, promosso dall’Osservatorio Regionale per l’Allattamento, nell’ambito degli interventi della Regione Toscana per l’implementazione del protocollo d’intesa con il Comitato Italiano per l’Unicef Onlus (DGRT 1025/2014) ed in generale per la promozione ed il sostegno dell’allattamento, ci sembra importante condividere alcune osservazioni che sono emerse dal gruppo di ricerca del Laboratorio MeS, che ha coordinato il disegno e la realizzazione del progetto. Si tratta di spunti di riflessione fatti nell’ottica di valutare il contributo che il progetto è riuscito a dare al sistema regionale per il raggiungimento dei suoi obiettivi di tutela e miglioramento della salute della popolazione, di identificare gli ambiti relativi all’implementazione del progetto che potrebbero essere rafforzati e presentare le prospettive che emergono per il futuro.

Innanzitutto un elemento caratterizzante il progetto è stato quello di riuscire a fornire dati sull’allattamento a livello regionale con dettagli per Punto Nascita e Zona-distretto. Certamente il fatto che il monitoraggio si sia realizzato attraverso un’indagine campionaria, con il coinvolgimento di una coorte di donne a partire dal momento della dimissione dal Punto Nascita, ha determinato una copertura diversificata delle varie realtà, a discapito di quelle più piccole o meno centrali, in particolare a livello di Zona-distretto. Tuttavia è la prima volta che viene ricostruito un quadro complessivo sull’allattamento di tutto il territorio regionale e questo permette di valutare i risultati raggiunti dalle politiche regionali rivolte alla promozione e sostegno dell’allattamento che sono state promosse nell’ultimo decennio, di prendere atto della variabilità esistente tra i contesti locali e di identificare gli ambiti di miglioramento, riconoscendo i fattori relativi all’offerta assistenziale che possono aver fatto la differenza nel supporto alle donne per promuoverli e rafforzarli.

La raccolta di dati a livello regionale sull’allattamento e su alcuni aspetti chiave dell’esperienza della donna nel percorso nascita ha permesso così di arricchire la valutazione del percorso nascita stesso con l’inserimento nel sistema di valutazione della performance del sistema sanitario della Toscana (<http://performance.sssup.it/tosval>) di indicatori relativi alla prevalenza dell’allattamento esclusivo ed all’esperienza della donna durante la gravidanza, il momento del parto ed il primo anno di vita del figlio. Da una parte quindi si è ulteriormente enfatizzata l’attenzione alla promozione dell’allattamento, perché le Aziende sanitarie sono state valutate anche in base alla capacità di supportare l’allattamento e raggiungere quindi buoni livelli di prevalenza dell’allattamento esclusivo a 3 e 6 mesi

dopo il parto nel proprio territorio di riferimento. Dall'altra parte si è rinnovata la possibilità di avere indicatori di valutazione esterna che si focalizzano sulla qualità percepita dalle utenti nella fruizione del percorso nascita, mettendo nuovamente in luce la rilevanza del punto di vista dell'utenza nel definire cosa ha valore o cosa deve essere migliorato nel processo assistenziale.

Questi risultati messi a disposizione dal sistema di monitoraggio sono stati resi noti e diffusi sia attraverso reportistica dedicata, che attraverso la piattaforma web del sistema di valutazione della performance. Aspetto che ha facilitato i meccanismi di restituzione agli stessi operatori coinvolti e ha rappresentato per loro uno stimolo per rileggere i risultati all'interno dei proprio contesti. Un aspetto significativo è stato, infatti, che in alcune realtà locali, in particolare nei Punti Nascita coinvolti nel reclutamento delle donne per l'indagine, è stata colta l'occasione della disponibilità di tali risultati per avviare dei momenti di approfondimento e audit sugli aspetti organizzativi e di erogazione dell'assistenza, in riferimento al supporto per l'allattamento. Queste esperienze di restituzione locale dei dati hanno dimostrato una delle potenziali utilità del sistema di monitoraggio dell'allattamento, e cioè di produrre evidenze a sostegno dei processi di miglioramento della qualità nei servizi sanitari. Da ciò deriva l'osservazione, nata all'interno del gruppo di ricerca su questo aspetto, di proporre meccanismi di restituzione dei dati più immediati, in modo da facilitare ancor più l'attivazione tempestiva da parte delle Aziende della lettura e analisi dei risultati, nonché predisposizione degli eventuali correttivi da implementare localmente, lasciando poi gli approfondimenti analitici a fasi successive. Anche l'inserimento della condivisione ed analisi dei risultati del monitoraggio nei percorsi formativi degli operatori, che si occupano di supporto all'allattamento, potrebbe essere un ulteriore canale per stimolare il processo di manutenzione e miglioramento dei percorsi nascita aziendali basato sulle evidenze raccolte.

Come messo in luce nella prima parte del report, anche l'impianto metodologico del monitoraggio dell'allattamento è stato un altro elemento caratterizzante il progetto, che ha permesso di misurare in maniera prospettica la prevalenza e durata dell'allattamento coinvolgendo direttamente le madri come fonte dell'informazione, e valorizzando così allo stesso tempo la rilevazione della loro esperienza. L'adozione di questa modalità di rilevazione ha consentito quindi da una parte la misurazione dell'allattamento con *timing* corretti (una stretta finestra a cavallo del compimento del mese e un *recall period* di 24 ore) e dall'altra la raccolta di informazioni su come il percorso nascita è stato vissuto dalle donne nello svolgimento stesso del percorso, ad eccezione della parte relativa alla gravidanza che è stata riferita a posteriori. Inoltre la proposta metodologica si è dimostrata anche sostenibile, avendo registrato buona adesione da parte delle partorienti, soddisfacenti tassi di risposta e limitata perdita al *follow up*, con un ampio ricorso alla modalità di compilazione online dei questionari da parte delle donne. Questi fattori, secondo l'analisi del gruppo di ricerca del Laboratorio MeS, sono ottimali per poter trasformare la proposta progettuale in un sistema strutturato per il monitoraggio dell'allattamento, all'interno di una rilevazione sistematica dell'esperienza e degli esiti percepiti dalle donne nel percorso nascita, a partire dall'inizio del percorso stesso. Questa prospettiva rappresenta la possibilità di

superare i limiti delle rilevazioni campionarie e di costituire un osservatorio permanente sul percorso nascita, basato sulla raccolta prospettica di dati attraverso questionari web, fonte continua di informazioni sia relativi alla misurazione di determinanti di salute chiave, come l'allattamento, sia riguardanti altri aspetti della valutazione del percorso nascita da parte delle donne.

Un riscontro positivo sul monitoraggio dell'allattamento, che avvalorava l'idea di renderlo un sistema strutturato, arriva dalle stesse donne che riferiscono di averlo apprezzato, avendolo percepito indirettamente come un ulteriore strumento di supporto all'allattamento:

"Penso che questo vostro progetto già supporti molto le donne."

"Anche questo questionario secondo me gratifica."

In maniera più esplicita, i seguenti commenti riconoscono, nell'attuazione del monitoraggio, lo sforzo del sistema sanitario di capire come migliorarsi nel supportare al meglio le madri nel momento per loro più delicato:

"Sono felice di aver dato il mio contributo per questa ricerca. È importante trovare modi e soluzioni che possano dare un sostegno alle mamme in questo momento così bello e delicato. Grazie!"

"Grazie a voi che vi prendete a cuore questo importante tema per la vita di noi mamme e dei nostri bambini! Io sono stata molto fortunata per aver potuto allattare a lungo i miei tre bambini e aver avuto un pediatra sensibile che mi ha parlato della donazione del latte materno per i piccoli che non riescono ad essere allattati, dandomi quindi la possibilità di contribuire con un semplice gesto al sostentamento dei neonati in difficoltà; credo che per tutte quelle mamme che non trovano la stessa facilità in questo delicato e affascinante percorso, sia importante sapere che c'è qualcuno che approfondisce certe dinamiche e cerca di fornire gli strumenti migliori per essere supportate e non sentirsi inadeguate o incapaci. L'amore non si divide, l'amore si moltiplica. Buon lavoro a tutti!"

Riportiamo di seguito una breve presentazione dei contenuti del report.

Questa introduzione al report si completa con il successivo capitolo che richiama alcuni aspetti metodologici del monitoraggio dell'allattamento, presentati nel dettaglio nella prima parte del report, illustra i risultati della rilevazione a 6 e 12 mesi, in termini di partecipazione al *follow up* previsto, e descrive le elaborazioni descrittive ed analitiche riportate nel report.

La sezione successiva raccoglie i contributi dei componenti dell'Osservatorio Regionale per l'Allattamento (ORA), che propongono alcune riflessioni a partire dai risultati complessivi del monitoraggio (presentati nella prima e seconda parte del report), sottolineando ciascuno prospettive diverse.

Anna Ajello, della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana, Settore Organizzazione delle cure e percorsi cronicità, che coordina le attività dell'ORA, illustra quelli che sono stati gli impegni portati avanti dalla Regione Toscana per la promozione dell'allattamento materno, presentando i ri-

sultati raggiunti e le prospettive di lavoro per il futuro.

Gherardo Rapisardi, dell'Azienda USL Toscana Centro e componente dell'ORA, analizza i dati che emergono dal monitoraggio dell'allattamento in Toscana rispetto a quanto disponibile a livello nazionale ed agli obiettivi internazionali in materia.

Il contributo successivo di Elisa Berti, del gruppo di auto e mutuo aiuto di Firenze e Provincia, rappresenta una testimonianza importante di come le mamme possano offrirsi vicendevolmente supporto per l'allattamento.

Elise Chapin e Stefania Sani, di Unicef Italia, la prima anche componente dell'ORA, illustrano il progetto *Baby Friendly Hospital* e gli esiti raggiunti in Toscana, supportati dalle evidenze del monitoraggio dell'allattamento.

Sulle Cure Amiche viene proposto il contributo di Raffaele Domenici e Lucia Matteucci dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest, il primo anche componente dell'ORA e referente per la Regione Toscana al Tavolo Nazionale sull'allattamento, che mettono in evidenza quanto viene fatto a livello ospedaliero e quali ulteriori miglioramenti possono essere apportati.

Donatella Romagna, dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest e componente dell'ORA, presenta il lavoro di supporto alla donna offerto dai servizi consultoriali prima e dopo la nascita.

Il punto di vista del Pediatra di Libera Scelta è mostrato da Monica Pierattelli, convenzionata con l'Azienda USL Toscana Centro e componente dell'ORA, che offre una rilettura dei risultati del monitoraggio dell'allattamento in riferimento al ruolo del pediatra di famiglia nella cura globale del neonato.

La sezione si chiude con il contributo di Igino Giani, componente dell'ORA, che mette in rilievo il valore della formazione degli operatori per l'allattamento, traendo anche spunti per rafforzarla dall'esperienza riferita dalle madri stesse.

La sezione dei risultati inizia con una presentazione sintetica delle caratteristiche delle donne che hanno completato il *follow up*, in maniera da mettere in rilievo le differenze rispetto al campione reclutato all'avvio del monitoraggio. Segue l'illustrazione delle misurazioni dell'allattamento (prevalenze a 6 e 12 mesi dal parto con approfondimento rispetto al quinto mese, durata allattamento, tempistica dell'introduzione alimenti). Un capitolo specifico è dedicato a sintetizzare le difficoltà nell'allattamento che sono state identificate dalle madri e il supporto che è stato ricevuto dalle diverse figure professionali e non. Vengono poi messi in evidenza i fattori che influenzano l'allattamento, sia attraverso analisi monovariate che multivariate. Infine sono presentate sinteticamente le prevalenze dell'allattamento durante la degenza, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto a livello regionale, aziendale, di Zona-distretto e Punto Nascita.

L'ultima sezione riporta la sintesi dell'analisi tematica delle risposte aperte delle donne, con le quali hanno espresso la loro percezione dell'impatto dell'evento nascita sulla qualità di vita e i loro suggerimenti ad altre mamme o agli stessi operatori per sostenere meglio l'allattamento materno.

Le conclusioni del report ed in generale di tutto il progetto di monitoraggio dell'allattamento della Regione Toscana sono fatte da Lorenzo Roti, Dirigente del Settore Organizzazione delle cure e percorsi cronicità presso la Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana, che ne è stato promotore.

Metodologia

Manila Bonciani e Barbara Lupi, Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna

Sintesi dell'impianto metodologico

Il monitoraggio dell'allattamento materno in Toscana è stato realizzato attraverso un'indagine campionaria longitudinale, che ha coinvolto una coorte di donne residenti o domiciliate nel territorio regionale e partorienti in uno dei Punti Nascita regionali tra ottobre 2016 e marzo 2017 (con periodi di reclutamento di lunghezza diversa tra i Punti Nascita in base al target di donne da coinvolgere). Oltre alla residenza o domicilio fuori dalla Toscana, l'indagine ha previsto i seguenti criteri di esclusione:

- decesso del bambino al momento del parto o durante il ricovero,
- nati pre-termine (prima della 37° settimana di gestazione),
- nati sottopeso (inferiore a 2.500 gr),
- neonati ricoverati per qualsiasi causa in terapia intensiva neonatale durante ricovero della nascita.

Tutti i dettagli metodologici del disegno dello studio, incluso il campionamento e le modalità di reclutamento, sono state presentate nella prima parte del report (Bonciani, Lupi, 2017). Si ricorda soltanto che l'indagine ha previsto 5 momenti di rilevazione: dopo la dimissione dal Punto Nascita (T0), ad un mese (T1), tre mesi (T3), sei mesi (T6) ed infine dodici mesi dal parto (T12). Sono stati utilizzati questionari strutturati multilingue, auto-compilati online o somministrati attraverso un'intervista telefonica, che si sono concentrati sulla misurazione dell'allattamento e dell'esperienza della madre durante il percorso nascita. In particolare per la misurazione dell'allattamento è stata utilizzata la batteria di domande impiegata anche nell'ambito della *Baby Friendly Community Initiative*, che ha permesso di misurare rigorosamente (al compimento del mese di riferimento chiedendo rispetto alle 24 ore precedenti ed effettuando un controllo sugli ultimi 7 giorni) la prevalenza dell'allattamento materno secondo le categorie indicate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità:

- allattamento esclusivo: il bambino riceve solo latte materno, incluso latte materno spremuto o donato, escludendo altri alimenti o liquidi

- allattamento predominante: il bambino riceve latte materno come fonte predominante di nutrienti e anche liquidi non nutritivi (acqua, soluzione glucosata, camomilla, tisane e succhi non zuccherati);
- alimentazione complementare: il bambino assume latte materno e qualsiasi altro alimento o bevanda, compreso il latte non umano;
- non allattamento: il bambino non riceve latte materno, solo formule artificiali e/o alimenti semisolidi o solidi.

Per la misurazione dell'esperienza della madre durante il percorso nascita si è fatto riferimento ad una selezione di domande utilizzate in precedenti indagini del Laboratorio MeS rivolte alle utenti sull'argomento, in modo da consolidare il monitoraggio e valutazione del percorso nascita attraverso i PREMs (*Patient Reported Experience Measures*).

L'utilizzo di domande aperte al termine di ogni questionario ha permesso inoltre di raccogliere le percezioni ed il vissuto delle madri e di restituirlo anche in forma narrativa.

Un aspetto innovativo è stata la valutazione dell'impatto della nascita sulla qualità della vita della donna: infatti, nel questionario sottoposto al sesto mese dopo il parto, sono state sottoposte (solo per le donne che hanno risposto al questionario in italiano via web) domande sulla qualità della vita. Queste domande hanno fatto riferimento allo strumento del *Mother Generated Index* (Symon, 2012; Symon et al., 2015), che ha consentito di far esplicitare alle donne in maniera autonoma gli aspetti più importanti della propria vita che, dal loro punto di vista, sono stati condizionati in maniera positiva o negativa dalla nascita del figlio.

Rilevazione (T6 e T12)

Nella prima parte del report sono stati presentati i risultati delle rilevazioni dopo la dimissione, a 1 e 3 mesi dal parto, mentre in questo vengono presentati quelli delle rilevazioni a 6 e 12 mesi dal parto e le analisi relative al completamento dell'indagine. Il *follow up* a 12 mesi dal parto si è concluso a marzo 2018.

Grazie al sistema informatico predisposto dal Laboratorio MeS per la gestione dell'indagine longitudinale, basato sui calcoli effettuati a partire dalla data del parto, anche le ultime due rilevazioni hanno previsto l'invio dell'invito a compilare il questionario web (*Computer Assisted Web Interview - CAWI*) una settimana prima del compimento del mese di riferimento, con i relativi meccanismi di promemoria anche per SMS. È stata mantenuta la possibilità di contattare le donne telefonicamente per la somministrazione del questionario tramite intervista (*Computer Assisted Telephonic Interview - CATI*), se non già compilato online al compimento del mese. Questo canale, tuttavia, è stato progressivamente sempre meno utilizzato, confermando la preferenza delle donne a compilare il questionario online, accessibile in qualsiasi momento della giornata e ritenuto quindi la modalità più praticabile nel momento della ripresa dell'attività lavorativa. La Tabella 1 mostra sinteticamente come sia aumentato il ricorso al CAWI dalla prima all'ultima rilevazione, che dal 61,7% è passato all'88,00%.

Rilevazioni	Questionario online Computer Assisted Web Interview	Intervista telefonica Computer Assisted Telephonic Interview
T0 (ottobre 2016 - marzo 2017)	61,7% [38,2%-75,8%]	38,3% [24,2%-61,8%]
T1 (novembre 2016 - aprile 2017)	80,0% [66,0%-89,9%]	20,0% [10,1%-34,0%]
T3 (gennaio 2017 - giugno 2017)	80,0% [63,9%-88,1%]	20,0% [11,1%-36,9%]
T6 (aprile 2017 - settembre 2017)	84,6% [68,6%-91,6%]	15,5% [8,4%-31,4%]
T12 (ottobre 2017 - marzo 2018)	88,0% [79,6%-96,0%]	12,0% [4%-19,4%]

Tabella 1. Distribuzione del campione per tipologia di canale utilizzato per compilare il questionario (CAWI vs CATI) dalla prima all'ultima rilevazione (T0-T12)

La proporzione di utilizzo del questionario online è stato inferiore tra le donne straniere, sebbene sempre in aumento anche in questo gruppo dalla prima all'ultima rilevazione (dal 56,8% al T0 fino al 69,6% al T12) e con ampia variabilità tra le diverse cittadinanze. Le donne originarie della Repubblica Popolare Cinese hanno infatti utilizzato quasi esclusivamente la modalità CAWI (92% dal T0 al T12), mentre le donne del Marocco hanno preferito il canale dell'intervista telefonica, ricorrendo al questionario online solo nel 37% dei casi sia all'inizio che alla fine del *follow up* dell'indagine. Le donne rumene ed albanesi hanno svolto circa metà CAWI e CATI dopo la dimissione dal Punto Nascita e hanno preferito la modalità online al T12, rispettivamente al 69% e al 59%.

L'ultima rilevazione ad un anno di vita del bambino ha consentito che la compilazione potesse avvenire anche oltre i 10 giorni dal compimento dell'anno, essendo di interesse raccogliere le valutazioni finali del percorso da parte delle donne ed i loro suggerimenti per migliorare il sostegno all'allattamento, nonché cogliere l'occasione di registrare anche la persistenza dell'allattamento materno oltre i 12 mesi. Le misurazioni della prevalenza dell'allattamento al T12 sono state tuttavia effettuate sempre nella finestra prevista nel protocollo di ricerca (entro 7 giorni con un margine di tolleranza fino a 10 giorni dal compimento dell'anno).

Al termine del *follow up* la perdita del campione è stata abbastanza contenuta arrivando al 14,1% a livello regionale (con un range 9-24% tra i Punti Nascita e 4-29% tra le zone) (Tabella 2a e 2b). Stratificando per cittadinanza, si osserva però che la perdita è stata particolarmente rilevante tra le straniere: se la differenza era più contenuta fino al terzo mese, all'ultima rilevazione la perdita è stata del 31% tra le straniere (minore tra le donne rumene ed albanesi, circa il 21-25%, maggiore tra le donne originarie del Marocco, 59%), a fronte di una perdita dell'11% tra le italiane.

Il tasso di risposta al termine del *follow up* è stato del 60,6% delle eleggibili iniziali (range 46,4%-70,4% a livello di Punto Nascita) (Figura 1). Se si considera invece il tasso di risposta sulle arruolate, si osserva una crescita dal T0 al T12, dal momento che progressivamente sono state invitate alle rilevazioni successive solo le donne che avevano compilato il questionario della rilevazione precedente ed il gruppo delle rispondenti si è fidelizzato con il tempo. Alla rilevazione a 12 mesi dal parto le rispondenti rappresentano il 95,4% delle invitate a compilare il questionario (Tabella 2a).

A livello di Zona-distretto è stato possibile monitorare solo il tasso di risposta sulle arruolate, che ha avuto un range del 85-100% (Tabella 2b), perché in fase di reclutamento non era previsto di registrare informazioni socio-demografiche per le donne che hanno rifiutato di partecipare all'indagine e quindi non è disponibile la distribuzione delle eleggibili per Zona-distretto.

La copertura dell'effettivo campione (tasso di completezza) raggiunto al termine del *follow up* è mediamente a livello regionale dell'89,9% per i Punti Nascita e dell'84,2% per le Zone-distretto, anche se le realtà più piccole hanno campioni meno solidi, come già verificato al momento del reclutamento, in particolare alcune Zone-distretto, a causa delle caratteristiche proprie dell'arruolamento continuo a partire dal Punto Nascita, che sfavorisce la copertura delle realtà meno densamente abitate (Tabella 3a e 3b). Come effettuato anche nella prima parte del report, queste differenze rispetto al campione stimato vengono annullate in fase di analisi, con l'applicazione dei pesi campionari.

Elaborazione dei dati

Questa seconda parte del report sul monitoraggio dell'allattamento in Toscana presenta i risultati relativi alle ultime due rilevazioni dell'indagine longitudinale (T6 e T12) e quelli riguardanti le analisi che derivano dalla ricomposizione in un'unica base dati dei diversi dati relativi alle donne che hanno risposto in tutti i momenti dell'indagine, dal T0 al T12, nei tempi corretti per la misurazione dell'allattamento.

La Figura 2 mostra la matrice con la distribuzione del campione tra Zone-distretto e Punti Nascita al termine del *follow up* (dati relativi alla rilevazione T12).

Analogamente a quanto fatto per le precedenti rilevazioni, sono stati calcolati i pesi campionari per Zona-distretto e per Punto Nascita relativi alla rilevazione T6 e T12, tenendo conto delle effettive donne che hanno risposto, del peso diretto (reciproco della probabilità di inclusione delle unità nel campione) da attribuire a ciascuna unità del campione e dell'inverso del tasso di risposta quale fattore di correzione per mancata risposta (Tabella 3a e 3b). Per le misurazioni dell'allattamento, sono state considerate solo le donne che hanno risposto al questionario nei tempi previsti dal protocollo dell'indagine, cioè da una settimana prima a 10 giorni dopo il compimento del mese al T6 e T12, e su questo sotto-campione sono stati calcolati i relativi pesi campionari (Tabella 3c e 3d). Per il calcolo della durata dell'allattamento, dei tempi relativi alla prima introduzione di alimenti diversi dal latte materno e dell'eventuale associazione tra la prevalenza dell'allattamento ed alcuni fattori socio-demografici e relativi all'assistenza nel percor-

so nascita, si è fatto riferimento al database unico relativo al sotto-insieme del campione che ha i dati validi per la misurazione dell'allattamento dal T0 al T12. I risultati sono presentati prevalentemente per residenza (tabelle con intestazione in verde), dal momento che i dati si riferiscono a 6 e 12 mesi dal parto, tempistica che coinvolge prevalentemente la dimensione territoriale.

Viene riproposta la caratterizzazione sintetica del campione che ha completato il *follow up*, in modo da poter identificare eventuali differenze rispetto al campione reclutato all'inizio dell'indagine e verificare quale sia stato l'impatto della perdita campionaria tra la rilevazione iniziale e quella finale.

Sono poi mostrati nel dettaglio i dati relativi alla misurazione dell'allattamento, con particolare riferimento alla prevalenza dell'allattamento a 6 e 12 mesi dal parto, nel primo caso con la consueta distinzione in allattamento esclusivo, predominante, complementare e non allattamento, nel secondo caso specificando solo la percentuale di coloro che stanno ancora allattando. Le ulteriori analisi svolte permettono di mostrare i dati sulla durata dell'allattamento e la datazione della prima introduzione di alimenti, così come di presentare un approfondimento relativo alla misurazione della prevalenza dell'allattamento a 5 mesi, calcolata a partire da quelle dei 3 e 6 mesi tenendo conto dell'informazione sull'epoca di introduzione di altri alimenti oltre il latte materno e di interruzione dell'allattamento.

Un'attenzione particolare è riservata alle difficoltà riferite dalle donne nell'allattamento ed al tipo di supporto ricevuto, in particolare identificando le figure professionali e non che hanno particolarmente aiutato in caso di difficoltà.

Essendo stato un obiettivo del monitoraggio quello di identificare anche i fattori che influenzano l'allattamento, in primis quello esclusivo, un capitolo è dedicato specificatamente a mettere in rilievo quali aspetti socio-demografici o relativi al percorso assistenziale avuto in gravidanza, al momento del parto e nel periodo successivo risultano significativamente associati all'allattamento esclusivo a 3 e 6 mesi all'allattamento prolungato a 12 mesi dal parto. I risultati della regressione logistica, in cui sono state incluse le principali variabili esplicative, permettono infine di mettere in rilievo la probabilità di allattare, ed in particolare di allattare esclusivamente, rispetto alle variabili indipendenti selezionate, con il calcolo dei relativi *odds ratios*.

Viene presentata una sintesi delle prevalenze durante la degenza, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto a livello regionale, aziendale e di Zona-distretto (dati per residenza) ed a livello di Punto Nascita (dati per erogazione).

È stata svolta anche un'analisi dei dati qualitativi raccolti attraverso le domande aperte, presentata in una sezione a parte per valorizzare maggiormente il punto di vista delle mamme. L'analisi ha identificato dei temi emergenti e li ha messi in evidenza anche attraverso la forza esplicativa della narrazione, con la citazione di alcune commenti e suggerimenti delle stesse mamme per migliorare il sostegno all'allattamento, e della nuvola delle parole delle mamme, anche relative alla percezione delle donne sugli aspetti che hanno condizionato positivamente o negativamente la loro qualità di vita.

Punto Nascita	Tasso di risposta*		Tasso di risposta**		Perdita rispondenti
	T0	T12	T0	T12	
AOU Pisana	70.1	63.3	79.2	97.4	9.7
Osp. Massa Carrara	79.8	63.1	87.7	94.2	21.0
Osp. Barga	71.6	61.7	86.6	98.0	13.8
Osp. Lucca	72.5	59.1	78.2	92.7	18.6
Osp. Pontedera	72.1	63.9	85.2	94.4	11.4
Osp. Cecina	72.8	64.2	79.7	94.9	11.8
Osp. Livorno	79.3	67.9	80.5	94.9	14.4
Osp. Piombino	69.5	56.1	79.2	97.9	19.3
Osp. Portoferraio	61.8	47.1	77.8	88.9	23.8
Osp. Viareggio	68.9	60.5	78.0	97.3	12.1
AOU Careggi	73.3	65.1	86.8	95.4	11.2
Osp. Pistoia	69.4	60.7	87.7	97.5	12.5
Osp. Pescia	75.1	66.3	92.7	97.4	11.8
Osp. Prato	53.8	46.4	84.4	95.9	13.8
Osp. Borgo San Lorenzo	72.9	60.0	87.9	92.3	17.6
Osp. Bagno a Ripoli	74.2	67.4	91.0	95.2	9.1
Osp. Firenze	63.7	56.1	79.3	95.4	12.0
Osp. Empoli	60.5	51.0	84.0	95.6	15.6
AOU Senese	73.2	64.7	85.4	95.4	11.6
Osp. Poggibonsi	74.8	62.4	86.7	97.0	16.6
Osp. Montepulciano	78.3	70.4	88.1	95.7	10.1
Osp. Arezzo	67.6	57.7	84.4	93.0	14.7
Osp. Montevarchi	70.1	55.5	82.7	93.8	20.9
Osp. Grosseto	76.8	64.2	85.0	95.6	16.4
Regione	70.5	60.6	84.1	95.4	14.1

Tabella 2a. Confronto dei tassi di risposta tra T0 e T12 e perdita al follow up per Punto Nascita

* Rispondenti/eleggibili

**Rispondenti/Arruolate

Zona-distretto	Tasso di risposta**		Perdita rispondenti
	T0	T12	
Lunigiana	84.0	94.4	19.0
Apuane	85.6	93.8	21.4
Valle del Serchio	85.2	97.8	15.4
Piana di Lucca	80.8	92.4	19.3
Alta Val di Cecina	84.0	88.9	23.8
Val d'Era	79.5	94.0	14.1
Pisana	77.9	97.9	9.9
Bassa Val di Cecina	80.1	95.6	10.3
Livornese	81.9	95.9	12.4
Val di Cornia	80.8	96.2	19.0
Elba	80.0	85.0	29.2
Versilia	79.7	97.7	10.6
Pistoiese	89.0	98.2	14.0
Val di Nievole	88.9	97.6	8.8
Pratese	85.9	94.9	14.6
Firenze	83.9	94.9	11.2
Fiorentina Nord-Ovest	83.0	96.1	9.5
Fiorentina Sud-Est	86.3	95.5	11.7
Mugello	86.9	90.5	22.1
Empolese	86.5	96.7	16.2
Valdarno Inferiore	82.3	96.6	13.8
Alta Val d'Elsa	87.1	97.2	13.2
Val di Chiana Senese	88.7	93.7	12.7
Amiata Senese e Valdorcia	86.7	100.0	7.7
Senese	88.5	97.7	8.7
Casentino	85.4	97.1	5.7
Val Tiberina	83.3	96.0	4.0
Val di Chiana Aretina	84.3	95.0	18.6
Aretina	83.9	91.7	15.4
Valdarno	84.8	92.7	20.3
Colline Metallifere	81.2	94.3	10.7
Colline dell'Albegna	83.7	92.5	19.5
Amiata Grossetana	78.9	100.0	20.0
Grossetana	87.2	97.3	14.6
Regione	84.1	95.4	14.1

Tabella 2b. Confronto dei tassi di risposta tra T0 e T12 e perdita al follow up per Zona-distretto

**Rispondenti/Arruolate

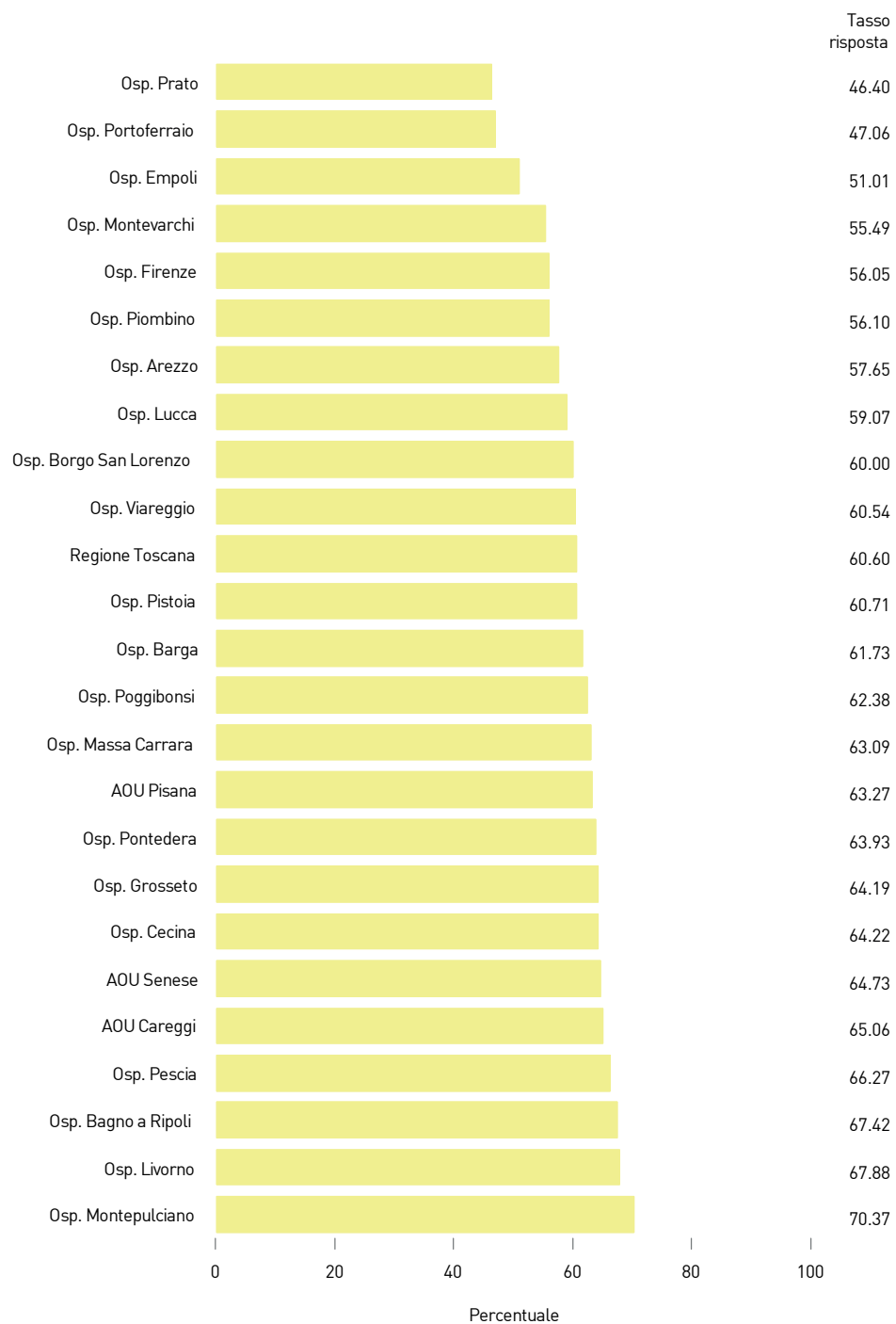


Figura 1. Tasso di risposta (rispondenti su eleggibili) per Punto Nascita al T12

Nota: Si rettifica che nella prima parte del report la Figura 2 sul tasso di risposta per Punto Nascita al T0 presentava un'inversione di etichette tra Ospedale Livorno e Portoferraio e tra AOU Careggi e AOU Senese

Zone xPN	AOU Pisana	Osp. Massa Carrara	Osp. Barga	Osp. Lucca	Osp. Pontedera	Osp. Cecina	Osp. Livorno	Osp. Piombino	Osp. Portoferraio	Osp. Viareggio	AOU Careggi	Osp. Pistoia	Osp. Pescia	Osp. Prato	Osp. Borgo San Lorenzo	Osp. Bagno a Ripoli	Osp. Firenze	Osp. Empoli	AOU Senese	Osp. Poggibonsi	Osp. Montepulciano	Osp. Arezzo	Osp. Montevarchi	Osp. Grosseto	Totale PN	
1	1	25								7	1														34	
2	4	109								8															121	
3			39	4						1															44	
4	13	1	7	97	2					7	1	2	15	1											146	
5	1				4	5													2	4					16	
6	21	1	1		78			1		3								5							110	
7	104	1		1	23		1			5						1	1								137	
8	3	1				121	4					1													130	
9	24				1	10	126			1															162	
10	1					12		34										1						3	51	
11									16		1														17	
12	4	9	1	6					146	1		1													168	
13									1	2	88	4	14							1				1	111	
14	1			4					1		24	88	1					4		1					124	
15				1						14	2		160	4			4	1					1		187	
16					1					119		4	1	44	51								2		222	
17										58	1	5	6	9	42	2							1		124	
18										19		1	9	55	12	1	1	4					4		106	
19										1			64	1	1										67	
20	2									4	1				4	11	104	2	17						145	
21	6		1	1	87	1			1		3				1	2	33		1						56	
22			1	1						2							1		9	91					105	
23																		3		83	3				89	
24																		7		15			2		24	
25										1								111	10	4					126	
26														1									32		33	
27																							24		24	
28																		3		24	30				57	
29										1										2	128	1			132	
30										4						6				1	9	82			102	
31								11												1					38	50
32	1																	1		2					58	62
33																		1		2					9	12
34											1							5		1				174	181	
Tot Zone	186	147	50	114	117	149	131	46	16	181	229	112	119	187	120	84	125	151	145	133	131	226	91	285	3275	

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Azienda Toscana Nord Ovest | Azienda Toscana Centro | Azienda Toscana Sud Est |
| 1. Lunigiana | 13. Pistoiese | 22. Alta Val d'Elsa |
| 2. Apuane | 14. Val di Nievole | 23. Val di Chiana Senese |
| 3. Valle del Serchio | 15. Pratese | 24. Amiata Senese e Valdorcica |
| 4. Piana di Lucca | 16. Firenze | 25. Senese |
| 5. Alta Val di Cecina | 17. Fiorentina Nord-Ovest | 26. Casentino |
| 6. Val d'Era | 18. Fiorentina Sud-Est | 27. Val Tiberina |
| 7. Pisana | 19. Mugello | 28. Val di Chiana Aretina |
| 8. Bassa Val di Cecina | 20. Empolese | 29. Aretina |
| 9. Livornese | 21. Valdarno Inferiore | 30. Valdarno |
| 10. Val di Cornia | | 31. Colline Metallifere |
| 11. Elba | | 32. Colline dell'Albegna |
| 12. Versilia | | 33. Amiata Grossetana |
| | | 34. Grossetana |

Figura 2. Matrice della distribuzione del campione, relativo alla rilevazione T12, tra Zone-distretto (in riga) e Punti Nascita (in colonna)

Zona-distretto	Popolazione di riferimento	Campione	Copertura al T0	T6 donne coinvolte	T6 peso	T12 donne coinvolte	T12 peso	Copertura al T12
Lunigiana	215	96	43.8	36	6.0	34	6.3	35.4
Apuane	780	129	119.4	129	6.0	121	6.4	93.8
Valle del Serchio	280	104	50.0	45	6.2	44	6.4	42.3
Piana di Lucca	1139	134	135.1	158	7.2	146	7.8	109.0
Alta Val di Cecina	93	65	32.3	18	5.2	16	5.8	24.6
Val d'Era	864	130	98.5	118	7.3	110	7.9	84.6
Pisana	1233	135	112.6	140	8.8	137	9.0	101.5
Bassa Val di Cecina	473	119	121.8	136	3.5	130	3.6	109.2
Livornese	1036	133	139.1	169	6.1	162	6.4	121.8
Val di Cornia	286	105	60.0	53	5.4	51	5.6	48.6
Elba	183	90	26.7	20	9.2	17	10.8	18.9
Versilia	943	132	142.4	172	5.5	168	5.6	127.3
Pistoiese	1016	133	97.0	113	9.0	111	9.2	83.5
Val di Nievole	742	128	106.3	128	5.8	124	6.0	96.9
Pratese	1783	139	157.6	197	9.1	187	9.5	134.5
Firenze	2473	141	177.3	234	10.6	222	11.1	157.4
Fiorentina	1528	138	99.3	129	11.8	124	12.3	89.9
Fiorentina Sud-Est	986	132	90.9	111	8.9	106	9.3	80.3
Mugello	386	113	76.1	74	5.2	67	5.8	59.3
Empolese	1120	134	129.1	150	7.5	145	7.7	108.2
Valdarno Inferiore	494	120	54.2	58	8.5	56	8.8	46.7
Alta Val d'Elsa	450	117	103.4	108	4.2	105	4.3	89.7
Val di Chiana	358	111	91.9	95	3.8	89	4.0	80.2
Amiata Senese e	120	75	34.7	24	5.0	24	5.0	32.0
Senese	757	128	107.8	129	5.9	126	6.0	98.4
Casentino	140	80	43.8	34	4.1	33	4.2	41.3
Val Tiberina	114	73	34.2	25	4.6	24	4.8	32.9
Val di Chiana	330	109	64.2	60	5.5	57	5.8	52.3
Aretina	847	130	120.0	144	5.9	132	6.4	101.5
Valdarno	625	125	102.4	109	5.7	102	6.1	81.6
Colline Metallifere	214	95	58.9	53	4.0	50	4.3	52.6
Colline dell'Albegna	268	103	74.8	67	4.0	62	4.3	60.2
Amiata Grossetana	103	69	21.7	12	8.6	12	8.6	17.4
Grossetana	628	125	169.6	186	3.4	181	3.5	144.8
Regione	23007	3890	98.0	3434	6.7	3275	7.0	84.2

Tabella 3a. Popolazione, campione, effettive donne coinvolte, pesi campionari e copertura del campione per Zona-distretto

Punto Nascita	Popolazione di riferimento	Campione	Copertura al T0	T6 donne coinvolte	T6 peso	T12 donne coinvolte	T12 peso	Copertura al T12
AOU Pisana	1534	217	94.9	192	8.0	186	8.2	85.7
Osp. Massa Carrara	1018	205	90.7	156	6.5	147	6.9	71.7
Osp. Barga	283	104	55.8	51	5.5	50	5.7	48.1
Osp. Lucca	960	132	106.1	123	7.8	114	8.4	86.4
Osp. Pontedera	852	130	101.5	124	6.9	117	7.3	90.0
Osp. Cecina	550	122	138.5	157	3.5	149	3.7	122.1
Osp. Livorno	839	130	117.7	138	6.1	131	6.4	100.8
Osp. Piombino	259	102	55.9	47	5.5	46	5.6	45.1
Osp. Portoferraio	167	87	24.1	18	9.3	16	10.4	18.4
Osp. Viareggio	1011	205	100.5	186	5.4	181	5.6	88.3
AOU Careggi	2944	230	112.2	240	12.3	229	12.9	99.6
Osp. Pistoia	926	131	103.8	122	7.6	119	7.8	90.8
Osp. Pescia	626	125	101.6	116	5.4	112	5.6	89.6
Osp. Prato	1864	222	97.7	195	9.6	187	9.9	84.2
Osp. Borgo San	395	114	89.5	91	4.3	84	4.7	73.7
Osp. Bagno a Ripoli	1026	133	99.2	126	8.1	120	8.6	90.2
Osp. Firenze	1529	138	102.9	131	11.7	125	12.2	90.6
Osp. Empoli	1179	210	85.2	158	7.5	151	7.8	71.9
AOU Senese	910	202	81.2	152	6.0	145	6.3	71.8
Osp. Poggibonsi	640	125	125.6	135	4.7	131	4.9	104.8
Osp. Montepulciano	519	121	122.3	139	3.7	133	3.9	109.9
Osp. Arezzo	1360	136	194.9	242	5.6	226	6.0	166.2
Osp. Montevarchi	505	120	95.8	97	5.2	91	5.5	75.8
Osp. Grosseto	1111	208	163.9	298	3.7	285	3.9	137.0
Regione	23007	3649	104.4	3434	6.7	3275	7.0	89.8

Tabella 3b. Popolazione, campione, effettive donne coinvolte, pesi campionari e copertura del campione per Punto Nascita

Zona-distretto	Popolazione di riferimento	Campione	Copertura al T0	T6 donne coinvolte	T6 peso	T12 donne coinvolte	T12 peso	Copertura al T12
Lunigiana	215	96	43.8	36	6.0	32	6.7	33.3
Apuane	780	129	117.1	129	6.0	111	7.0	86.0
Valle del Serchio	280	104	47.1	45	6.2	40	7.0	38.5
Piana di Lucca	1139	134	126.9	155	7.3	126	9.0	94.0
Alta Val di Cecina	93	65	30.8	18	5.2	16	5.8	24.6
Val d'Era	864	130	89.2	118	7.3	103	8.4	79.2
Pisana	1233	135	97.0	140	8.8	129	9.6	95.6
Bassa Val di Cecina	473	119	116.8	134	3.5	116	4.1	97.5
Livornese	1036	133	132.3	168	6.2	143	7.2	107.5
Val di Cornia	286	105	58.1	53	5.4	49	5.8	46.7
Elba	183	90	26.7	20	9.2	15	12.2	16.7
Versilia	943	132	137.9	172	5.5	148	6.4	112.1
Pistoiese	1016	133	94.0	110	9.2	102	10.0	76.7
Val di Nievole	742	128	103.1	128	5.8	113	6.6	88.3
Pratese	1783	139	155.4	193	9.2	170	10.5	122.3
Firenze	2473	141	171.6	234	10.6	207	11.9	146.8
Fiorentina	1528	138	97.8	128	11.9	114	13.4	82.6
Fiorentina Sud-Est	986	132	87.9	109	9.0	97	10.2	73.5
Mugello	386	113	73.5	72	5.4	65	5.9	57.5
Empolese	1120	134	126.1	150	7.5	138	8.1	103.0
Valdarno Inferiore	494	120	52.5	57	8.7	52	9.5	43.3
Alta Val d'Elsa	450	117	101.7	108	4.2	93	4.8	79.5
Val di Chiana	358	111	89.2	95	3.8	85	4.2	76.6
Amiata Senese e	120	75	34.7	24	5.0	22	5.5	29.3
Senese	757	128	107.0	128	5.9	119	6.4	93.0
Casentino	140	80	42.5	34	4.1	29	4.8	36.3
Val Tiberina	114	73	32.9	25	4.6	21	5.4	28.8
Val di Chiana	330	109	61.5	60	5.5	51	6.5	46.8
Aretina	847	130	110.8	142	6.0	111	7.6	85.4
Valdarno	625	125	97.6	108	5.8	92	6.8	73.6
Colline Metallifere	214	95	56.8	52	4.1	45	4.8	47.4
Colline dell'Albegna	268	103	73.8	67	4.0	47	5.7	45.6
Amiata Grossetana	103	69	20.3	11	9.4	11	9.4	15.9
Grossetana	628	125	166.4	185	3.4	165	3.8	132.0
Regione	23007	3890	94.2	3408	6.8	2977	7.7	76.5

Tabella 3c. Popolazione, campione, effettive donne coinvolte per la misurazione dell'allattamento, pesi campionari e copertura del campione per Zona-distretto

Punto Nascita	Popolazione di riferimento	Campione	Copertura al T0	T6 donne coinvolte	T6 peso	T12 donne coinvolte	T12 peso	Copertura al T12
AOU Pisana	1534	217	73.3	191	8.0	173	8.9	79.7
Osp. Massa Carrara	1018	205	90.2	156	6.5	135	7.5	65.9
Osp. Barga	283	104	53.8	51	5.5	46	6.2	44.2
Osp. Lucca	960	132	103.0	123	7.8	97	9.9	73.5
Osp. Pontedera	852	130	98.5	122	7.0	109	7.8	83.8
Osp. Cecina	550	122	134.4	156	3.5	137	4.0	112.3
Osp. Livorno	839	130	113.8	136	6.2	111	7.6	85.4
Osp. Piombino	259	102	53.9	47	5.5	42	6.2	41.2
Osp. Portoferraio	167	87	24.1	18	9.3	14	11.9	16.1
Osp. Viareggio	1011	205	97.6	186	5.4	163	6.2	79.5
AOU Careggi	2944	230	109.1	239	12.3	221	13.3	96.1
Osp. Pistoia	926	131	99.2	119	7.8	110	8.4	84.0
Osp. Pescia	626	125	100.0	115	5.4	101	6.2	80.8
Osp. Prato	1864	222	96.4	193	9.7	170	11.0	76.6
Osp. Borgo San	395	114	86.8	89	4.4	82	4.8	71.9
Osp. Bagno a Ripoli	1026	133	97.0	124	8.3	106	9.7	79.7
Osp. Firenze	1529	138	98.6	131	11.7	131	11.7	94.9
Osp. Empoli	1179	210	83.3	158	7.5	144	8.2	68.6
AOU Senese	910	202	80.7	150	6.1	138	6.6	68.3
Osp. Poggibonsi	640	125	124.0	135	4.7	116	5.5	92.8
Osp. Montepulciano	519	121	119.8	138	3.8	125	4.2	103.3
Osp. Arezzo	1360	136	180.1	240	5.7	193	7.0	141.9
Osp. Montevarchi	505	120	95.0	95	5.3	81	6.2	67.5
Osp. Grosseto	1111	208	160.1	296	3.8	252	4.4	121.2
Regione	23007	3649	100.5	3408	6.8	2977	7.7	82.1

Tabella 3d. Popolazione, campione, effettive donne coinvolte per la misurazione dell'allattamento, pesi campionari e copertura del campione per Punto Nascita

I CONTRIBUTI DELL'OSSERVATORIO REGIONALE ALLATTAMENTO

La Toscana e la promozione dell'allattamento materno: risultati e prospettive

Anna Ajello, Regione Toscana, Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore: Organizzazione delle cure e percorsi cronicità.

La promozione dell'allattamento materno è considerato, a livello internazionale, uno dei principali indicatori dello stato di salute della popolazione, nonché uno degli interventi per la salute materno-infantile più rilevanti in termini di efficacia e con il più alto rapporto beneficio-costi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale, indicando nella promozione dell'allattamento materno una scelta di salute fondamentale.

Coerentemente con tali indicazioni, la Regione Toscana ha promosso e sostenuto l'allattamento materno, già prima della pubblicazione della Carta degli Innocenti, quale scelta fondamentale per la salute della mamma e del bambino.

Un po' di storia: il Protocollo di Intesa con l'UNICEF del 2004 e il progetto europeo *Blueprint*

Il Protocollo di Intesa stipulato con l'UNICEF nel 2004 segnò la strutturazione di politiche programmatiche sia a livello aziendale che regionale. La sfida era ambiziosa: far diventare la preferenza per l'allattamento materno una cultura delle persone, dei servizi, delle comunità presenti, oppure solo accolte dalla società toscana. Nacquero poi, scelte gestionali e azioni di sistema che coinvolsero migliaia di operatori, professionisti, genitori, famiglie nella scelta di partecipare, con la preferenza dell'allattamento materno, alla promozione della propria e altrui salute. Sempre nel 2004 fu istituito l'Osservatorio Regionale dedicato al coordinamento ed alla promozione dell'allattamento materno nei punti nascita e nel territorio della Toscana.

L'attività dell'Osservatorio permise di raggiungere, negli anni, importanti risultati, soprattutto la definizione di un programma regionale di interventi dedicati alla promozione dell'allattamento, che spinse in avanti l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera nei percorsi per il riconoscimento BFH (*Baby Friendly Hospital*); il riconoscimento di sette ospedali toscani "Amici dei Bambini".

Una svolta, nell'acquisizione di conoscenze e competenze da parte del sistema dei servizi e degli operatori e dei professionisti, venne nel 2007, dalla partecipazione della Regione Toscana e delle sue Aziende sanitarie al progetto europeo "Blueprint". L'emanazione di alcuni "Indirizzi alle Aziende sanitarie", consentì di sviluppare e diffondere specifiche azioni per la riqualificazione della rete assistenziale materno-infantile, tra cui la promozione e la diffusione dell'allattamento materno e di una corretta alimentazione del neonato, indicandoli, in accordo con la programmazione nazionale, tra gli standard di qualità e i requisiti assistenziali delle UU.OO di pediatria, di neonatologia, di ostetricia e ginecologia di I°, II° e III° livello.

Le diverse iniziative consentirono il miglioramento delle competenze, l'integrazione e l'organizzazione degli operatori sanitari, e l'ottenimento della qualifica IBCLC (*International Board of Lactation Consultant Examiners*) per molti di essi.

Nel corso degli anni intorno alle politiche per l'allattamento (promozione del Codice Internazionale, pratica del *rooming-in*, corsi di preparazione alla nascita e assistenza puerperale) sono state stabilite alleanze importanti tra servizi e persone, operatori e utenti, mamme e famiglie.

Sono cresciute anche collaborazioni proficue tra i diversi livelli istituzionali, dalle Aziende sanitarie agli organismi europei, tra cui OMS e UNICEF. Ne è un esempio la partecipazione della Regione Toscana al programma ministeriale "Promozione dell'allattamento materno", in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità; al progetto europeo "Promotion of Breastfeeding in Europe"; al progetto OMS/UNICEF "Ospedali Amici dei Bambini" (*Baby Friendly Hospital Initiative*).

Si sottolinea infine in questi anni la nascita della Rete regionale delle Banche del Latte (ReBLUD), che coordina l'attività delle banche del latte presenti nella Regione, le quali offrono attualmente a tutte le mamme la possibilità di allattare il proprio bambino con latte umano donato (BLUD).

Una nuova intesa tra Regione Toscana e il Comitato UNICEF per l'Italia (dicembre 2014)

Nel 2014, dieci anni dopo il Protocollo di Intesa con UNICEF Italia, coerentemente con il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 e l'emanazione di nuovi Indirizzi alle Aziende Sanitarie (DGR 1025/2014), la Regione Toscana ha mantenuto, tra le azioni strategiche di programmazione per il percorso assistenziale materno infantile, la promozione dell'allattamento, con un'attenzione specifica - considerati i nuovi assetti organizzativi del SSN - ai servizi territoriali. Il 2014 segnava del resto un arco di tempo sufficiente per verificare l'efficacia degli interventi promossi dieci anni prima, consolidarli e valutare le strategie più opportune da adottare considerando le caratteristiche di una famiglia e di una maternità che cambiavano con il cambiare della società, dei suoi tempi e dei modi di vita. È in questo quadro che si iscrive il rinnovo del protocollo di intesa con UNICEF firmato da Regione Toscana il 5 dicembre del 2014.

Il protocollo prevede l'estensione della rete di Ospedali e Comunità "Amici dei Bambini"; lo sviluppo delle competenze degli operatori sanitari a diverso

titolo coinvolti nel percorso nascita, attraverso iniziative formative, permanenti e coerenti con le raccomandazioni OMS/UNICEF. Prevede ancora il monitoraggio e l'implementazione delle *policies* aziendali e regionali, attraverso l'Osservatorio Regionale per l'Allattamento; la promozione della conoscenza e del rispetto del Codice Internazionale per la Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno, valore etico strategico per la protezione dell'allattamento, per una corretta informazione dei consumatori e una necessaria indipendenza professionale degli operatori.

L'Osservatorio regionale per l'allattamento

Nuovo impulso è stato dato dall'Intesa del 2014 all'Osservatorio regionale per l'allattamento (ORA) che ha il compito di:

- proporre azioni, in accordo con le linee di indirizzo nazionali per la protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento, con i progetti UNICEF e i piani regionali sanitari e della prevenzione;
- monitorare le diverse iniziative nei punti nascita e nei servizi territoriali;
- diffondere informazioni e raccomandazioni utili a migliorare e uniformare gli standard assistenziali;
- promuovere interventi che facilitino il percorso degli ospedali e dei territori toscani per raggiungere il riconoscimento di "Ospedali&Comunità Amiche dei Bambini" OMS/UNICEF e sostengano le strutture già riconosciute a superare le successive, periodiche rivalutazioni;
- implementare gli interventi formativi rivolti agli operatori del "percorso nascita"; la sperimentazione di iniziative formative nei corsi di laurea o di specializzazione nei poli universitari di Firenze, Pisa e Siena, e di iniziative dedicate nelle scuole;
- promuovere l'apertura di spazi per l'allattamento nei luoghi pubblici;
- realizzare interventi che possano incoraggiare e verificare il rispetto del Codice Internazionale per la Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno, riferimento etico per cittadini ed operatori nonché requisito specifico per "Ospedali&Comunità Amici dei Bambini".

L'Osservatorio ha come partners privilegiati nelle proprie attività le Comunità e gli Ospedali BFH e BFHCI, le associazioni del volontariato, le Società scientifiche, la Pediatria di libera scelta, il Comitato regionale Percorso Nascita, l'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) e il Laboratorio di Management e Sanità (MeS). Una rete, insomma, vasta e articolata per nuove alleanze e per crescere ancora nella cultura e nelle comunità.

Una Regione "amica dei bambini e delle bambine"

Gli indirizzi espressi dall'Intesa ed emanati con la DGR 1025/2014, condivisi in sede di firma del Protocollo da tutte le Direzioni Sanitarie, hanno potuto supportare negli ultimi due anni, grazie all'operatività crescente dell'ORA, *policies* aziendali dedicate alla promozione, al sostegno e alla protezione dell'allattamento; un programma di formazione continua (ECM), integrata sia a livello istituzio-

nale che di percorso, la realizzazione, in collaborazione con FIMP, di una FAD su piattaforma FORMAS per la formazione regionale obbligatoria dei pediatri convenzionati, e l'introduzione della competenza degli operatori sull'allattamento tra gli standard di qualità e i requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie in ambito materno-infantile; l'istituzione di un Workshop annuale rispettivamente per la presentazione degli esiti degli interventi realizzati, la valorizzazione delle buone pratiche, l'aggiornamento degli operatori e la programmazione partecipata; la revisione dei contenuti dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) sull'allattamento; il censimento e la diffusione di tutti i servizi territoriali e ospedalieri esistenti per il sostegno delle mamme nell'allattamento, inclusi i gruppi di mutuo aiuto; lo sviluppo della rete BFH.

A tutt'oggi infatti, la Toscana è la Regione che conta il maggior numero di ospedali, dieci in tutto, riconosciuti "Amici dei Bambini e delle Bambine": il P.O. Val di Chiana Senese, l'Ospedale Nuovo del Mugello, il P.O. di Pistoia, il P.O. dell'Alta Val d'Elsa, il P.O. della Piana di Lucca, il P.O. S.M. Annunziata di Firenze; il P.O. delle Apuane; il Nuovo Ospedale S. Giovanni di Dio di Firenze e l'Ospedale del Casentino, l'AOU di Careggi, prima Azienda Ospedaliero-universitaria in Italia ad elevato numero di nati ad ottenere la certificazione. Recentemente la ASL Toscana Nord Ovest, zone Apuane e Lunigiana, dopo un grande sforzo organizzativo e con la partecipazione dei cittadini, delle mamme e delle famiglie, ha ottenuto il riconoscimento di "Comunità Amica dei Bambini", un segno importante verso cui oggi altri territori si stanno orientando.

Il Monitoraggio dei tassi di allattamento in Regione Toscana

Un altro passo importante nel percorso verso una Regione "Amica dei Bambini e delle Bambine" è stato favorito dall'inclusione nel Piano Nazionale e poi Regionale per la Prevenzione 2015-2018 di politiche mirate alla promozione dell'allattamento e al monitoraggio dei tassi di allattamento. Tra le Azioni di Piano è stata inclusa, coerentemente con i fini dello stesso piano della prevenzione, la sperimentazione di un sistema di monitoraggio, in grado di acquisire e progressivamente armonizzare, i dati estratti dai flussi SDO e CAP, i dati dei bilanci di salute della pediatria di famiglia convenzionata, i dati acquisibili dall'implementazione della futura Anagrafe Vaccinale e dalla valutazione da parte delle mamme dell'assistenza ricevuta in tutto il percorso assistenziale e fino ad un anno di vita del bambino.

È in questo quadro che nasce il presente lavoro promosso dall'ORA e realizzato dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, sulla prevalenza dell'allattamento materno al momento della dimissione dal punto nascita e fino a ad un anno di vita del bambino.

L'indagine presenta risultati molto interessanti sia rispetto al suo fine specifico, sia considerando il processo culturale e programmatico che ha alle spalle. Essa infatti ha, tra gli altri meriti, quello di aver fatto emergere un tessuto sociale e un sostrato culturale sostanzialmente favorevole all'allattamento materno. Prova ne è il coinvolgimento, grazie anche alla sensibilità dei referenti aziendali, di un campione significativo di mamme che nell'ultimo anno hanno avuto accesso

ai servizi per la gravidanza, il parto e il puerperio, e che hanno voluto registrare la loro esperienza. Colpisce l'attenzione accordata, il desiderio di partecipare. Il risultato di questo lavoro "comune" offre così la possibilità di una valutazione a più livelli delle politiche sull'allattamento avviate e da avviarsi, ma è anche un contributo importante per l'organizzazione dei servizi esistenti per il percorso nascita, volendo migliorarne la qualità, l'equità e l'accoglienza dovuta. È una dimostrazione dell'opportunità delle "alleanze per crescere" e che lavorare in rete, sin dalla preparazione delle scelte di programmazione, è possibile ed efficace.



Figura 3. Particolare del poster del Progetto di Monitoraggio dell'allattamento materno in Toscana

I dati sull'allattamento in Toscana nel panorama nazionale e rispetto agli obiettivi internazionali

Gherardo Rapisardi, Azienda USL Toscana Centro, componente dell'Osservatorio Regionale per l'Allattamento (ORA)

Come descritto dettagliatamente nell'introduzione del volume, in Italia mancano purtroppo sistemi omogenei di raccolta dei dati sulla prevalenza dell'allattamento, che possano consentire un confronto attendibile tra tutte le regioni.

L'attuale sistema di monitoraggio dell'allattamento in Toscana è certamente all'avanguardia in Italia. I dati della rilevazione oggetto di questo volume sono stati raccolti su base campionaria al punto nascita, e hanno il grosso pregio di una sorveglianza di tipo longitudinale con rilevazioni alla nascita, a 1-3-6 e 12 mesi, con buoni tassi di rispondenza nel tempo.

La Toscana è tra le poche regioni (Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Lombardia e Province Autonome di Trento e Bolzano) che abbiano effettuato negli ultimi anni indagini ripetute che hanno consentito di monitorare il trend dell'allattamento in almeno una parte della propria popolazione. Ed è prossimo a partire un sistema di monitoraggio di indicatori relativi al percorso nascita e al primo anno di vita del bambino, tra i quali anche quelli per l'allattamento al seno, che consentirà di mettere a sistema una rilevazione longitudinale e permanente, unica nel suo genere in Italia.

Vediamo qui di seguito un confronto, per quanto possibile, tra i dati di allattamento in Toscana rispetto ad alcuni dati nazionali che abbiamo a disposizione.

A livello italiano sono disponibili, oltre ai dati delle regioni sopra citate, i dati dell'indagine Istat del 2013 su "Gravidanza, parto e allattamento al seno", pubblicati a fine 2014 ed alcuni più settoriali derivati dall'indagine sperimentale del progetto di sorveglianza degli 8 determinanti di salute 0-2 anni dell'istituto Superiore di Sanità, effettuata al momento delle 3 vaccinazioni del 1° anno di vita in alcuni distretti di Veneto, Lombardia (Milano), Marche, Campania, Puglia e Calabria.

A livello Internazionale esiste la *World Breastfeeding Trends initiative* (WBTi), strumento sviluppato dall'*International Baby Food Action Network* (IBFAN) per valutare e promuovere le politiche e i programmi per sostenere l'alimentazione dei bambini nei diversi Paesi del mondo, secondo gli obiettivi indicati per il 2030 dalla *Global Breastfeeding Collective* (GBC), iniziativa guidata da UNICEF e OMS. Gli obiettivi comprendono il raggiungimento del 70% di inizio precoce dell'allattamento al seno (entro la prima ora), un 60% di bambini allattati esclusivamente

al seno nella fascia 0-6mesi (valutati a 4-5 mesi), l'80% di bambini allattati al seno a 12 mesi di vita e 60% a due anni. Viene stimato che nel 2030 i 3/4 dei Paesi saranno in grado di effettuare una valutazione WBTi ogni 5 anni. L'ultimo report del 2016 è riferito a 84 Paesi e mostra molti gaps tra politiche e programmi in molte nazioni. Tra gli indicatori della WBTi vi sono anche:

- la percentuale di bambini allattati esclusivamente al seno entro la prima ora,
- la percentuale di bambini di età < 6 mesi allattati esclusivamente al seno,
- la mediana della durata dell'allattamento.

Allattamento alla dimissione dal punto nascita

Le indagini condotte sulla popolazione toscana negli anni 2002-2005-2010 e 2016-17, mostrano un miglioramento nel tempo dell'allattamento esclusivo durante la degenza dal 65 al 75% ed una riduzione del non allattamento al seno dal 9 al 4%. E' un dato incoraggiante che accompagna il grosso lavoro svolto in regione Toscana dal 2003-2004, sia a livello formativo, con i corsi OMS/UNICEF di 18 e poi di 20 ore, che organizzativo con il raggiungimento dell'accreditamento secondo l'Iniziativa degli Ospedali Amici dei Bambini (*Baby Friendly Hospital Initiative*, BFHI) in ben 9 dei 24 punti nascita toscani (Montepulciano, Borgo San Lorenzo, Pistoia, S. Maria Annunziata, Nuovo S. Giovanni di Dio, Careggi, Lucca, Poggibonsi, Massa) e una Comunità Amica del Bambino (Massa e Carrara). Notevole la variabilità tra punti nascita, con valori sopra il 90% a Massa, Grosseto e Bagno a Ripoli e valori del 40% nella AOU Pisana, a dimostrazione di quanto influiscano le pratiche assistenziali e organizzative. Tali differenze sono presenti anche per i dati successivi fino a 12 mesi, riferendosi alla residenza di mamme e bambini.

Le mamme e i neonati che hanno avuto l'opportunità di un contatto pelle a pelle per più di un'ora dopo il parto sono in media il 61,9%, con valori che oscillano dall'81% a Bagno a Ripoli al 17,5% della AOU Pisana, con il 10% circa che riferisce di non aver avuto la possibilità di un contatto pelle a pelle. E' noto che il contatto pelle a pelle prolungato nelle prime due ore è associato ad una maggiore probabilità di inizio precoce dell'allattamento.

Non è disponibile in questa rilevazione il dato sul momento del primo attacco al seno, ma i dati dell'allattamento esclusivo al seno in degenza (75%), il fatto che il 76% delle coppie madre neonato hanno avuto la possibilità di un contatto pelle a pelle maggiore di 10 minuti dopo il parto (circa il 62% per più di un'ora) e considerando che la quasi totalità delle esperienze di pelle a pelle per più di mezz'ora si accompagnano ad un primo attacco al seno, possono far supporre che l'obiettivo internazionale del 70% di inizio precoce dell'allattamento al seno venga raggiunto in Toscana o sia molto vicino al raggiungimento. In Italia invece il dato Istat del 2013 riporta un inizio precoce di allattamento al seno del 36% (40,8 nel nord-ovest, 52% nel nord-est, 36,4% nel centro e 22,9% nel sud e isole).

Ricordo che la definizione di inizio precoce è purtroppo ancora limitata alla prima ora di vita, mentre in base alla fisiologia dell'adattamento postnatale dovrebbe essere ampliata alle prime due ore di vita (se madre e neonato non vengono disturbati l'attacco spontaneo al seno avviene in media a circa 45 minuti dalla nascita, ma in non pochi casi dopo i 60 minuti).

Allattamento 0-12 mesi

L'allattamento esclusivo al seno raggiunge un picco ad una settimana di vita (82%), ad un mese è del 68%, a 3 mesi del 63% e a 6 mesi del 16%. Il dato stimato a 5 mesi, sulla base di quando le mamme dicono di aver interrotto l'allattamento esclusivo, è del 44%.

I dati mostrano un miglioramento rispetto a quelli di un'indagine Toscana svolta nei centri vaccinali nel 2010, pur con i limiti dovuti ad un *range* di età più ampio in quella rilevazione, dove intorno a **3 mesi** l'allattamento esclusivo al seno era del 56% e intorno ai 5 mesi del 31%. Anche rispetto all'Italia il dato del 63% di allattamento esclusivo al seno a 3 mesi è superiore a quello dell'Emilia Romagna nel 2016 (50%) e dei dati Istat (59% al Centro, 54% al Nord e 41% al Sud). Anche il 44% di allattamento esclusivo al seno a **5 mesi** è un valore superiore a quello dell'indagine Istat italiana che riporta un 38,6% a 4-5 mesi, a quello a 5 mesi delle indagini dell'Emilia Romagna nel 2016 (31%), del Friuli nel 2013 (30%) e della Lombardia nel 2012 (27%). Il dato è molto positivo all'interno del panorama italiano, tanto da non far sembrare irraggiungibile l'obiettivo del 60% dato dalla GBC per il 2030.

A **6 mesi** il 72% delle mamme allattano al seno, rispetto a valori dell'indagine Istat compresi tra il 52 e il 61%. A **12 mesi** il 48,7% delle mamme allattano al seno. Il dato, anche se lontano dall'obiettivo GBC dell'80%, è certamente molto confortante a livello italiano, dove l'indagine Istat riportava valori medi intorno al 33% (Nord al 35,5%, Centro 34,7% e Sud 29,1%).

Non sono ancora disponibili né in Toscana né a livello italiano, dati di allattamento a 24 mesi.

I dati Istat del 2013 già collocavano la Toscana tra i primi posti anche per altri due dati quali la durata media dell'allattamento (9,9 mesi, dietro solo a piccole regioni o province autonome quali Umbria, Valle d'Aosta, Trento e Molise), così come quella dell'allattamento esclusivo al seno (4,6 mesi), al pari con il Trentino Alto Adige e seconda solo alla provincia di Trento e Valle d'Aosta.

In sintesi i dati di prevalenza dell'allattamento al seno in Toscana 2016-2017 appaiono molto buoni se paragonati alla media italiana, confermano il trend positivo di miglioramento rispetto ad indagini precedenti e costituiscono un preziosissimo riferimento per sostenere, progettare e valutare le modifiche alle politiche ed i programmi attuati a livello regionale.

Spunti dalle parole delle mamme: il ruolo dei gruppi di auto-aiuto nelle mamme in allattamento

Elisa Berti, MammeAmiche, Gruppo di auto e mutuo aiuto (Firenze e Provincia)

Durante l'allattamento le mamme hanno bisogno di supporto e sostegno e quello che ricevono da altre mamme è particolarmente importante per affrontare le difficoltà incontrate, chiarire dubbi ed incertezze e condividere la propria esperienza. Anche l'Organizzazione Mondiale della sanità considera l'auto mutuo aiuto, basato sulla scambio reciproco che si attiva fra persone che vivono una stessa situazione di vita, come una delle forme del processo di cura ed uno strumento utile per migliorare la salute.

Negli ultimi anni si sono formati molti gruppi di auto aiuto tra mamme. Di seguito è riportata l'esperienza di uno dei gruppi di auto-aiuto per l'allattamento attivo nel territorio di Firenze.

Dopo alcuni corsi di formazione sull'allattamento materno, organizzati nell'ambito di un progetto promosso dalla Società della Salute Zona Firenze Nord/Ovest, dal 2008 ad oggi, si sono formati dei gruppi di auto-aiuto sul territorio fiorentino: l'Associazione MammeAmiche ONLUS che comprende le zone di Sesto, Calenzano, Scandicci, Firenze, Lastra a Signa, Mugello e l'Associazione Mamme Amiche di Campi Bisenzio che comprende esclusivamente la zona di Campi Bisenzio.

La formazione di questi gruppi trae spunto dai Dieci passi UNICEF-OMS per la promozione dell'allattamento al seno che prevede al 10° punto di "Favorire la creazione di gruppi di sostegno alla pratica dell'allattamento al seno, in modo che le madri vi si possano rivolgere dopo essere state dimesse dall'ospedale o dalla clinica". Per questo abbiamo sostenuto il percorso BFH (*Baby Friendly Hospital*) che ha portato San Giovanni di Dio e l'AOU Careggi a diventare "Ospedale Amico del Bambino".

Le nostre attività

La nostra attività è volontaria e ci sentiamo parte di un'offerta pubblica e gratuita. Ove consentito dalle ostetriche del territorio, che supportano la nostra attività di volontariato con l'obiettivo comune di dare sostegno alle mamme in difficoltà con l'allattamento al seno, presentiamo le nostre associazioni ai CAN, per poi ospitare le neo-mamme interessate agli incontri di gruppo. Questi di solito si svolgono due volte al mese in ciascun comune dove le nostre associazioni sono

presenti; alcune di noi lasciano il proprio recapito telefonico per offrire consulenza alla pari sull'allattamento in situazioni di urgenza, in orari dove ad esempio i consultori o gli ambulatori pediatrici sono chiusi (in genere le telefonate arrivano nelle ore serali – dopo le 19 – e nel weekend). Nei comuni dove questa sinergia di intenti tra MammeAmiche e Ostetriche del consultorio non c'è, si rileva una minore presenza di neo-mamme agli incontri mensili/settimanali.

Abbiamo organizzato molti incontri informativi su varie tematiche, grazie al supporto costante delle ostetriche, dei pediatri di libera scelta, di esperti psicologi e di nutrizionisti. Gli argomenti trattati sono stati: allattamento, alimentazione complementare, disostruzione pediatrica, la fascia e “il portare”, la sicurezza in auto, l'importanza della lettura fin dalla pancia: alcune di noi sono anche formatrici nel progetto nazionale Nati Per Leggere e a Sesto Fiorentino nel 2012 le MammeAmiche hanno dato vita ad un gruppo di lettura ad alta voce: i “Genitori da Favola”.

Nel 2013 abbiamo organizzato il primo *flash mob* sull'allattamento, riunendo in piazza molte mamme che sostengono l'allattamento al seno come forma primaria di salute, e negli anni successivi, nella prima settimana di ottobre, in occasione della SAM (Settimana Mondiale Allattamento), abbiamo organizzato numerosi incontri e iniziative per mamme e bambini, fra cui anche due mostre fotografiche: la prima nel 2011 “Obiettivo Allattamento” nata da un concorso fotografico per la quale le mamme ci hanno inviato loro foto; l'ultima nel 2017 “Ovunque lo desidero” presso alcune biblioteche di Firenze, con l'obiettivo di divulgare il messaggio che si può allattare ovunque, anche nei luoghi pubblici, senza discriminazione.

Siamo in collegamento con gli Ospedali Amici del Bambino di Firenze: Careggi e San Giovanni di Dio. Ci auguriamo che questa sinergia si possa creare al più presto anche con Ponte a Niccheri e Borgo San Lorenzo.

In questi anni abbiamo inaugurato dei punti amici dell'allattamento, i cosiddetti “*Baby Point*”, in varie farmacie, biblioteche, teatri ed esercizi privati, attrezzati con poltrona per allattare e/o fasciatoio.

Abbiamo visto che in tutta la Toscana ci sono varie associazioni di auto-aiuto simili alle nostre che sono distribuite in modo non omogeneo e con le quali non siamo collegate.

Dal report 2016/2017 emerge che i gruppi di auto-aiuto come il nostro svolgono un ruolo importante. Il 59% delle mamme si sono rivolte ai gruppi di mamme per l'auto-aiuto che si appoggiano al consultorio, mentre il 45% delle mamme si sono rivolte ai gruppi di mamme per l'auto-aiuto fuori dai servizi consultoriali. Quindi circa il 52% delle mamme nell'area fiorentina si sono rivolte ai gruppi MammeAmiche per un sostegno alla pari in allattamento.

Dal 2008 al 2015, nei comuni dell'area fiorentina, più di 110 donne hanno ricevuto il corso di formazione sull'allattamento di 12 ore per il progetto della Società della Salute “Mamme amiche”, di cui attualmente circa 30 donne sono attive come consulenti alla pari nelle associazioni MammeAmiche ONLUS e Mamme Amiche di Campi Bisenzio.

Auspichiamo che vengano regolarmente organizzati corsi di formazione, assolutamente necessari per continuare questa attività di volontariato nel tempo, considerato il suo ruolo tangibile come emerge dal report del Laboratorio MeS.

Il progetto BFH. Esiti in Toscana

Elise Chapin, UNICEF Italia, componente dell'Osservatorio Regionale per l'Allattamento (ORA) e Stefania Sani, UNICEF Italia

Dei 26.092 nati in Toscana nel 2017, il 45% (n. 11.688) nasce in un ospedale riconosciuto Amico dei Bambini (BFH, *Baby Friendly Hospital*) dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall'UNICEF. È la regione dove si registra il maggior numero di bambini nati nei BFH. Tutto questo è stato possibile grazie ad un impegno forte che la Regione Toscana ha dedicato al percorso nascita ed in particolare al tema dell'alimentazione infantile e ad un'alleanza con il Comitato Italiano per l'UNICEF. Il primo impegno formale congiunto risale al 2004, quando la Regione ha sottoscritto un Protocollo d'intesa con UNICEF impegnandosi a promuovere l'iniziativa OMS/UNICEF “Ospedale Amico dei Bambini (BFHI, *Baby Friendly Hospital Initiative*) ed il rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno, attraverso l'istituzione dell'Osservatorio Regionale sull'Allattamento.

Questo impegno ha permesso alla Regione di mettere a sistema la protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento, anche grazie alla partecipazione al progetto finanziato dalla Commissione Europea (*EU Project Contract N. SPC 2004326*) sulla Promozione dell'allattamento in Europa: test pilota del “*Blueprint for Action*” dal 2005 al 2008. Il progetto aveva come obiettivo il riconoscimento degli Ospedali Amici ed ha fatto sì, che all'unico punto nascita riconosciuto nel 2002, Ospedali Riuniti della Valdichiana (SI), si siano aggiunti gli Ospedali del Mugello (2006), di Pistoia e dell'Alta Val d'Elsa (2007), di Bagno a Ripoli (FI) e di Lucca nel 2008. Dopo il termine del progetto sono stati riconosciuti l'Ospedale delle Apuane nel 2010, l'AOU di Careggi nel 2013 la Comunità dell'ex-ASL 1 di Massa nel 2015 e nel 2017 l'Ospedale di S. Giovanni di Dio (FI). A tutt'oggi la Toscana è la regione con il maggiore numero di strutture riconosciute a livello nazionale.

In questi anni la Regione ha sostenuto varie attività collegate ai percorsi BFHI: un corso di formazione per formatori, inizialmente per il Corso 18 Ore dell'OMS/UNICEF, successivamente aggiornato al Corso 20 Ore, la formazione di migliaia di operatori dell'intero percorso nascita regionale, lo sviluppo di una modalità di acquisto dei sostituti del latte materno nel rispetto del Codice, per acquisire prodotti da tutte le ditte interessate evitando prezzi simbolici e situazioni di monopolio, assicurando più vincitori e la suddivisione della quantità richiesta in lotti uguali fra le ditte accettate. La Regione ha inoltre condotto una serie di indagini

che potessero fornire dati su cui basare gli interventi di miglioramento successivi. A dieci anni di distanza, il Protocollo di Intesa con UNICEF è stato rinnovato nel 2014 con un ampliamento dell'attenzione anche agli altri percorsi del programma "Insieme per l'Allattamento": la promozione non solo degli Ospedali Amici, ma anche delle Comunità Amiche, dei *Baby Pit Stop* e la sensibilizzazione sui Corsi di Laurea Amici dell'Allattamento.

Questo tipo di approccio è quello auspicato dall'OMS e dall'UNICEF nella nuova Guida operativa BFHI dal titolo "*Protection, promotion, and support of breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-friendly Hospital Initiative.*" ("Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento in strutture che offrono servizi per la maternità e per i neonati: l'Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini riveduta"). La Guida ripropone l'approccio storico delle 3 A: Autovalutazione, Analisi, Azione usato da UNICEF nei programmi in tutto il mondo. Nel contesto della BFHI italiana, è stato proposto di prendere in considerazione 3 A ulteriori: Accoglienza, Ascolto ed Accompagnamento, che stanno alla base del lavoro di chi si occupa del percorso nascita in generale e dell'alimentazione infantile in particolare.

Per ben impostare il lavoro futuro, bisogna basarsi su dati raccolti in maniera sistematica; questo ha rappresentato nel passato una lacuna che, invece, viene colmata in maniera molto efficace da questo "Monitoraggio dell'allattamento materno in Toscana" e dalla prospettiva di una raccolta dati continuativa grazie all'impiego di nuove tecnologie (applicazione per *smart phone* e computer).

Prendiamo in esame i vari momenti del percorso nascita (Gravidanza, Parto, Puerperio e Allattamento) della Regione Toscana alla luce dei dati che emergono dal "Monitoraggio dell'allattamento materno in Toscana 2016-17".

Gravidanza

Per quanto riguarda l'assistenza in gravidanza, nonostante il prevalente ricorso alle cure del ginecologo privato, si rileva che rispetto alla precedente indagine è cresciuta la percentuale di donne assistite nel servizio pubblico con una media regionale del 42% (da confrontare con il 34% a livello nazionale nel 2013) e in particolare di quelle assistite da una figura ostetrica.

L'assistenza ricevuta in gravidanza presso una struttura pubblica ha un effetto positivo significativo sull'allattamento sia a 3 che a 6 mesi. La conoscenza dei servizi offerti nel servizio pubblico fino dalla gravidanza, può portare le famiglie a rivolgersi alle stesse persone anche nel puerperio, rafforzando così la continuità assistenziale. Nel caso di Massa, unica provincia sul territorio nazionale ad avere sia un Ospedale che una Comunità Amica, oltre il 92% delle donne hanno avuto un contatto con un professionista del sistema sanitario pubblico per questioni relative al bambino dopo la dimissione dal punto nascita.

L'indagine sull'assistenza ricevuta in gravidanza (Passo 3 BFHI/BFCI) e sui professionisti che la mamma incontra subito dopo la dimissione dall'ospedale (Passo 10 BFHI/Passo 7 BFCI), riguarda due fasi cruciali del percorso nascita che dovrebbero assicurare una vera continuità assistenziale territorio-ospedale-terri-

torio, all'interno della quale la donna possa trovare informazioni coerenti, ascolto e sostegno per giungere a scelte consapevoli sull'alimentazione del bambino, su come affrontare l'esperienza del travaglio/parto e del ritorno a casa dal punto nascita: in estrema sintesi, il contenuto dei due passi più "strutturali" della BFHI/BFCI (Passo 3 e Passo 10H/7C).

Nel 2007, in un'indagine regionale risultava che "il 26% delle donne non ha ricevuto in gravidanza alcuna informazione inerente all'allattamento". Tale percentuale è risultata quasi triplicata nei risultati di questa indagine dove il 73% delle madri che hanno frequentato i Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) riferiscono "che il tema dell'allattamento è stato trattato molto o moltissimo". Inoltre una donna su due partecipa ai CAN. Tra le primipare, la percentuale di partecipazione sale addirittura al 74%, con un *range* compreso fra il 60% ed il 90%. La frequenza ai CAN, già noto fattore protettivo nei confronti dell'allattamento, si conferma tale sia a 3 che a 6 mesi. Com'è facile immaginare, il tasso di allattamento esclusivo a 3 e 6 mesi cresce in base alla percezione dell'utilità del corso stesso.

Nonostante dalle interviste risulti una percezione nel complesso positiva dei servizi di cui hanno usufruito le donne in gravidanza, dai loro commenti si coglie come l'offerta dei CAN sia disomogenea sia in senso qualitativo che quantitativo relativamente ad argomenti, tempi ad essi dedicati, stile comunicativo.

Sempre dai commenti delle mamme riemerge l'annosa questione dei sensi di colpa di chi non riesce o sceglie di non allattare, degli atteggiamenti troppo rigidi di certi operatori che promuovono l'allattamento, del rammarico per non essere riuscite a vivere l'esperienza del travaglio e del parto in maniera più consapevole, quando il percorso non è stato "lineare". Questo deve far riflettere sull'impostazione dei CAN, perché riescano ad accompagnare un maggior numero di donne verso scelte consapevoli, e anche sulla loro offerta (orari e sedi), perché riescano ad intercettare un numero maggiore di donne/genitori.

Parto e degenza

Il monitoraggio conferma che il percorso nascita della regione è in larga misura, e non solo nelle strutture riconosciute BFH, un percorso basato sulle buone pratiche indicate dal progetto: dalla partecipazione ai CAN (Passo 3 H/C), all'esperienza del pelle a pelle (Passo 4H) e del *rooming-in* nel punto nascita (Passo 7H), dai tassi di allattamento all'offerta dei servizi dopo la dimissione (Passo 10 H/7C). È interessante osservare che in alcune strutture non ancora aderenti al Progetto si sono affermate buone pratiche in misura uguale a quella delle strutture riconosciute BFH. Si sta dunque verificando da tempo una "contaminazione virtuosa" che va riducendo le differenze fra le strutture presenti nelle precedenti rilevazioni e che documenta quanto alcuni modelli organizzativo-assistenziali siano entrati a far parte della routine e dunque della cultura non solo degli operatori sanitari, ma anche delle donne e delle loro famiglie.

Esempio eclatante è il *rooming-in* ormai documentato con percentuali superiori al 90% in tutti i punti nascita della Toscana. Nel 2002, solo il 47,4% delle donne in Toscana aveva fatto il *rooming-in* con conseguenze sui tassi di allattamento esclusivo (58,95%). In Toscana nel 2013, il 54,4% delle mamme faceva il *rooming-in*

contro un valore nazionale del 49,1%.

Il monitoraggio relativamente al Passo 9 della BFHI, che riguarda l'uso di ciucci e biberon durante la degenza, conferma che questi ausili sono associati a tassi più bassi di allattamento sia a 3 che a 6 mesi. Per chi ha usato il biberon in degenza, aumenta significativamente il rischio di non allattamento a 3 mesi (32,5% vs. 12,8%) e a 6 mesi (47,4% vs. 23,9%). Lo stesso risultato emerge per l'uso dei ciucci (T3: 28,4% vs. 14,7%; T6: 46,9% vs. 25,7%). Sia che si consideri il ricorso a questi ausili causa o effetto di difficoltà in allattamento, rimane il fatto che il loro uso indica la necessità di rivolgere attenzioni maggiori nei confronti di quelle famiglie.

Per quanto riguarda l'alimentazione responsiva (Passo 8), nel 2007 alla dimissione dall'ospedale veniva data l'indicazione di allattare il bambino a richiesta al 74% delle mamme, ad orari fissi al 10%, mentre al 16% non veniva fornita alcuna indicazione o, comunque, una indicazione non precisa. Adesso le informazioni corrette sull'alimentazione responsiva, cioè che risponde ai bisogni del bambino e della madre, arrivano all'81% delle madri.

Il tasso di allattamento esclusivo, a 3 e 6 mesi, cresce in base al grado di concordanza fra le informazioni ricevute nel punto nascita (Passo 5 BFHI/BFCI): chi le ha trovate completamente concordanti ha una probabilità di allattare esclusivamente a 6 mesi quasi tre volte maggiore rispetto a chi le ha trovate per niente concordanti (20,5% vs. 7,7%). Nel campione del monitoraggio poco più di due donne su tre hanno trovato le informazioni ricevute sull'allattamento completamente o molto concordanti.

Per quanto riguarda la scelta del Pediatra di Famiglia (PdF) nel punto nascita, nonostante la delibera regionale, non tutti gli ospedali sono a regime. È auspicabile che tutti i punti nascita possano quanto prima organizzarsi per attivare al loro interno la scelta del PdF prima della dimissione, anche nell'ottica di una riduzione delle disuguaglianze.

Puerperio

Bene che un donna su due porti il neonato a controllo da un professionista del servizio pubblico entro 3-7 giorni dalla dimissione. Tuttavia a un mese dal parto ancora il 10% delle donne risulta non aver avuto questo tipo di contatto. Anche riguardo al puerperio i commenti delle donne richiamano l'attenzione su una maggiore tempestività nella presa in carico dei problemi della coppia madre-neonato dopo la dimissione, una maggiore coerenza nelle informazioni dei diversi professionisti (addirittura auspicando la necessità di ulteriori interventi formativi per gli operatori), una maggiore personalizzazione dell'assistenza, superando le rigidità cui facevamo sopra riferimento.

Le donne che si sono rivolte al consultorio hanno valutato positivamente il contributo dell'ostetrica e dei gruppi di mamme o singole mamme.

Allattamento

Rispetto all'indagine condotta nel 2008 dalla Società Italiana di Pediatria dove il 95% del campione nazionale dichiarava che l'allattamento fosse "un'esperienza

unica che ogni donna dovrebbe vivere", il 99% delle donne in Toscana hanno riferito di voler allattare, segno che il messaggio sull'importanza dell'allattamento si è diffuso ed è stato recepito dalla quasi totalità della popolazione generale.

Come dato di partenza, si può prendere in considerazione una ricerca svolta dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2002 che ha rilevato un tasso di allattamento esclusivo al rientro a casa del 66% su 1.685 donne in Toscana. L'indagine "Essere Mamma informata" pubblicato nel 2007 mostra un aumento fino al 71% e nel 2016 si arriva ad oltre tre quarti (75,2%) della popolazione che allatta in maniera esclusiva alla dimissione (Passo 6).

Interessante notare la crescita del tasso medio regionale di allattamento esclusivo a 7 giorni (82% vs 75,2% alla dimissione) verosimilmente come indicatore di buona continuità ospedale-territorio.

Il tasso di non allattamento in Toscana nel 2002 era del 25,5% a 3 mesi, del 46,1% a 6 mesi e del 82,2% a 12 mesi di vita. Nell'indagine attuale, si parte da un 3,6% alla nascita e si aumenta via via con il passar dei mesi: 6,7% ad un mese, 16,5% a 3 mesi, 27,9% a 6 mesi ed il 52% a 12 mesi. Tra i bambini che non sono più allattati a 12 mesi, l'interruzione dell'allattamento in media è avvenuta attorno all'8° mese e mezzo. Si nota una diminuzione nel numero delle donne che abbandonano l'allattamento nel tempo, segno che una "cultura dell'allattamento" auspicata dall'OMS e dall'UNICEF sta crescendo in tutta la regione.

"L'allattamento non esclusivo" (allattamento predominante e complementare) alla nascita nel 2013 era del 20,5% in Toscana e del 27,7% a livello nazionale. Questo tasso è cresciuto leggermente in Toscana fino al 21,2%, mantenendosi comunque sostanzialmente invariato dal 2007. Il cambiamento radicale riguarda l'uso di liquidi non nutritivi come acqua e soluzione glucosata (la categoria di "allattamento predominante") che è passato dal 12,1% al 2% nel 2007 per quasi scomparire nel 2016 (0,7%).

Quasi la metà delle donne del campione (47,5%) ha dichiarato che intende allattare in maniera esclusiva per 4-6 mesi. Nel 2002, quasi tre famiglie su 10 (29,2%) avevano introdotto cibi complementari entro il 4° mese. Anche nell'indagine attuale la stessa percentuale ha interrotto l'allattamento esclusivo al compimento del 5° mese. Circa tre quarti del campione (74%) al 6° mese ha già iniziato l'alimentazione complementare in maniera regolare come parte della dieta quotidiana, precocemente rispetto ai 6 mesi compiuti come raccomandato dall'OMS e dall'UNICEF. Va notato il crollo del tasso di esclusività in Toscana fra il 5° mese ed il compimento dei 6 mesi (16%), sebbene il tasso di allattamento "qualsiasi", cioè di chi dà il proprio latte insieme ad altri alimenti o bevande, arriva al 72,1% a 6 mesi. La tenuta migliore del tasso di esclusivo a 6 mesi si riscontra nella zona della Lunigiana, che fa parte della Comunità Amica dei Bambini dell'ex ASL 1 di Massa. Anche la zona delle Apuane riporta un tasso alto a 6 mesi di circa il 20%. Questa tendenza sottolinea l'importanza della continuità assistenziale territorio-ospedale-territorio.

Paragonando i tassi di allattamento del 2016 in Toscana con quelli di una regione che segue un programma di promozione dell'allattamento non collegato alla BFHI, emerge che il tasso di allattamento esclusivo regionale a 3 mesi è del 50%, mentre in Toscana del 63%. Questa differenza persiste anche a 5 mesi dalla

nascita, con tassi di allattamento esclusivo del 31% contro il 44% della Toscana.

Sebbene sia difficile reperire dati nazionali a 6 mesi, lo studio della Società Italiana di Pediatria del 2008 ha riportato un tasso di non allattamento a 6 mesi del 48%, mentre nel nostro campione è del 28%, con un alto tasso di allattamento esclusivo a 6 mesi del 16%, rispetto alla media nazionale del 2%, o rispetto al 4,7% di un'indagine nazionale condotta nel 1999-2000.

Conclusioni

Il sistema di rilevazione del Laboratorio MeS, così come quello utilizzato da UNICEF per la valutazione conclusiva delle strutture in percorso e per la Rivitalizzazione delle strutture riconosciute, si basa sul racconto che le mamme fanno dell'assistenza ricevuta e anche sulle loro percezioni e sul loro grado di soddisfazione, per ottenere un'istantanea del percorso nascita in tutti i suoi aspetti. Dando voce a commenti, emozioni, critiche e suggerimenti delle donne, il "monitoraggio dell'allattamento" va ben oltre l'obiettivo dichiarato di raccogliere dati, aiutando l'Osservatorio Regionale a identificare i punti di forza e le criticità e quindi a programmare gli interventi necessari.

Così come per la gravidanza (85%), anche per l'assistenza nel Punto nascita (89%), e per quella ricevuta durante il puerperio (%) è stata rilevata nelle donne una "willingness to recommend" molto alta.

A fronte di questa valutazione molto positiva dell'esperienza delle donne nel percorso nascita della Regione Toscana, restano aperte alcune riflessioni, emerse dai loro commenti, che riportano l'attenzione sul rispetto delle competenze innate delle donne e dei bambini, sulla coerenza delle informazioni degli operatori, su un'assistenza che permetta a tutti i genitori di effettuare scelte consapevoli, che poi siano tutelate, e di trovare non solo nei servizi ma nella comunità tutta un sostegno appropriato.

Le pratiche ospedaliere e le Cure Amiche

Raffaele Domenici, Azienda USL Toscana Nord Ovest, componente dell'Osservatorio Regionale per l'Allattamento (ORA) e Lucia Matteucci, Azienda USL Toscana Nord Ovest

Alla luce delle risposte fornite dalle mamme nel corso delle interviste, vengono proposte alcune considerazioni relativamente alle buone pratiche ospedaliere.

Contatto pelle a pelle

Il contatto pelle a pelle viene considerato, a buon diritto, un punto fondamentale per l'inizio dell'allattamento al seno e della relazione madre-neonato-famiglia, e quindi irrinunciabile. Tuttavia, dalle risposte raccolte nelle interviste alle mamme emergono ancora disparità tra le varie strutture ospedaliere per quanto riguarda la sua realizzazione e i tempi effettivi della sua durata. Per la maggior parte dei casi, salvo rare eccezioni, la durata del contatto pelle a pelle in sala parto è di almeno un'ora, secondo quanto dichiarato dalle madri nelle interviste. Tale dato però non sempre coincide con la realtà dichiarata dagli operatori in ambiti più informali.

Questa discordanza può essere determinata da più fattori: da un lato organizzativi, considerando che il personale ammette come talvolta i carichi di lavoro non consentano di far prolungare il contatto pelle a pelle come auspicato, specialmente in caso di taglio cesareo. Dall'altro lato di scarsa percezione da parte delle mamme che, in una fase emotivamente e fisicamente intensa come la nascita del bambino, hanno impressioni variabili circa la durata. In sostanza spesso è troppo soggettiva la percezione della durata del contatto pelle a pelle.

Una riflessione merita anche il fatto che tale pratica è un momento delicato per l'adattamento del bambino, che necessita di attento, anche se discreto, monitoraggio. Su questo aspetto sicuramente può essere fatto di più: ci sono ancora strutture che giustificano il mancato o quanto meno simbolico contatto pelle a pelle di pochi minuti con l'impossibilità di garantire un controllo rigoroso delle funzioni vitali del neonato e altre strutture che si sono organizzate per un monitoraggio di routine, in ottemperanza alle linee guida neonatologiche, senza medicalizzazione eccessiva (SaO₂, ecc.), ma con stretto controllo clinico e istruzioni ai genitori, sia verbali sia scritte, queste ultime ben visibili nei locali dove si effettua il pelle a pelle.

Se è vero che l'orientamento dei BFHI è verso il rispetto della spontaneità e dell'intimità di questi momenti, dall'altra parte le donne riferiscono un po' troppo spesso che non si sono sentite seguite in quella prima poppata proprio dal punto di vista dell'allattamento. Troppe ragadi a comparsa precocissima sem-

brerebbero testimoniarlo. Alla domanda “signora si è attaccato?”, dovrebbe far seguito una attenta valutazione del COME.

Per riassumere, quindi, le criticità ancora attuali del contatto pelle a pelle in sala parto, e ancor più in caso di taglio cesareo, le riferite carenze organizzative del personale, chiamato a fornire assistenza e operato di lavoro, devono essere affrontate in modo obbiettivo e non strumentale come troppo spesso succede, “sarebbe bello, ma non si può arrivare a tutto”. Il controllo delle condizioni cliniche del neonato è doveroso e ineliminabile, e deve puntare anche sul coinvolgimento dei genitori, ma il personale dovrebbe intervenire, non in modo incalzante, ma in modo efficace anche sul modo in cui il bambino si attacca, perché un buon inizio favorisce la buona prosecuzione dell’allattamento.

Rooming-in

Salvo rarissime eccezioni per le quali una barriera architettonica, dichiarata ed evidente, esiste ancora a separare madri e bambini (anche se però le percentuali rilevate nelle interviste sono inspiegabilmente livellate su valori superiori al 90%), in buona parte delle strutture il *rooming-in* 24/24 ore risulta “addomesticato”: se si tolgono il riposo notturno (“ma solo per qualche ora”), i momenti della visita dei parenti, ecc. il bambino troppo spesso va in visita dalla madre al momento dei pasti, ma non sta con la madre 24/24 ore.

Certamente dovrebbe esserci flessibilità (madre molto sofferente) e disponibilità ad accudire il bambino quando la madre non può farlo e non ha familiari a supportarla, ma nella realtà i nidi esistono ancora, per lo più in orario notturno.

Appendice necessaria è fare chiarezza nel distinguere tra *rooming-in* e *bedding-in*. La condivisione del letto necessita, per ovvie ragioni di sicurezza, controlli attenti, sia in ospedale per il rischio di cadute, che a domicilio per i rischi connessi alla temperatura, al possibile soffocamento e schiacciamento, ecc. La sorveglianza dovrà essere ancora più attenta e l’informazione ancora più esauriente, perché, se è vero che tenere il bambino accanto nel letto facilita l’attacco ed è più comodo per la madre, è anche vero che la madre stessa deve essere consapevole dei rischi e che tale pratica non è da consigliare come routine, specie quando la mamma è molto stanca.

Non limitazioni alla frequenza e alla durata dei pasti

Queste pratiche rappresentano il cardine del buon avvio dell’allattamento. Dalle testimonianze delle mamme emergono come, talora, informazioni contrastanti vengano dagli operatori. Lo sforzo di tutti dovrebbe essere quello di agire per far capire meglio alle madri come gestire le prime giornate dopo la nascita, senza rigidità, e come proseguire nel tempo, per trovare un equilibrio.

Utilizzo di ciuccio e biberon

La sensibilità all’argomento sembra limitata ai soli BFHI, altrove il problema non appare molto avvertito. Anche in questo caso, non dovrebbe esserci rigidità

nelle informazioni, perché comunque i genitori sono sensibili all’argomento e magari arrivano già dotati del ciuccio. È necessario, però, continuare a spiegare come mai biberon e ciucci vanno evitati nelle prime fasi dell’allattamento. Se questo inizia e procede, di solito la questione non si pone più per quanto riguarda il ciuccio, considerando anche gli effetti preventivi per la SIDS dopo le prime settimane di vita.

Diverso il discorso sul biberon: vi sono strutture che non lo utilizzano solo perché la degenza è molto breve, ma lo consigliano insieme all’eventuale aggiunta dopo il ritorno a casa, come pure vi sono donne che lo preferiscono anche per somministrare il loro latte spremuto, per evitare di attaccare il bambino a un seno dolorante o per coinvolgere il padre nell’alimentazione del bambino, specie negli orari notturni.

Da molte coppie non si ha una buona accettazione di metodi di somministrazione alternativi.

Non utilizzo di aggiunte, se non su prescrizione medica

Comprensibilmente chi consiglia di utilizzare latte artificiale risulta essere in prevalenza il pediatra di famiglia, che segue la crescita del bambino. In piccola percentuale l’indicazione proviene dall’ospedale, in alcune aree sorprendentemente risulta che l’indicazione proviene dall’ostetrica, in parte invece è una iniziativa della madre.

Un altro spunto di riflessione deriva dalle motivazioni riferite dalle madri per utilizzare il latte artificiale: colpisce che il motivo di gran lunga più addotto sia “il latte non adeguato”, seguito dal pianto e dai risvegli notturni in misura simile ai problemi del seno (questi dati sono ovviamente correlabili tra loro e rapportabili a errori di gestione), mentre la scarsa crescita appare un motivo meno rilevante. La fatica fisica invece, che così frequentemente viene riferita dalle madri associata all’allattamento nel corso delle visite e dei colloqui, non viene significativamente rappresentata nei risultati delle interviste.

Un ultimo dato: fatta eccezione per le aree di Elba, Grosseto e Colline dell’Albegna, dove il rientro al lavoro prevale entro 6 mesi, nelle rimanenti aree la ripresa del lavoro si colloca fra i 7 mesi e l’anno.

Naturalmente si tratta di situazioni dinamiche, ma anche dai dati del monitoraggio appaiono evidenti alcuni punti fondamentali. Le buone pratiche per l’allattamento sono già validate dall’evidenza scientifica ma la loro applicazione quotidiana riguarda un enorme numero di persone tra operatori e famiglie.

Occorre un lavoro continuo d’informazione, che spesso risulta o può essere percepito come carente, a partire dai corsi del percorso nascita, che devono acquisire caratteristiche più concrete e pratiche, in grado di soddisfare le istanze delle madri. Occorre maggior omogeneità di informazioni e comportamenti nelle strutture sanitarie e soprattutto è necessario maggior supporto alle madri, che nonostante il grande lavoro già fatto in questi anni, ancora incontrano molte difficoltà nell’iniziare e proseguire a lungo l’allattamento, soprattutto nel contesto culturale e sociale attuale, che le fa sentire troppo spesso inadeguate.

I servizi consultoriali prima e dopo la nascita

Donatella Romagna, Azienda USL Toscana Nord Ovest, componente dell'Osservatorio Regionale per l'Allattamento (ORA)

Il Consultorio nel Percorso Nascita rappresenta il punto di partenza e di arrivo del percorso; sostiene la donna dall'epoca pre-concezionale al primo anno di vita del bambino; funge da collante con altri servizi sia ospedalieri che territoriali e rappresenta uno snodo fondamentale nei percorsi assistenziali.

Dall'indagine promossa dall'Osservatorio Regionale per l'Allattamento e coordinato dal Laboratorio MeS su tutto il territorio Regionale, è emerso che le donne che si rivolgono al Servizio Sanitario pubblico per l'assistenza alla gravidanza nel 2016 sono state il 44% ed in particolare è stato il consultorio la struttura che ha aumentato nel corso degli anni la quota di donne assistite nel percorso gravidanza (dal 27% del 2012 al 30% del 2016).

Sono prevalentemente le donne con basso titolo di studio a ricorrere al servizio sanitario pubblico per l'assistenza in gravidanza (67% nel 2016) ed in particolare al consultorio (52%). Il consultorio è il servizio di riferimento in gravidanza per le donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (65% nel 2016). Tra il 2012 e il 2016 le donne italiane aumentano il ricorso al consultorio del 23% e le straniere provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato del 33%. I motivi per cui le donne si rivolgono al consultorio per l'assistenza alla gravidanza potrebbero essere attribuiti a:

- riqualificazione dei consultori (avviata con la DGRT 259/2006) che ha valorizzato il ruolo del consultorio
- alla modalità di lavoro in equipe
- alla continuità assistenziale con la possibilità per la donna di essere presa in carico e accompagnata per tutto il percorso da operatori che condividono stesse modalità operative e linguaggio comune
- all'integrazione con il punto nascita

In ultimo si deve tener conto anche del periodo contingente di crisi economica, che se da un lato ha favorito per ovvi motivi l'accesso delle donne al consultorio, dall'altro ha fatto sì che la conoscenza dei servizi e del personale che vi opera ha convinto le donne a farne ricorso e le ha fidelizzate nei percorsi che il consultorio offre.

Infatti le donne che hanno utilizzato il consultorio per l'assistenza alla gravidanza lo consiglierebbero a parenti e/o amici per l'89,2%.

I servizi offerti dal consultorio durante la gravidanza sono:

- Incontri in gravidanza e Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) aperti a tutte le donne in gravidanza ed alle loro famiglie già a partire dal secondo trimestre, dove vengono fornite informazioni sui benefici dell'allattamento materno e sugli aspetti che ne facilitano un buon avvio ed una adeguata prosecuzione nel tempo. Vengono comunicati i rischi sull'introduzione di altri cibi e bevande nei primi sei mesi di vita e l'opportunità di proseguire l'allattamento materno per due anni ed oltre fino a quando madre e bambino lo desiderano. In questi incontri vengono anche affrontate le problematiche più frequenti dell'allattamento al seno e vengono illustrate indicazioni sulla spremitura manuale. Alle donne che non accedono agli incontri in gravidanza né ai CAN e che sono prese in carico dagli operatori consultoriali, vengono comunque fornite adeguate informazioni sull'allattamento materno.
- Counselling e interventi multiprofessionali da parte degli operatori consultoriali.

La partecipazione ai CAN da parte delle primipare non è però ancora soddisfacente: circa una donna su due partecipa e soprattutto è maggiore la partecipazione da parte di donne italiane (56%) e PSA (56,3%) e con alto titolo di studio.

La partecipazione delle straniere PFPM è bassa (23,1%).

Pertanto si rende necessario, come azione di miglioramento, pensare di rivedere sia i contenuti che le modalità di offerta dei CAN.

Dai commenti lasciati dalle donne si evidenzia la necessità di un CAN meno teorico e più orientato a fornire gli strumenti per far fronte alle possibili difficoltà relative soprattutto ai primi giorni dopo il parto ed al rientro a casa. Il ritorno a casa dopo il parto è un momento di grande gioia e un traguardo desiderato. A volte può però essere un momento di grande criticità in cui la donna si sente sola ed ha bisogno di essere accolta e ascoltata.

L'equipe consultoriale, in continuità con il personale del punto nascita, sostiene anche nel post-parto la triade mamma-bambino-padre per supportare i nuovi genitori dal punto di vista emotivo e pratico, per aiutarli nel processo di adattamento alla nuova famiglia e nella gestione dell'allattamento materno.

I servizi offerti dal consultorio sono:

- consulenze telefoniche
- visite domiciliari
- Spazio mamma: spazio dedicato al sostegno dell'allattamento al seno, nel quale viene accolta la mamma con il suo bambino
- incontri dopo parto, dove le mamme possono condividere ed esprimere liberamente le proprie emozioni ed esperienze, e potranno essere accompagnate e sostenute dalle altre mamme e dal personale consultoriale.
- incontri con gruppi di mamme esperte/consulenti allattamento che siano state formate dalle ostetriche del consultorio e abbiano frequentato corsi pre e dopo parto con esperienza sulla maternità e che manifestino il desiderio di trasmettere la propria esperienza ad altre mamme. Il confronto tra pari è dimostrato essere molto efficace per veicolare le informazioni.
- ambulatorio per il sostegno allattamento al seno
- assistenza puerperale in situazioni di disagio psichico e/o sociale

Vengono inoltre accolte le donne che hanno scelto in maniera informata di non allattare per qualsiasi tipo di supporto individuale.

Si rileva dall'indagine che il 46,7% delle donne non ha avuto difficoltà con l'allattamento al seno e che le donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento al seno durante il primo anno di vita del bambino sono il 17,7% e di queste il 13,7% non si è rivolto a nessuno.

Le figure di riferimento dalle quali le donne si sono sentite maggiormente sostenute sono l'ostetrica consultoriale e il pediatra di libera scelta.

Emerge anche il suggerimento da parte delle donne di avere informazioni scritte sui servizi offerti dal territorio prima della dimissione dall'ospedale.

Le donne, inoltre, percepiscono una difformità di linguaggio tra tutti gli operatori coinvolti nel percorso nascita, per cui l'azione di miglioramento dovrebbe essere quella di migliorare la comunicazione tra gli operatori del Punto Nascita e del Territorio e lavorare insieme per una formazione comune.

L'indagine del Laboratorio MeS ha preso in esame la voce delle donne con il loro vissuto e la loro esperienza e rappresenta per tutti gli operatori del percorso nascita uno spunto di riflessione per migliorare sia la qualità dell'assistenza che la qualità percepita dalle mamme.

Grazie a tutte le mamme!

Il rientro a casa: il punto di vista del Pediatra di Libera Scelta

Monica Pierattelli, Azienda USL Toscana Centro, componente dell'Osservatorio Regionale per l'Allattamento (ORA)

Il monitoraggio condotto dal Laboratorio MeS sull'allattamento prende in considerazione le figure di riferimento centrali per il sostegno e la promozione dell'allattamento materno.

Ripercorriamo gli elementi salienti che permettono di mettere a fuoco il ruolo del pediatra di famiglia, che occupa una posizione centrale nell'ambito delle cure primarie territoriali.

Dai risultati emerge chiaramente che il primo contatto dopo la dimissione del neonato dal punto nascita, finalizzato alla visita di controllo, quindi alla valutazione dello stato di salute, avviene nel 70% dei casi entro 7 giorni, quindi in tempi assolutamente accettabili. In media il 58% delle madri si rivolge al pediatra di famiglia, il 23% al Consultorio e il 18% all'Ospedale, dove spesso ci sono attività con caratteristiche assistenziali extra-ospedaliere.

L'elemento che emerge è che tra le Aziende toscane ci sono differenze molto elevate: il 70% delle donne si rivolge in prima istanza al pediatra di famiglia e il 9% al consultorio nell'Azienda Toscana Sud Est, il 64% al pediatra di famiglia e il 19% al consultorio nell'Azienda Toscana Nord Ovest, nella zona Livornese il 55% delle donne ha invece il primo contatto con il consultorio. La domanda che sorge lecita a cui dobbiamo trovare risposta è: cosa determina questa disparità?

Per quanto riguarda più specificatamente il sostegno all'allattamento a 3 mesi di vita del bambino, il 59% delle donne hanno riferito di non aver avuto bisogno di chiedere supporto. Anche qui si conferma un'ampia variabilità a livello di Zona-distretto (dal 43% della zona Pratese al 79% dell'Alta Val di Cecina), mentre le donne che, pur avendo avuto bisogno di supporto, non si sono rivolte a nessuno sono il 4% a livello regionale (3% Toscana Centro, 5% Nord Ovest, 5% Sud Est).

Questo dato andrebbe compreso bene nella sua essenza, in quanto risulta essere un elemento di criticità alla luce della grande offerta regionale di figure professionali, che in varie sedi del servizio pubblico e con diverso ruolo, sono a disposizione delle neomamme.

Come previsto la figura principale per il sostegno all'allattamento è l'ostetrica del consultorio, anche se il pediatra di famiglia rappresenta una figura a cui il 77% delle donne ha fatto riferimento. La valutazione del supporto ricevuto dal pediatra si divide circa a metà tra giudizi positivi e negativi.

Una nota da sottolineare è che il 27% delle donne hanno fatto riferimento a gruppi di discussione su internet o social network con giudizio negativo, facendo pensare che il sostegno all'allattamento prevede un rapporto personalizzato e di "confidenza" con l'operatore, che mal si concilia con uno scambio in rete.

Una volta dimesse dall'ospedale la prevalenza dell'allattamento esclusivo aumenta: a 7 giorni di vita del bambino l'82% delle donne riferisce che il proprio figlio ha assunto solo latte materno, senza aggiunte né di altro latte, né di bevande a conferma che il ritorno a casa, l'atmosfera familiare e la rete di sostegno sanitaria e non, rendono possibile ritornare ad un allattamento esclusivo.

A 1 mese l'allattamento esclusivo è del 68% a livello regionale (65% per l'Azienda Toscana Nord Ovest, 68% per l'Azienda Toscana Sud Est, 70% per l'Azienda Toscana Centro). Queste differenze fra Aziende si manterranno simili a tutti i rilevamenti. La percentuale sale al 72% se si considera l'allattamento predominante mentre il 6% dei bambini prende solo latte formulato.

A 3 mesi c'è un calo progressivo dell'esclusività che raggiunge il 63% a livello regionale con valori di 72% nelle Alta Val d'Elsa, Firenze e Fiorentina Nord Ovest e valori del 45% nella zona Valle del Serchio, ma solo il 17% delle donne non effettua alcun allattamento materno.

Questi numeri ci danno l'idea di come le donne comunque, anche se con integrazioni di latte formulato, continuino ad allattare al seno. Pratica quella dell'allattamento misto molto più macchinosa e stressante a testimonianza comunque della volontà di nutrire il neonato con il proprio latte, per quanto possibile.

Nel report vengono precisate a grandi linee le motivazioni dell'introduzione della formula: nel 44% perché la qualità e/o la quantità del latte materno non è stata considerata adeguata (dato non facilmente interpretabile), nel 23% per calo del peso o crescita non sufficiente (indicazione corretta per una aggiunta), nel 13% per pianti frequenti e/o i risvegli notturni del bambino (interpretati come segnali di carenza di latte a torto o a ragione?) e nel 12% dei casi per problemi relativi al seno, alle difficoltà nell'attacco, alle ragadi, ad ingorghi e mastiti (percentuale ancora alta, migliorabile?)

Nel 52% dei casi l'introduzione della formula è stata consigliata dal pediatra di famiglia e nel 31% è stata una scelta personale. Nel 7% dei casi a suggerire è stata l'ostetrica.

Un elemento segnalato sempre nelle interviste, soprattutto nei commenti, e confermato dai dati, è la discordanza nella tipologia di comunicazione sull'allattamento sin dai Punti Nascita, generata da un diverso approccio tra ostetriche, infermiere, pediatri, oppure tra persone diverse con lo stesso profilo professionale. Fuori dall'ospedale in particolare tra ostetriche e pediatri di famiglia.

Questa parte prevede sicuramente un approfondimento: l'obiettivo del sostegno all'allattamento è l'*empowerment* della donna che non deve trovare ostacoli nel percorso, che la vede protagonista nella nutrizione (e non solo) del proprio piccolo, ma che deve decidere cosa è meglio per la coppia madre-bambino in maniera consapevole dopo essere stata informata, da parte delle figure dedicate, con messaggi dai contenuti congruenti.

A 6 mesi il report riporta che l'allattamento è esclusivo nel 16% dei bambini,

ma la totale assenza di latte materno nell'alimentazione interessa il 28% con un *range* fra 12 e 49%. Chi ha già introdotto alimenti complementari ha avuto allattamento esclusivo prima nel 33% e a intermittenza nel 16,5%. Il dato importante è che il calo sull'esclusività avviene presumibilmente nell'arco di tempo del 5° mese, come estrapolato dal Laboratorio MeS. Qui si deve collocare la riflessione sui tempi di introduzione della dieta alimentare familiare, che non prevede date rigide ma una valutazione condivisa, operata preferibilmente dalla famiglia informata correttamente, sulla maturazione fisica e neuroevolutiva del bambino che è solitamente pronto per i nuovi assaggi in un *range* che si colloca fra i 5 e i 6 mesi.

Per finire i dati preliminari indicano una prevalenza dell'allattamento materno a 12 mesi del 48% circa (una buona parte ha interrotto fra gli 8 e gli 11 mesi) risultato molto soddisfacente che dimostra che chi riesce a superare con successo i primi mesi poi continua ad allattare a lungo.

Le considerazioni che si possono trarre considerando il ruolo forte nella cura globale del neonato, dove l'allattamento con tutte le sue valenze, alimentari e relazionali gioca una parte preponderante possono riassumersi in questo enunciato:

"Il pediatra di famiglia è chiamato, quale figura dedicata, al sostegno dell'allattamento materno. Deve dare informazioni corrette e condivise con gli altri operatori secondo le migliori evidenze, fornendole con un *counselling* adeguato, indirizzando madre e bambino ad operatori formati (ostetrica, gruppi di autoaiuto, IBCLC) nei casi dove gli ostacoli rischiano di comprometterne l'esclusività. Si deve adoperare perché l'allattamento materno prosegua nel tempo, anche dopo l'introduzione degli alimenti complementari".

Formazione degli operatori per l'allattamento: un valore

Igino Giani, componente dell'Osservatorio Regionale per l'Allattamento (ORA)

Fin dal primo passo della recente storia toscana per l'allattamento, coinciso con la firma del protocollo di intesa tra Regione Toscana ed UNICEF-Italia, nel 2004 a Chianciano, la scelta di investire sulla formazione degli operatori delle strutture interessate al percorso di riconoscimento BFH/BFC è stata prioritaria, volendo rappresentare da un lato l'aggiornamento professionale indispensabile al cambiamento verso pratiche e organizzazioni più coerenti, dall'altro il primo atto istituzionale capace di dare prospettiva regionale ad alcune iniziative virtuose di singole strutture e comunità. Nei fatti l'alleanza tra operatori ed istituzioni, implicita nello strumento formazione, si è rivelata decisiva per scalare la lunga catena di riconoscimenti e la costante crescita della prevalenza dell'allattamento.

Lo schema adottato è stato quello "a cascata", con formazione regionale di un nucleo di formatori e formazione nei successivi 4 anni di oltre 3.000 operatori prevalentemente dedicati in diversi ospedali e territori. Tutti i Pediatri di Famiglia fin da subito si sono inseriti nel progetto di una Regione Amica dei bambini per l'allattamento partecipando ad una specifica offerta formativa. Sia pure con minore intensità la formazione in service è proseguita negli anni a seguire alimentata dalle nuove adesioni alla BFH/BFC e dalle rivalutazioni.

Il 5 dicembre 2014 l'intesa tra Regione ed UNICEF ha celebrato a Firenze il suo decennale, confermando al centro di varie iniziative, l'impegno forte sulla formazione. Nei documenti ufficiali sia regionali che aziendali sottoscritti per quella occasione è apparsa subito evidente la più diffusa e convinta determinazione istituzionale a condividere e sostenere iniziative correttamente intese, non solo come promozione e difesa dell'allattamento grazie a competenze ed organizzazioni coerenti con il programma OMS/UNICEF, ma come più profondo ed economicamente vantaggioso investimento sul benessere del bambino e delle sua famiglia. Nonostante qualche pausa collegata alla coincidente complessa razionalizzazione della rete aziendale toscana, il Settore regionale di coordinamento e l'Osservatorio hanno lavorato per rilanciare il tema della qualificazione professionale ed agganciarla ad una programmazione delle iniziative formative e della verifica delle azioni.

Le iniziative più significative dedicate alla formazione sono ad oggi:

- disponibilità di una "rete" di formatori aziendali;
- formazione per l'allattamento inserita nella programmazione aziendale;
- in ogni struttura toscana ospedale e territorio: 60% di operatori dedicati formati.

Queste azioni sono state assunte con il comune obiettivo di rispondere con qualità, omogeneità e continuità ai bisogni formativi nella cornice di una più solida collaborazione con Assessorato e Aziende.

I formatori vecchi e nuovi, selezionati grazie alla collaborazione tra Osservatorio e Referenti aziendali, rispondono a criteri curriculari pre-definiti con partecipazione a percorsi di riallineamento ed aggiornamenti regionali annuali obbligatori. L'elenco è formalmente disponibile per tutte le Direzioni aziendali ed Uffici di formazione. I formatori della rete conoscono e condividono i programmi raccomandati da OMS/UNICEF a cui fanno riferimento nella pratica didattica e clinica. La sottoscrizione della Carta del formatore sottolinea il richiamo al rispetto del Codice, altro forte impegno previsto nell'intesa tra Toscana ed UNICEF. Il numero di formatori sarà proporzionato ai bisogni formativi e logistici, anche attraverso una iniziativa regionale per la formazione di nuovi formatori e la valorizzazione di specifici profili (IBCLC).

La formazione per l'allattamento, indicata da precisi indirizzi regionali e da *policy* aziendali, risulta facilitata dalla costituzione del Tavolo Tecnico regionale per la programmazione della formazione e dalla collaborazione con gli Uffici di Formazione Aziendale ed i Dipartimenti Materno Infantili. L'inserimento della formazione per l'allattamento, coerente con le raccomandazioni OMS/UNICEF, nella normale programmazione aziendale rappresenta la chiave che può garantire continuità di iniziative ed omogeneità di contenuti. Non solo, ma la stessa formazione, richiesta per rispettare i requisiti delle strutture aderenti all'iniziativa "Insieme per l'allattamento: Ospedali e Comunità Amiche dei Bambini", diventa anche lo strumento per raggiungere la soglia del 60% di operatori dedicati formati in tutte le altre strutture, come raccomandato dagli indirizzi regionali.

In accordo con l'Osservatorio, la Regione ha dato mandato al Laboratorio del MeS della Scuola S. Anna di Pisa di eseguire un monitoraggio regionale sulle prevalenze dell'allattamento, dalla nascita fino al 1 anno di vita del bambino. A questo lavoro appena concluso, di grande qualità e dettaglio, sono state dedicate varie occasioni di valutazione. A parte il rilievo di residue criticità ed asimmetrie, gli indicatori positivi sono tanti; ricordo solo il 63% delle mamme, a tre mesi, allatta esclusivamente al seno ed il 48%, ad un anno, allatta ancora. L'analisi dei risultati offre ad operatori e formatori una preziosa occasione di formazione, collegata ai numeri ed alle percezioni delle donne, nonché suggerimenti utili per azioni più mirate e decise. Il monitoraggio è stato pensato avere una periodicità triennale, ma i risultati ottenuti in termini di partecipazione offrono la prospettiva di una rilevazione sistematica.

Proprio le mamme, attingendo all'esperienza vissuta, mettono a fuoco il tema sensibile della comunicazione con le varie figure professionali durante la gravidanza e nei primi giorni successivi al parto. Le segnalazioni riguardano la qualità del *counselling* e la coerenza delle informazioni. In particolare nei corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) alcune donne ricordano informazioni

troppo superficiali o limitate alla fisiologia, altre troppo pressanti o rigide; anche sul sostegno si chiede di correggere atteggiamenti giudicanti o poco cordiali. L'istanza più significativa rimane tuttavia quella di una maggiore uniformità o complementarietà tra i diversi profili professionali, soprattutto ostetriche, infermiere e pediatri.

Comunicazione e relazione hanno sicuramente un valore universale, sia pure condizionato da limiti individuali e organizzativi, ma l'attenzione regionale ai sensibilissimi passaggi del percorso nascita e la voce delle donne incoraggiano a rilanciare proprio su questo campo la formazione di più raffinate ed esemplari competenze di *counselling*, al fine di offrire a tutte le mamme pari opportunità di scelte positive e consapevoli. Per quanto riguarda i CAN c'è la necessità di dare subito valenza regionale ad un aggiornamento più omogeneo e condiviso delle varie professionalità interessate su contenuti, modalità informative e integrazioni; vanno poi aggiunte periodiche occasioni di confronto nelle aziende per i conduttori dei CAN e per le figure dedicate del punto nascita anche con rappresentanti dell'utenza "a posteriori" e di figure "alla pari". La rilevazione dell'efficacia e delle qualità percepite devono rimanere il *focus* costante di ogni verifica.

Oltre alla vantaggiosa prospettiva di un'offerta formativa pre-service inserita nei corsi di laurea o di specializzazione toscani, l'Osservatorio ed il Settore regionale di coordinamento hanno iniziato a lavorare sulla formazione a distanza, utile a facilitare la sempre più complicata partecipazione in aula dei tanti destinatari: dedicati, coinvolti, informati e delle diverse professionalità. Il primo corso FAD costruito nella nostra regione e dedicato ai Pediatri di Famiglia si è concluso con successo. La scommessa è quella di mantenere aggiornato il materiale e di predisporre pacchetti formativi commisurati alle più importanti competenze dedicate e non solo. Si tratta naturalmente di corsi a contenuto teorico in nessun caso surrogati della pratica clinica e degli opportuni confronti in aula.

L'interesse al percorso di riconoscimento dell'Ospedale pediatrico Meyer con la sua area di cure intensive neonatali e la crescente disponibilità di materiale didattico specifico, rinnovano l'impegno formativo per gli operatori che lavorano in quel settore così specializzato.

La formazione terrà poi conto delle indicazioni internazionali collegate alla recentissima revisione dell'iniziativa BFH.

Associazioni *no profit* e "Mamme amiche" sono una realtà sempre più diffusa in Toscana ed un prezioso aiuto alle mamme per l'allattamento e non solo. Anche nel campo della formazione, pur nella diversità dei ruoli e delle competenze, la rete del volontariato deve rappresentare un'opportunità collaborativa ed integrativa delle iniziative pubbliche. L'Osservatorio è determinato a valorizzare occasioni di partecipazione allargata alle iniziative formative messe in campo nei territori.

Oggi in Toscana le strutture riconosciute sono 10, tra le quali una Comunità territoriale ed un'importante Azienda Ospedaliera; altre sono interessate o già impegnate. La formazione torna ad essere la prima risorsa utile a consolidare le attenzioni sull'allattamento in tutti i percorsi nascita regionali.

Qualità, continuità ed omogeneità dell'offerta formativa, periodicamente guidate dalla verifica delle azioni adottate e dai suggerimenti delle donne, sono il

primo indicatore della rinnovata alleanza regionale tra famiglie, operatori ed istituzioni. Insieme al costante dialogo tra Osservatorio, rete dei referenti e formatori rappresentano un valore irrinunciabile per far diventare cosa "normale" la promozione, il sostegno e la difesa dell'allattamento, per il benessere del bambino e della sua famiglia.

RISULTATI DEL MONITORAGGIO (PARTE SECONDA)

Caratteristiche delle donne che hanno completato il *follow up*

Barbara Lupi e Manila Bonciani, Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna

Nella prima parte del report sono state attentamente descritte le caratteristiche della coorte di partorienti effettivamente coinvolte nel monitoraggio dell'allattamento in Toscana perché, trattandosi di un'indagine campionaria, è stato importante verificare le eventuali differenze del campione rispetto alla popolazione di riferimento e quindi essere consapevoli del grado di rappresentatività dei risultati.

È stato quindi messo in rilievo che il campione al momento dell'avvio della rilevazione presentava un profilo analogo a quelle della popolazione di riferimento, per alcuni aspetti completamente sovrapponibile (stato civile, modalità del parto, epoca gestazionale, caratteristiche del neonato), per altri invece con alcune caratteristiche prevalenti. Nel campione iniziale, infatti, sono state coinvolte maggiormente le donne con età elevata, lavoratrici, con più alto titolo di studio, di cittadinanza italiana, primipare.

Alla conclusione del *follow up* viene mostrato nuovamente il profilo del campione di donne che lo hanno completato, partecipando a tutte le rilevazioni previste, in modo da mettere in evidenza eventuali differenze accentuate dalla perdita campionaria causata dagli abbandoni.

Le caratteristiche socio-demografiche delle donne e le relative informazioni sull'assistenza ricevuta nel percorso nascita sono presentate solo per Zona-distretto e Azienda di residenza, essendo dati che riguardano la situazione ad un anno di vita del bambino. Nelle tabelle, con intestazione verde ad indicare che si tratta di dati per residenza, sono riportati i dettagli delle distribuzioni di frequenza con l'applicazione dei pesi campionari. Si ricorda che l'uso dei pesi permette di trasporre i dati del campione alla popolazione di riferimento e quindi la frequenza assoluta al T12 di alcune categorie delle variabili analizzate che potrebbero presentare, a livello di Zona-distretto, di Azienda oppure regionale, valori assoluti anche maggiori di quelli al T0.

Partendo con la descrizione del campione al T12 si osserva che, a livello regionale, si è ridotta la componente delle donne più giovani, con età inferiore ai 29 anni (23,1% al T0 rispetto a 21,0% al T12).

Si osserva anche una riduzione delle donne con basso titolo di studio (13,7% al T0 rispetto a 11,5% al T12), a favore di quelle con alto titolo di studio (39,8%

al T0 rispetto a 42,5% al T12), mentre la proporzione di donne con licenza media superiore rimane pressoché invariata.

La perdita campionaria ha inciso inoltre sulla composizione del campione per cittadinanza, come messo in evidenza nell'introduzione del report. Le donne con cittadinanza in uno dei Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) sono diminuite lungo il *follow up*, arrivando alla sua conclusione a rappresentare l'11,2% del campione. All'interno del gruppo delle straniere, la riduzione più rilevante è a carico delle donne di origine marocchina ed in misura minore cinese, pertanto la componente rumena, albanese e delle altre cittadinanze meno numerose presenta percentuali più alte al T12 rispetto al T0.

Non ci sono differenze nella distribuzione del campione per stato civile, mentre la proporzione di donne lavoratrici risulta maggiore al T12 (72,1% rispetto al 69,6% del T0).

Passando agli aspetti relativi alla gravidanza, rimane quasi del tutto invariata la distribuzione tra primipare e pluripare, con le primipare che da 56,3% passano a 56,9% al T12, così come quella relativa alle modalità del parto, rispetto a cui le donne con parto spontaneo rimangono il 72% del campione.

In maniera inaspettata, hanno completato il *follow up* del monitoraggio dell'allattamento un po' più frequentemente le donne che in gravidanza sono state seguite privatamente: chi ha ricevuto assistenza dal servizio pubblico, infatti, passa dal 41,8% al 40,1% al T12. Ci si poteva infatti attendere che le assistite nel pubblico dimostrassero una maggiore sensibilità agli obiettivi del monitoraggio dell'allattamento e quindi una maggiore disponibilità a completare il follow up. Tuttavia il dato è coerente con il profilo socio-demografico delle donne che hanno completato il monitoraggio, che più facilmente ricorrono all'assistenza privata. Considerando le assistite in gravidanza all'interno del sistema sanitario pubblico, non ci sono variazioni rispetto alla tipologia di servizio né al professionista che ha offerto l'assistenza: le donne seguite in consultorio rimangono 54,3% al T12, rispetto al 54,9% iniziale, così come quelle assistite dall'ostetrica sono sempre il 27% del campione come all'inizio della rilevazione (12% se si includono anche le donne seguite privatamente).

La perdita campionaria ha invece riguardato la partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN): se alla rilevazione al T1, il cui questionario conteneva domande su questo tema, le donne che avevano frequentato un CAN erano il 52,0% del campione, all'ultima rilevazione risultano essere il 53,7% (76,3% se si considerano solo le primipare). Questo dato è coerente con l'atteso, cioè con un maggior interesse a completare il monitoraggio dell'allattamento nelle donne che hanno fruito dei CAN, ma anche con lo stesso profilo socio-demografico del campione finale che abbiamo visto essere prevalentemente con alto titolo studio, caratteristica che è più facilmente associata alla partecipazione ai CAN.

Infine, focalizzando su un aspetto centrale nel post-parto relativo all'aver richiesto supporto per l'allattamento, si osserva che il 58,2% del campione di donne non ha avuto bisogno di supporto (analogamente alla rilevazione fatta a tre mesi dopo il parto quando erano 58,9%) e solo il 4,1% ha avuto necessità, ma non lo ha richiesto, mantenendo uguale proporzione della precedente rilevazione. Così come non ci sono state differenze nella quota di donne che, avendo avuto invece

bisogno di supporto nei primi mesi dopo il parto, si sono rivolte al consultorio (mantenuto al 49% anche al T12).

Dalla descrizione fatta del campione che ha concluso il *follow up* emerge che alcune delle caratteristiche, che già all'inizio erano tendenzialmente prevalenti, si sono ulteriormente accentuate, quale l'aver un'età meno giovane, lavorare, avere un alto titolo di studio e non essere straniera. Queste variazioni, che non avevano inciso fino alla rilevazione fatta al terzo mese dal parto, hanno assunto maggiore importanza nella rilevazione a sei mesi e si sono confermate in quella effettuata all'anno del bambino. Non ci sono stati, invece, abbandoni che hanno particolarmente modificato il profilo del campione da un punto di vista dell'assistenza ricevuta in gravidanza, se non per un modesto incremento delle donne che hanno ricevuto un'assistenza privata durante la gravidanza.

La perdita campionaria è una delle principali criticità che caratterizza un'indagine di coorte, quale è quella usata per il monitoraggio dell'allattamento in Toscana, dal momento che comporta una diminuzione dei partecipanti allo studio, e quindi ne riduce la potenza statistica, ma influisce negativamente anche sulla validità interna ed esterna dei risultati se questa diminuzione della numerosità campionaria è selettiva e si concentra su soggetti con particolari caratteristiche (Deeg, 2002). Anche altri studi confermano che è usuale l'abbandono nelle indagini longitudinali dei rispondenti più giovani, a basso titolo di studio e non autoctoni (Young et al., 2006; Hense et al., 2013). Nel presente monitoraggio sarà importante verificare se questi fattori sono associati o no con la prevalenza dell'allattamento per capire se i risultati sovrastimano o sottostimano le misurazioni dell'allattamento ottenute.

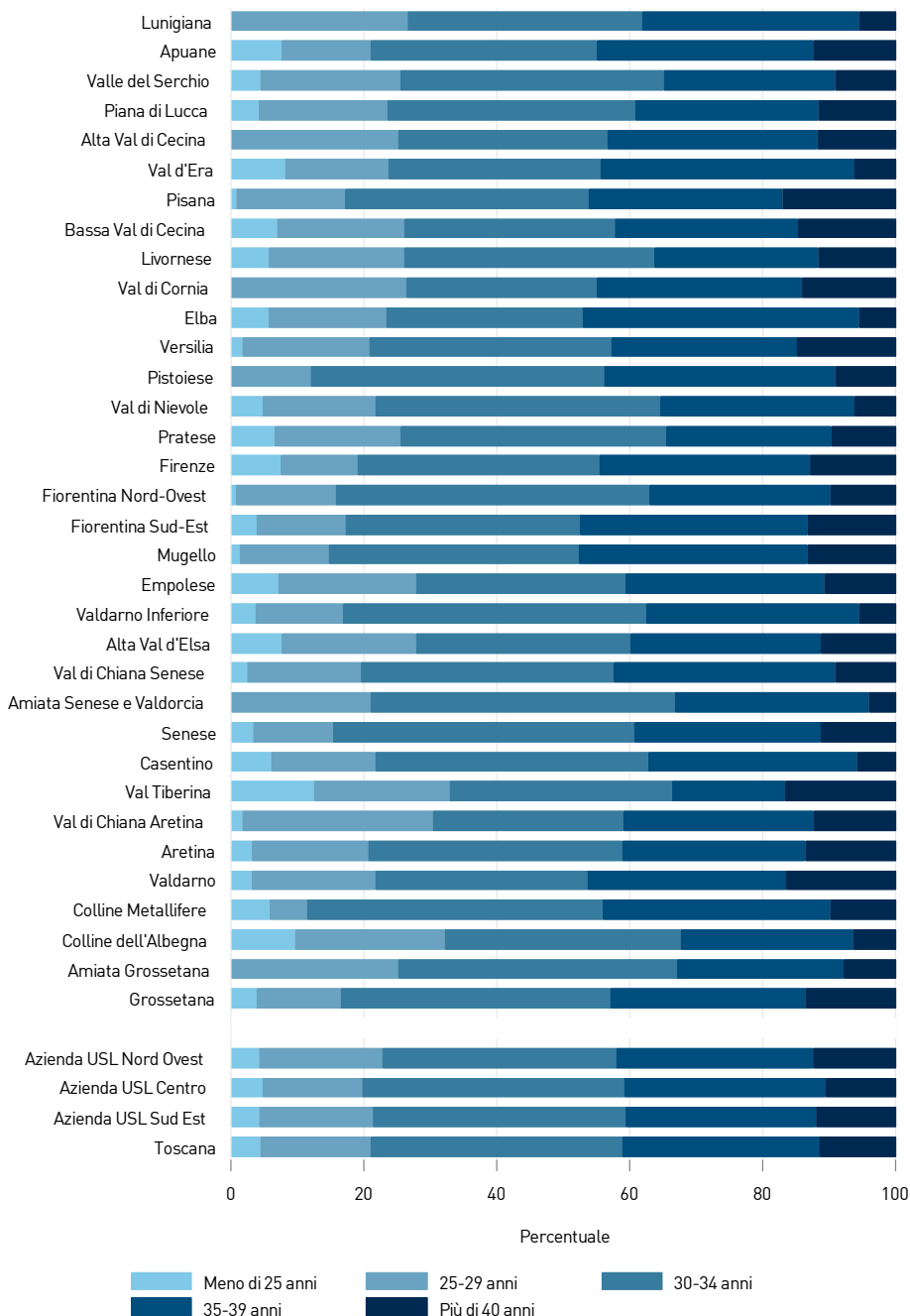


Figura 4. Distribuzione percentuale delle donne per fascia di età. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

Area Vasta	Zona-distretto	Meno di 25 anni		25-29 anni		30-34 anni		35-39 anni		Più di 40 anni	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Nord Ovest	Lunigiana	.	.	57	26.5	76	35.3	70	32.4	13	5.9
	Apuane	58	7.5	103	13.3	264	34.2	251	32.5	97	12.5
	Valle del Serchio	13	4.7	57	20.9	108	39.5	70	25.6	25	9.3
	Piana di Lucca	47	4.1	218	19.3	421	37.2	312	27.6	133	11.7
	Alta Val di Cecina	.	.	23	25.0	29	31.3	29	31.3	12	12.5
	Val d'Era	71	8.2	134	15.5	275	31.8	330	38.2	55	6.4
	Pisana	9	0.7	198	16.4	441	36.6	351	29.1	207	17.2
	Bassa Val di Cecina	33	6.9	91	19.2	149	31.5	131	27.7	69	14.6
	Livornese	58	5.6	211	20.4	390	37.7	256	24.7	122	11.7
	Val di Cornia	.	.	73	26.5	79	28.6	84	30.6	39	14.3
Centro	Elba	11	5.9	32	17.6	54	29.4	75	41.2	11	5.9
	Versilia	17	1.8	180	19.0	342	36.3	264	28.0	140	14.9
	Azienda USL Nord Ovest	315	4.2	1377	18.4	2629	35.2	2223	29.8	922	12.3
	Pistoiese	.	.	119	11.9	439	44.0	348	34.9	92	9.2
	Val di Nievole	36	4.8	126	16.9	317	42.7	215	29.0	48	6.5
	Pratese	114	6.5	332	18.9	702	40.0	436	24.9	171	9.7
	Firenze	178	7.4	278	11.5	880	36.4	769	31.8	312	12.9
	Fiorentina Nord-Ovest	12	0.8	222	14.9	702	47.1	407	27.3	148	9.9
	Fiorentina Sud-Est	37	3.8	130	13.3	344	35.2	335	34.3	130	13.3
	Mugello	6	1.5	52	13.4	144	37.3	133	34.3	52	13.4
Sud Est	Empolese	77	7.1	222	20.7	338	31.4	322	30.0	115	10.7
	Valdarno Inferiore	18	3.8	62	13.2	212	45.3	150	32.1	26	5.7
	Azienda USL Centro	478	4.6	1543	15.0	4078	39.6	3114	30.2	1094	10.6
	Alta Val d'Elsa	34	7.6	90	20.0	146	32.4	129	28.6	51	11.4
	Val di Chiana Senese	8	2.3	60	17.2	133	37.9	117	33.3	32	9.2
	Amiata Senese e Valdorcia	.	.	25	20.8	55	45.8	35	29.2	5	4.2
	Senese	24	3.2	90	12.1	336	45.2	210	28.2	84	11.3
	Casentino	8	6.3	21	15.6	55	40.6	42	31.3	8	6.3
	Val Tiberina	14	12.5	24	20.8	38	33.3	19	16.7	19	16.7
	Val di Chiana Aretina	6	1.8	93	28.6	93	28.6	93	28.6	41	12.5
Regione	Aretina	25	3.1	146	17.6	318	38.2	229	27.5	115	13.7
	Valdarno	18	3.1	110	18.6	190	32.0	178	29.9	98	16.5
	Colline Metallifere	13	6.0	13	6.0	94	44.0	73	34.0	21	10.0
	Colline dell'Albegna	26	9.7	60	22.6	94	35.5	68	25.8	17	6.5
	Amiata Grossetana	.	.	26	25.0	43	41.7	26	25.0	9	8.3
	Grossetana	24	3.9	80	12.7	253	40.3	184	29.3	87	13.8
	Azienda USL Sud Est	201	4.1	838	17.2	1848	37.9	1402	28.8	587	12.0
	Regione Toscana	994	4.4	3758	16.6	8555	37.8	6739	29.8	2603	11.5

Tabella 4. Distribuzione percentuale delle donne per fascia di età. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

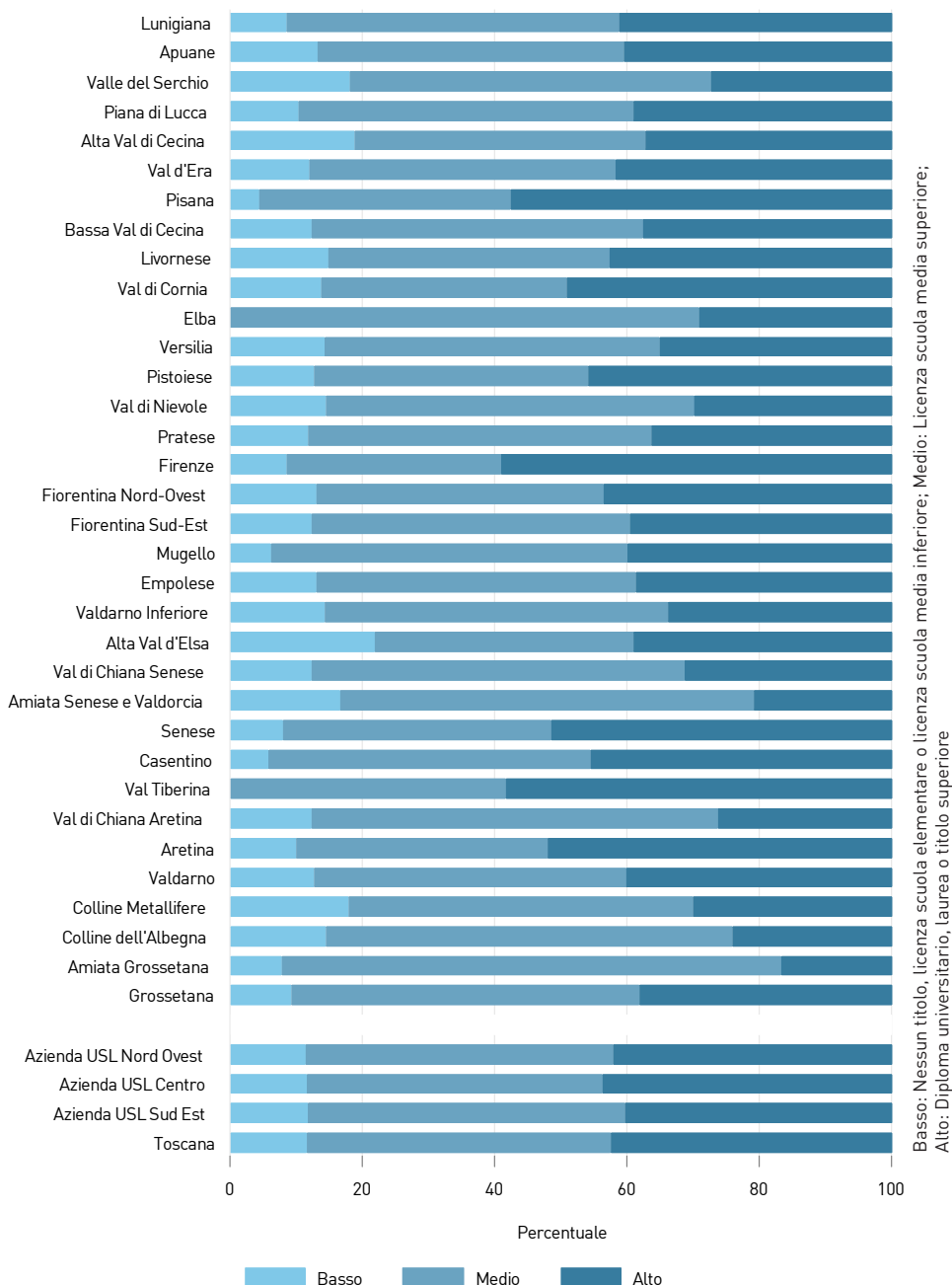
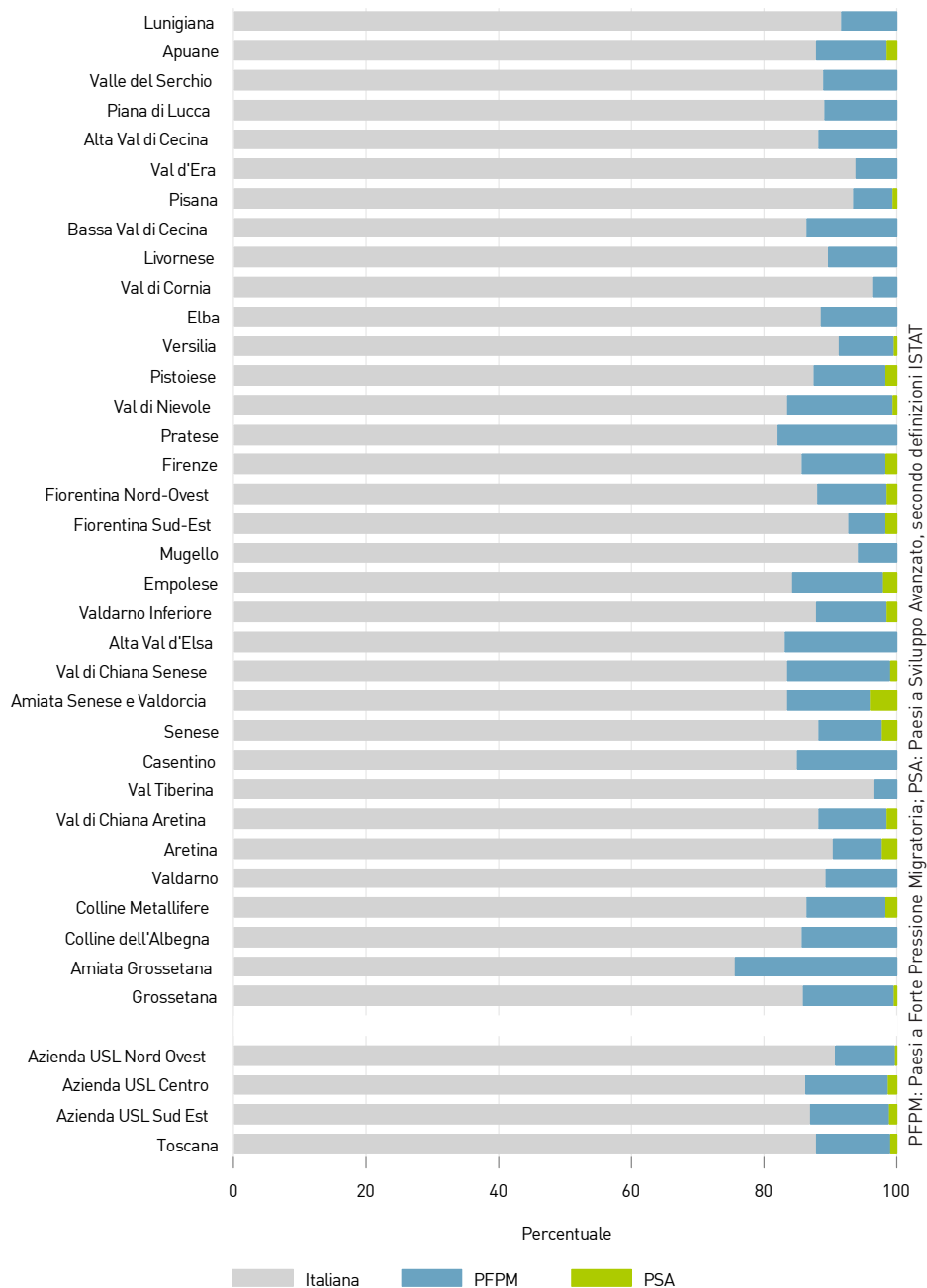


Figura 5. Distribuzione percentuale delle donne per titolo di studio. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

Area Vasta	Zona-distretto	Basso		Medio		Alto		
		N.	%	N.	%	N.	%	
Nord Ovest	Lunigiana	19	8.8	108	50.0	89	41.2	
	Apuane	103	13.2	361	46.3	316	40.5	
	Valle del Serchio	51	18.2	153	54.5	76	27.3	
	Piana di Lucca	117	10.3	577	50.7	445	39.0	
	Alta Val di Cecina	17	18.8	41	43.8	35	37.5	
	Val d'Era	102	11.8	401	46.4	361	41.8	
	Pisana	54	4.4	468	38.0	711	57.7	
	Bassa Val di Cecina	58	12.3	237	50.0	178	37.7	
	Livornese	153	14.8	441	42.6	441	42.6	
	Val di Cornia	39	13.7	107	37.3	140	49.0	
	Elba	.	.	129	70.6	54	29.4	
	Versilia	135	14.3	477	50.6	331	35.1	
	Azienda USL Nord Ovest	849	11.3	3498	46.5	3177	42.2	
	Centro	Pistoiese	128	12.6	421	41.4	467	45.9
Val di Nievole		108	14.5	413	55.6	221	29.8	
Pratese		209	11.8	920	51.9	645	36.4	
Firenze		212	8.6	802	32.4	1459	59.0	
Fiorentina Nord-Ovest		197	12.9	665	43.5	665	43.5	
Fiorentina Sud-Est		121	12.3	474	48.1	391	39.6	
Mugello		23	6.2	202	53.8	150	40.0	
Empolese		146	13.1	537	48.3	430	38.6	
Valdarno Inferiore		71	14.3	256	51.8	168	33.9	
Azienda USL Centro		1214	11.6	4690	44.7	4596	43.8	
Alta Val d'Elsa		99	21.9	176	39.0	176	39.0	
Val di Chiana Senese		44	12.4	201	56.2	113	31.5	
Amiata Senese e Valdorcia		20	16.7	75	62.5	25	20.8	
Sud Est		Senese	60	7.9	306	40.5	391	51.6
	Casentino	8	6.1	68	48.5	64	45.5	
	Val Tiberina	.	.	48	41.7	67	58.3	
	Val di Chiana Aretina	41	12.3	203	61.4	87	26.3	
	Aretina	83	9.9	318	38.2	433	51.9	
	Valdarno	80	12.7	294	47.1	251	40.2	
	Colline Metallifere	39	18.0	111	52.0	64	30.0	
	Colline dell'Albegna	38	14.5	162	61.3	64	24.2	
	Amiata Grossetana	9	8.3	77	75.0	17	16.7	
	Grossetana	59	9.4	330	52.5	239	38.1	
	Azienda USL Sud Est	579	11.7	2369	48.0	1990	40.3	
	Regione	Toscana	2642	11.5	10557	46.0	9763	42.5

Tabella 5. Distribuzione percentuale delle donne per titolo di studio. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)



Area Vasta	Zona-distretto	Italiana		PFP		PSA		
		N.	%	N.	%	N.	%	
Nord Ovest	Lunigiana	196	91.2	19	8.8	.	.	
	Apuane	683	87.6	84	10.7	13	1.7	
	Valle del Serchio	248	88.6	32	11.4	.	.	
	Piana di Lucca	1014	89.0	125	11.0	.	.	
	Alta Val di Cecina	81	87.5	12	12.5	.	.	
	Val d'Era	809	93.6	55	6.4	.	.	
	Pisana	1152	93.4	72	5.8	9	0.7	
	Bassa Val di Cecina	408	86.2	65	13.8	.	.	
	Livornese	927	89.5	109	10.5	.	.	
	Val di Cornia	275	96.1	11	3.9	.	.	
	Elba	161	88.2	22	11.8	.	.	
	Versilia	859	91.1	79	8.3	6	0.6	
	Azienda USL Nord Ovest	6814	90.6	684	9.1	28	0.4	
	Centro	Pistoiese	888	87.4	110	10.8	18	1.8
Val di Nievole		616	83.1	120	16.1	6	0.8	
Pratese		1451	81.8	322	18.2	.	.	
Firenze		2117	85.6	312	12.6	45	1.8	
Fiorentina Nord-Ovest		1343	87.9	160	10.5	25	1.6	
Fiorentina Sud-Est		912	92.5	56	5.7	19	1.9	
Mugello		363	94.0	23	6.0	.	.	
Empolese		936	84.1	153	13.8	23	2.1	
Valdarno Inferiore		432	87.5	53	10.7	9	1.8	
Azienda USL Centro		9058	86.2	1309	12.5	144	1.4	
Sud Est		Alta Val d'Elsa	373	82.9	77	17.1	.	.
		Val di Chiana Senese	298	83.1	56	15.7	4	1.1
		Amiata Senese e Valdorcia	100	83.3	15	12.5	5	4.2
		Senese	667	88.1	72	9.5	18	2.4
	Casentino	119	84.8	21	15.2	.	.	
	Val Tiberina	109	95.8	5	4.2	.	.	
	Val di Chiana Aretina	289	87.7	35	10.5	6	1.8	
	Aretina	758	90.2	64	7.6	19	2.3	
	Valdarno	558	89.2	67	10.8	.	.	
	Colline Metallifere	184	86.0	26	12.0	4	2.0	
	Colline dell'Albegna	225	85.5	38	14.5	.	.	
	Amiata Grossetana	77	75.0	26	25.0	.	.	
	Grossetana	538	85.6	87	13.8	3	0.6	
	Azienda USL Sud Est	4295	86.9	589	11.9	60	1.2	
Regione	Toscana	20166	87.8	2582	11.2	231	1.0	

Figura 6. Distribuzione percentuale delle donne per cittadinanza. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

Tabella 6. Distribuzione percentuale delle donne per cittadinanza. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

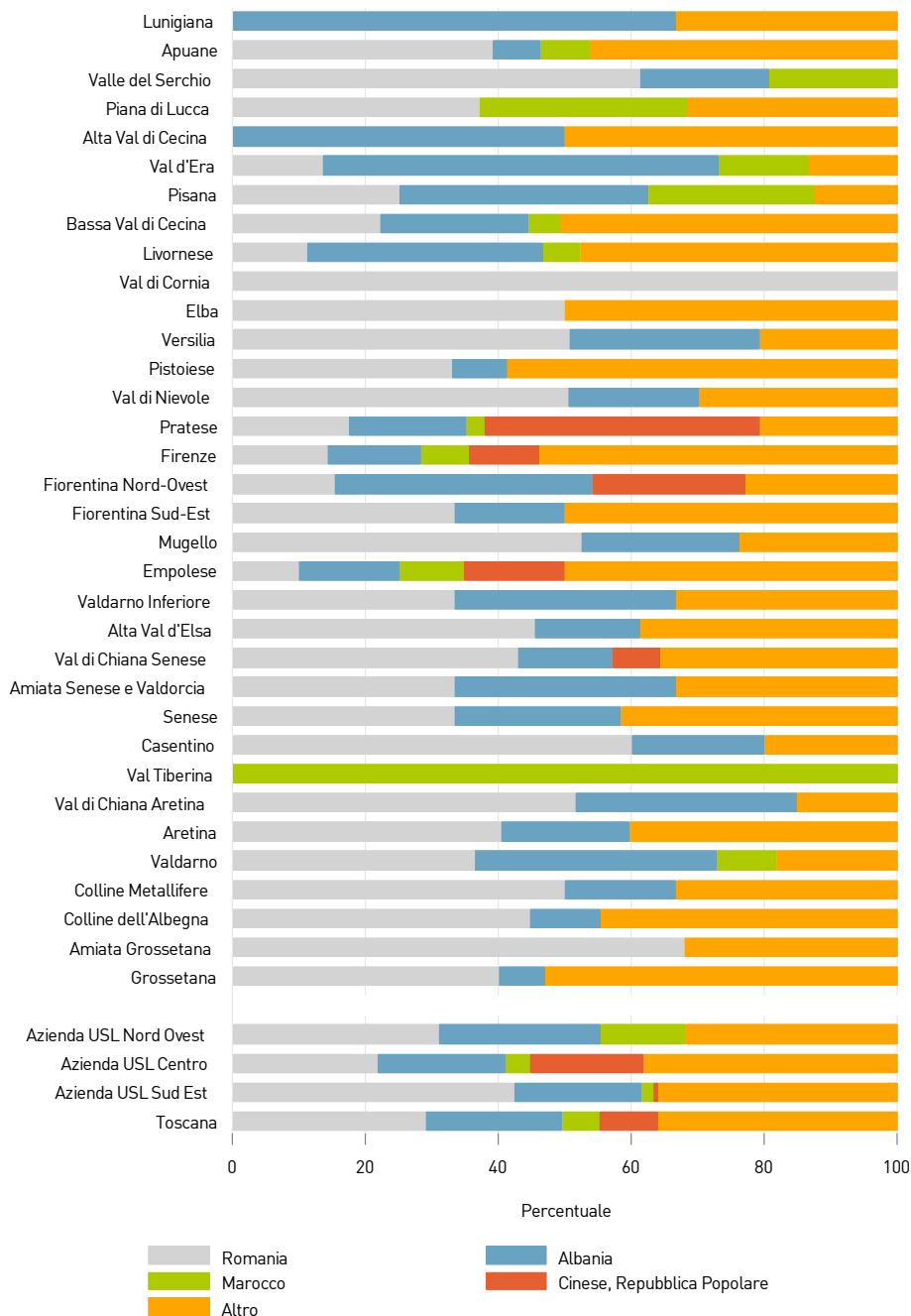


Figura 7. Distribuzione percentuale delle donne straniere per le prime 4 cittadinanze. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

Area Vasta	Zona-distretto	Romania		Albania		Marocco		Cinese, Repubblica Popolare		Altro	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Nord Ovest	Lunigiana	.	.	13	66.7	.	.	.	.	6	33.3
	Apuane	32	38.5	6	7.7	6	7.7	.	.	39	46.2
	Valle del Serchio	19	60.0	6	20.0	6	20.0	.	.	.	.
	Piana di Lucca	47	37.5	.	.	39	31.3	.	.	39	31.3
	Alta Val di Cecina	.	.	6	50.0	.	.	.	.	6	50.0
	Val d'Era	8	14.3	31	57.1	8	14.3	.	.	8	14.3
	Pisana	18	25.0	27	37.5	18	25.0	.	.	9	12.5
	Bassa Val di Cecina	15	22.2	15	22.2	4	5.6	.	.	33	50.0
	Livornese	13	11.8	38	35.3	6	5.9	.	.	51	47.1
	Val di Cornia	11	100.0	.	.	.	.	.	.	.	.
Centro	Elba	11	50.0	.	.	.	.	.	.	11	50.0
	Versilia	39	50.0	22	28.6	.	.	.	.	17	21.4
	Azienda USL Nord Ovest	213	31.1	165	24.1	88	12.8	.	.	218	31.9
	Pistoiese	37	33.3	9	8.3	.	.	.	.	64	58.3
	Val di Nievole	60	50.0	24	20.0	.	.	.	.	36	30.0
	Pratese	57	17.6	57	17.6	9	2.9	133	41.2	66	20.6
	Firenze	45	14.3	45	14.3	22	7.1	33	10.7	167	53.6
	Fiorentina Nord-Ovest	25	15.4	62	38.5	.	.	37	23.1	37	23.1
	Fiorentina Sud-Est	19	33.3	9	16.7	.	.	.	.	28	50.0
	Mugello	12	50.0	6	25.0	.	.	.	.	6	25.0
Sud Est	Empolese	15	10.0	23	15.0	15	10.0	23	15.0	77	50.0
	Valdarno Inferiore	18	33.3	18	33.3	.	.	.	.	18	33.3
	Azienda USL Centro	286	21.8	252	19.2	47	3.6	226	17.3	498	38.1
	Alta Val d'Elsa	34	44.4	13	16.7	.	.	.	.	30	38.9
	Val di Chiana Senese	24	42.9	8	14.3	.	.	4	7.1	20	35.7
	Amiata Senese e Valdorcia	5	33.3	5	33.3	.	.	.	.	5	33.3
	Senese	24	33.3	18	25.0	.	.	.	.	30	41.7
	Casentino	13	60.0	4	20.0	.	.	.	.	4	20.0
	Val Tiberina	.	.	.	.	5	100.0	.	.	.	.
	Val di Chiana Aretina	17	50.0	12	33.3	.	.	.	.	6	16.7
Regione	Aretina	25	40.0	13	20.0	.	.	.	.	25	40.0
	Valdarno	25	36.4	25	36.4	6	9.1	.	.	12	18.2
	Colline Metallifere	13	50.0	4	16.7	.	.	.	.	9	33.3
	Colline dell'Albegna	17	44.4	4	11.1	.	.	.	.	17	44.4
	Amiata Grossetana	17	66.7	.	.	.	.	.	.	9	33.3
	Grossetana	35	40.0	7	8.0	.	.	.	.	45	52.0
	Azienda USL Sud Est	249	42.3	112	19.1	11	1.8	4	0.7	212	36.0
	Toscana	748	29.0	529	20.5	146	5.6	230	8.9	929	36.0

Tabella 7. Distribuzione percentuale delle donne straniere per le prime 4 cittadinanze. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

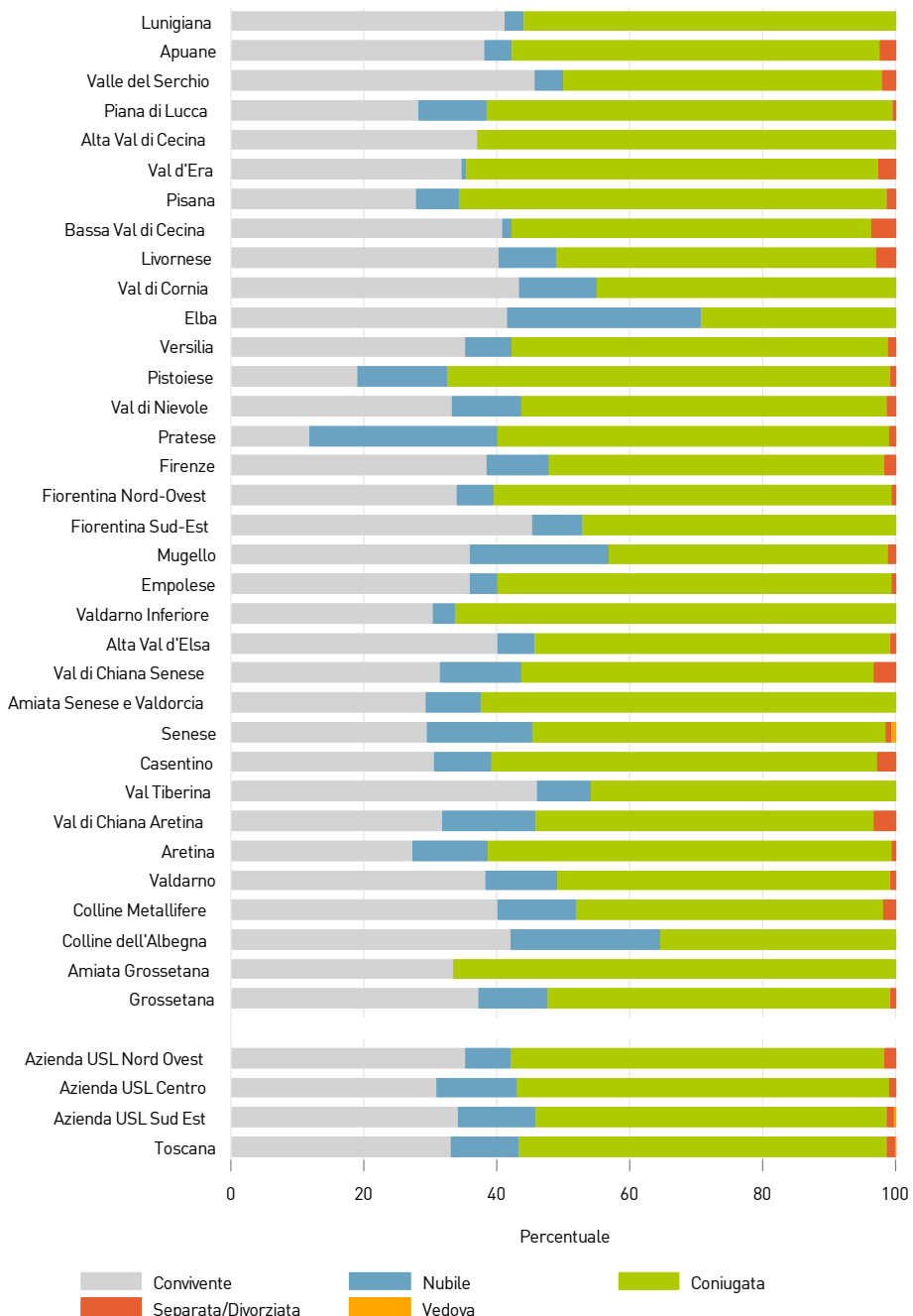


Figura 8. Distribuzione percentuale delle donne per stato civile. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

Area Vasta	Zona-distretto	Convivente		Nubile		Coniugata		Separata/Divorziata		Vedova	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Nord Ovest	Lunigiana	89	41.2	6	2.9	120	55.9	.	.	.	.
	Apuane	297	38.0	32	4.1	432	55.4	19	2.5	.	.
	Valle del Serchio	127	45.5	13	4.5	134	47.7	6	2.3	.	.
	Piana di Lucca	320	28.1	117	10.3	694	61.0	8	0.7	.	.
	Alta Val di Cecina	35	37.5	.	.	58	62.5	.	.	.	.
	Val d'Era	298	34.5	8	0.9	534	61.8	24	2.7	.	.
	Pisana	342	27.7	81	6.6	792	64.2	18	1.5	.	.
	Bassa Val di Cecina	193	40.8	7	1.5	255	53.8	18	3.8	.	.
	Livornese	416	40.1	90	8.6	499	48.1	32	3.1	.	.
	Val di Cornia	123	43.1	34	11.8	129	45.1	.	.	.	.
	Elba	75	41.2	54	29.4	54	29.4	.	.	.	.
	Versilia	331	35.1	67	7.1	533	56.5	11	1.2	.	.
	Azienda USL Nord Ovest	2646	35.2	509	6.8	4234	56.3	136	1.8	.	.
	Centro	Pistoiese	192	18.9	137	13.5	677	66.7	9	0.9	.
Val di Nievole		245	33.1	78	10.5	407	54.8	12	1.6	.	.
Pratese		209	11.8	503	28.3	1043	58.8	19	1.1	.	.
Firenze		947	38.3	234	9.5	1248	50.5	45	1.8	.	.
Fiorentina Nord-Ovest		518	33.9	86	5.6	912	59.7	12	0.8	.	.
Fiorentina Sud-Est		446	45.3	74	7.5	465	47.2	.	.	.	.
Mugello		138	35.8	81	20.9	161	41.8	6	1.5	.	.
Empolese		399	35.9	46	4.1	660	59.3	8	0.7	.	.
Valdarno Inferiore		150	30.4	18	3.6	326	66.1	.	.	.	.
Azienda USL Centro		3244	30.9	1257	12.0	5900	56.1	110	1.1	.	.
Sud Est	Alta Val d'Elsa	180	40.0	26	5.7	240	53.3	4	1.0	.	.
	Val di Chiana Senese	113	31.5	44	12.4	189	52.8	12	3.4	.	.
	Amiata Senese e	35	29.2	10	8.3	75	62.5	.	.	.	.
	Senese	222	29.4	120	15.9	403	53.2	6	0.8	6	0.8
	Casentino	42	30.3	13	9.1	81	57.6	4	3.0	.	.
	Val Tiberina	52	45.8	10	8.3	52	45.8	.	.	.	.
	Val di Chiana Aretina	104	31.6	46	14.0	168	50.9	12	3.5	.	.
	Aretina	229	27.3	96	11.4	509	60.6	6	0.8	.	.
	Valdarno	239	38.2	67	10.8	313	50.0	6	1.0	.	.
	Colline Metallifere	86	40.0	26	12.0	98	46.0	4	2.0	.	.
Regione	Colline dell'Albegna	111	41.9	60	22.6	94	35.5	.	.	.	.
	Amiata Grossetana	34	33.3	.	.	69	66.7	.	.	.	.
	Grossetana	232	37.0	66	10.5	323	51.4	7	1.1	.	.
	Azienda USL Sud Est	1680	34.0	583	11.8	2613	52.9	62	1.3	6	0.1
	Toscana	7570	32.9	2348	10.2	12746	55.5	309	1.3	6	0.0

Tabella 8. Distribuzione percentuale delle donne per stato civile. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

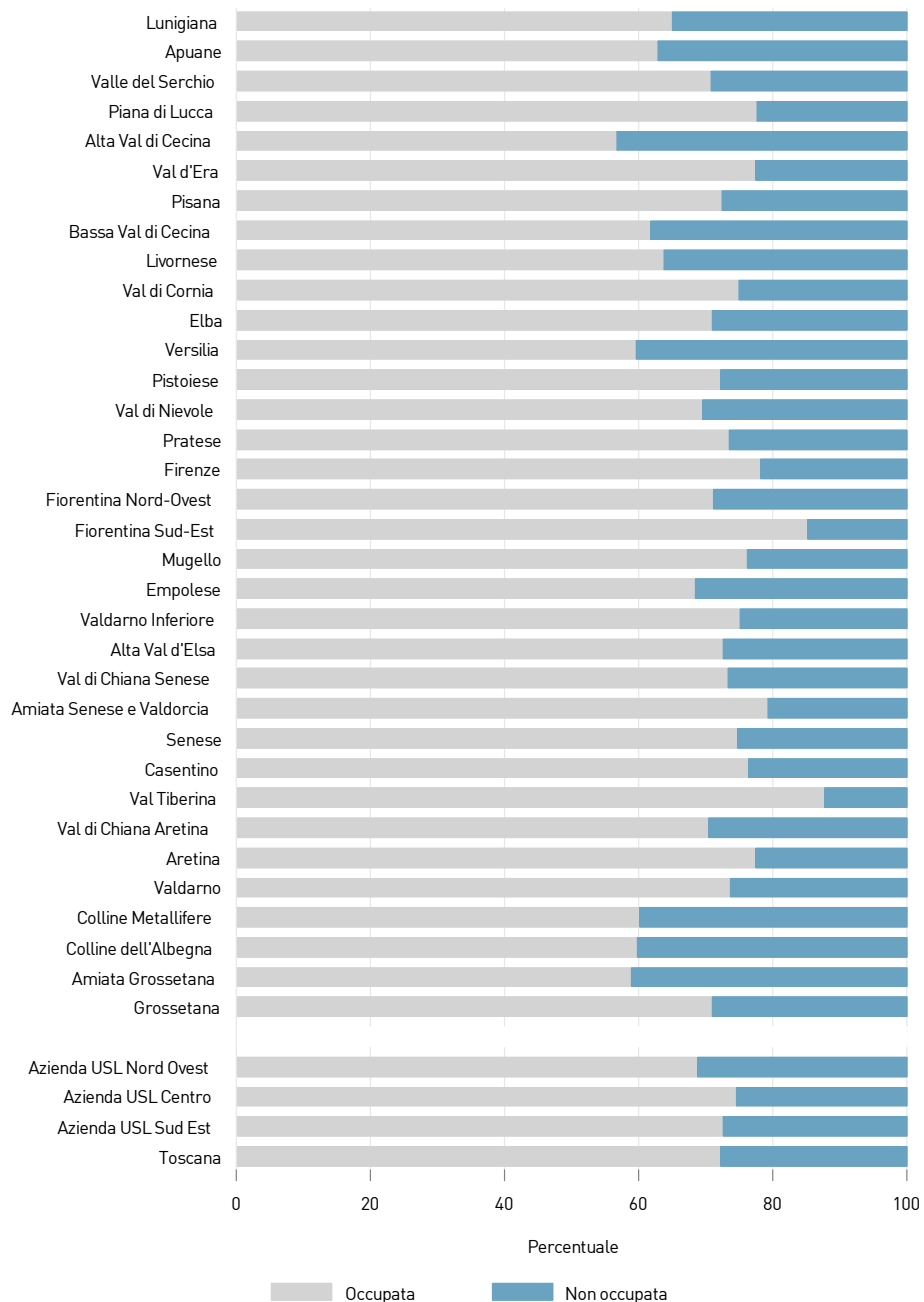


Figura 9. Distribuzione percentuale delle donne per situazione lavorativa. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

Area Vasta	Zona-distretto	Occupata		Non occupata		
		N.	%	N.	%	
Nord Ovest	Lunigiana	139	64.7	76	35.3	
	Apuane	490	62.8	290	37.2	
	Valle del Serchio	197	70.5	83	29.5	
	Piana di Lucca	882	77.4	257	22.6	
	Alta Val di Cecina	52	56.3	41	43.8	
	Val d'Era	668	77.3	196	22.7	
	Pisana	891	72.3	342	27.7	
	Bassa Val di Cecina	291	61.5	182	38.5	
	Livornese	659	63.6	377	36.4	
	Val di Cornia	213	74.5	73	25.5	
	Elba	129	70.6	54	29.4	
	Versilia	561	59.5	382	40.5	
	Azienda USL Nord Ovest		5172	68.7	2353	31.3
	Centro	Pistoiese	732	72.1	284	27.9
Val di Nievole		515	69.4	227	30.6	
Pratese		1299	73.3	474	26.7	
Firenze		1927	77.9	546	22.1	
Fiorentina Nord-Ovest		1084	71.0	444	29.0	
Fiorentina Sud-Est		837	84.9	149	15.1	
Mugello		294	76.1	92	23.9	
Empolese		759	68.3	353	31.7	
Valdarno Inferiore		371	75.0	124	25.0	
Azienda USL Centro		7819	74.4	2692	25.6	
Sud Est		Alta Val d'Elsa	326	72.4	124	27.6
		Val di Chiana Senese	261	73.0	97	27.0
		Amiata Senese e Valdorcia	95	79.2	25	20.8
		Senese	565	74.6	192	25.4
	Casentino	106	75.8	34	24.2	
	Val Tiberina	100	87.5	14	12.5	
	Val di Chiana Aretina	232	70.2	98	29.8	
	Aretina	650	77.3	191	22.7	
	Valdarno	460	73.5	165	26.5	
	Colline Metallifere	128	60.0	86	40.0	
	Colline dell'Albegna	157	59.7	106	40.3	
	Amiata Grossetana	60	58.3	43	41.7	
	Grossetana	444	70.7	184	29.3	
	Azienda USL Sud Est		3583	72.5	1360	27.5
Regione	Toscana	16574	72.1	6405	27.9	

Tabella 9. Distribuzione percentuale delle donne per situazione lavorativa. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

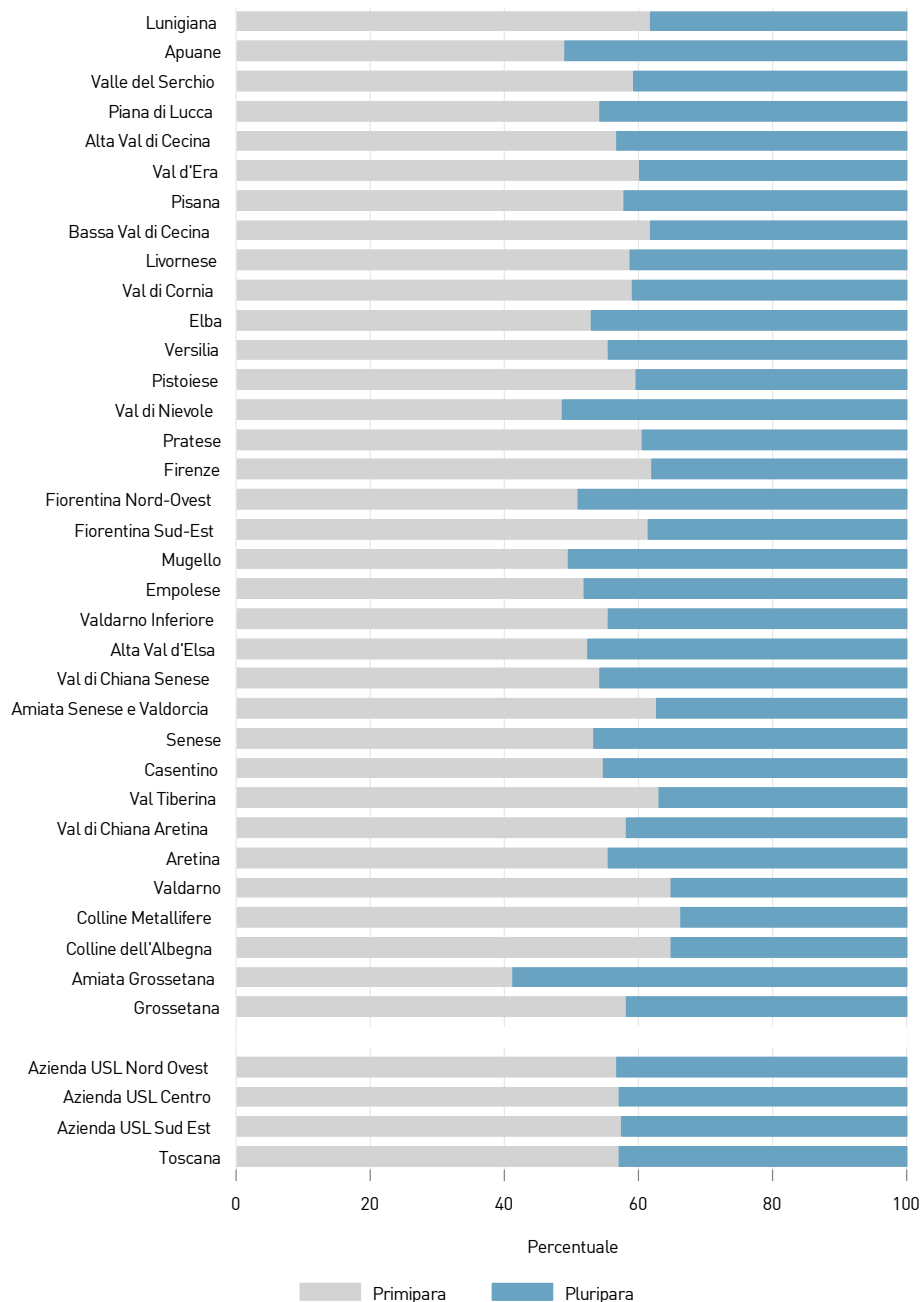


Figura 10. Distribuzione percentuale delle donne per parità. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

Area Vasta	Zona-distretto	Primipara		Pluripara		
		N.	%	N.	%	
Nord Ovest	Lunigiana	133	61.8	82	38.2	
	Apuane	380	48.8	400	51.2	
	Valle del Serchio	165	59.1	115	40.9	
	Piana di Lucca	616	54.1	523	45.9	
	Alta Val di Cecina	52	56.3	41	43.8	
	Val d'Era	518	60.0	346	40.0	
	Pisana	711	57.7	522	42.3	
	Bassa Val di Cecina	291	61.5	182	38.5	
	Livornese	608	58.6	428	41.4	
	Val di Cornia	168	58.8	118	41.2	
	Elba	97	52.9	86	47.1	
	Versilia	522	55.4	421	44.6	
	Azienda USL Nord Ovest		4262	56.6	3263	43.4
	Centro	Pistoiese	604	59.5	412	40.5
Val di Nievole		359	48.4	383	51.6	
Pratese		1072	60.4	702	39.6	
Firenze		1526	61.7	947	38.3	
Fiorentina Nord-Ovest		776	50.8	752	49.2	
Fiorentina Sud-Est		605	61.3	381	38.7	
Mugello		190	49.3	196	50.7	
Empolese		575	51.7	537	48.3	
Valdarno Inferiore		273	55.4	221	44.6	
Azienda USL Centro		5981	56.9	4530	43.1	
Sud Est		Alta Val d'Elsa	236	52.4	214	47.6
		Val di Chiana Senese	193	53.9	165	46.1
		Amiata Senese e Valdorcia	75	62.5	45	37.5
		Senese	403	53.2	354	46.8
	Casentino	76	54.5	64	45.5	
	Val Tiberina	71	62.5	43	37.5	
	Val di Chiana Aretina	191	57.9	139	42.1	
	Aretina	465	55.3	376	44.7	
	Valdarno	404	64.7	221	35.3	
	Colline Metallifere	141	66.0	73	34.0	
	Colline dell'Albegna	170	64.5	94	35.5	
	Amiata Grossetana	43	41.7	60	58.3	
	Grossetana	364	58.0	264	42.0	
	Azienda USL Sud Est		2833	57.3	2110	42.7
Regione	Toscana	13076	56.9	9903	43.1	

Tabella 10. Distribuzione percentuale delle donne per parità. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

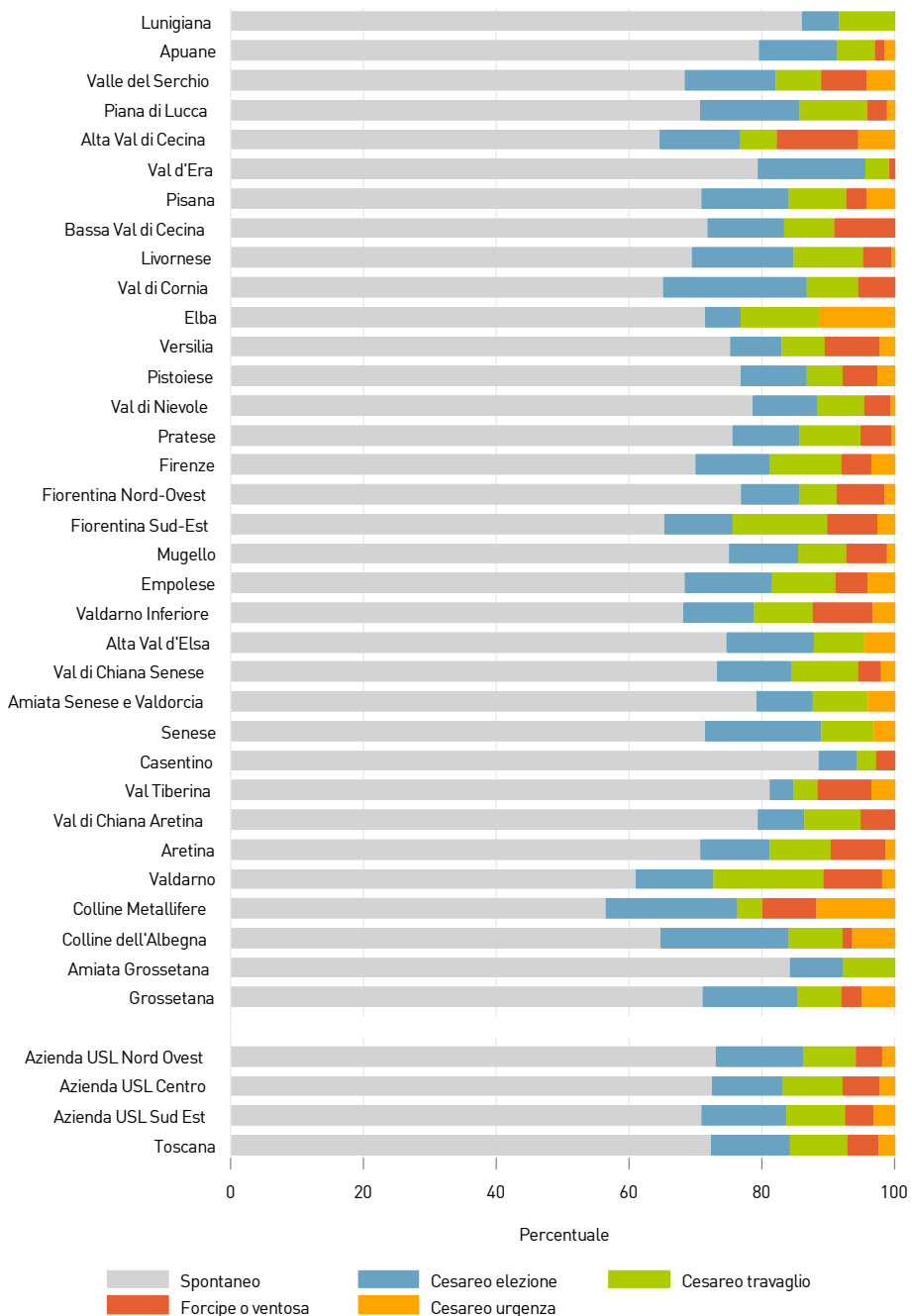


Figura 11. Distribuzione percentuale delle donne per modalità del parto. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

Area Vasta	Zona-distretto	Spontaneo		Cesareo in elezione		Cesareo in travaglio		Forcipe o ventosa		Cesareo in urgenza	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Nord Ovest	Lunigiana	183	85.3	13	5.9	19	8.8	.	.	.	.
	Apuane	619	79.3	90	11.6	45	5.8	13	1.7	13	1.7
	Valle del Serchio	191	68.2	38	13.6	19	6.8	19	6.8	13	4.5
	Piana di Lucca	804	70.5	172	15.1	117	10.3	31	2.7	16	1.4
	Alta Val di Cecina	58	62.5	12	12.5	6	6.3	12	12.5	6	6.3
	Val d'Era	683	79.1	141	16.4	31	3.6	8	0.9	.	.
	Pisana	873	70.8	162	13.1	108	8.8	36	2.9	54	4.4
	Bassa Val di Cecina	338	71.5	55	11.5	36	7.7	44	9.2	.	.
	Livornese	716	69.1	160	15.4	109	10.5	45	4.3	6	0.6
	Val di Cornia	185	64.7	62	21.6	22	7.8	17	5.9	.	.
	Elba	129	70.6	11	5.9	22	11.8	.	.	22	11.8
	Versilia	707	75.0	73	7.7	62	6.5	79	8.3	22	2.4
	Azienda USL Nord Ovest	5487	72.9	988	13.1	596	7.9	303	4.0	151	2.0
	Pistoiese	778	76.6	101	9.9	55	5.4	55	5.4	27	2.7
Val di Nievole	580	78.2	72	9.7	54	7.3	30	4.0	6	0.8	
Centro	Pratese	1337	75.4	180	10.2	161	9.1	85	4.8	9	0.5
	Firenze	1727	69.8	278	11.3	267	10.8	111	4.5	89	3.6
	Fiorentina Nord-Ovest	1171	76.6	136	8.9	86	5.6	111	7.3	25	1.6
	Fiorentina Sud-Est	642	65.1	102	10.4	140	14.2	74	7.5	28	2.8
	Mugello	288	74.6	40	10.4	29	7.5	23	6.0	6	1.5
	Empolese	759	68.3	146	13.1	107	9.7	54	4.8	46	4.1
	Valdarno Inferiore	335	67.9	53	10.7	44	8.9	44	8.9	18	3.6
	Azienda USL Centro	7618	72.5	1108	10.5	943	9.0	588	5.6	254	2.4
	Alta Val d'Elsa	334	74.3	60	13.3	34	7.6	.	.	21	4.8
	Val di Chiana Senese	261	73.0	40	11.2	36	10.1	12	3.4	8	2.2
	Amiata Senese e Valdorcia	95	79.2	10	8.3	10	8.3	.	.	5	4.2
	Senese	541	71.4	132	17.5	60	7.9	.	.	24	3.2
	Casentino	123	87.9	8	6.1	4	3.0	4	3.0	.	.
	Val Tiberina	90	79.2	5	4.2	5	4.2	10	8.3	5	4.2
Sud Est	Val di Chiana Aretina	261	78.9	23	7.0	29	8.8	17	5.3	.	.
	Aretina	592	70.5	89	10.6	76	9.1	70	8.3	13	1.5
	Valdarno	380	60.8	74	11.8	104	16.7	55	8.8	12	2.0
	Colline Metallifere	120	56.0	43	20.0	9	4.0	17	8.0	26	12.0
	Colline dell'Albegna	170	64.5	51	19.4	21	8.1	4	1.6	17	6.5
	Amiata Grossetana	86	83.3	9	8.3	9	8.3	.	.	.	.
	Grossetana	444	70.7	90	14.4	42	6.6	21	3.3	31	5.0
	Azienda USL Sud Est	3497	70.7	634	12.8	439	8.9	211	4.3	162	3.3
Regione	Toscana	16602	72.2	2730	11.9	1979	8.6	1101	4.8	568	2.5

Tabella 11. Distribuzione percentuale delle donne per modalità del parto. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

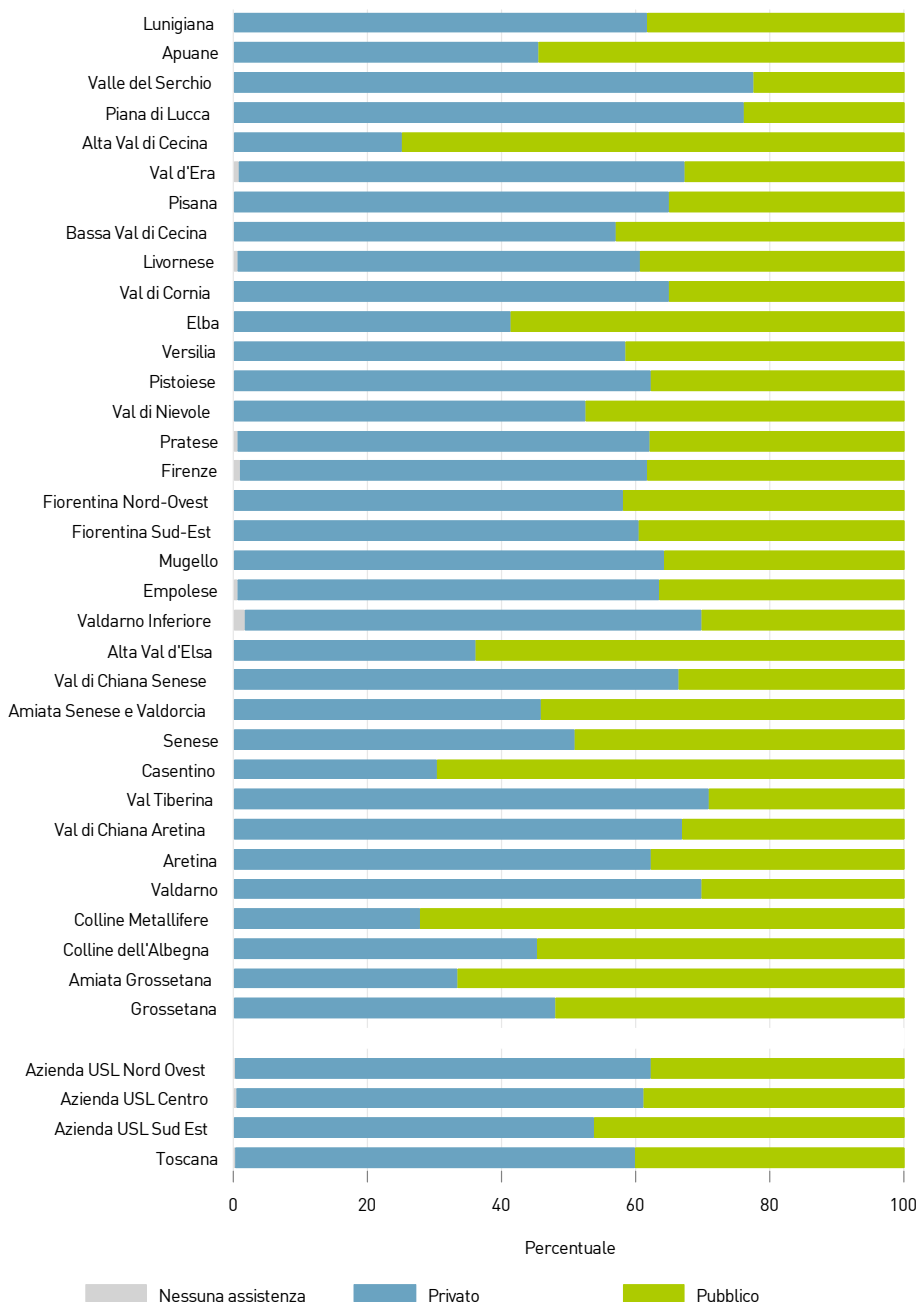


Figura 12. Distribuzione percentuale delle donne per tipologia di assistenza in gravidanza. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

Area Vasta	Zona-distretto	Nessuna assistenza		Privato		Pubblico		
		N.	%	N.	%	N.	%	
Nord Ovest	Lunigiana	.	.	133	61.8	82	38.2	
	Apuane	.	.	355	45.5	425	54.5	
	Valle del Serchio	.	.	216	77.3	64	22.7	
	Piana di Lucca	.	.	866	76.0	273	24.0	
	Alta Val di Cecina	.	.	23	25.0	70	75.0	
	Val d'Era	8	0.9	573	66.4	283	32.7	
	Pisana	.	.	801	65.0	432	35.0	
	Bassa Val di Cecina	.	.	269	56.9	204	43.1	
	Livornese	6	0.6	620	59.9	409	39.5	
	Val di Cornia	.	.	185	64.7	101	35.3	
	Elba	.	.	75	41.2	108	58.8	
	Versilia	.	.	550	58.3	393	41.7	
	Azienda USL Nord Ovest		14	0.2	4667	62.0	2843	37.8
	Centro	Pistoiese	.	.	632	62.2	384	37.8
Val di Nievole		.	.	389	52.4	353	47.6	
Pratese		9	0.5	1091	61.5	673	38.0	
Firenze		22	0.9	1504	60.8	947	38.3	
Fiorentina Nord-Ovest		.	.	887	58.1	641	41.9	
Fiorentina Sud-Est		.	.	595	60.4	391	39.6	
Mugello		.	.	248	64.2	138	35.8	
Empolese		8	0.7	698	62.8	407	36.6	
Valdarno Inferiore		9	1.8	335	67.9	150	30.4	
Azienda USL Centro		48	0.5	6379	60.7	4084	38.9	
Sud Est	Alta Val d'Elsa	.	.	163	36.2	287	63.8	
	Val di Chiana Senese	.	.	237	66.3	121	33.7	
	Amiata Senese e Valdorcia	.	.	55	45.8	65	54.2	
	Senese	.	.	385	50.8	372	49.2	
	Casentino	.	.	42	30.3	98	69.7	
	Val Tiberina	.	.	81	70.8	33	29.2	
	Val di Chiana Aretina	.	.	220	66.7	110	33.3	
	Aretina	.	.	522	62.1	318	37.9	
	Valdarno	.	.	435	69.6	190	30.4	
	Colline Metallifere	.	.	60	28.0	154	72.0	
	Colline dell'Albegna	.	.	119	45.2	145	54.8	
	Amiata Grossetana	.	.	34	33.3	69	66.7	
	Grossetana	.	.	302	48.1	326	51.9	
Azienda USL Sud Est		.	.	2655	53.7	2288	46.3	
Regione	Toscana	63	0.3	13701	59.6	9215	40.1	

Tabella 12. Distribuzione percentuale delle donne per tipologia di assistenza in gravidanza. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

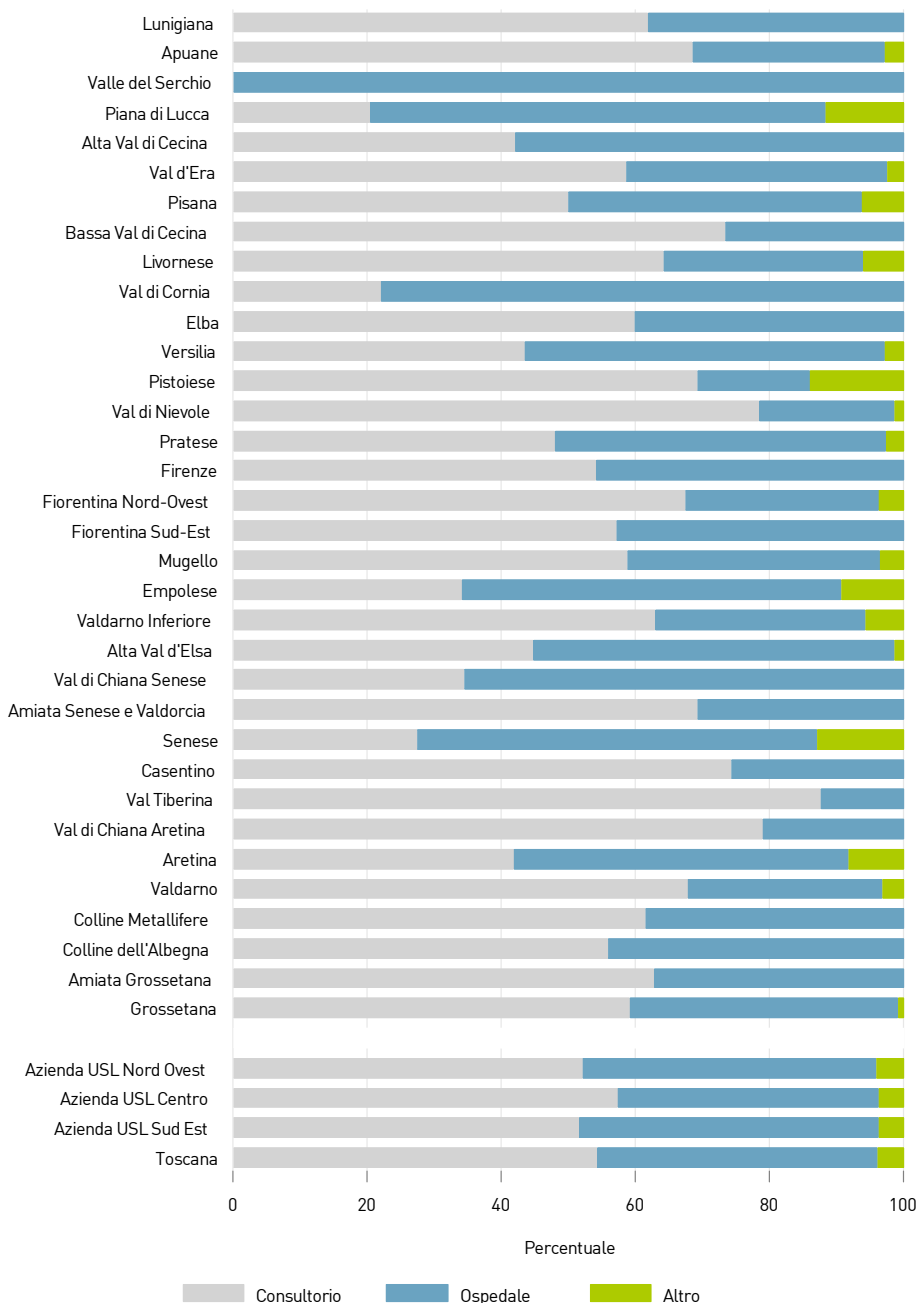


Figura 13. Distribuzione percentuale delle donne per tipologia di servizio pubblico da cui sono state seguite in gravidanza. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

Area Vasta	Zona-distretto	Consultorio		Ospedale		Altro		
		N.	%	N.	%	N.	%	
Nord Ovest	Lunigiana	51	61.5	32	38.5	.	.	
	Apuane	290	68.2	122	28.8	13	3.0	
	Valle del Serchio	.	.	64	100.0	.	.	
	Piana di Lucca	55	20.6	179	67.6	31	11.8	
	Alta Val di Cecina	29	41.7	41	58.3	.	.	
	Val d'Era	165	58.3	110	38.9	8	2.8	
	Pisana	216	50.0	189	43.8	27	6.3	
	Bassa Val di Cecina	149	73.2	55	26.8	.	.	
	Livornese	262	64.1	122	29.7	26	6.3	
	Val di Cornia	22	22.2	79	77.8	.	.	
	Elba	65	60.0	43	40.0	.	.	
	Versilia	168	43.5	208	53.6	11	2.9	
	Azienda USL Nord Ovest		1472	52.0	1242	43.9	116	4.1
	Centro	Pistoiese	265	69.0	64	16.7	55	14.3
Val di Nievole		275	78.0	72	20.3	6	1.7	
Pratese		322	47.9	332	49.3	19	2.8	
Firenze		512	54.1	434	45.9	.	.	
Fiorentina Nord-Ovest		431	67.3	185	28.8	25	3.8	
Fiorentina Sud-Est		223	57.1	167	42.9	.	.	
Mugello		81	58.3	52	37.5	6	4.2	
Empolese		138	34.0	230	56.6	38	9.4	
Valdarno Inferiore		88	62.5	44	31.3	9	6.3	
Azienda USL Centro		2337	57.3	1581	38.8	157	3.9	
Alta Val d'Elsa		129	44.8	154	53.7	4	1.5	
Val di Chiana Senese		40	34.5	76	65.5	.	.	
Amiata Senese e Valdorcia		45	69.2	20	30.8	.	.	
Senese		102	27.4	222	59.7	48	12.9	
Sud Est	Casentino	72	73.9	25	26.1	.	.	
	Val Tiberina	29	85.7	5	14.3	.	.	
	Val di Chiana Aretina	87	78.9	23	21.1	.	.	
	Aretina	127	41.7	153	50.0	25	8.3	
	Valdarno	129	67.7	55	29.0	6	3.2	
	Colline Metallifere	94	61.1	60	38.9	.	.	
	Colline dell'Albegna	81	55.9	64	44.1	.	.	
	Amiata Grossetana	43	62.5	26	37.5	.	.	
	Grossetana	191	59.1	128	39.8	3	1.1	
	Azienda USL Sud Est		1168	51.5	1012	44.6	87	3.9
	Regione	Toscana	4977	54.3	3835	41.8	361	3.9

Tabella 13. Distribuzione percentuale delle donne per tipologia di servizio pubblico da cui sono state seguite in gravidanza. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

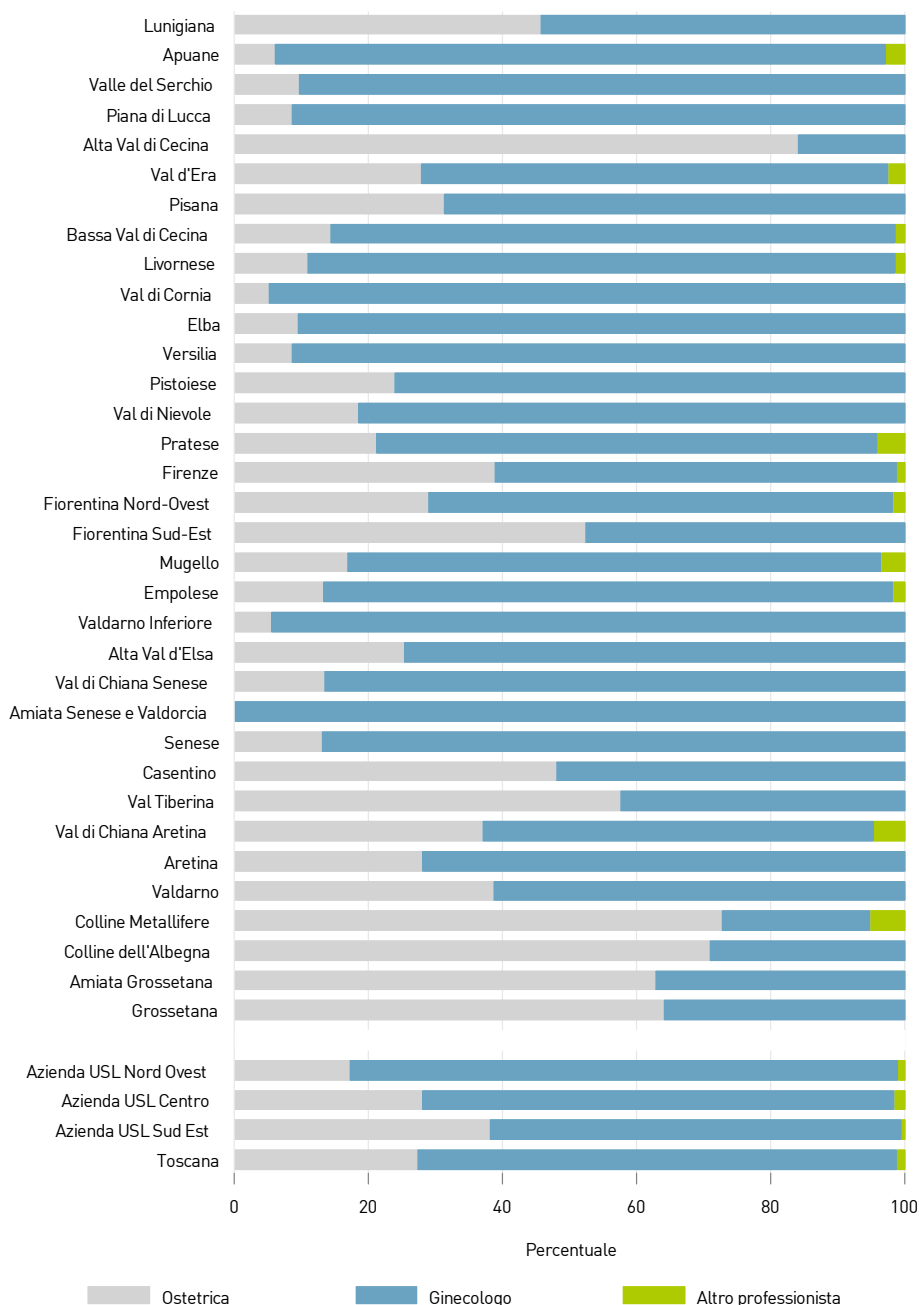


Figura 14. Distribuzione percentuale delle donne per professionista del servizio pubblico da cui sono state seguite in gravidanza. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

Area Vasta	Zona-distretto	Ostetrica		Ginecologo		Altro professionista		
		N.	%	N.	%	N.	%	
Nord Ovest	Lunigiana	38	46.2	44	53.8	.	.	
	Apuane	26	6.1	387	90.9	13	3.0	
	Valle del Serchio	6	10.0	57	90.0	.	.	
	Piana di Lucca	23	8.6	250	91.4	.	.	
	Alta Val di Cecina	58	83.3	12	16.7	.	.	
	Val d'Era	79	27.8	196	69.4	8	2.8	
	Pisana	135	31.3	297	68.8	.	.	
	Bassa Val di Cecina	29	14.3	171	83.9	4	1.8	
	Livornese	45	10.9	358	87.5	6	1.6	
	Val di Cornia	6	5.6	95	94.4	.	.	
	Elba	11	10.0	97	90.0	.	.	
	Versilia	34	8.6	359	91.4	.	.	
	Azienda USL Nord Ovest	489	17.2	2324	81.7	31	1.1	
Centro	Pistoiese	92	23.8	293	76.2	.	.	
	Val di Nievole	66	18.6	287	81.4	.	.	
	Pratese	142	21.1	503	74.6	28	4.2	
	Firenze	368	38.8	568	60.0	11	1.2	
	Fiorentina Nord-Ovest	185	28.8	444	69.2	12	1.9	
	Fiorentina Sud-Est	205	52.4	186	47.6	.	.	
	Mugello	23	16.7	109	79.2	6	4.2	
	Empolese	54	13.2	345	84.9	8	1.9	
	Valdarno Inferiore	9	5.9	141	94.1	.	.	
	Azienda USL Centro	1142	28.0	2876	70.4	65	1.6	
	Alta Val d'Elsa	73	25.4	214	74.6	.	.	
	Val di Chiana Senese	16	13.3	105	86.7	.	.	
	Amiata Senese e Valdorcia	.	.	65	100.0	.	.	
Sud Est	Senese	48	12.9	324	87.1	.	.	
	Casentino	47	47.8	51	52.2	.	.	
	Val Tiberina	19	57.1	14	42.9	.	.	
	Val di Chiana Aretina	41	36.8	64	57.9	6	5.3	
	Aretina	89	28.0	229	72.0	.	.	
	Valdarno	74	38.7	116	61.3	.	.	
	Colline Metallifere	111	72.2	34	22.2	9	5.6	
	Colline dell'Albegna	102	70.6	43	29.4	.	.	
	Amiata Grossetana	43	62.5	26	37.5	.	.	
	Grossetana	208	63.8	118	36.2	.	.	
	Azienda USL Sud Est	870	38.0	1403	61.3	14	0.6	
	Regione	Toscana	2502	27.1	6603	71.7	110	1.2

Tabella 14. Distribuzione percentuale delle donne per professionista del servizio pubblico da cui sono state seguite in gravidanza. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

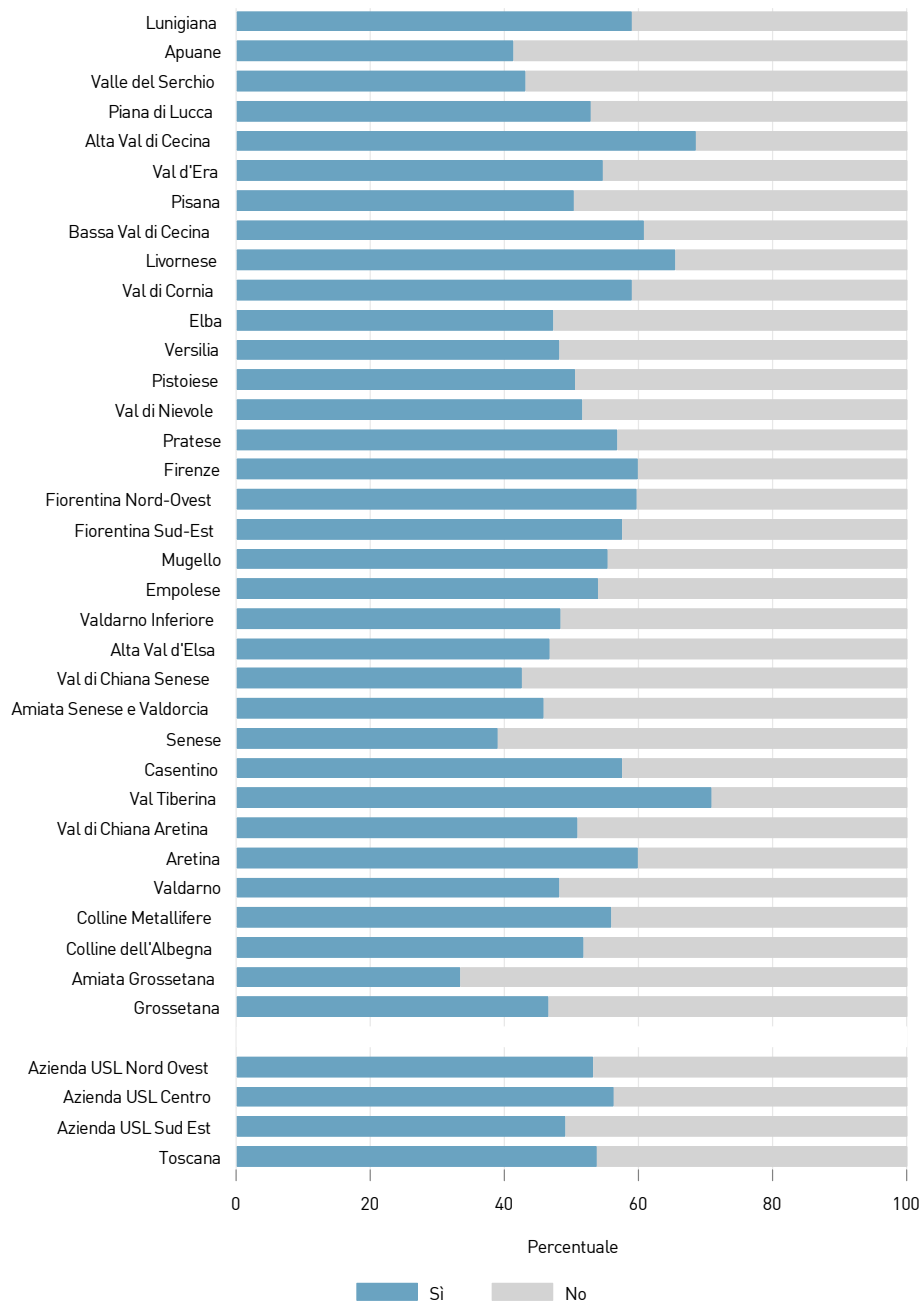
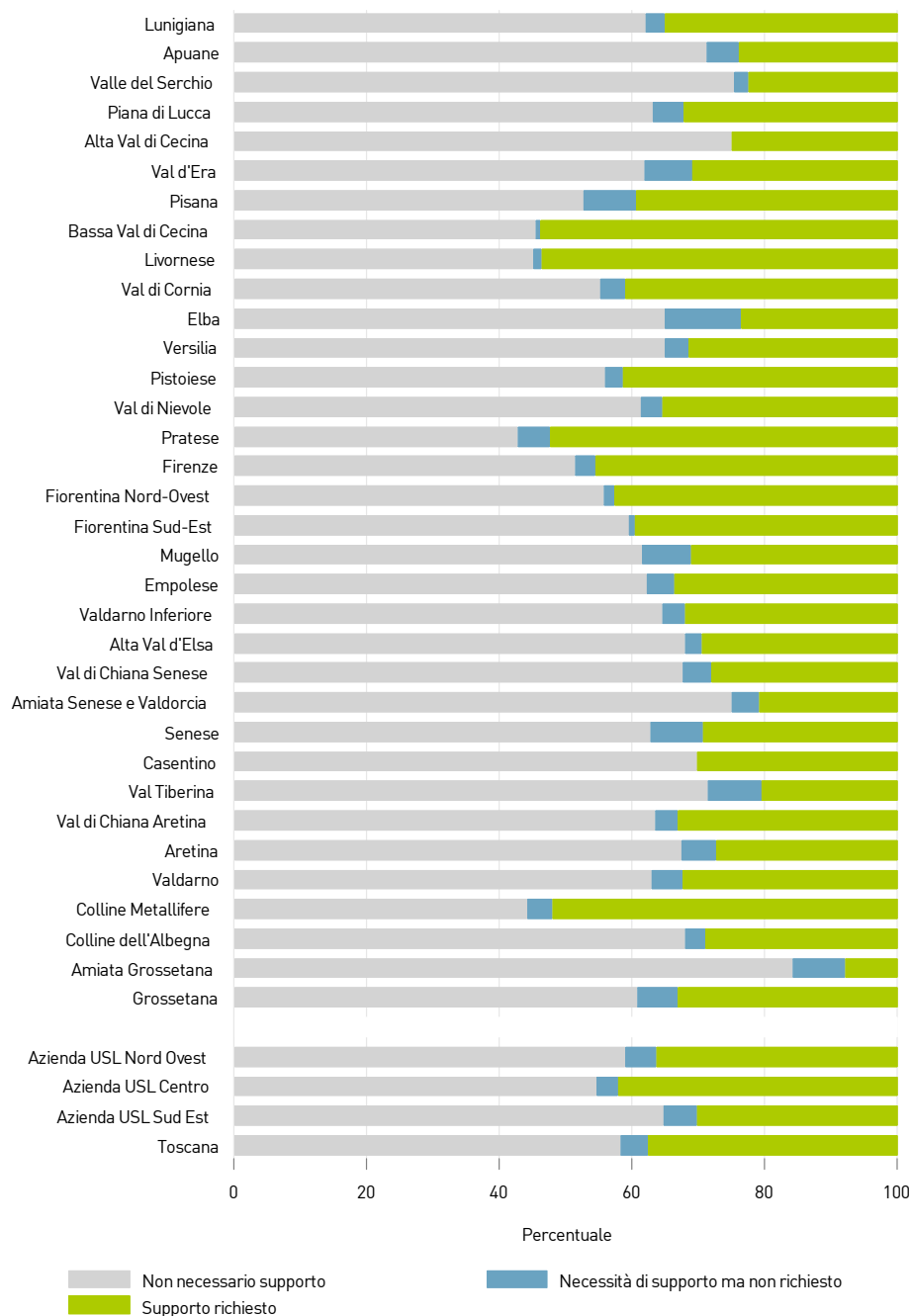


Figura 15. Distribuzione percentuale delle donne per partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN). Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

Area Vasta	Zona-distretto	Si		No		
		N.	%	N.	%	
Nord Ovest	Lunigiana	126	58.8	89	41.2	
	Apuane	322	41.3	458	58.7	
	Valle del Serchio	121	43.2	159	56.8	
	Piana di Lucca	601	52.7	538	47.3	
	Alta Val di Cecina	64	68.8	29	31.3	
	Val d'Era	471	54.5	393	45.5	
	Pisana	621	50.4	612	49.6	
	Bassa Val di Cecina	287	60.8	186	39.2	
	Livornese	678	65.4	358	34.6	
	Val di Cornia	168	58.8	118	41.2	
	Elba	86	47.1	97	52.9	
	Versilia	455	48.2	488	51.8	
	Azienda USL Nord Ovest		4001	53.2	3524	46.8
	Centro	Pistoiese	513	50.5	503	49.5
Val di Nievole		383	51.6	359	48.4	
Pratese		1005	56.7	768	43.3	
Firenze		1482	59.9	991	40.1	
Fiorentina Nord-Ovest		912	59.7	616	40.3	
Fiorentina Sud-Est		567	57.5	419	42.5	
Mugello		213	55.2	173	44.8	
Empolese		598	53.8	514	46.2	
Valdarno Inferiore		238	48.2	256	51.8	
Azienda USL Centro		5911	56.2	4599	43.8	
Alta Val d'Elsa		210	46.7	240	53.3	
Val di Chiana Senese		153	42.7	205	57.3	
Amiata Senese e Valdorcia		55	45.8	65	54.2	
Senese		294	38.9	463	61.1	
Sud Est	Casentino	81	57.6	59	42.4	
	Val Tiberina	81	70.8	33	29.2	
	Val di Chiana Aretina	168	50.9	162	49.1	
	Aretina	503	59.8	338	40.2	
	Valdarno	300	48.0	325	52.0	
	Colline Metallifere	120	56.0	94	44.0	
	Colline dell'Albegna	136	51.6	128	48.4	
	Amiata Grossetana	34	33.3	69	66.7	
	Grossetana	291	46.4	337	53.6	
	Azienda USL Sud Est		2427	49.1	2517	50.9
	Regione	Toscana	12339	53.7	10640	46.3

Tabella 15. Distribuzione percentuale delle donne per partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN). Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)



Area Vasta	Zona-distretto	Non necessario supporto		Necessità di supporto ma non richiesto		Supporto richiesto	
		N.	%	N.	%	N.	%
Nord Ovest	Lunigiana	133	61.8	6	2.9	76	35.3
	Apuane	554	71.1	39	5.0	187	24.0
	Valle del Serchio	210	75.0	6	2.3	64	22.7
	Piana di Lucca	718	63.0	55	4.8	367	32.2
	Alta Val di Cecina	70	75.0	.	.	23	25.0
	Val d'Era	534	61.8	63	7.3	267	30.9
	Pisana	648	52.6	99	8.0	486	39.4
	Bassa Val di Cecina	215	45.4	4	0.8	255	53.8
	Livornese	467	45.1	13	1.2	556	53.7
	Val di Cornia	157	54.9	11	3.9	118	41.2
Centro	Elba	118	64.7	22	11.8	43	23.5
	Versilia	612	64.9	34	3.6	297	31.5
	Azienda USL Nord Ovest	4436	58.9	351	4.7	2739	36.4
	Pistoiese	567	55.9	27	2.7	421	41.4
	Val di Nievole	455	61.3	24	3.2	263	35.5
	Pratese	759	42.8	85	4.8	929	52.4
	Firenze	1270	51.4	78	3.2	1125	45.5
	Fiorentina Nord-Ovest	850	55.6	25	1.6	653	42.7
	Fiorentina Sud-Est	586	59.4	9	0.9	391	39.6
	Mugello	236	61.2	29	7.5	121	31.3
Sud Est	Empolese	690	62.1	46	4.1	376	33.8
	Valdarno Inferiore	318	64.3	18	3.6	159	32.1
	Azienda USL Centro	5731	54.5	341	3.2	4438	42.2
	Alta Val d'Elsa	304	67.6	13	2.9	133	29.5
	Val di Chiana Senese	241	67.4	16	4.5	101	28.1
	Amiata Senese e Valdorcia	90	75.0	5	4.2	25	20.8
	Senese	475	62.7	60	7.9	222	29.4
	Casentino	98	69.7	.	.	42	30.3
	Val Tiberina	81	70.8	10	8.3	24	20.8
	Val di Chiana Aretina	208	63.2	12	3.5	110	33.3
Regione	Aretina	567	67.4	45	5.3	229	27.3
	Valdarno	392	62.7	31	4.9	202	32.4
	Colline Metallifere	94	44.0	9	4.0	111	52.0
	Colline dell'Albegna	179	67.7	9	3.2	77	29.0
	Amiata Grossetana	86	83.3	9	8.3	9	8.3
	Grossetana	382	60.8	38	6.1	208	33.1
	Azienda USL Sud Est	3196	64.7	254	5.1	1493	30.2
	Toscana	13363	58.2	946	4.1	8670	37.7

Figura 16. Distribuzione percentuale delle donne per richiesta di supporto per l'allattamento. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

Tabella 16. Distribuzione percentuale delle donne per richiesta di supporto per l'allattamento. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

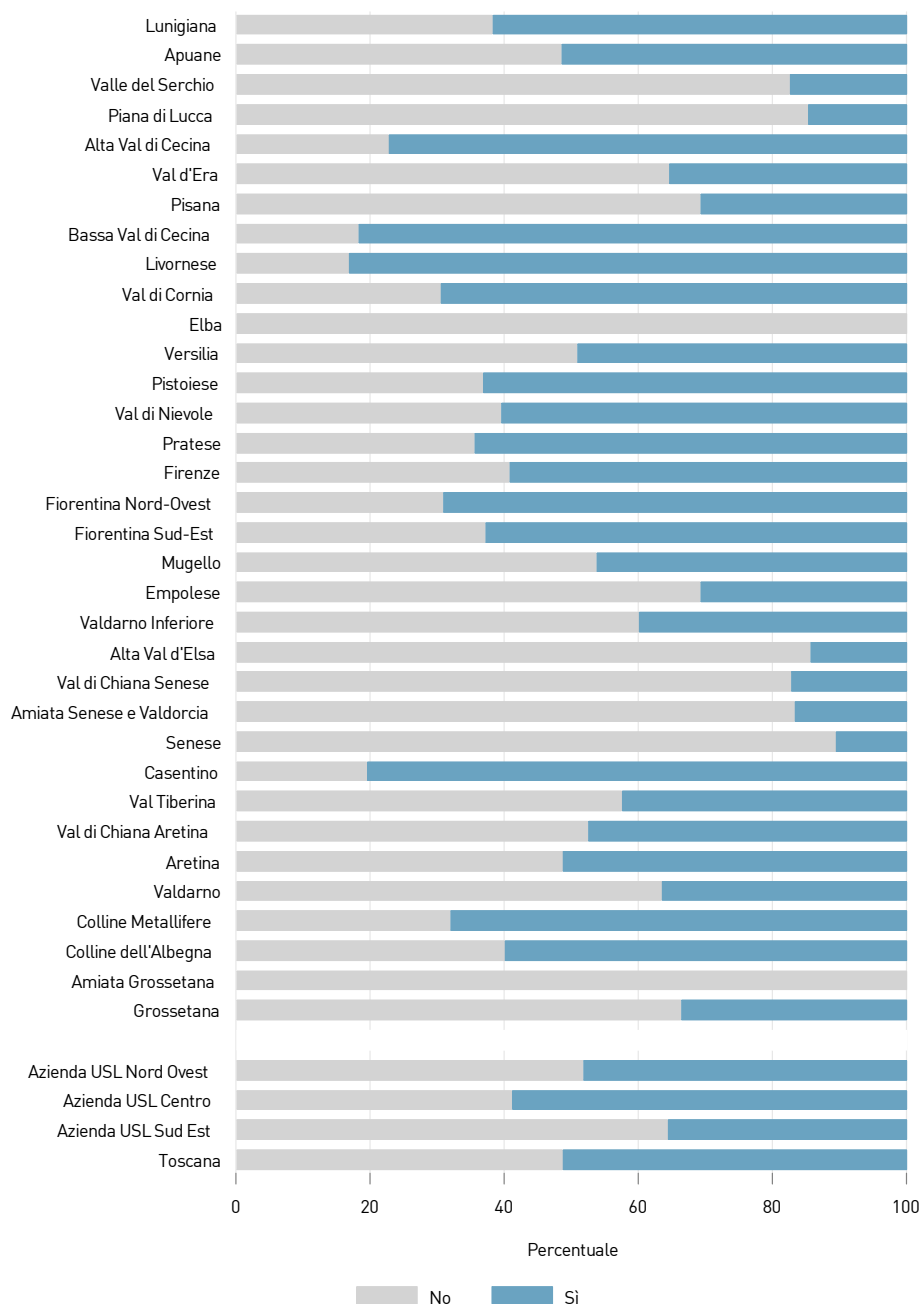


Figura 17. Distribuzione percentuale delle donne che hanno avuto bisogno di supporto per l'allattamento per ricorso al consultorio. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

Area Vasta	Zona-distretto	No		Si		
		N.	%	N.	%	
Nord Ovest	Lunigiana	32	38.5	51	61.5	
	Apuane	110	48.6	116	51.4	
	Valle del Serchio	57	81.8	13	18.2	
	Piana di Lucca	359	85.2	62	14.8	
	Alta Val di Cecina	6	25.0	17	75.0	
	Val d'Era	212	64.3	118	35.7	
	Pisana	405	69.2	180	30.8	
	Bassa Val di Cecina	47	18.3	211	81.7	
	Livornese	96	16.9	473	83.1	
	Val di Cornia	39	30.4	90	69.6	
	Elba	65	100.0	.	.	
	Versilia	168	50.8	163	49.2	
	Azienda USL Nord Ovest		1596	51.6	1494	48.4
	Centro	Pistoiese	165	36.7	284	63.3
Val di Nievole		114	39.6	174	60.4	
Pratese		360	35.5	654	64.5	
Firenze		490	40.7	713	59.3	
Fiorentina Nord-Ovest		209	30.9	468	69.1	
Fiorentina Sud-Est		149	37.2	251	62.8	
Mugello		81	53.8	69	46.2	
Empolese		292	69.1	130	30.9	
Valdarno Inferiore		106	60.0	71	40.0	
Azienda USL Centro		1965	41.1	2814	58.9	
Alta Val d'Elsa		124	85.3	21	14.7	
Val di Chiana Senese		97	82.8	20	17.2	
Amiata Senese e Valdorcia		25	83.3	5	16.7	
Senese		252	89.4	30	10.6	
Sud Est	Casentino	8	20.0	34	80.0	
	Val Tiberina	19	57.1	14	42.9	
	Val di Chiana Aretina	64	52.4	58	47.6	
	Aretina	134	48.8	140	51.2	
	Valdarno	147	63.2	86	36.8	
	Colline Metallifere	39	32.1	81	67.9	
	Colline dell'Albegna	34	40.0	51	60.0	
	Amiata Grossetana	17	100.0	.	.	
	Grossetana	163	66.2	83	33.8	
	Azienda USL Sud Est		1123	64.3	624	35.7
	Regione	Toscana	4684	48.7	4932	51.3

Tabella 17. Distribuzione percentuale delle donne che hanno avuto bisogno di supporto per l'allattamento per ricorso al consultorio. Livello di analisi per zona e azienda di residenza. (T12)

Misurazione dell'allattamento

Manila Bonciani e Barbara Lupi, Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna

La prevalenza di **allattamento esclusivo a sei mesi** dal parto è del 16% a livello regionale (19% quello completo, incluso il predominante), con un'ampia variabilità a livello di Zona-distretto che vede ad un estremo l'Amiata Grossetana con nessuna donna del campione che allatta esclusivamente a sei mesi e dall'altro la Lunigiana con il 33% di allattamento esclusivo. Dall'elaborazione dei dati per Punto Nascita si osservano valori massimi per l'AOU Careggi, l'Ospedale di Massa Carrara e quello di Pontedera (24% per il primo e 22% per gli altri due) e valori minimi per l'Ospedale di Piombino, Prato e Lucca (rispettivamente 2%, 9% e 10%). Si tratta della misurazione relativa alle 24 ore precedenti, che vengono confermate nel 71% dei casi con il controllo a 7 giorni, con ampia variabilità tra le Zone-distretto e tra i Punti Nascita, ad indicare che le donne che allattano esclusivamente a 6 mesi potrebbero comunque non averlo fatto in maniera continuativa. A livello di Azienda sanitaria, è la Toscana Centro a presentare i valori più alti di allattamento esclusivo a 6 mesi calcolati per residenza (17%). La percentuale di donne che non allattano più a sei mesi dal parto in Toscana è del 28% (dal 12% della Valle del Serchio al 49% del Casentino).

A **dodici mesi** le donne che ancora allattano sono il 49%, con un range dal 27% al 69% a livello di Zona-distretto. L'Azienda sanitaria che presenta valori maggiori della prevalenza dell'allattamento ad un anno è la Toscana Centro con il 50%, tuttavia non ci sono particolari differenze a livello aziendale.

Tenendo conto dei dati delle donne che hanno completato il *follow up*, di cui quindi sono disponibili le misurazioni dell'allattamento in tutti i momenti delle rilevazioni secondo le tempistiche corrette, è stato possibile effettuare i calcoli sulla durata dell'allattamento e sulla tempistica di introduzione di alimenti diversi dal latte materno, ma anche approfondire la misurazione delle prevalenze, ricavando il dato dell'allattamento esclusivo per sei mesi e verificando cosa succede tra tre e sei mesi in cui si registra un'elevata riduzione dell'allattamento esclusivo.

Si precisa che questa coorte di donne, che rappresenta l'87% del campione che ha terminato il monitoraggio al T12, presenta in maniera accentuata le caratteristiche prevalenti nel campione, cioè quello di avere un'età più matura, un più elevato titolo di studio, cittadinanza italiana e un'occupazione lavorativa, e mostra valori più alti di allattamento nelle varie rilevazioni (per esempio l'allattamento esclusivo a 6 mesi è del 17,2%), dovuti probabilmente all'effetto selezione tipico delle indagini con *follow up* che potrebbe aver portato ad una sovrastima rispetto alla popolazione complessiva di riferimento.

Verificando chi ha riferito di allattare in maniera esclusiva in tutte le rilevazioni,

anche nel controllo a 7 giorni, e controllando anche rispetto alla tempistica di inserimento di alimenti diversi dal latte materno, sono state identificate le donne che hanno **allattato esclusivamente per 6 mesi**, che rappresentano circa il 9% della coorte. La restante parte di coloro che allattano esclusivamente a 6 mesi hanno un'interruzione, cioè risultano non aver allattato esclusivamente in una delle precedenti rilevazioni, oppure hanno un andamento non continuativo pur riferendo di star allattando esclusivamente a 6 mesi.

La **durata media dell'allattamento esclusivo** risulta essere di 123 giorni (121-125 giorni, I.C. 95%), corrispondenti a 4 mesi, con le Zone-distretto della Valle del Serchio e della Pisana che presentano una media inferiore (108 giorni) ed il Casentino che arriva ad una media di 143 giorni, sebbene gli intervalli di confidenza a questo livello sono più ampi. L'Azienda Toscana Nord Ovest ha una media di allattamento esclusivo più bassa delle altre realtà (119 giorni, 115-121 giorni I.C. 95%) Calcolando invece la **durata mediana dell'allattamento esclusivo**, si osserva che questo valore è di 150 giorni in maniera uniforme su quasi tutto il territorio regionale.

Speculare alla durata dell'allattamento esclusivo, risulta essere la **tempistica relativa all'introduzione di alimenti diversi dal latte materno**. I valori delle due misure non coincidono perfettamente perché la durata dell'allattamento esclusivo parte dalle misurazioni dell'allattamento alle diverse tempistiche con un *recall period* molto puntuale, mentre la domanda sull'introduzione di alimenti potrebbe risentire di un'imprecisione nel ricordo del momento esatto, che risulta essere mediamente di 118 giorni (116-120 giorni, I.C. 95%) a livello regionale. I due dati sono tuttavia sovrapponibili, con uno scarto minimo tra le due misure che si ripropone in maniera costante a tutti i livelli di aggregazione dei dati, ed identificano chiaramente i 4 mesi come tempistica discriminante per l'allattamento esclusivo. In particolare, il 6% della coorte ha introdotto fin dalla nascita alimenti diversi dal latte materno e complessivamente il 38% entro i primi cinque mesi di vita del bambino. Coerentemente con il dato dell'allattamento esclusivo per sei mesi, il 9% ancora non ha introdotto nessun alimento.

In termini di **durata complessiva dell'allattamento**, si osserva che il campione che ha completato il *follow up* ha allattato mediamente per 260 giorni (255-264 giorni, I.C. 95%), con una differenza di una decina di giorni tra l'Azienda Toscana Nord Ovest e la Centro, rispettivamente con durata di 253 giorni (245-261 giorni, I.C. 95%) e di 265 giorni (258-273 giorni, I.C. 95%). Da sottolineare che questa durata media di circa 9 mesi è calcolata sul limite temporale del monitoraggio ad un anno di vita del bambino, e quindi potenzialmente potrebbe essere anche più lunga tenendo conto di tutte le donne che ancora a dodici mesi stanno allattando. Per esempio i dati nazionali ISTAT a disposizione (Istat, 2014), che riportano una media analoga di durata dell'allattamento per l'area Centro dell'Italia, si riferiscono ad un campione di donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti la rilevazione, e rispetto alle quali quindi è stato possibile registrare un eventuale allattamento prolungato anche oltre l'anno. Nella coorte di donne del monitoraggio in Toscana, si osserva che quasi l'8% ha smesso di allattare entro nel primo mese ed un altro 11% dal primo al terzo mese compiuto. Complessivamente circa una donna su tre interrompe l'allattamento nei primi sei

mesi di vita del bambino, una su cinque dal sesto al dodicesimo mese, la restante metà circa invece continua ad allattare oltre l'anno di vita del bambino. La **durata mediana dell'allattamento** risulta essere 330 giorni, corrispondenti a 11 mesi, con valori omogenei tra le tre Aziende sanitarie.

Osservando la variazione significativa di allattamento esclusivo tra il terzo ed il sesto mese, che passa da un valore medio regionale del 65% a quello del 16%, è stato svolto un approfondimento per identificare cosa avviene nei tre mesi che intercorrono tra le due rilevazioni. Partendo dai dati di allattamento esclusivo e di non allattamento a tre e sei mesi, sono stati identificate queste due misure anche in corrispondenza dei cinque mesi, considerando chi tra le donne che allattavano esclusivamente a tre mesi ha introdotto altri alimenti prima dei 6 mesi e quando è stato il momento di interruzione dell'allattamento tra coloro che non allattavano più a sei mesi. Le **prevalenze di allattamento a cinque mesi** sono dunque dati ricavati e non permettono di identificare l'eventuale quota di allattamento predominante. In particolare si è distinto tra le misurazioni dell'allattamento prima del compimento del quinto mese ed a cinque mesi compiuti. Rispetto alla proporzione di donne che non allattano più, la differenza osservata tra il 16% a tre mesi ed il 27% a sei mesi ha un progressivo e graduale aumento nel periodo intermedio, passando al 23% prima del compimento del quinto mese e poi a circa il 27% a cinque mesi compiuti. La proporzione di donne che allattano in maniera esclusiva passano dal 65% dei tre mesi al 57% dei cinque mesi non compiuti, per scendere drasticamente al 27% con il compimento del quinto mese e ridursi ulteriormente al 16% a sei mesi. È particolarmente significativo che quasi una donna su tre introduca alimenti diversi dal latte materno proprio al quinto mese, andamento che si osserva in maniera analoga in tutte e tre le Aziende sanitarie.

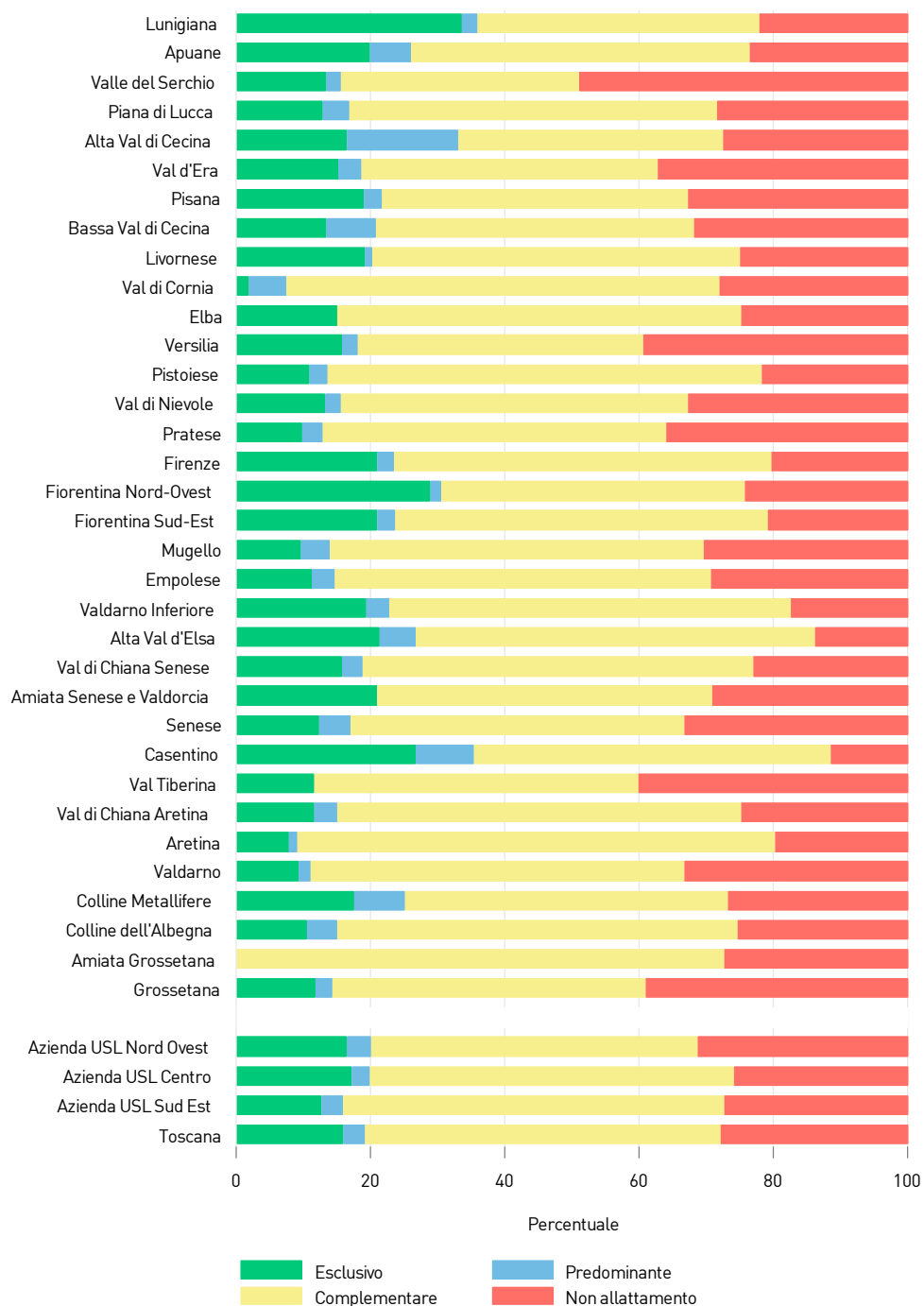


Figura 18. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi di vita del bambino. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T6)

Area Vasta	Zona-distretto	Esclusivo		Predominante		Complementare		Non allattamento		
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
Nord Ovest	Lunigiana	72	33.3	6	2.8	90	41.7	48	22.2	
	Apuane	157	19.8	48	6.1	399	50.4	187	23.7	
	Valle del Serchio	37	13.3	6	2.2	100	35.6	137	48.9	
	Piana di Lucca	147	12.9	44	3.9	625	54.8	323	28.4	
	Alta Val di Cecina	16	16.7	16	16.7	36	38.9	26	27.8	
	Val d'Era	132	15.3	29	3.4	381	44.1	322	37.3	
	Pisana	238	18.9	35	2.8	572	45.5	414	32.9	
	Bassa Val di Cecina	64	13.3	35	7.4	226	47.4	152	31.9	
	Livornese	197	19.0	12	1.2	567	54.8	259	25.0	
	Val di Cornia	5	1.9	16	5.7	183	64.2	81	28.3	
	Elba	27	15.0	.	.	110	60.0	46	25.0	
	Versilia	148	15.7	22	2.3	400	42.4	373	39.5	
	Azienda USL Nord Ovest	1240	16.4	270	3.6	3689	48.8	2368	31.3	
	Centro	Pistoiese	111	10.9	28	2.7	656	64.5	222	21.8
Val di Nievole		99	13.3	17	2.3	383	51.6	243	32.8	
Pratese		176	9.8	55	3.1	915	51.0	647	36.1	
Firenze		518	20.9	63	2.6	1395	56.2	507	20.4	
Fiorentina Nord-Ovest		442	28.9	24	1.6	692	45.3	370	24.2	
Fiorentina Sud-Est		208	20.9	27	2.7	552	55.5	208	20.9	
Mugello		38	9.7	16	4.2	214	55.6	118	30.6	
Empolese		127	11.3	37	3.3	627	56.0	329	29.3	
Valdarno Inferiore		95	19.3	17	3.5	295	59.6	87	17.5	
Azienda USL Centro		1812	17.2	286	2.7	5728	54.3	2730	25.9	
Alta Val d'Elsa		96	21.3	25	5.6	267	59.3	63	13.9	
Val di Chiana Senese		57	15.8	11	3.2	207	57.9	83	23.2	
Amiata Senese e		25	20.8	.	.	60	50.0	35	29.2	
Senese		95	12.4	35	4.7	379	49.6	254	33.3	
Sud Est	Casentino	37	26.5	12	8.8	74	52.9	16	11.8	
	Val Tiberina	14	12.0	.	.	55	48.0	46	40.0	
	Val di Chiana Aretina	39	11.7	11	3.3	198	60.0	83	25.0	
	Aretina	66	7.7	12	1.4	602	71.1	167	19.7	
	Valdarno	58	9.3	12	1.9	347	55.6	208	33.3	
	Colline Metallifere	37	17.3	16	7.7	103	48.1	58	26.9	
	Colline dell'Albegna	28	10.4	12	4.5	160	59.7	68	25.4	
	Amiata Grossetana	.	.	.	.	75	72.7	28	27.3
	Grossetana	75	11.8	17	2.7	295	46.5	248	39.0	
	Azienda USL Sud Est	624	12.6	164	3.3	2822	56.8	1356	27.3	
	Regione	Toscana	3677	15.9	720	3.1	12239	53.0	6454	28.0

Tabella 18. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi di vita del bambino. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T6)

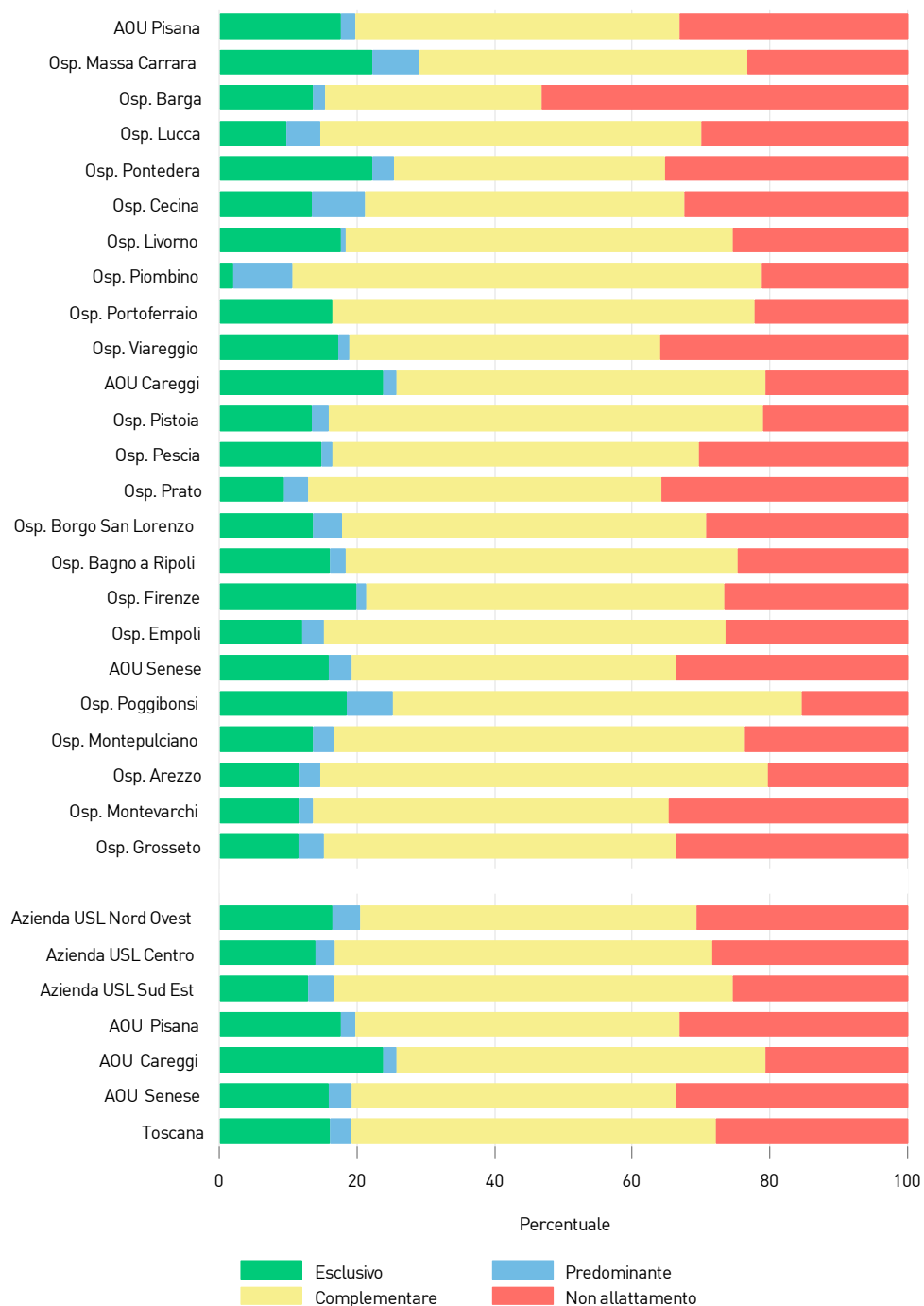


Figura 19. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi di vita del bambino. Livello di analisi per punto nascita e azienda di erogazione (T6)

Area Vasta	Punto nascita	Esclusivo		Predominante		Complementare		Non allattamento	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
	AOU Pisana	273	17.6	32	2.1	731	47.2	514	33.2
	Osp. Massa Carrara	228	22.2	72	7.0	489	47.5	241	23.4
	Osp. Barga	39	13.7	6	2.0	89	31.4	150	52.9
	Osp. Lucca	94	9.8	47	4.9	531	55.3	289	30.1
	Osp. Pontedera	189	22.1	28	3.3	335	39.3	300	35.2
Nord Ovest	Osp. Cecina	74	13.4	42	7.6	257	46.5	180	32.5
	Osp. Livorno	148	17.5	6	0.7	475	56.2	216	25.5
	Osp. Piombino	6	2.1	22	8.5	176	68.1	55	21.3
	Osp. Portoferraio	28	16.7	.	.	102	61.1	37	22.2
	Osp. Viareggio	174	17.2	16	1.6	457	45.2	364	36.0
	Azienda USL Nord Ovest	979	16.4	239	4.0	2912	48.8	1832	30.7
	AOU Careggi	699	23.7	61	2.1	1582	53.5	613	20.7
	Osp. Pistoia	125	13.4	23	2.5	584	63.0	195	21.0
	Osp. Pescia	93	14.8	11	1.7	332	53.0	191	30.4
	Osp. Prato	174	9.3	68	3.6	956	51.3	666	35.8
Centro	Osp. Borgo San Lorenzo	53	13.5	18	4.5	209	52.8	115	29.2
	Osp. Bagno a Ripoli	165	16.0	25	2.4	587	56.8	257	24.8
	Osp. Firenze	303	19.8	23	1.5	794	51.9	409	26.7
	Osp. Empoli	142	12.0	37	3.2	687	58.2	313	26.6
	Azienda USL Centro	1055	14.0	205	2.7	4148	54.9	2145	28.4
	AOU Senese	146	15.9	30	3.3	431	47.0	309	33.8
	Osp. Poggibonsi	119	18.5	43	6.7	379	59.3	100	15.6
	Osp. Montepulciano	71	13.7	15	2.9	312	59.7	124	23.7
Sud Est	Osp. Arezzo	159	11.7	40	2.9	884	65.0	278	20.4
	Osp. Montevarchi	58	11.6	11	2.1	260	51.6	175	34.7
	Osp. Grosseto	128	11.4	41	3.7	571	51.2	375	33.7
	Azienda USL Sud Est	535	12.9	149	3.6	2406	58.1	1052	25.4

Tabella 19. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi di vita del bambino. Livello di analisi per punto nascita e azienda di erogazione (T6)

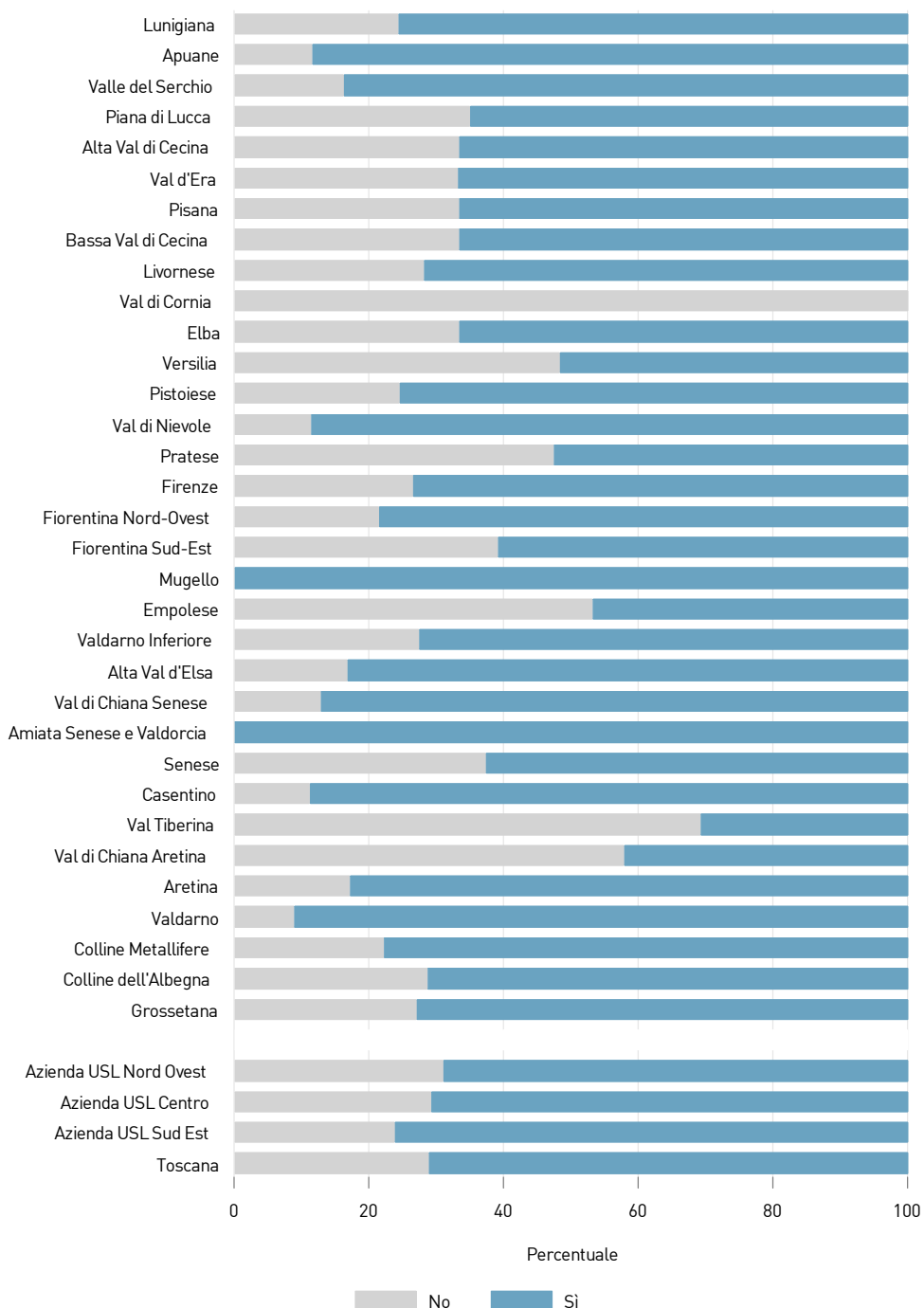


Figura 20. Distribuzione percentuale delle donne per allattamento esclusivo a sei mesi nell'ultima settimana. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T6)

Area Vasta	Zona-distretto	No		Si		
		N.	%	N.	%	
Nord Ovest	Lunigiana	18	25.0	54	75.0	
	Apuane	18	11.5	139	88.5	
	Valle del Serchio	6	16.7	31	83.3	
	Piana di Lucca	51	35.0	96	65.0	
	Alta Val di Cecina	5	33.3	10	66.7	
	Val d'Era	44	33.3	88	66.7	
	Pisana	79	33.3	159	66.7	
	Bassa Val di Cecina	21	33.3	42	66.7	
	Livornese	56	28.1	142	71.9	
	Val di Cornia	5	100.0	.	.	
	Elba	9	33.3	18	66.7	
	Versilia	71	48.1	77	51.9	
	Azienda USL Nord Ovest	385	31.0	855	69.0	
	Centro	Pistoiese	28	25.0	83	75.0
		Val di Nievole	12	11.8	87	88.2
Pratese		83	47.4	92	52.6	
Firenze		137	26.5	380	73.5	
Fiorentina Nord-Ovest		96	21.6	346	78.4	
Fiorentina Sud-Est		81	39.1	127	60.9	
Mugello		.	.	38	100.0	
Empolese		67	52.9	60	47.1	
Valdarno Inferiore		26	27.3	69	72.7	
Azienda USL Centro		530	29.2	1282	70.8	
Sud Est	Alta Val d'Elsa	17	17.4	79	82.6	
	Val di Chiana Senese	8	13.3	49	86.7	
	Amiata Senese e Valdorcia	.	.	25	100.0	
	Senese	35	37.5	59	62.5	
	Casentino	4	11.1	33	88.9	
	Val Tiberina	9	66.7	5	33.3	
	Val di Chiana Aretina	22	57.1	17	42.9	
	Aretina	12	18.2	54	81.8	
	Valdarno	6	10.0	52	90.0	
	Colline Metallifere	8	22.2	29	77.8	
Colline dell'Albegna	8	28.6	20	71.4		
Grossetana	20	27.3	54	72.7		
Azienda USL Sud Est	149	23.9	475	76.1		
Regione	Toscana	1064	28.9	2613	71.1	

Tabella 20. Distribuzione percentuale delle donne per allattamento esclusivo a sei mesi nell'ultima settimana. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T6)

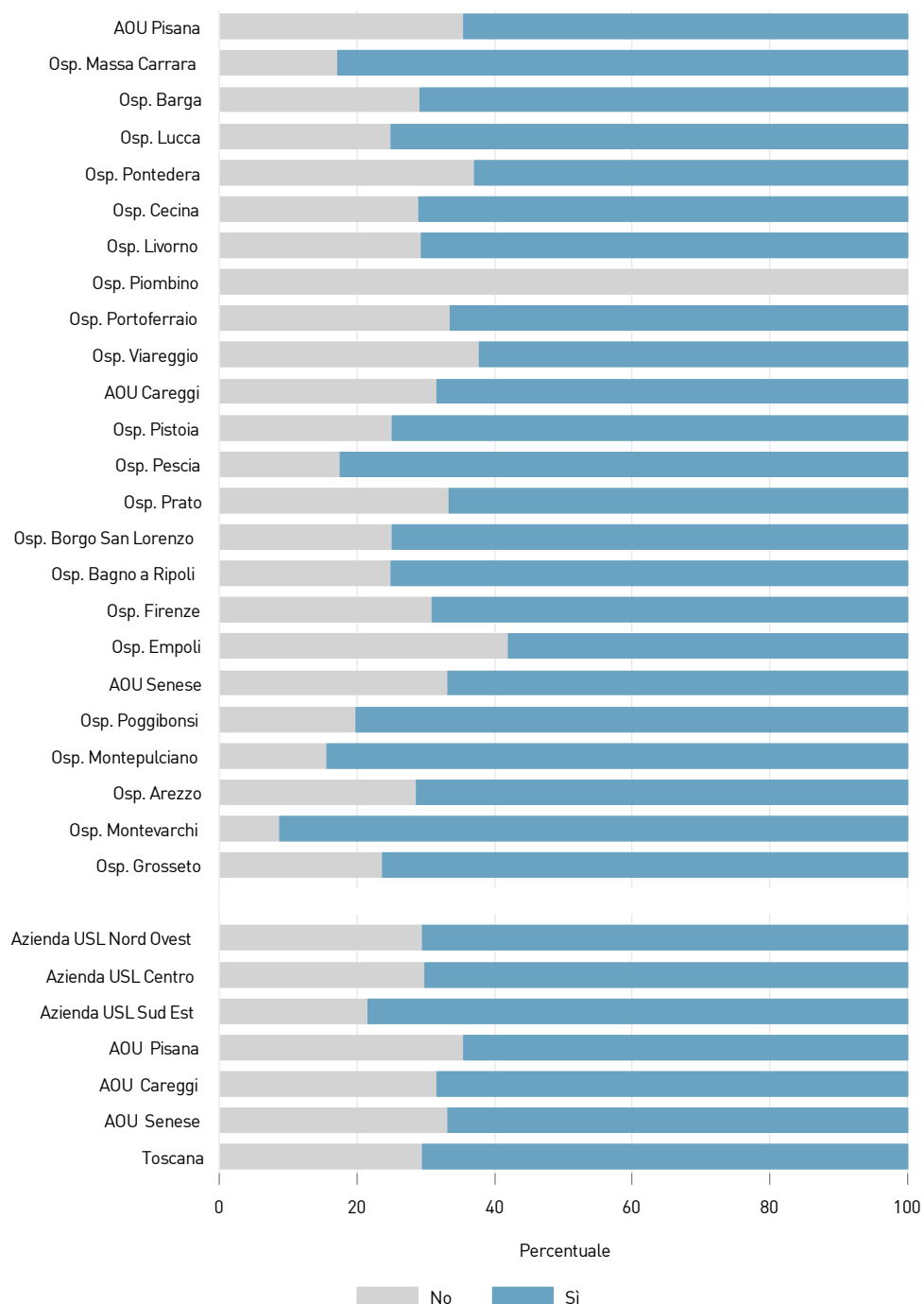


Figura 21. Distribuzione percentuale delle donne per allattamento esclusivo a sei mesi nell'ultima settimana. Livello di analisi per punto nascita e azienda di erogazione (T6)

Area Vasta	Punto nascita	No		Si		
		N.	%	N.	%	
Nord Ovest	AOU Pisana	96	35.3	177	64.7	
	Osp. Massa Carrara	39	17.1	189	82.9	
	Osp. Barga	11	28.6	28	71.4	
	Osp. Lucca	23	25.0	70	75.0	
	Osp. Pontedera	70	37.0	119	63.0	
	Osp. Cecina	21	28.6	53	71.4	
	Osp. Livorno	43	29.2	105	70.8	
	Osp. Piombino	6	100.0	.	.	
	Osp. Portoferraio	9	33.3	19	66.7	
	Osp. Viareggio	65	37.5	109	62.5	
	Azienda USL Nord Ovest	288	29.4	691	70.6	
	Centro	AOU Careggi	221	31.6	478	68.4
		Osp. Pistoia	31	25.0	93	75.0
		Osp. Pescia	16	17.6	76	82.4
		Osp. Prato	58	33.3	116	66.7
		Osp. Borgo San Lorenzo	13	25.0	40	75.0
		Osp. Bagno a Ripoli	41	25.0	124	75.0
		Osp. Firenze	93	30.8	210	69.2
		Osp. Empoli	60	42.1	82	57.9
Azienda USL Centro		313	29.7	742	70.3	
Sud Est		AOU Senese	49	33.3	97	66.7
	Osp. Poggibonsi	24	20.0	95	80.0	
	Osp. Montepulciano	11	15.8	60	84.2	
	Osp. Arezzo	45	28.6	113	71.4	
	Osp. Montevarchi	5	9.1	53	90.9	
	Osp. Grosseto	30	23.5	98	76.5	
	Azienda USL Sud Est	116	21.6	419	78.4	

Tabella 21. Distribuzione percentuale delle donne per allattamento esclusivo a sei mesi nell'ultima settimana. Livello di analisi per punto nascita e azienda di erogazione (T6)

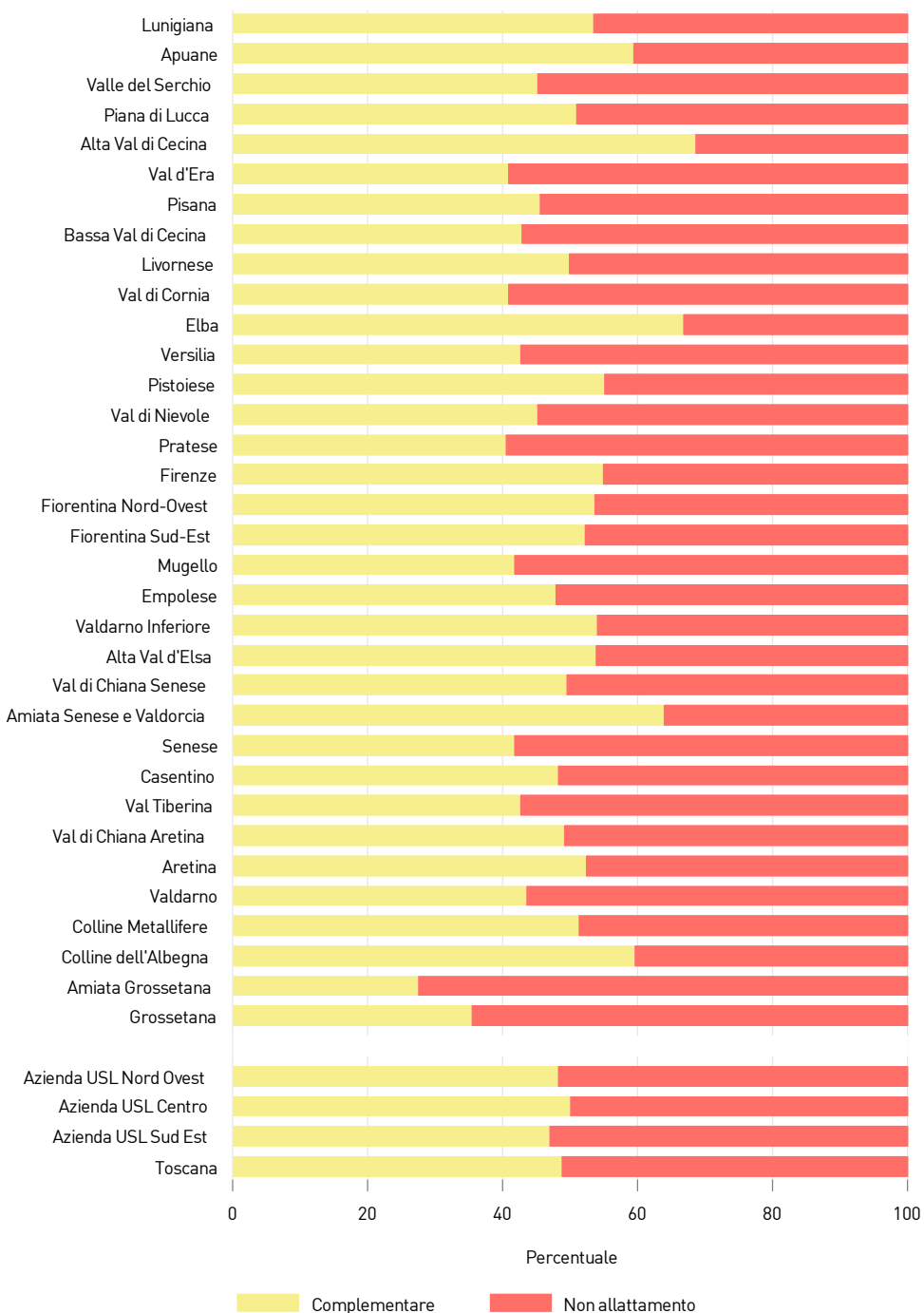


Figura 22. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi di vita del bambino. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T12)

Area Vasta	Zona-distretto	Complementare		Non allattamento		
		N.	%	N.	%	
Nord Ovest	Lunigiana	114	53.1	101	46.9	
	Apuane	471	59.3	323	40.7	
	Valle del Serchio	126	45.0	154	55.0	
	Piana di Lucca	579	50.8	560	49.2	
	Alta Val di Cecina	64	68.8	29	31.3	
	Val d'Era	352	40.8	512	59.2	
	Pisana	573	45.5	688	54.5	
	Bassa Val di Cecina	204	42.7	273	57.3	
	Livornese	514	49.7	522	50.3	
	Val di Cornia	117	40.8	169	59.2	
	Elba	122	66.7	61	33.3	
	Versilia	401	42.6	542	57.4	
	Azienda USL Nord Ovest		3638	48.0	3934	52.0
	Centro	Pistoiese	558	54.9	458	45.1
Val di Nievole		335	45.1	407	54.9	
Pratese		724	40.4	1070	59.6	
Firenze		1362	54.8	1123	45.2	
Fiorentina Nord-Ovest		818	53.5	710	46.5	
Fiorentina Sud-Est		518	52.0	478	48.0	
Mugello		160	41.5	226	58.5	
Empolese		536	47.8	584	52.2	
Valdarno Inferiore		266	53.8	228	46.2	
Azienda USL Centro		5276	50.0	5284	50.0	
Alta Val d'Elsa		242	53.8	208	46.2	
Val di Chiana Senese		177	49.4	181	50.6	
Amiata Senese e Valdorcia		76	63.6	44	36.4	
Senese		318	41.7	445	58.3	
Casentino	68	48.3	72	51.7		
Val Tiberina	49	42.9	65	57.1		
Sud Est	Val di Chiana Aretina	162	49.0	168	51.0	
	Aretina	443	52.3	404	47.7	
	Valdarno	272	43.5	353	56.5	
	Colline Metallifere	109	51.1	105	48.9	
	Colline dell'Albegna	160	59.6	108	40.4	
	Amiata Grossetana	28	27.3	75	72.7	
	Grossetana	225	35.3	411	64.7	
	Azienda USL Sud Est		2327	46.8	2641	53.2
	Regione	Toscana	11242	48.7	11859	51.3

Tabella 22. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi di vita del bambino. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T12)

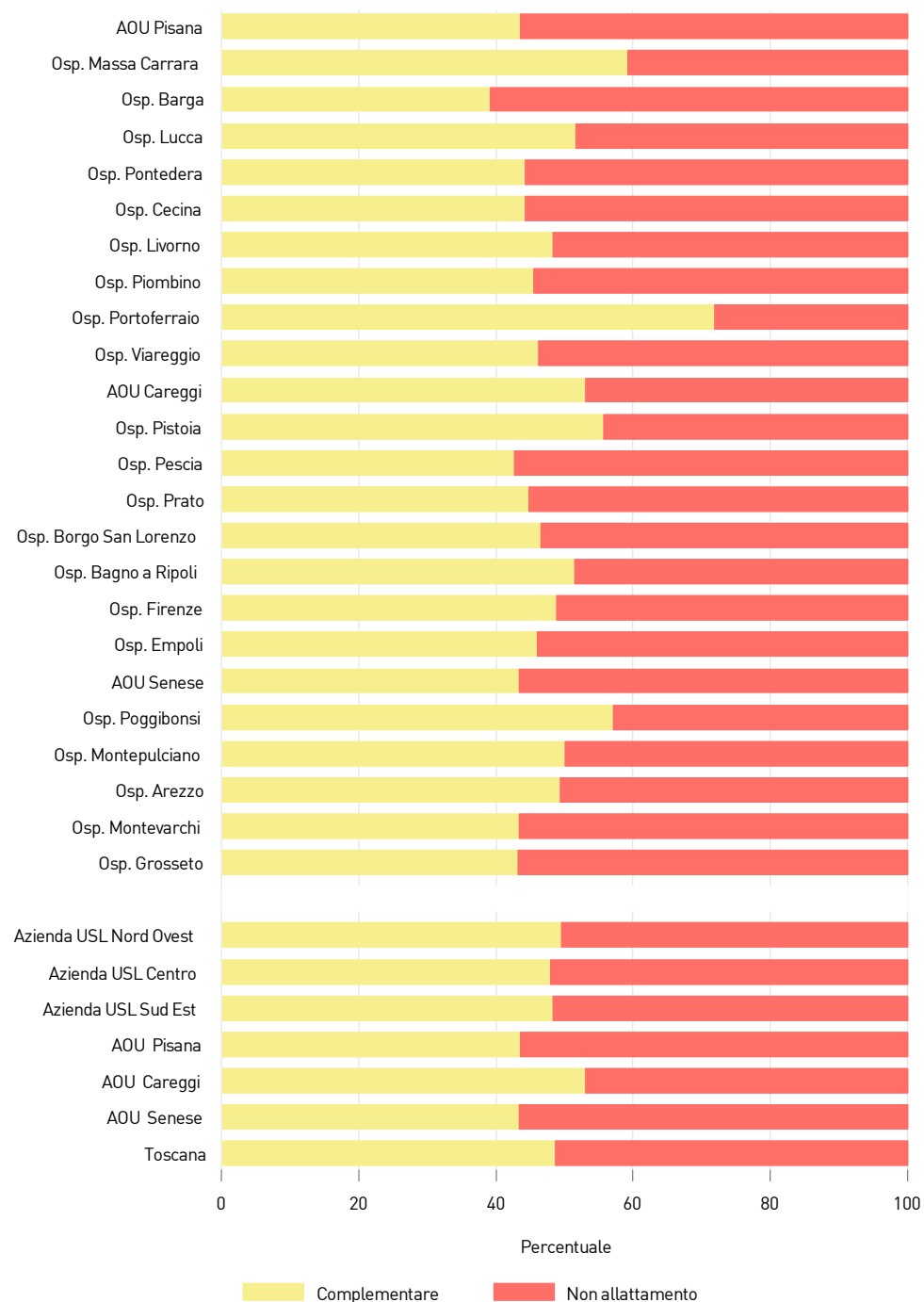


Figura 23. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi di vita del bambino. Livello di analisi per punto nascita e azienda di erogazione (T12)

Area Vasta	Punto nascita	Complementare		Non allattamento		
		N.	%	N.	%	
Nord Ovest	AOU Pisana	674	43.4	878	56.6	
	Osp. Massa Carrara	611	59.1	422	40.9	
	Osp. Barga	111	39.1	172	60.9	
	Osp. Lucca	495	51.5	465	48.5	
	Osp. Pontedera	375	44.0	477	56.0	
	Osp. Cecina	245	44.2	309	55.8	
	Osp. Livorno	408	48.2	438	51.8	
	Osp. Piombino	117	45.2	142	54.8	
	Osp. Portoferraio	119	71.4	48	28.6	
	Osp. Viareggio	465	46.0	546	54.0	
	Azienda USL Nord Ovest	2946	49.4	3019	50.6	
	Centro	AOU Careggi	1572	52.9	1399	47.1
		Osp. Pistoia	514	55.5	412	44.5
		Osp. Pescia	267	42.6	359	57.4
		Osp. Prato	833	44.7	1031	55.3
		Osp. Borgo San Lorenzo	183	46.3	212	53.7
		Osp. Bagno a Ripoli	532	51.4	503	48.6
		Osp. Firenze	630	48.6	665	51.4
		Osp. Empoli	540	45.8	639	54.2
		Azienda USL Centro	3499	47.8	3822	52.2
Sud Est		AOU Senese	396	43.2	521	56.8
	Osp. Poggibonsi	364	56.9	276	43.1	
	Osp. Montepulciano	262	50.0	262	50.0	
	Osp. Arezzo	669	49.2	691	50.8	
	Osp. Montevarchi	218	43.2	287	56.8	
	Osp. Grosseto	481	43.1	635	56.9	
	Azienda USL Sud Est	1994	48.1	2150	51.9	

Tabella 23. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi di vita del bambino. Livello di analisi per punto nascita e azienda di erogazione (T12)

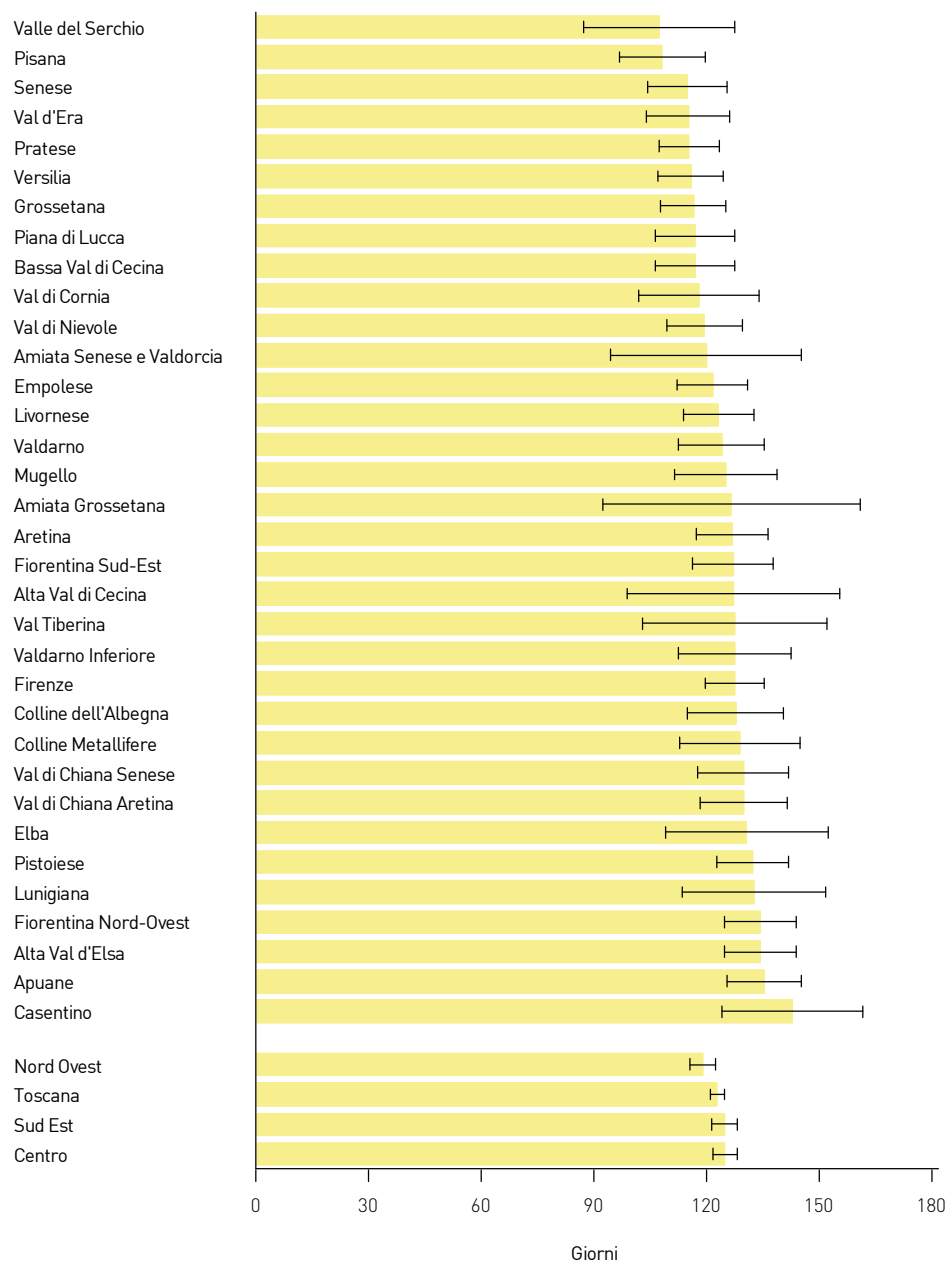


Figura 24. Durata media dell'allattamento esclusivo per Zona-distretto e Azienda di residenza (I.C. 95%) (T0-T12)

Area Vasta	Zona-distretto	Giorni	Media	IC 95% Inf-Sup	
Nord Ovest	Lunigiana	191	132.8	113.7 - 151.8	
	Apuane	647	135.4	125.5 - 145.3	
	Valle del Serchio	243	107.5	87.4 - 127.6	
	Piana di Lucca	874	116.9	106.3 - 127.4	
	Alta Val di Cecina	83	127.3	99.1 - 155.5	
	Val d'Era	710	115.2	104.1 - 126.3	
	Pisana	995	108.3	96.8 - 119.7	
	Bassa Val di Cecina	395	117.0	106.4 - 127.7	
	Livornese	833	123.2	113.9 - 132.6	
	Val di Cornia	254	118.1	102.0 - 134.1	
	Elba	137	130.7	109.1 - 152.4	
	Versilia	784	115.9	107.3 - 124.6	
	Azienda USL Nord Ovest	6146	118.6	115.1 - 122.1	
	Centro	Pistoiese	924	132.5	122.9 - 142.0
		Val di Nievole	638	119.5	109.4 - 129.5
Pratese		1571	115.5	107.4 - 123.5	
Firenze		2114	127.7	119.9 - 135.4	
Fiorentina Nord-Ovest		1349	134.3	124.7 - 143.9	
Fiorentina Sud-Est		868	127.2	116.5 - 137.9	
Mugello		343	125.2	111.5 - 138.8	
Empolese		1001	121.6	112.3 - 130.9	
Valdarno Inferiore		425	127.6	112.6 - 142.6	
Azienda USL Centro		9231	125.7	122.4 - 128.9	
Sud Est		Alta Val d'Elsa	383	134.5	124.9 - 144.1
	Val di Chiana Senese	313	129.8	117.8 - 141.9	
	Amiata Senese e Valdorcia	110	120.0	94.6 - 145.3	
	Senese	698	115.1	104.5 - 125.7	
	Casentino	119	143.0	124.2 - 161.8	
	Val Tiberina	91	127.5	103.0 - 152.1	
	Val di Chiana Aretina	259	130.1	118.5 - 141.7	
	Aretina	602	127.0	117.4 - 136.6	
	Valdarno	498	124.0	112.8 - 135.3	
	Colline Metallifere	173	129.0	113.1 - 145.0	
	Colline dell'Albegna	184	127.8	115.0 - 140.7	
	Amiata Grossetana	84	126.7	92.5 - 160.8	
	Grossetana	553	116.6	107.8 - 125.3	
Azienda USL Sud Est	4068	124.7	121.2 - 128.2		
Regione	Toscana	19445	123.2	121.3 - 125.2	

Tabella 24. Durata media dell'allattamento esclusivo per Zona-distretto e Azienda di residenza (I.C. 95%) (T0-T12)

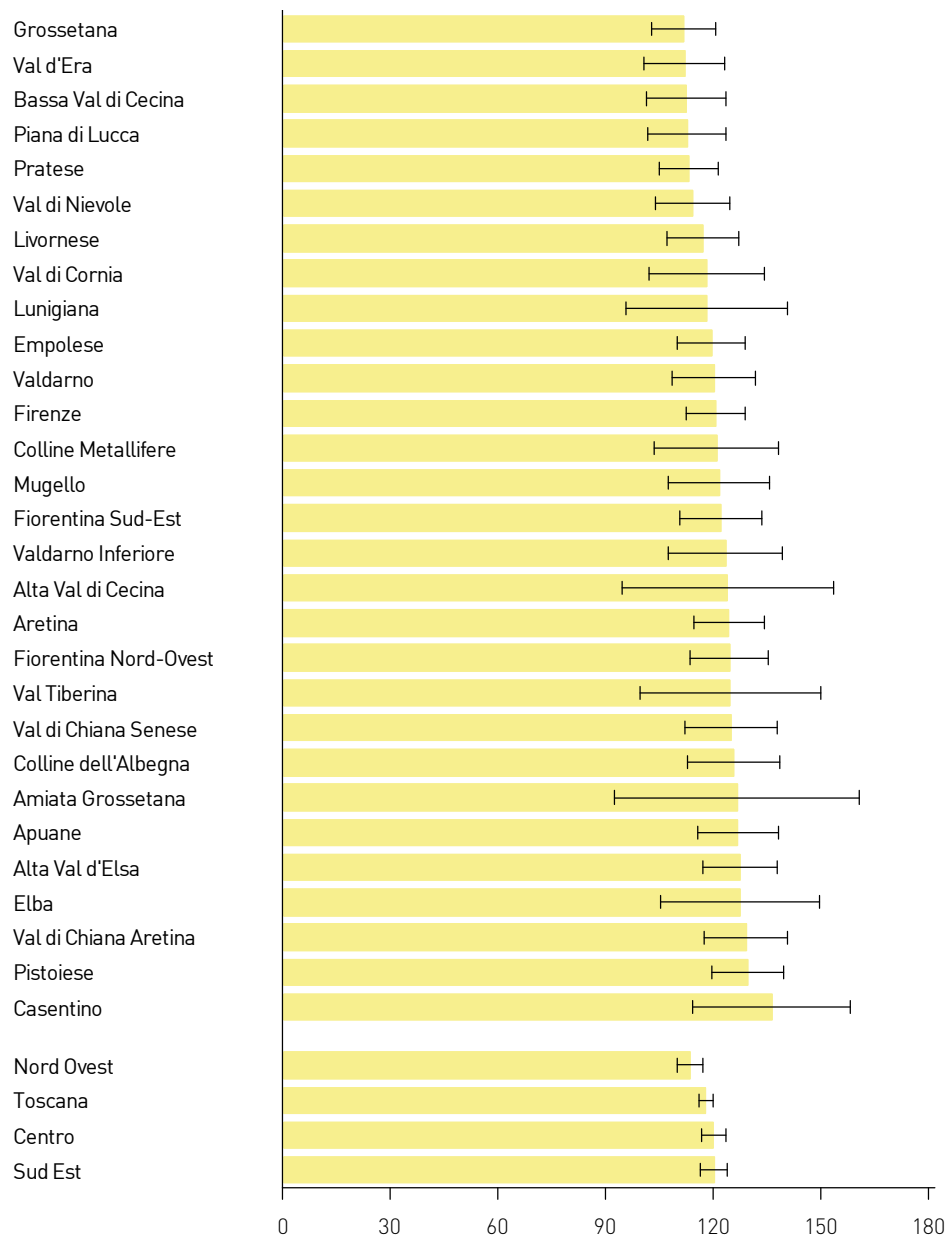


Figura 25. Tempo medio della prima introduzione di alimenti diversi dal latte materno per Zona-distretto e Azienda di residenza (I.C. 95%) (T0-T12)

Area Vasta	Zona-distretto	N.	Media	IC 95% Inf-Sup
Nord Ovest	Lunigiana	191	118.1	95.5 - 140.7
	Apuane	647	126.9	115.8 - 138.0
	Valle del Serchio	243	99.4	78.7 - 120.2
	Piana di Lucca	874	112.6	101.7 - 123.5
	Alta Val di Cecina	83	124.0	94.6 - 153.4
	Val d'Era	710	111.9	100.6 - 123.2
	Pisana	995	103.1	91.3 - 114.8
	Bassa Val di Cecina	395	112.4	101.4 - 123.4
	Livornese	833	117.0	107.1 - 126.9
	Val di Cornia	254	118.1	102.0 - 134.1
	Elba	137	127.5	105.3 - 149.7
	Versilia	784	110.8	102.0 - 119.6
	Azienda USL Nord Ovest	6146	113.2	109.5 - 116.9
	Centro	Pistoiese	924	129.6	119.7 - 139.5
Val di Nievole		638	114.1	103.8 - 124.4
Pratese		1571	113.2	105.1 - 121.4
Firenze		2114	120.6	112.2 - 128.9
Fiorentina Nord-Ovest		1349	124.5	113.6 - 135.4
Fiorentina Sud-Est		868	122.1	110.8 - 133.3
Mugello		343	121.7	107.6 - 135.8
Empolese		1001	119.5	110.0 - 128.9
Valdarno Inferiore		425	123.3	107.6 - 139.1
Azienda USL Centro		9231	120.4	117.0 - 123.8
Sud Est		Alta Val d'Elsa	383	127.5	117.1 - 137.8
	Val di Chiana Senese	313	124.8	112.0 - 137.7
	Amiata Senese e Valdorcia	110	107.5	79.7 - 135.3
	Senese	698	110.7	99.8 - 121.6
	Casentino	119	136.2	114.4 - 158.1
	Val Tiberina	91	124.7	99.6 - 149.9
	Val di Chiana Aretina	259	129.1	117.5 - 140.8
	Aretina	602	124.4	114.6 - 134.2
	Valdarno	498	120.1	108.5 - 131.8
	Colline Metallifere	173	120.8	103.6 - 138.0
	Colline dell'Albegna	184	125.6	112.6 - 138.6
Amiata Grossetana	84	126.7	92.5 - 160.8	
Grossetana	553	111.8	102.8 - 120.8	
Azienda USL Sud Est	4068	120.5	116.9 - 124.2	
Regione	Toscana	19445	118.1	116.0 - 120.2

Tabella 25. Tempo medio della prima introduzione di alimenti diversi dal latte materno per Zona-distretto e Azienda di residenza (I.C. 95%) (T0-T12)

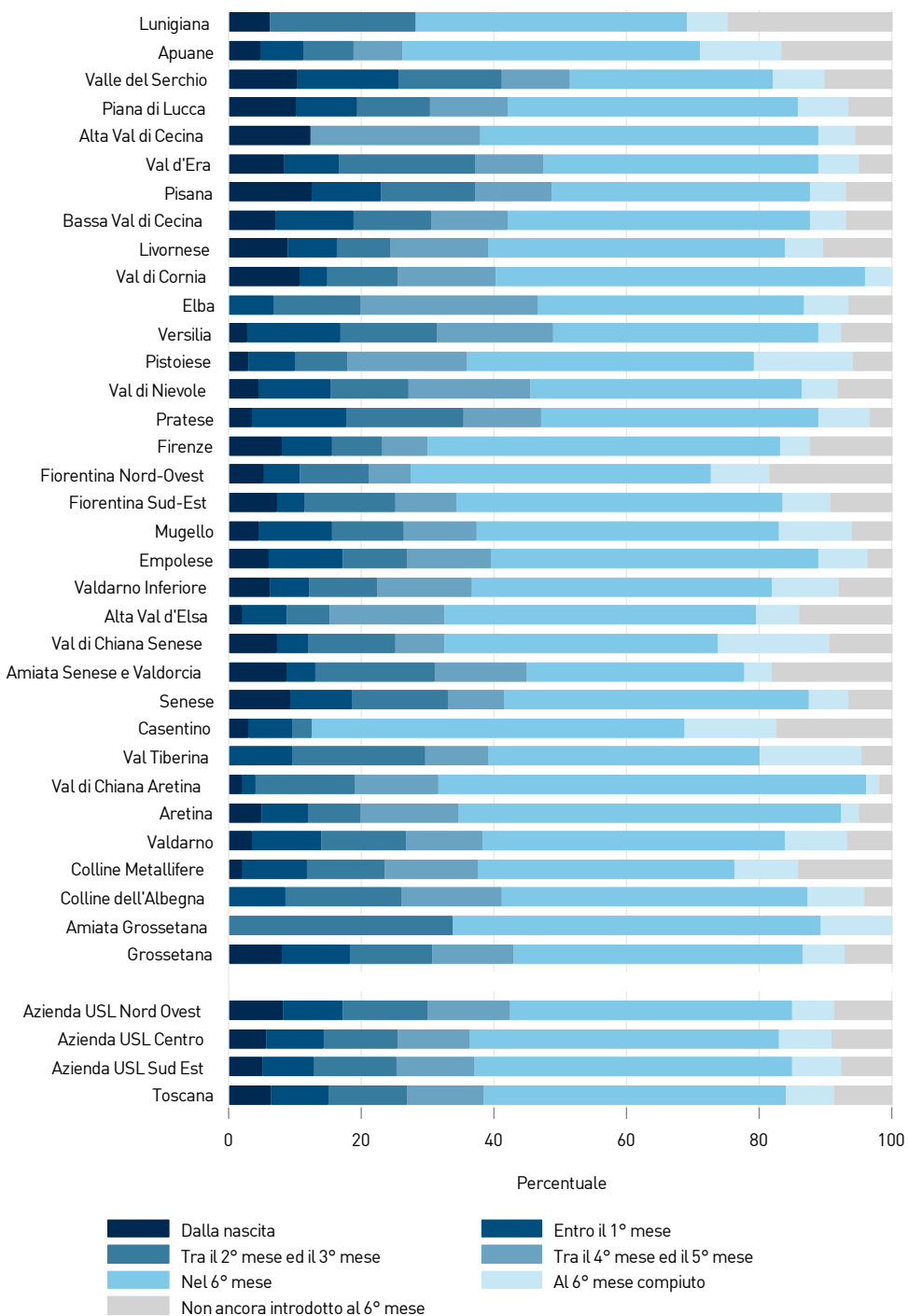


Figura 26. Distribuzione percentuale delle donne per la tempistica della prima introduzione di alimenti diversi dal latte materno per Zona-distretto e Azienda di residenza (T0-T12)

Area Vasta	Zona-distretto	R1		R2		R3		R4		R5		R6		R7	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Nord Ovest	Lunigiana	13	6.3	.	.	47	21.9	.	.	87	40.6	13	6.3	54	25.0
	Apuane	35	4.7	49	6.5	56	7.5	56	7.5	337	44.9	91	12.1	126	16.8
	Valle del Serchio	28	10.3	42	15.4	42	15.4	28	10.3	84	30.8	21	7.7	28	10.3
	Piana di Lucca	108	10.1	99	9.2	118	10.9	127	11.8	470	43.7	81	7.6	72	6.7
	Alta Val di Cecina	12	12.5	.	.	.	.	23	25.0	47	50.0	6	6.3	6	6.3
	Val d'Era	67	8.2	67	8.2	168	20.6	84	10.3	336	41.2	50	6.2	42	5.2
	Pisana	134	12.4	115	10.6	153	14.2	124	11.5	421	38.9	57	5.3	76	7.1
	Bassa Val di Cecina	33	7.1	53	11.6	53	11.6	53	11.6	208	45.5	24	5.4	33	7.1
	Livornese	87	8.9	72	7.4	80	8.1	145	14.8	435	44.4	58	5.9	101	10.4
	Val di Cornia	29	10.6	12	4.3	29	10.6	41	14.9	152	55.3	12	4.3	.	.
	Elba	.	.	12	6.7	24	13.3	49	26.7	73	40.0	12	6.7	12	6.7
	Versilia	25	2.8	127	14.0	134	14.7	159	17.5	363	39.9	32	3.5	70	7.7
	Azienda USL Nord	572	8.0	649	9.1	904	12.7	889	12.5	3012	42.4	459	6.5	621	8.7
	Centro	Pistoiese	30	3.0	70	7.0	80	8.0	179	18.0	428	43.0	149	15.0	60	6.0
Val di Nievole		33	4.5	79	10.9	85	11.8	131	18.2	295	40.9	39	5.5	59	8.2
Pratese		63	3.5	252	14.1	315	17.6	210	11.8	745	41.8	136	7.6	63	3.5
Firenze		191	8.0	179	7.5	179	7.5	167	7.0	1266	53.0	108	4.5	299	12.5
Fiorentina		80	5.3	80	5.3	161	10.6	94	6.2	684	45.1	134	8.8	281	18.6
Fiorentina Sud-Est		71	7.3	41	4.2	132	13.5	91	9.4	478	49.0	71	7.3	91	9.4
Mugello		18	4.7	42	10.9	42	10.9	42	10.9	172	45.3	42	10.9	24	6.3
Empolese		65	6.0	122	11.2	106	9.7	138	12.7	536	49.3	81	7.5	41	3.7
Valdarno Inferiore		29	6.1	29	6.1	48	10.2	67	14.3	209	44.9	48	10.2	38	8.2
Azienda USL Centro		580	5.6	892	8.7	1146	11.1	1119	10.8	4813	46.7	808	7.8	956	9.3
Sud Est	Alta Val d'Elsa	10	2.2	29	6.5	29	6.5	77	17.4	208	46.7	29	6.5	63	14.1
	Val di Chiana Senese	25	7.2	17	4.8	46	13.3	25	7.2	143	41.0	59	16.9	34	9.6
	Amiata Senese e	11	9.1	5	4.5	22	18.2	16	13.6	38	31.8	5	4.5	22	18.2
	Senese	70	9.3	70	9.3	108	14.4	64	8.5	344	45.8	45	5.9	51	6.8
	Casentino	5	3.4	10	6.9	5	3.4	.	.	77	55.2	19	13.8	24	17.2
	Val Tiberina	.	.	11	10.0	22	20.0	11	10.0	43	40.0	16	15.0	5	5.0
	Val di Chiana Aretina	6	2.1	6	2.1	45	14.9	39	12.8	194	63.8	6	2.1	6	2.1
	Aretina	38	5.0	53	6.9	61	7.9	114	14.9	443	57.4	23	3.0	38	5.0
	Valdarno	20	3.5	61	10.5	75	12.8	68	11.6	265	45.3	54	9.3	41	7.0
	Colline Metallifere	5	2.4	19	9.5	24	11.9	29	14.3	76	38.1	19	9.5	29	14.3
Regione	Colline dell'Albegna	.	.	23	8.7	46	17.4	40	15.2	120	45.7	23	8.7	11	4.3
	Amiata Grossetana	.	.	.	.	28	33.3	.	.	47	55.6	9	11.1	.	.
	Grossetana	49	8.0	65	10.4	76	12.3	76	12.3	270	43.6	38	6.1	46	7.4
	Azienda USL Sud Est	240	5.1	369	7.8	587	12.4	559	11.8	2268	47.9	347	7.3	370	7.8
Toscana	1391	6.3	1911	8.6	2637	11.9	2567	11.6	10093	45.5	1613	7.3	1947	8.8	

Tabella 26. Distribuzione percentuale delle donne per la tempistica della prima introduzione di alimenti diversi dal latte materno per Zona-distretto e Azienda di residenza (T0-T12)

R1= Dalla nascita, R2= Entro il 1° mese, R3= Tra il 2° e il 3° mese, R4= Tra il 4° e il 5° mese, R5= Nel 6° mese, R6= Al 6° mese compiuto, R7= Non ancora introdotto al 6° mese

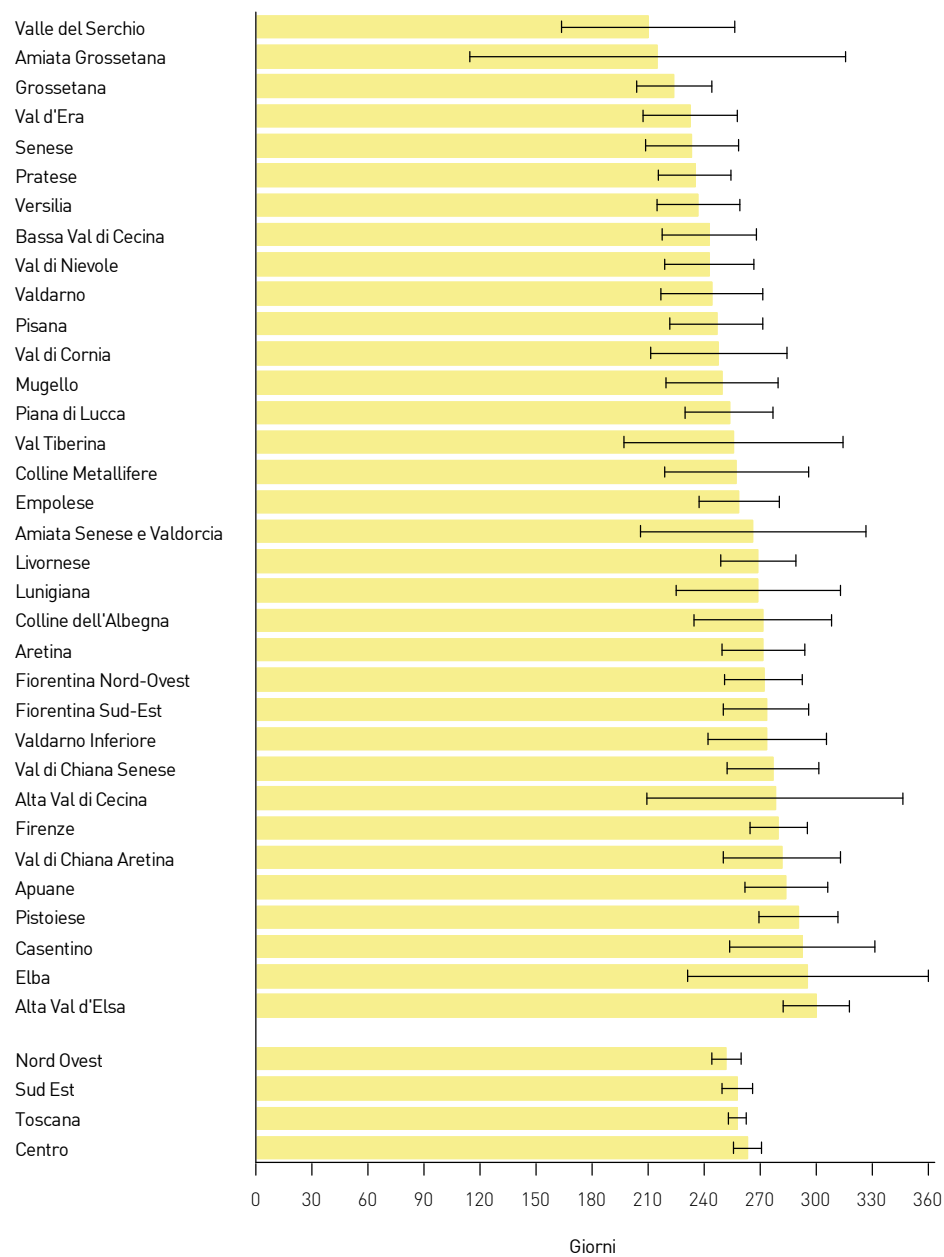


Figura 27. Durata media dell'allattamento per Zona-distretto e Azienda di residenza (I.C. 95%) (T0-T12)

Area Vasta	Zona-distretto	Giorni	Media	IC 95% Inf-Sup	
Nord Ovest	Lunigiana	191	269.1	225.2 - 313.0	
	Apuane	647	283.8	261.7 - 306.0	
	Valle del Serchio	243	210.2	163.6 - 256.8	
	Piana di Lucca	874	253.6	229.9 - 277.3	
	Alta Val di Cecina	83	278.0	209.6 - 346.4	
	Val d'Era	710	232.8	207.6 - 258.0	
	Pisana	995	246.9	222.0 - 271.7	
	Bassa Val di Cecina	395	242.8	217.8 - 267.8	
	Livornese	833	268.9	248.8 - 288.9	
	Val di Cornia	254	248.0	211.6 - 284.3	
	Elba	137	295.5	231.2 - 359.9	
	Versilia	784	237.0	215.1 - 258.9	
	Azienda USL Nord Ovest	6146	252.7	244.6 - 260.7	
	Centro	Pistoiese	924	290.7	269.8 - 311.7
		Val di Nievole	638	243.0	219.1 - 267.0
Pratese		1571	235.2	215.7 - 254.7	
Firenze		2114	280.0	264.5 - 295.6	
Fiorentina Nord-Ovest		1349	271.9	250.9 - 292.9	
Fiorentina Sud-Est		868	273.4	250.7 - 296.2	
Mugello		343	249.6	219.7 - 279.5	
Empolese		1001	258.9	237.4 - 280.4	
Valdarno Inferiore		425	273.9	242.2 - 305.6	
Azienda USL Centro		9231	265.3	258.1 - 272.5	
Sud Est	Alta Val d'Elsa	383	300.0	282.2 - 317.8	
	Val di Chiana Senese	313	276.9	252.4 - 301.3	
	Amiata Senese e Valdorcia	110	266.4	206.0 - 326.8	
	Senese	698	233.5	208.7 - 258.3	
	Casentino	119	292.7	253.9 - 331.5	
	Val Tiberina	91	255.9	197.4 - 314.4	
	Val di Chiana Aretina	259	281.6	250.4 - 312.9	
	Aretina	602	271.7	249.6 - 293.9	
	Valdarno	498	244.2	216.8 - 271.5	
	Colline Metallifere	173	257.3	218.8 - 295.8	
Colline dell'Albegna	184	271.6	234.7 - 308.5		
Amiata Grossetana	84	215.0	114.5 - 315.5		
Grossetana	553	224.1	204.1 - 244.2		
Azienda USL Sud Est	4068	258.2	250.0 - 266.4		
Regione	Toscana	19445	259.7	255.2 - 264.2	

Tabella 27. Durata media dell'allattamento per Zona-distretto e Azienda di residenza (I.C. 95%) (T0-T12)

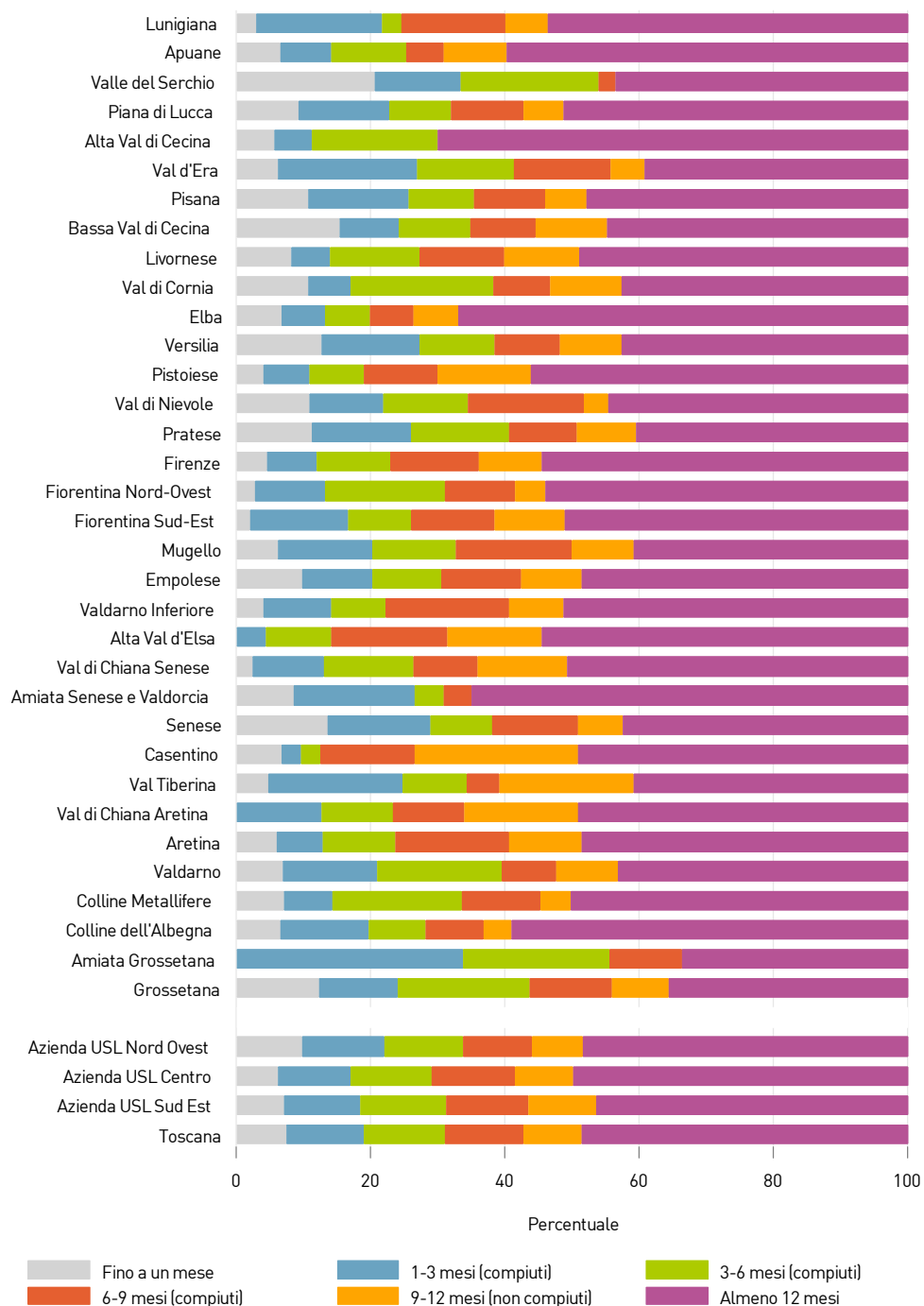


Figura 28. Distribuzione percentuale delle donne per la durata dell'allattamento per Zona-distretto e Azienda di residenza (T0-T12)

Area Vasta	Zona-distretto	Fino a un mese		1-3 mesi (compiuti)		3-6 mesi (compiuti)		6-9 mesi (compiuti)		9-12 mesi (non compiuti)		Almeno 12 mesi	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Nord Ovest	Lunigiana	7	3.1	40	18.8	7	3.1	34	15.6	13	6.3	114	53.1
	Apuane	49	6.5	56	7.5	84	11.2	42	5.6	70	9.3	450	59.8
	Valle del Serchio	56	20.5	35	12.8	56	20.5	7	2.6	.	.	119	43.6
	Piana di Lucca	99	9.2	145	13.4	99	9.2	118	10.9	63	5.9	551	51.3
	Alta Val di Cecina	6	6.3	6	6.3	17	18.8	.	.	.	.	64	68.8
	Val d'Era	50	6.2	168	20.6	117	14.4	117	14.4	42	5.2	319	39.2
	Pisana	115	10.6	162	15.0	105	9.7	115	10.6	67	6.2	516	47.8
	Bassa Val di Cecina	69	15.2	41	8.9	49	10.7	45	9.8	49	10.7	204	44.6
	Livornese	80	8.1	58	5.9	130	13.3	123	12.6	109	11.1	478	48.9
	Val di Cornia	29	10.6	18	6.4	58	21.3	23	8.5	29	10.6	117	42.6
Centro	Elba	12	6.7	12	6.7	12	6.7	12	6.7	12	6.7	122	66.7
	Versilia	115	12.6	134	14.7	102	11.2	89	9.8	83	9.1	389	42.7
	Azienda USL Nord Ovest	687	9.7	874	12.3	838	11.8	725	10.2	538	7.6	3443	48.4
	Pistoiese	40	4.0	70	7.0	80	8.0	110	11.0	139	14.0	558	56.0
	Val di Nievole	79	10.9	79	10.9	92	12.7	125	17.3	26	3.6	322	44.5
	Pratese	199	11.2	262	14.7	262	14.7	178	10.0	157	8.8	724	40.6
	Firenze	108	4.5	179	7.5	263	11.0	311	13.0	227	9.5	1302	54.5
	Fiorentina Nord-Ovest	40	2.7	161	10.6	268	17.7	161	10.6	67	4.4	818	54.0
	Fiorentina Sud-Est	20	2.1	142	14.6	91	9.4	122	12.5	102	10.4	498	51.0
	Mugello	24	6.3	53	14.1	48	12.5	65	17.2	36	9.4	154	40.6
Sud Est	Empolese	106	9.7	114	10.4	114	10.4	130	11.9	97	9.0	528	48.5
	Valdarno Inferiore	19	4.1	48	10.2	38	8.2	86	18.4	38	8.2	238	51.0
	Azienda USL Centro	634	6.1	1108	10.7	1255	12.2	1287	12.5	890	8.6	5141	49.8
	Alta Val d'Elsa	.	.	19	4.3	44	9.8	77	17.4	63	14.1	242	54.3
	Val di Chiana Senese	8	2.4	38	10.8	46	13.3	34	9.6	46	13.3	177	50.6
	Amiata Senese e Valdorcia	11	9.1	22	18.2	5	4.5	5	4.5	.	.	76	63.6
	Senese	102	13.6	115	15.3	70	9.3	95	12.7	51	6.8	318	42.4
	Casentino	10	6.9	5	3.4	5	3.4	19	13.8	34	24.1	68	48.3
	Val Tiberina	5	5.0	22	20.0	11	10.0	5	5.0	22	20.0	43	40.0
	Val di Chiana Aretina	.	.	39	12.8	32	10.6	32	10.6	52	17.0	149	48.9
Regione	Aretina	46	5.9	53	6.9	84	10.9	130	16.8	84	10.9	374	48.5
	Valdarno	41	7.0	82	14.0	109	18.6	48	8.1	54	9.3	251	43.0
	Colline Metallifere	14	7.1	14	7.1	38	19.0	24	11.9	10	4.8	100	50.0
	Colline dell'Albegna	17	6.5	34	13.0	23	8.7	23	8.7	11	4.3	154	58.7
	Amiata Grossetana	.	.	28	33.3	19	22.2	9	11.1	.	.	28	33.3
	Grossetana	76	12.3	72	11.7	122	19.6	76	12.3	53	8.6	221	35.6
	Azienda USL Sud Est	330	7.0	543	11.5	607	12.8	578	12.2	480	10.1	2201	46.4
	Toscana	1652	7.5	2525	11.4	2701	12.2	2590	11.7	1907	8.6	10784	48.7

Tabella 28. Distribuzione percentuale delle donne per la durata dell'allattamento per Zona-distretto e Azienda di residenza (T0-T12)

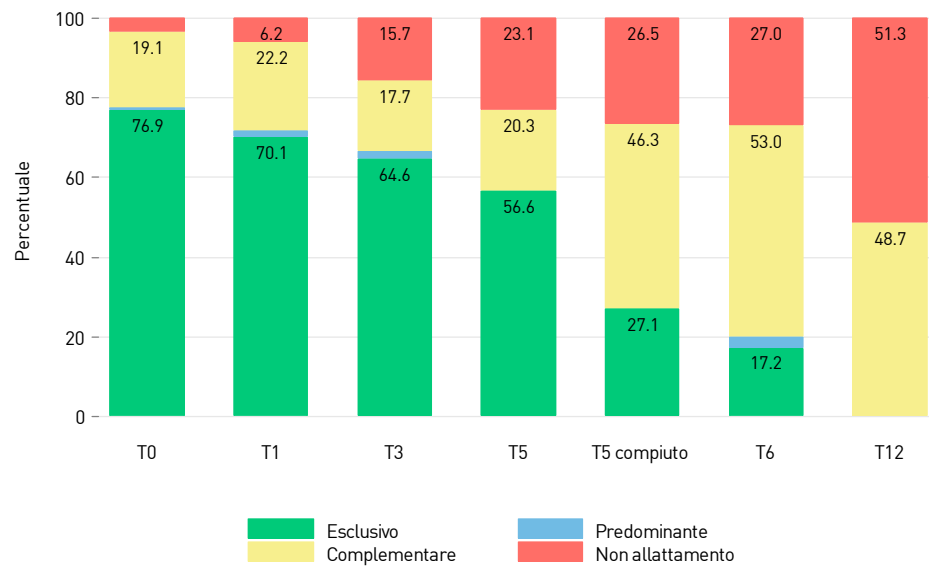


Figura 29. Sintesi delle prevalenze dell'allattamento materno con la stima della prevalenza a cinque mesi (compiuti e non) in **Regione Toscana** (T0-T12)

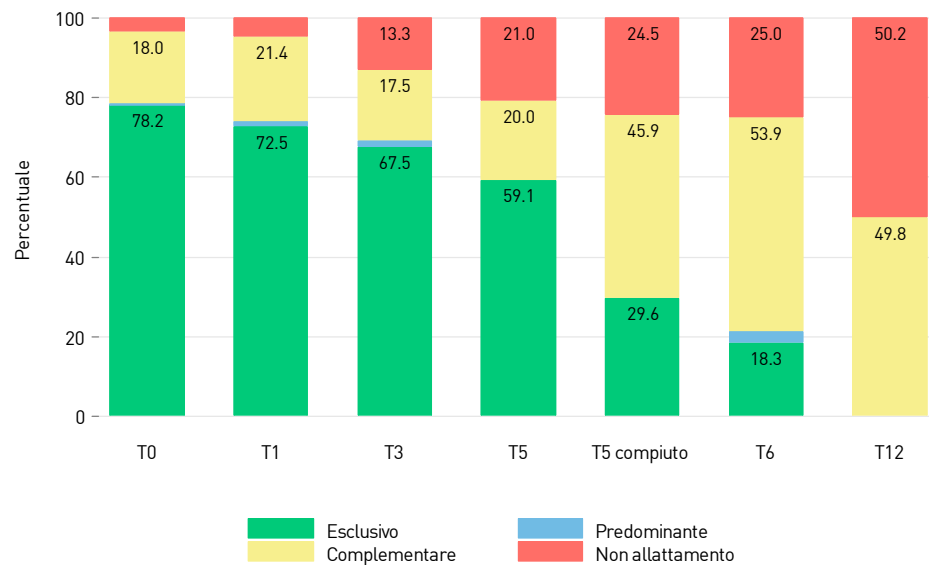


Figura 30. Sintesi delle prevalenze dell'allattamento materno con la stima della prevalenza a cinque mesi (compiuti e non) in **Azienda Toscana Centro** (T0-T12)

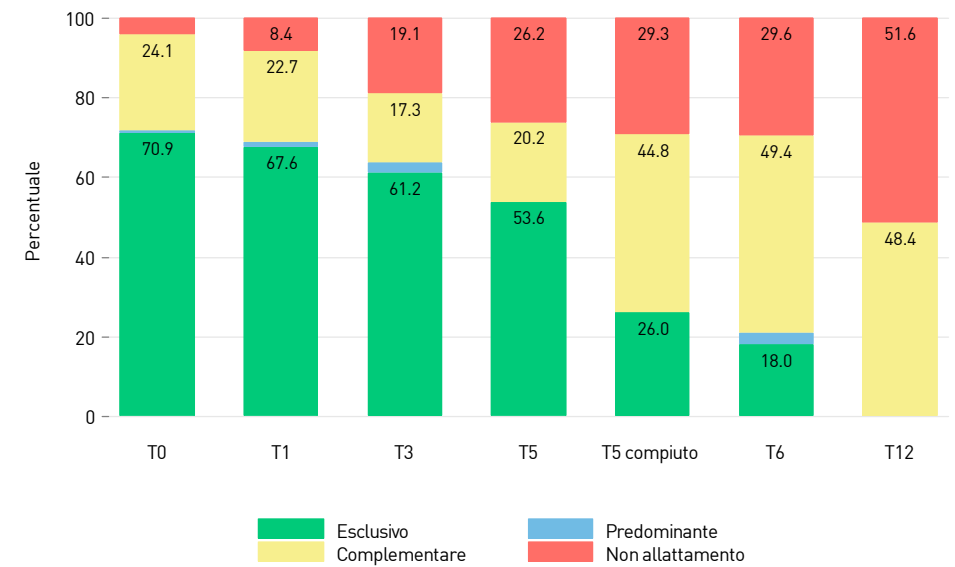


Figura 31. Sintesi delle prevalenze dell'allattamento materno con la stima della prevalenza a cinque mesi (compiuti e non) in **Azienda Toscana Nord Ovest** (T0-T12)

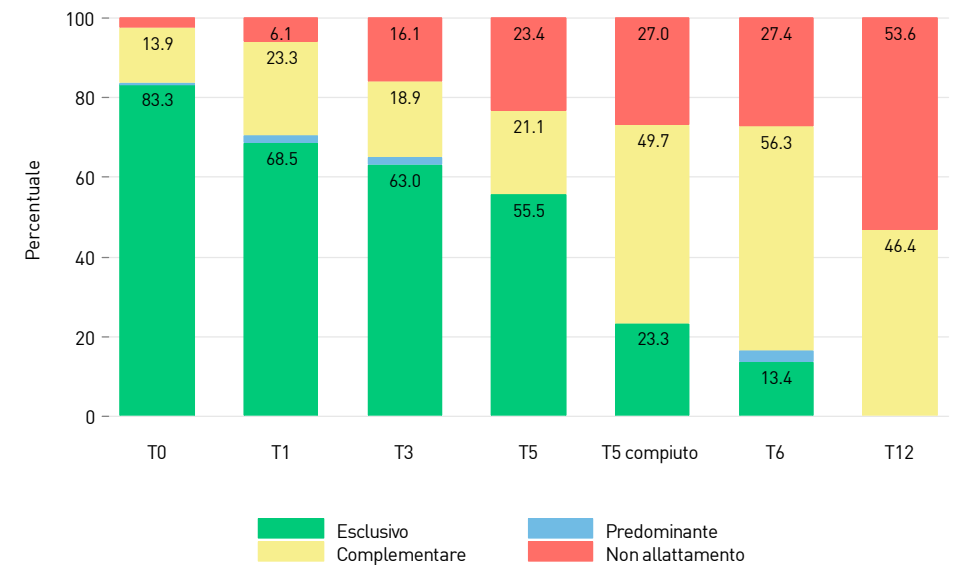


Figura 32. Sintesi delle prevalenze dell'allattamento materno con la stima della prevalenza a cinque mesi (compiuti e non) in **Azienda Toscana Sud Est** (T0-T12)

Difficoltà nell'allattamento e supporto ricevuto

Barbara Lupi e Manila Bonciani, Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna

Al termine del monitoraggio dell'allattamento è stato chiesto alle mamme coinvolte di fare un bilancio dell'anno trascorso e di indicare le eventuali **difficoltà incontrate nell'allattamento**. Quasi la metà del campione che ha completato il *follow up* ha dichiarato di non averne avute (47% mediamente a livello regionale). Se si tiene conto della durata dell'allattamento, si osserva un gradiente di chi riferisce di non aver avuto mai difficoltà rispetto ai mesi di allattamento: tanto più a lungo le donne hanno allattato, infatti, tanto più riferiscono di non aver avuto difficoltà. Al contrario coloro che hanno allattato al massimo uno o tre mesi dichiarano più frequentemente che l'allattamento è sempre stato difficoltoso per loro. Tra coloro che riferiscono di aver incontrato difficoltà, una donna su cinque indica nei primi giorni dopo al parto il momento più critico. Anche nel gruppo di donne che hanno avuto una lunga durata dell'allattamento, avendo smesso di allattare tra 9 e 12 mesi oppure essendo ancora impegnate nell'allattamento ad un anno di vita del bambino, rimane analoga la percentuale di chi dichiara di aver avuto difficoltà nei primi giorni, a conferma che si tratta del periodo più delicato per evitare l'insorgenza di problemi o per affrontarli tempestivamente in modo da non esserne sopraffatti.

Le donne hanno avuto la possibilità di indicare più difficoltà, scegliendo tra un elenco predefinito oppure utilizzando una risposta aperta, che poi è stata riclassificata a posteriori. La difficoltà che è stata indicata più frequentemente dalle donne è legata a **problemi al seno**, quali ad esempio ingorghi, ragadi e mastiti (53% delle donne a livello regionale). Si tratta di una problematica che probabilmente potrebbe essere evitata o circoscritta attraverso un efficace attacco al seno e che richiama quindi la necessità di rafforzare le competenze tecniche delle madri a riguardo. L'ambito è di particolare interesse perché anche nelle risposte aperte le mamme hanno riferito specificatamente di **problemi di attacco al seno** (circa il 4%), oppure di **rifiuto del seno** da parte del bambino o di sua **succhiata non efficace** (circa 6%), sia facendo riferimento in alcuni casi alla conformazione e grandezza del capezzolo o del seno stesso, sia richiamando un atteggiamento di pigrizia o difficoltà del bambino ad attaccarsi.

Altre difficoltà riferite frequentemente dalle mamme è la **non sufficiente crescita del bambino** (27% a livello regionale, con leggere variazioni tra le aziende sanitarie) ed i **frequenti pianti e risvegli notturni** considerati segni

di fame (22% a livello regionale, leggermente più riferito dalle donne residenti nell'Azienda Toscana Sud Est e meno da quelle della Centro, rispettivamente 24% e 20%). Queste difficoltà richiamano le preoccupazioni delle donne legate al percepirsi non in grado di nutrire in maniera adeguata il proprio bambino, che talvolta si traducono nella convinzione di **non avere latte o di averne poco**, come viene riferito nelle risposte aperte dalle stesse donne (circa 9%).

La **fatica fisica**, ma anche **psicologica**, è una difficoltà segnalata dal 21% delle mamme (24% nell'Azienda Toscana Nord Ovest) e la **pressione di parenti sulla qualità e quantità del latte** dal 15%. Leggermente meno frequente risulta la problematica inerente la **conciliazione dell'allattamento con la ripresa del lavoro e gli impegni familiari** (10% a livello regionale, difficoltà più sentita dalle donne residenti nell'Azienda Toscana Nord Ovest e meno da quelle della Sud Est).

Dalle risposte aperte emergono molte altre specifiche problematiche (alcune relative anche a questioni di salute della madre o del bambino, al dolore nell'allattamento, a reflussi del bambino, al supporto non corretto ricevuto dai professionisti). Tra quelle che erano state proposte come possibili difficoltà nell'elenco a scelta, la pressione dei professionisti sulla quantità di latte è indicato da circa il 6% delle donne.

Le donne ritengono che le difficoltà più rilevanti tra quelle riferite sono i problemi relativi al seno e la non sufficiente crescita del figlio (rispettivamente per il 36% e 21% delle donne che hanno dichiarato di aver avuto problemi con l'allattamento durante il primo anno).

L'86% delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento si sono rivolte a qualcuno a livello regionale e si osserva una differenza tra le residenti nell'Azienda Toscana Centro che hanno cercato aiuto più frequentemente (88%) delle residenti nella Sud Est (84%). Prevalentemente hanno ricercato aiuto solo da professionisti (55% a livello regionale, 58% nell'Azienda Toscana Centro), ma quasi una donna su quattro ha chiesto supporto sia a professionisti che ad aiuti di tipo informale (24%). Solo il 7% circa delle donne si è rivolta soltanto a non professionisti. In maggioranza hanno fatto ricorso ad un solo supporto (44% mediamente a livello regionale), ma quasi un terzo ha chiesto aiuto a due tipi di supporto (28% a livello regionale) ed un altro quinto anche a 3-4 diverse tipologie di aiuto. Incrociando le due informazioni, si osserva che i due gruppi che tendenzialmente si rivolgono solo a professionisti oppure solo a non professionisti hanno una figura prevalente di riferimento, mentre l'altro gruppo tende ad avere una molteplicità di interlocuzione, che può essere da una parte legato ad una particolare facilità di interfacciarsi con più potenziali fonti di supporto, dall'altra tuttavia anche sintomo di una non facilità a trovare risposte utili rispetto alle difficoltà incontrate.

Entrando nel dettaglio degli interlocutori cui le donne si sono rivolte per cercare aiuto, più frequentemente a livello regionale le donne sono andate al **consultorio** (47%), ma si osservano ampie variabilità tra le Aziende sanitarie (55% nella Centro, 41% nella Nord Ovest, 38% nella Sud Est). In particolare si sono rivolte alle **ostetriche consultoriali** (45% a livello regionale, con la stessa variabilità a livello aziendale), mentre gli altri professionisti del consultorio (ginecologi, altri medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali) sono stati consultati raramente

per cercare supporto rispetto alle difficoltà incontrate.

Anche il **pediatra di famiglia** rappresenta un punto di riferimento in caso di difficoltà per l'allattamento: il 41% delle donne a livello regionale vi ha fatto ricorso, con una maggior richiesta nell'Azienda Toscana Nord Ovest (45%) ed una flessione in basso invece per la Centro (36%).

Mediamente una donna su tre si rivolge all'**ospedale** (33% a livello regionale), anche in questo caso alla figura professionale ostetrica (23%), più che ad altri operatori, quale ad esempio il pediatra (circa 10%) e l'infermiere ospedalieri (circa 8%).

Il 16% delle donne che ha cercato aiuto per le difficoltà incontrate si è rivolto ad un **professionista privato** (ad un medico, ma più spesso ad un'ostetrica privata), scelta riferita meno frequentemente nell'Azienda Toscana Nord Ovest (12%), più spesso nella Centro (19%). Residuale la proporzione di donne che si sono rivolte al medico di famiglia (inferiore al 5%).

Tra gli interlocutori che non appartengono al settore dei professionisti sanitari, l'11% delle donne hanno fatto ricorso ai **consulenti per l'allattamento**, anche in questo caso con differenze a livello aziendale (più frequentemente nell'Azienda Toscana Nord Ovest, 13%, rispetto alla Sud Est, 8%). Le **stesse mamme** rappresentano sempre più un punto di riferimento per le altre, sia singolarmente che attraverso i gruppi di auto-aiuto che operano all'interno del consultorio o attivi anche autonomamente (15% mediamente a livello regionale). Nell'ambito del supporto informale anche **familiari ed amici** sono stati indicati come fonte di supporto (18% a livello regionale, dal 21% nell'Azienda Toscana Sud Est al 16% nella Centro). Rimane invece poco utilizzato il gruppo di discussione online o altre forme di social network come riferimento in caso di difficoltà nell'allattamento.

Tra tutti gli interlocutori a cui le donne si sono rivolte, mediamente a livello regionale si sono sentite maggiormente sostenute nell'allattamento dalla figura dell'ostetrica consultoriale (26%) ed a seguire dal pediatra di famiglia (15%). Sono ampie tuttavia le differenze tra le Aziende sanitarie: anche se l'ostetrica consultoriale rimane la figura più apprezzata, si passa dal 32% della Centro al 20% della Sud Est, così come per il pediatra si hanno maggiori riconoscimenti nella Nord Ovest e nella Sud Est (18%) rispetto alla Centro (12%). È da porre comunque attenzione al 15% delle donne che riferiscono di non essersi sentite sostenute da nessuno in particolare, aspetto che rappresenta certamente una criticità se letto dalla prospettiva del sistema sanitario a cui in ogni caso le donne di sono rivolte prevalentemente.

Questa nota negativa viene in parte confermata anche dal fatto che quasi una donna su tre di coloro che hanno cercato supporto riferisce di **non aver trovato una soluzione alla difficoltà incontrata nell'allattamento** (29%), percentuale che si riduce leggermente se si osservano le donne che si sono rivolte alle ostetriche del consultorio (27%), ma che aumenta nel gruppo delle donne che si sono rivolte al pediatra di famiglia (39%). Sebbene quindi il 44% delle donne che ha cercato supporto abbia risolto la difficoltà grazie al supporto di coloro a cui si sono rivolte (48% nel caso il professionista sia stata un'ostetrica consultoriale, 38% nel caso sia stato un pediatra di famiglia), è troppo ampia la proporzione di donne che invece non hanno risolto i loro problemi nonostante il supporto ricercato nei servizi.

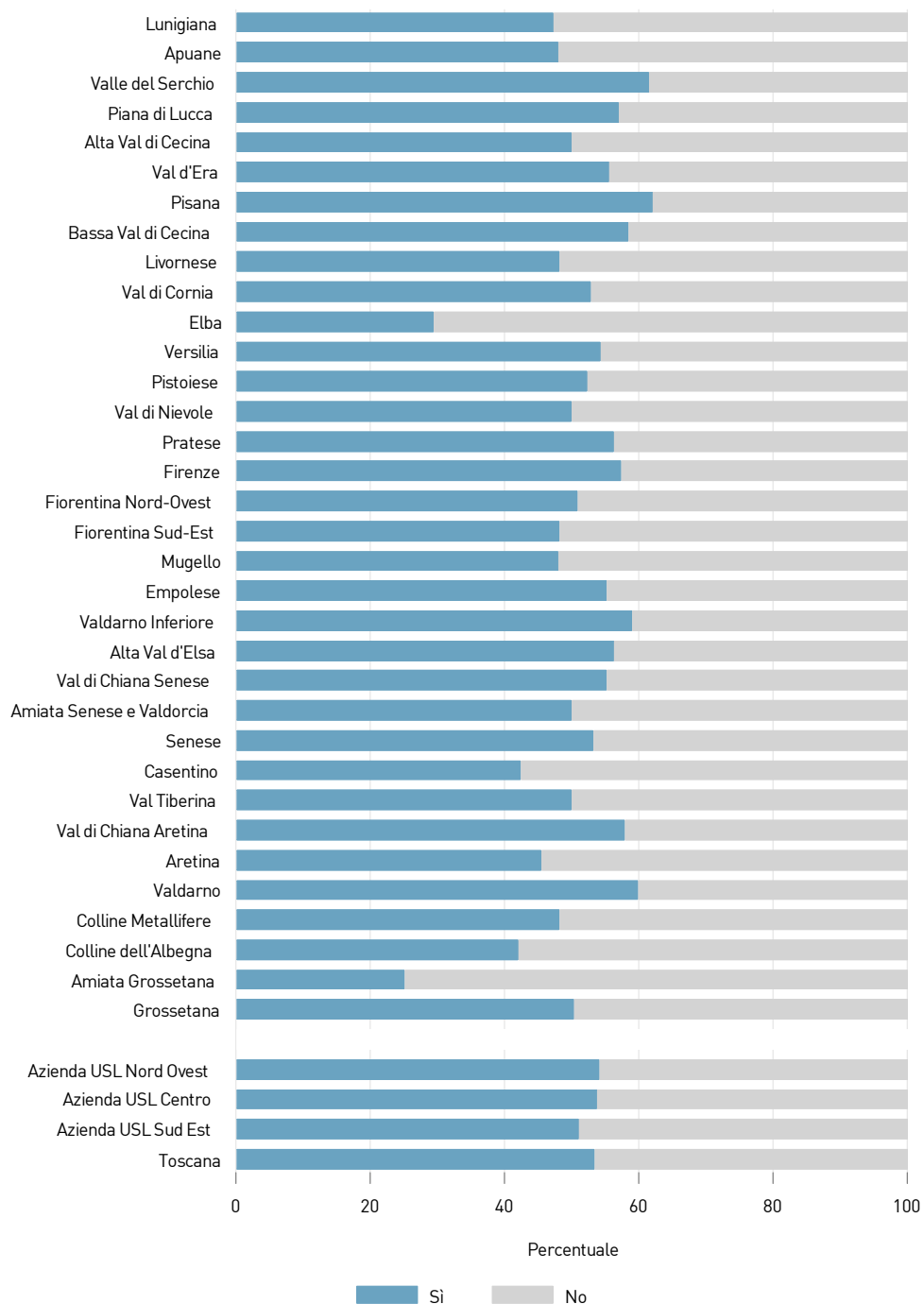


Figura 33. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento durante il primo anno di vita del bambino. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T12)

Area Vasta	Zona-distretto	Sì		No		
		N.	%	N.	%	
Area Vasta	Lunigiana	108	47.1	121	52.9	
	Apuane	408	47.9	443	52.1	
	Valle del Serchio	189	61.4	119	38.6	
	Piana di Lucca	750	56.8	570	43.2	
	Alta Val di Cecina	47	50.0	47	50.0	
	Val d'Era	512	55.5	411	44.5	
	Pisana	812	62.0	497	38.0	
	Bassa Val di Cecina	310	58.5	220	41.5	
	Livornese	565	48.1	609	51.9	
	Val di Cornia	158	52.9	140	47.1	
	Elba	61	29.4	146	70.6	
	Versilia	580	54.2	491	45.8	
	Centro	Pistoiese	578	52.3	528	47.7
		Val di Nievole	407	50.0	407	50.0
		Pratese	1101	56.1	860	43.9
		Firenze	1517	57.2	1135	42.8
		Fiorentina Nord-Ovest	844	50.8	818	49.2
		Fiorentina Sud-Est	518	48.1	559	51.9
		Mugello	190	47.8	208	52.2
		Empolese	649	55.2	528	44.8
Valdarno Inferiore		314	58.9	219	41.1	
Azienda USL Centro		6119	53.8	5261	46.2	
Sud Est	Alta Val d'Elsa	285	56.2	223	43.8	
	Val di Chiana Senese	206	55.1	168	44.9	
	Amiata Senese e Valdorcia	65	50.0	65	50.0	
	Senese	426	53.2	375	46.8	
	Casentino	68	42.4	92	57.6	
	Val Tiberina	65	50.0	65	50.0	
	Val di Chiana Aretina	214	57.9	155	42.1	
	Aretina	458	45.5	549	54.5	
	Valdarno	414	59.8	279	40.2	
	Colline Metallifere	114	48.0	124	52.0	
Colline dell'Albegna	148	41.9	205	58.1		
Amiata Grossetana	28	25.0	84	75.0		
Grossetana	346	50.3	343	49.7		
Azienda USL Sud Est	2839	51.0	2728	49.0		
Regione	Toscana	13456	53.3	11801	46.7	

Tabella 29. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento durante il primo anno di vita del bambino. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T12)

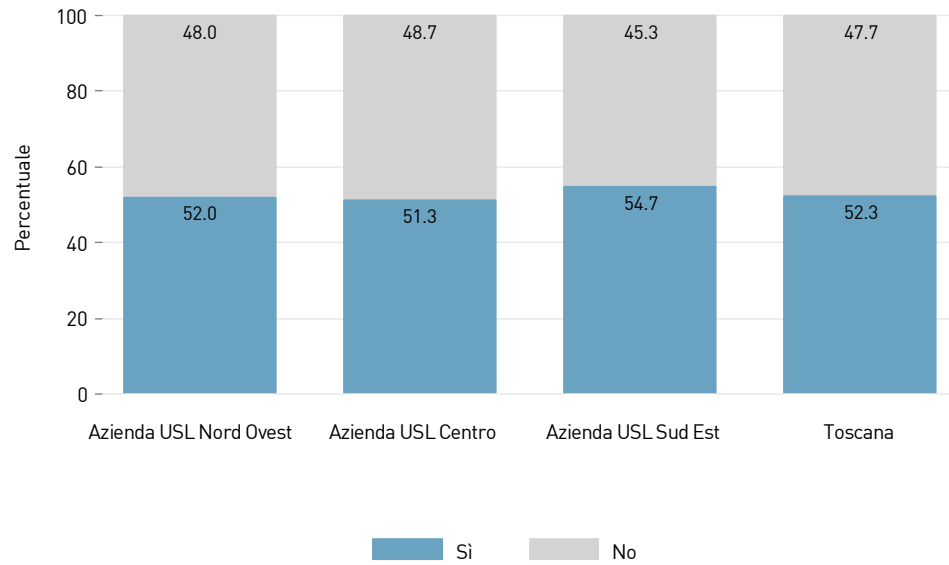


Figura 34. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento per problemi al seno. Livello di analisi per azienda di residenza (T12)

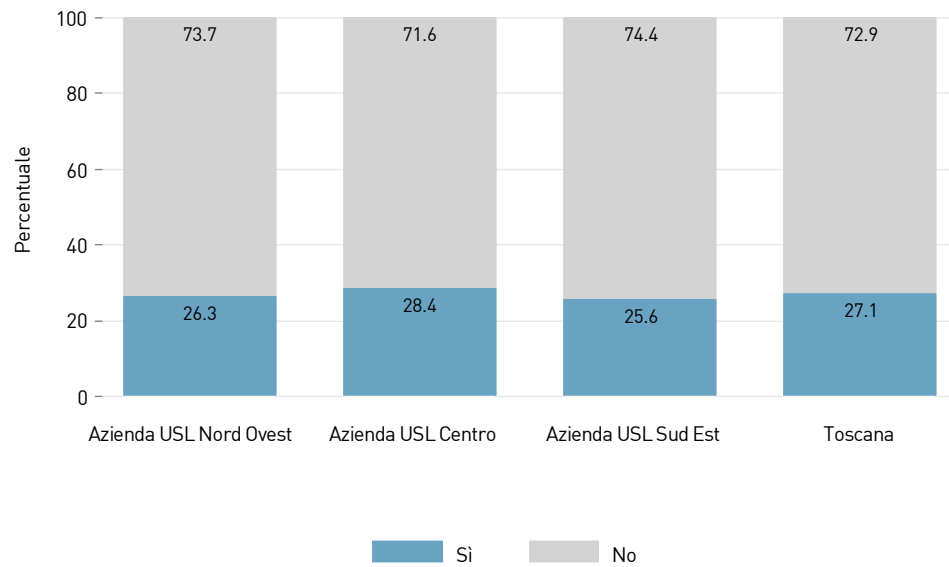


Figura 35. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento per non sufficiente crescita del bambino. Livello di analisi per azienda di residenza (T12)

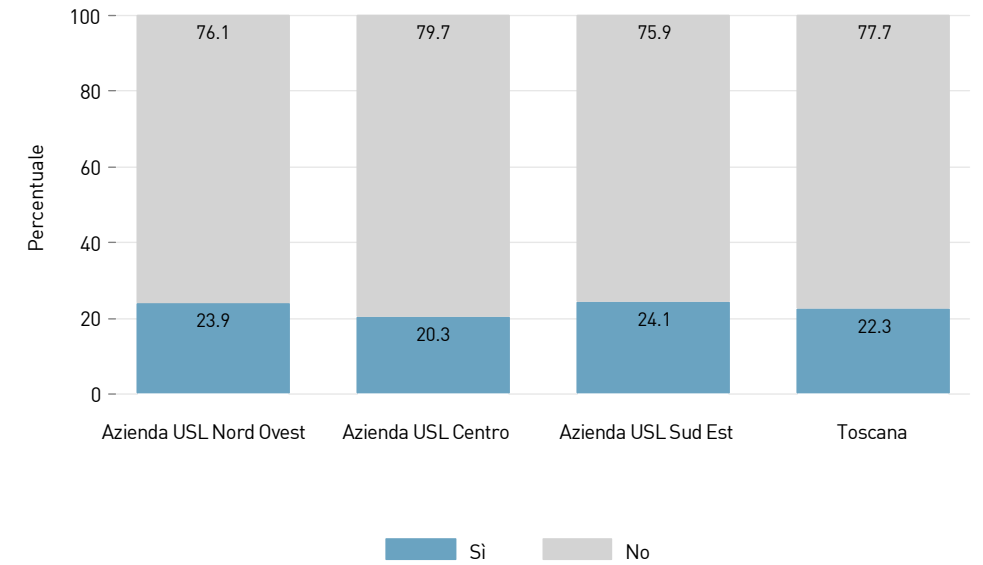


Figura 36. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento per frequenti pianti e risvegli notturni considerati segni di fame. Livello di analisi per azienda di residenza (T12)

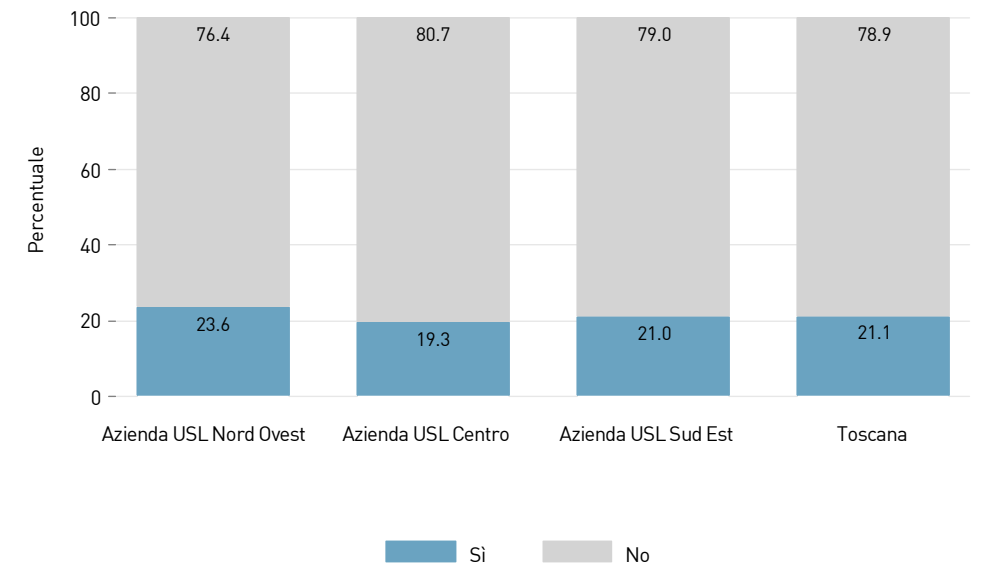


Figura 37. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento per fatica fisica e psicologica. Livello di analisi per azienda di residenza (T12)

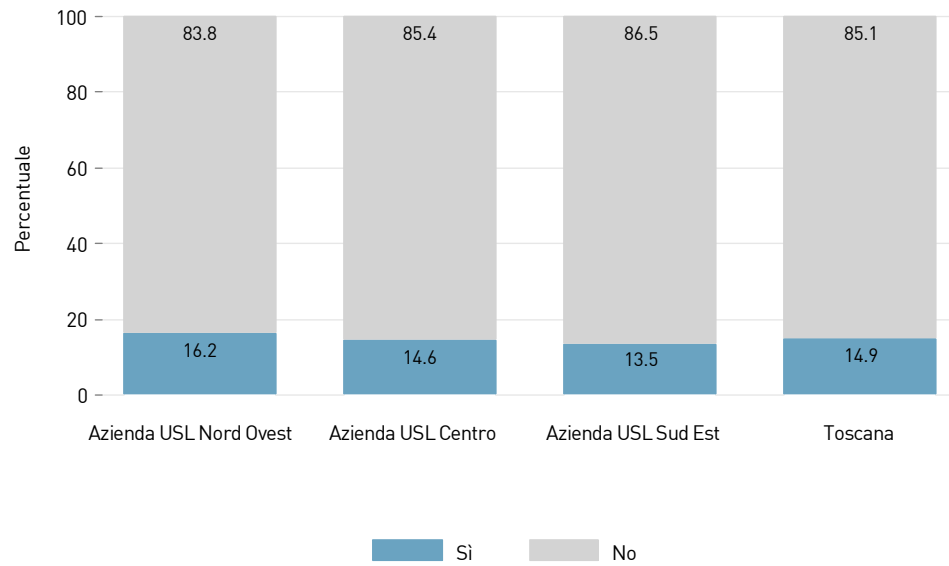


Figura 38. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento per pressione di parenti su qualità/ quantità del latte materno. Livello di analisi per azienda di residenza (T12)

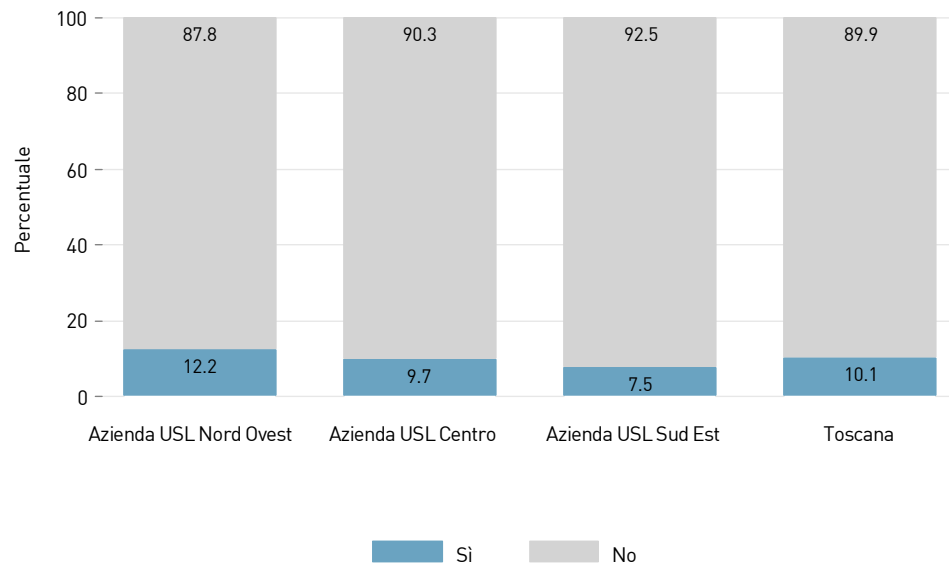


Figura 39. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento per conciliare l'allattamento con lavoro e famiglia. Livello di analisi per azienda di residenza (T12)

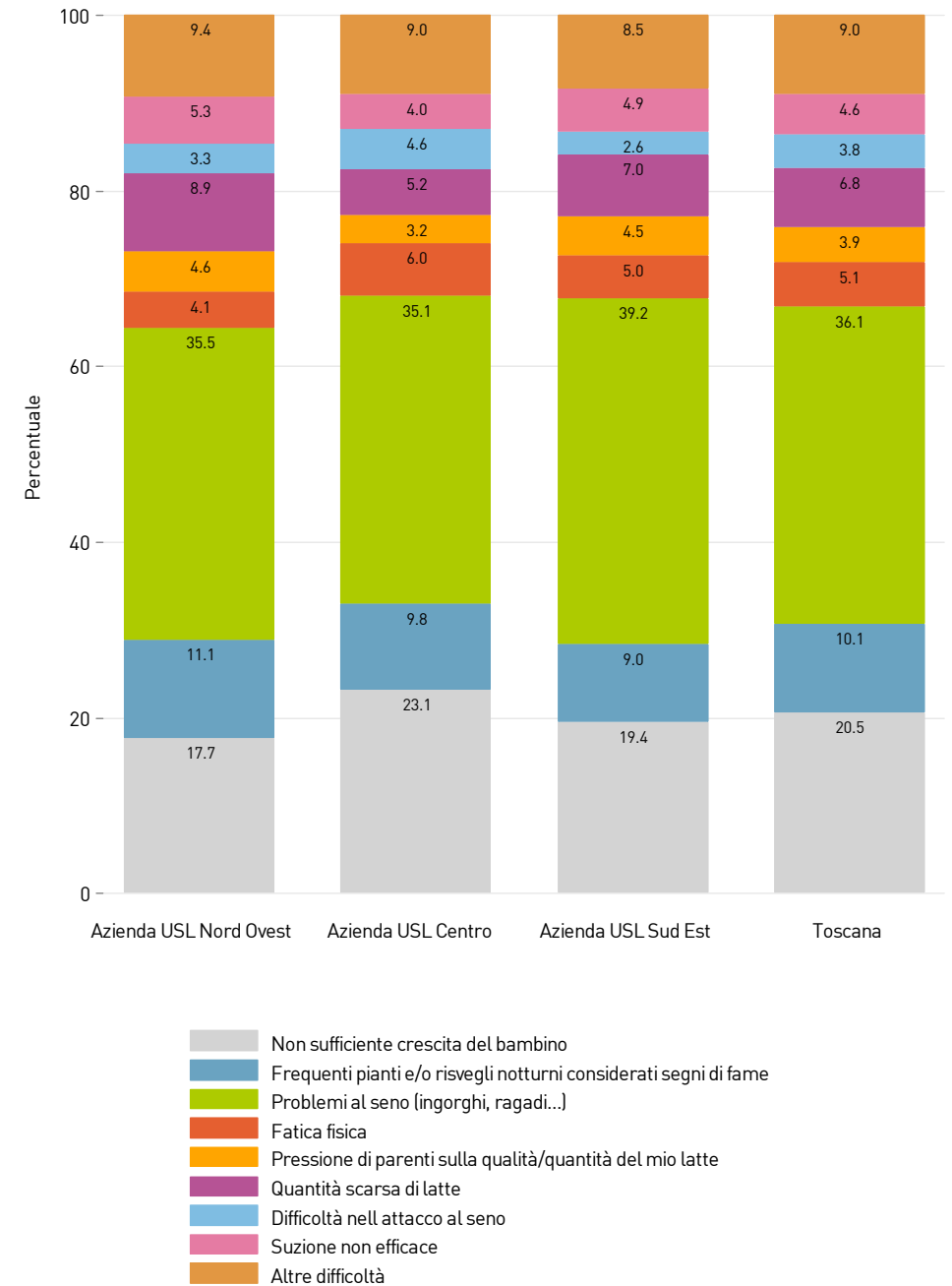


Figura 40. Distribuzione delle donne per le maggiori difficoltà avute con l'allattamento. Livello di analisi per azienda di residenza (T12)

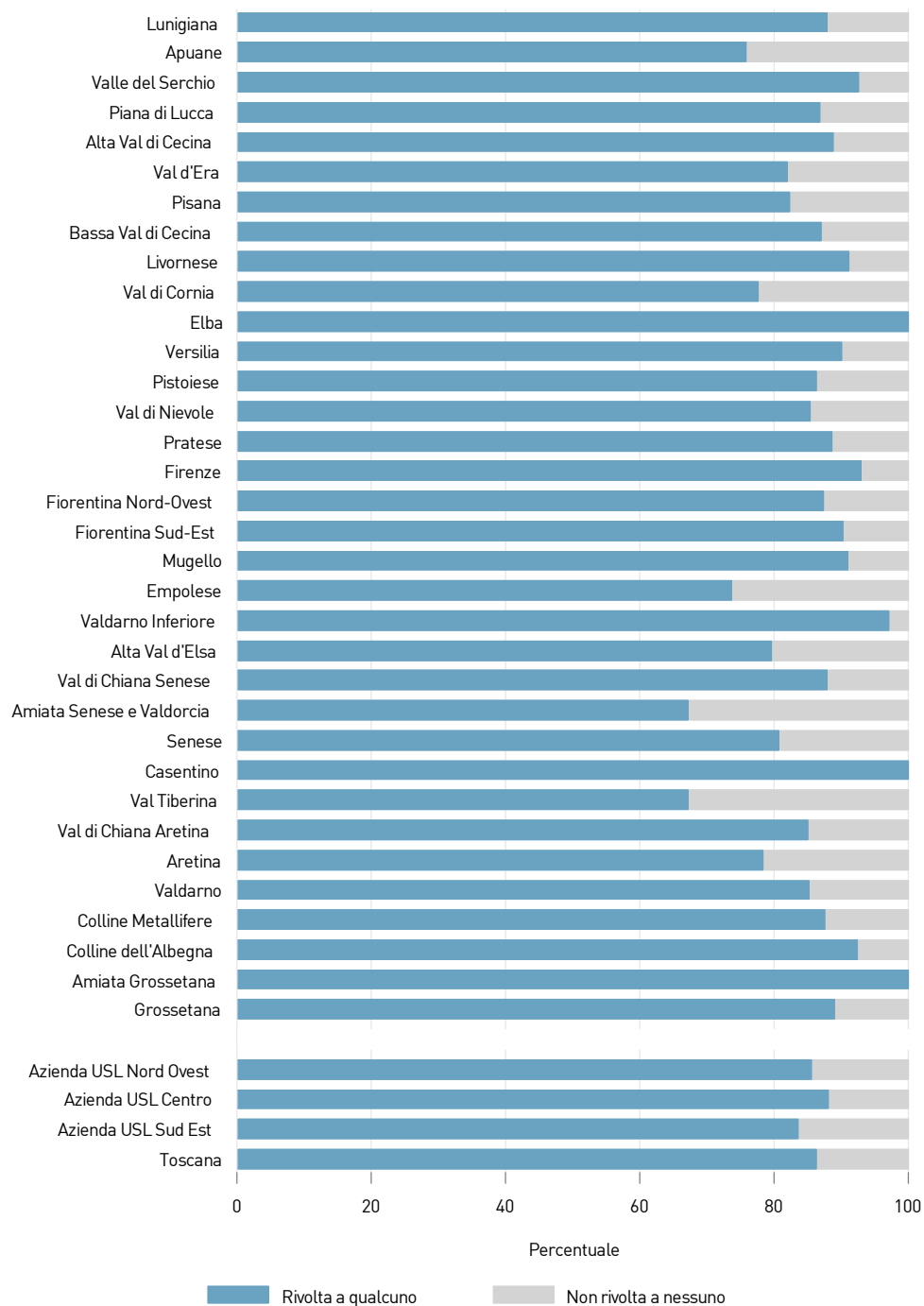


Figura 41. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento e si sono rivolte a qualcuno. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T12)

Area Vasta	Zona-distretto	Rivolta a qualcuno		Non rivolta a nessuno		
		N.	%	N.	%	
Nord Ovest	Lunigiana	94	87.5	13	12.5	
	Apuane	309	75.9	98	24.1	
	Valle del Serchio	175	92.6	14	7.4	
	Piana di Lucca	651	86.7	99	13.3	
	Alta Val di Cecina	41	87.5	6	12.5	
	Val d'Era	419	82.0	92	18.0	
	Pisana	669	82.4	143	17.6	
	Bassa Val di Cecina	269	86.8	41	13.2	
	Livornese	514	91.0	51	9.0	
	Val di Cornia	123	77.8	35	22.2	
	Elba	61	100.0	.	.	
	Versilia	522	90.1	57	9.9	
	Azienda USL Nord Ovest		3848	85.5	651	14.5
	Centro	Pistoiese	498	86.2	80	13.8
Val di Nievole		348	85.5	59	14.5	
Pratese		975	88.6	126	11.4	
Firenze		1410	92.9	108	7.1	
Fiorentina Nord-Ovest		737	87.3	107	12.7	
Fiorentina Sud-Est		468	90.2	51	9.8	
Mugello		172	90.6	18	9.4	
Empolese		479	73.7	170	26.3	
Valdarno Inferiore		304	97.0	10	3.0	
Azienda USL Centro		5391	88.1	728	11.9	
Sud Est		Alta Val d'Elsa	227	79.7	58	20.3
		Val di Chiana Senese	181	87.8	25	12.2
		Amiata Senese e Valdorcia	44	66.7	22	33.3
		Senese	344	80.6	83	19.4
	Casentino	68	100.0	.	.	
	Val Tiberina	43	66.7	22	33.3	
	Val di Chiana Aretina	181	84.8	32	15.2	
	Aretina	359	78.3	99	21.7	
	Valdarno	353	85.2	61	14.8	
	Colline Metallifere	100	87.5	14	12.5	
	Colline dell'Albegna	137	92.3	11	7.7	
	Amiata Grossetana	28	100.0	.	.	
	Grossetana	308	89.0	38	11.0	
	Azienda USL Sud Est		2373	83.6	466	16.4
Regione	Toscana	11612	86.3	1845	13.7	

Tabella 30. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento e si sono rivolte a qualcuno. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T12)

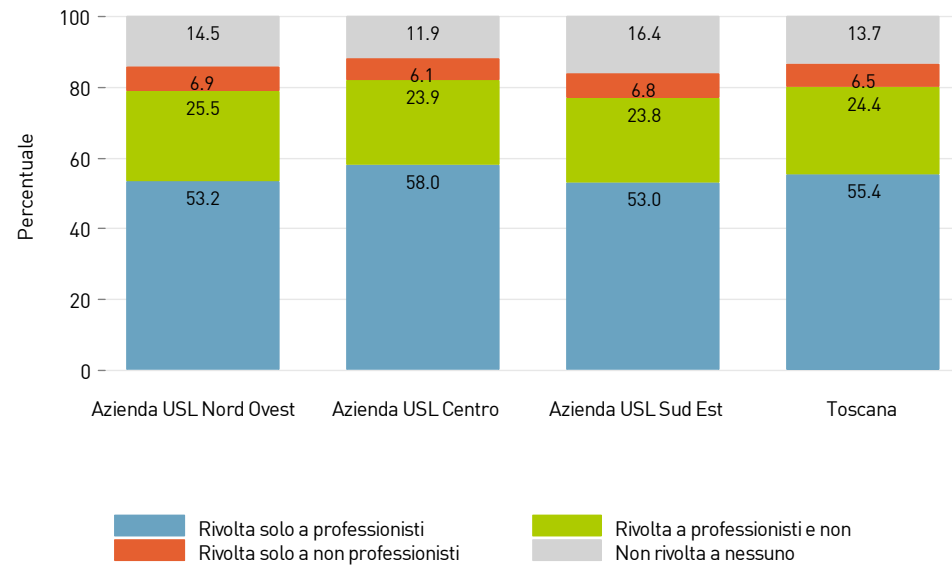


Figura 42. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento per tipologia di supporto cercato. Livello di analisi per azienda di residenza (T12)

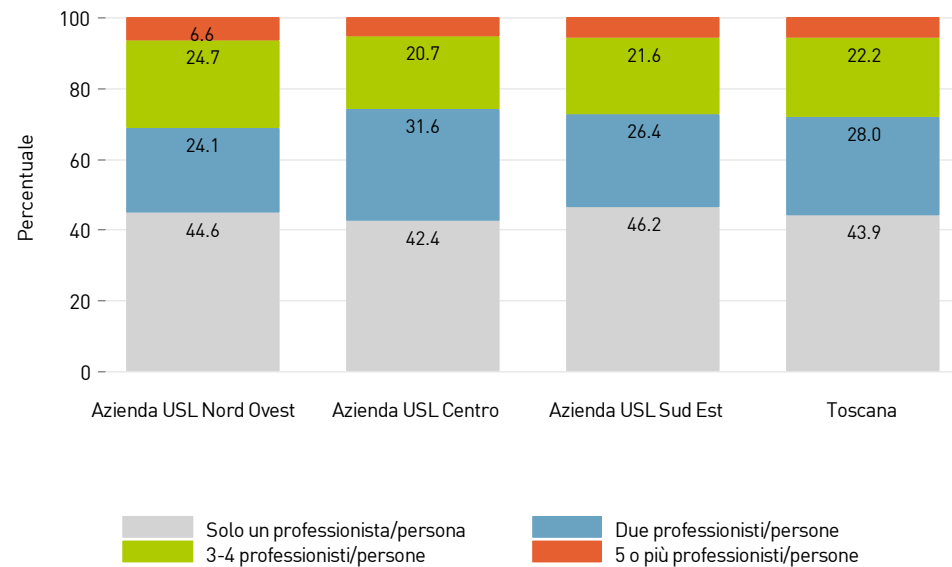


Figura 43. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento per numero di professionisti/persone cui si sono rivolte. Livello di analisi per azienda di residenza (T12)

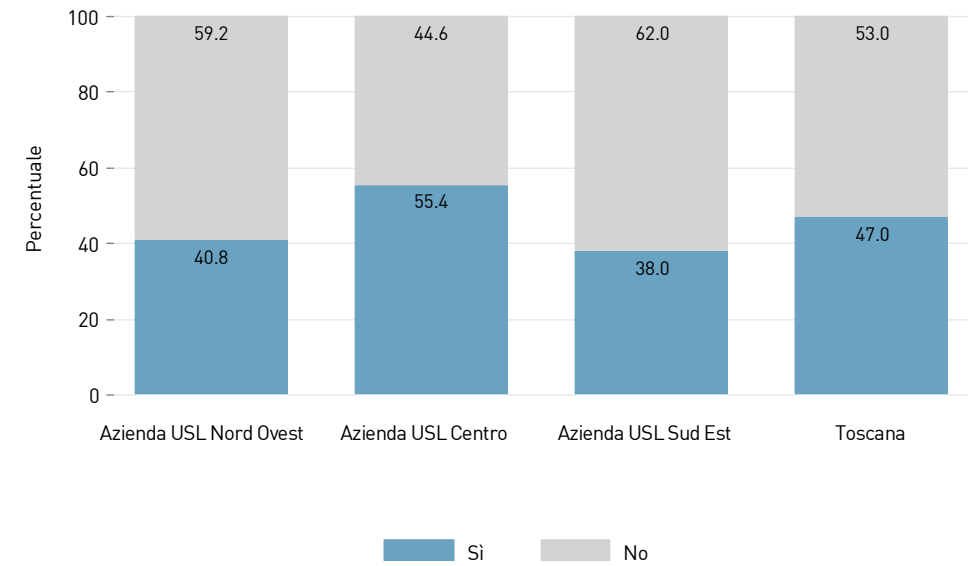


Figura 44. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento e si sono rivolte al consultorio. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T12)

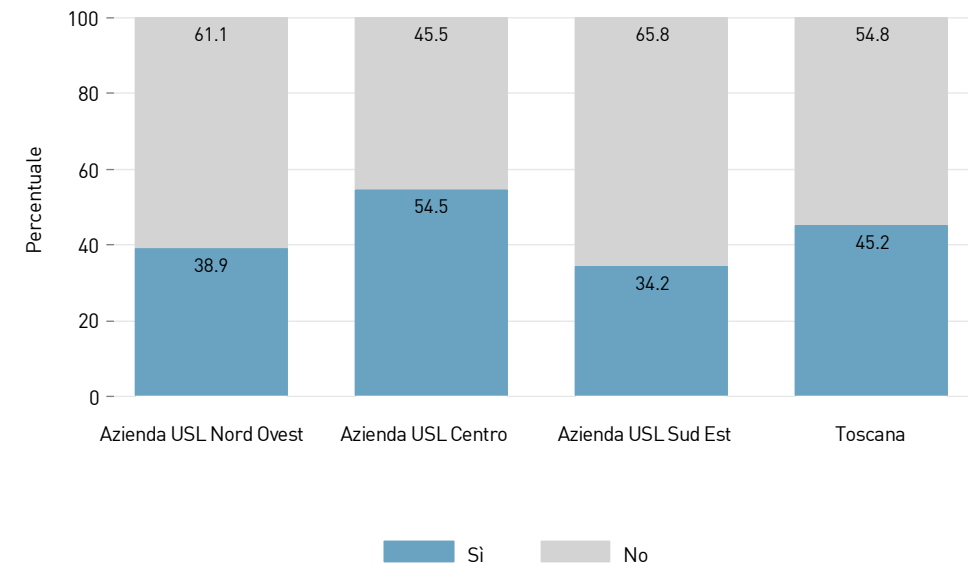


Figura 45. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento e si sono rivolte all'ostetrica del consultorio. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T12)

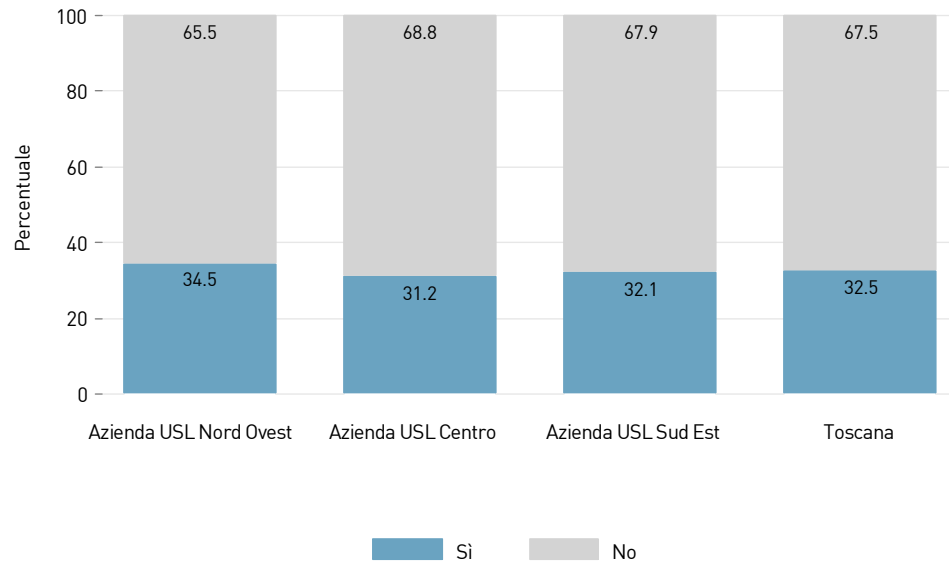


Figura 46. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento e si sono rivolte all'ospedale. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T12)

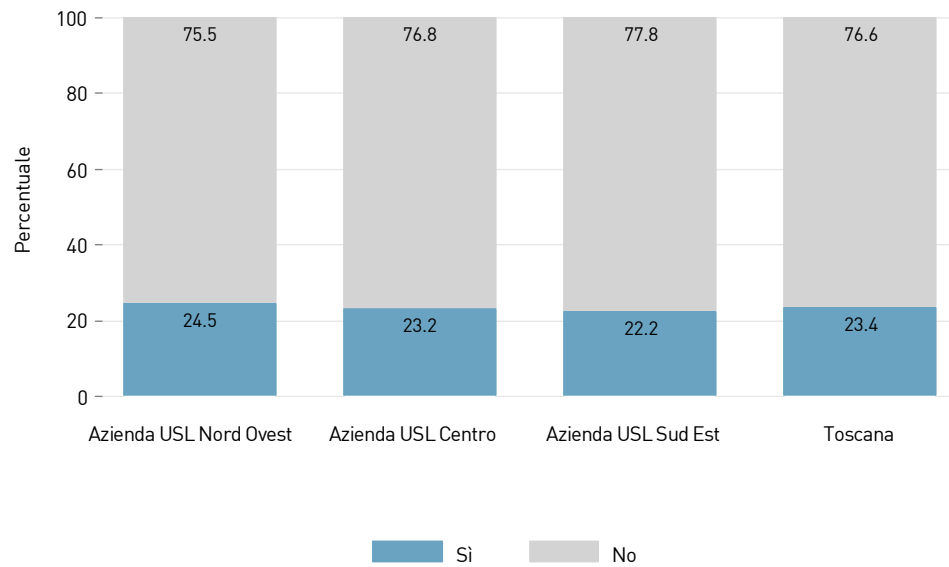


Figura 47. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento e si sono rivolte all'ostetrica ospedaliera. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T12)

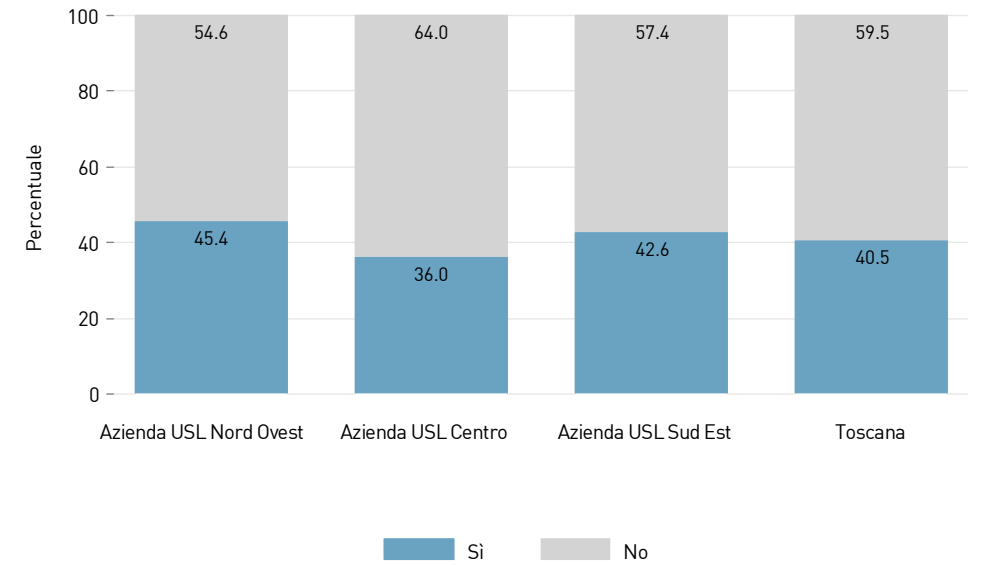


Figura 48. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento e si sono rivolte al pediatra di famiglia. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T12)

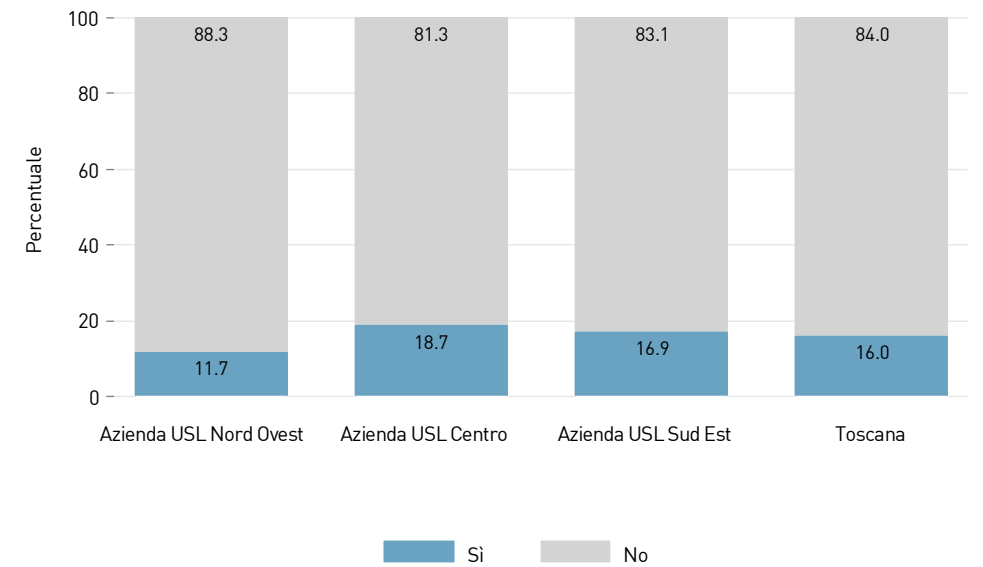


Figura 49. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento e si sono rivolte a un professionista privato. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T12)

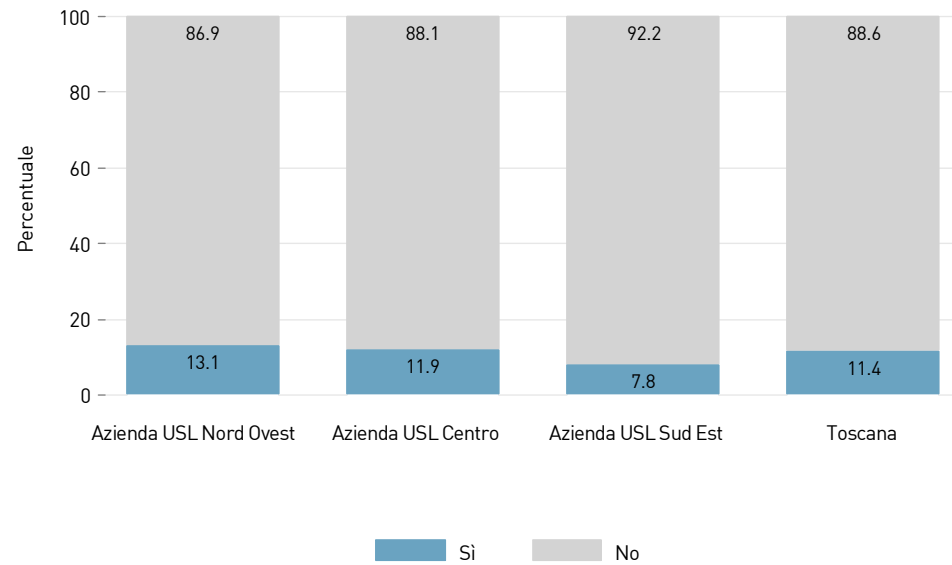


Figura 50. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento e si sono rivolte al consulente per l'allattamento. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T12)

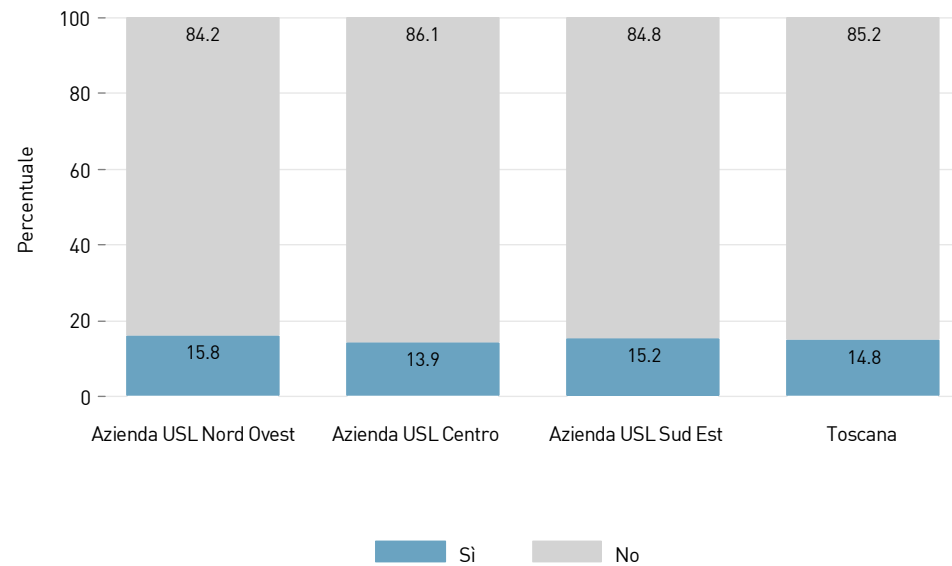


Figura 51. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento e si sono rivolte ad una singola mamma o gruppo di mamme. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T12)

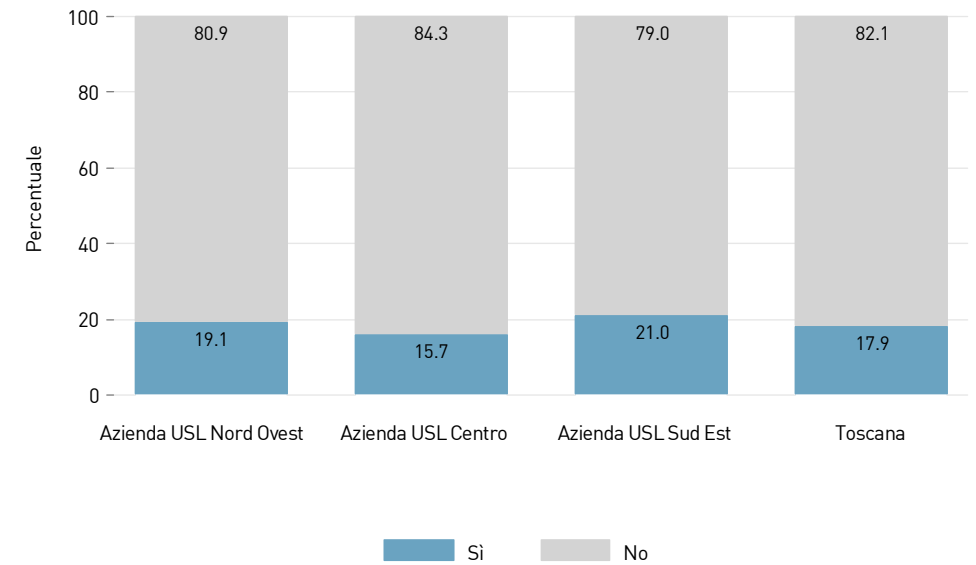


Figura 52. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento e si sono rivolte a familiari ed amici. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T12)

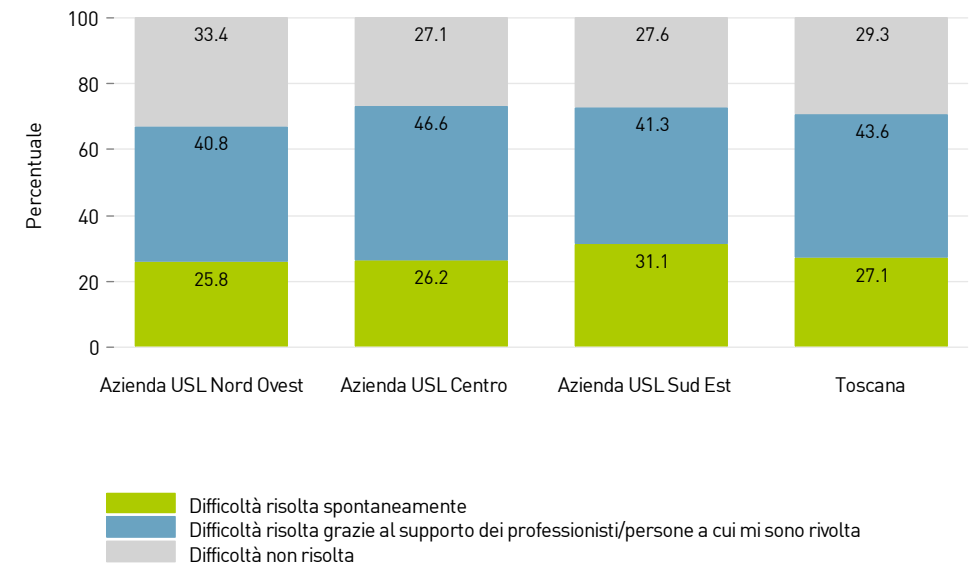


Figura 53. Distribuzione delle donne che hanno avuto difficoltà con l'allattamento e si sono rivolte a qualcuno per il tipo di risoluzione del problema. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T12)

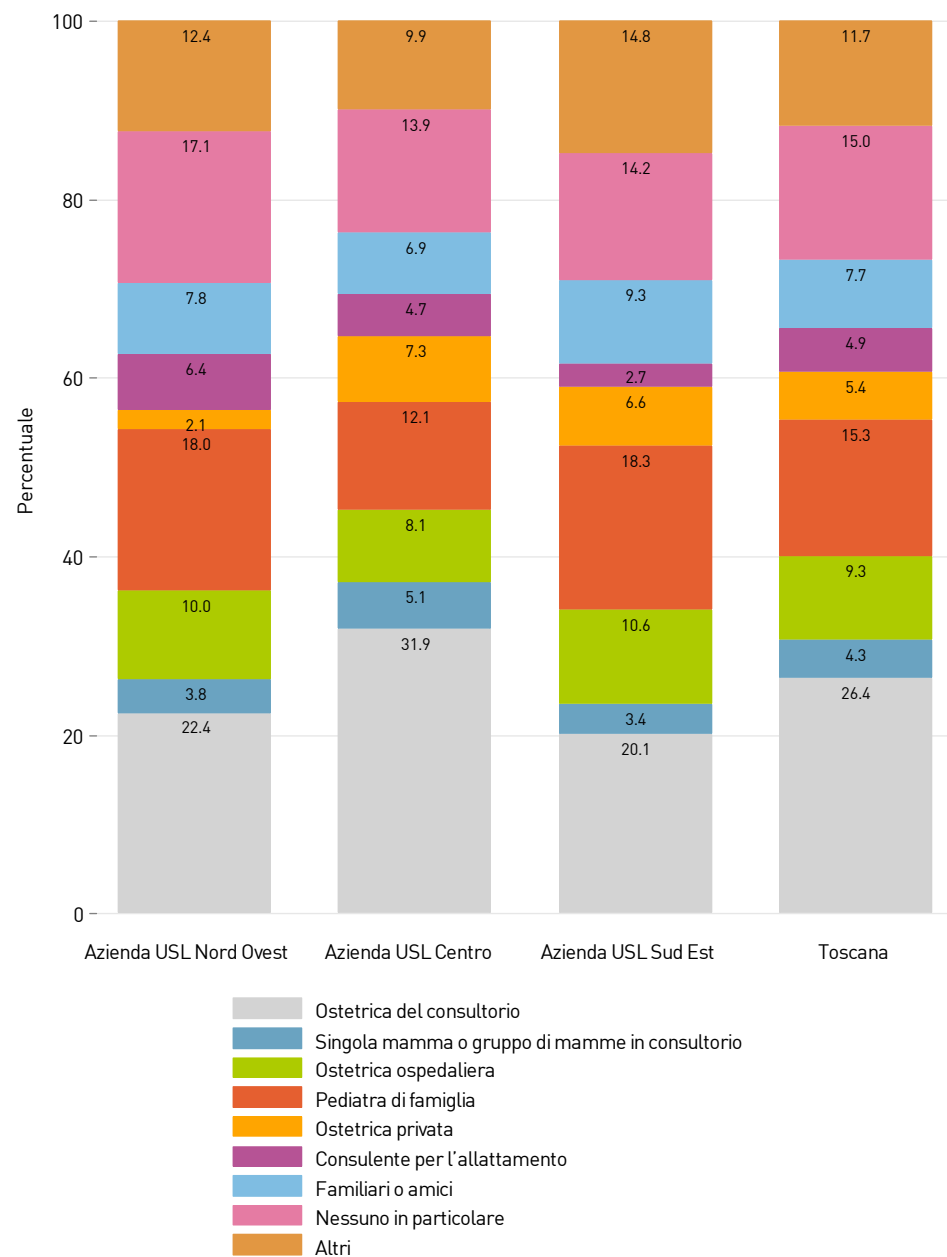


Figura 54. Distribuzione delle donne per il maggior supporto ricevuto da professionisti/ persone cui si sono rivolte per le difficoltà con l'allattamento. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T12)

Fattori che influenzano l'allattamento

Manila Bonciani e Barbara Lupi, Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna

Uno degli obiettivi del monitoraggio dell'allattamento materno in Toscana è stato quello di identificare, grazie all'utilizzo dell'indagine longitudinale, i fattori che influenzano gli *outcome* chiave del monitoraggio stesso: allattamento esclusivo a tre mesi, allattamento esclusivo a sei mesi e allattamento a dodici mesi.

Nella prima parte del report sono stati messi in evidenza alcuni fattori che risultavano associati ad una maggior prevalenza dell'allattamento esclusivo a tre mesi. Di seguito riportiamo i risultati delle associazioni monovariate della prevalenza dell'allattamento esclusivo a sei mesi e dell'allattamento a dodici mesi con alcune caratteristiche socio-demografiche e personali delle madri, la loro condizione lavorativa e la ripresa del lavoro per le occupate, alcuni aspetti chiave dell'assistenza nel percorso nascita. Vengono infine mostrati gli *odds ratios*, calcolati attraverso le analisi logistiche multivariate, utilizzando le tre variabili dipendenti relative all'allattamento e le variabili indipendenti che già nelle analisi monovariate risultano d'interesse.

Caratteristiche socio-demografiche e personali delle madri

L'età, la cittadinanza, il titolo di studio, la parità e l'indice di massa corporea sono tra le caratteristiche individuali delle madri che sono associate all'allattamento.

- Mentre a tre mesi erano le donne tra 30 e 34 anni ad allattare in maniera esclusiva più frequentemente delle ultraquarantenni e delle giovani sotto i 25 anni, a sei mesi il vantaggio delle 30-34enni sembra mantenersi solo con le più giovani, che hanno i valori più bassi di allattamento esclusivo (14%), mentre le ultraquarantenni mostrano la prevalenza maggiore di allattamento esclusivo (18%). Anche a dodici mesi si conferma questo gradiente nelle fasce di età rispetto all'allattamento, con le over 40 che risultano allattare ancora nel 52% dei casi, con valori più alti rispetto a tutte le fasce di età più basse. Le under 25, tuttavia, non sono più il gruppo con la prevalenza di allattamento più basso, perché continuano ad allattare analogamente alle donne di 30-34 anni (48%), mostrando una prevalenza maggiore del gruppo di età tra 25 e 29 anni.
- Nella rilevazione a tre mesi era stata messa in rilievo una prevalenza di allattamento predominante particolarmente alta tra le donne straniere di Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), sia rispetto alle italiane che alle straniere di Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA). Questo dato viene man-

tenuto anche a sei mesi. Si conferma quindi che, sebbene le PFFPM allattino maggiormente delle italiane, anche solo in riferimento dell'allattamento completo, hanno rispetto a loro una prevalenza più bassa di allattamento esclusivo (14% vs 16%). Le donne PSA invece confermano valori più alti di allattamento esclusivo a sei mesi dal parto (25%). A dodici mesi la situazione cambia significativamente, con le donne PFFPM che hanno una prevalenza di allattamento del 58%, staccando di dieci punti percentuali il gruppo delle italiane e superando comunque anche le donne PSA (56%).

- A sei mesi si sono livellati i valori delle prevalenze dell'allattamento tra il gruppo di donne a basso titolo studio e quello con titolo di studio medio, corrispondente al diploma della scuola secondaria superiore. Quest'ultimo gruppo ha il valore più basso dell'allattamento esclusivo a sei mesi (13%). Si conferma invece il vantaggio delle donne con alto titolo di studio, che continuano ad allattare a sei mesi nel 20% dei casi. Anche in questo caso l'allattamento prolungato ad un anno di vita del bambino presenta differenze rispetto al pattern precedentemente osservato: sono infatti le donne a basso titolo di studio ad allattare più frequentemente (54%) di coloro con alto titolo di studio (51%) e con titolo di studio medio, fascia di età a cui corrisponde la prevalenza più bassa di allattamento (45%).
- Come risaputo, le donne pluripare, che già allattavano esclusivamente a tre mesi molto più delle primipare, continuano a farlo anche a sei mesi (18% vs 14%). Anche ad un anno di vita del bambino, le pluripare allattano più delle primipare (51% vs 47%).
- Altro fattore notoriamente associato all'allattamento, è l'indice di massa corporea della madre (Driul et al., 2012). Come per l'allattamento esclusivo a tre mesi, anche a sei mesi le donne normopeso allattano in maniera esclusiva più frequentemente (16%) rispetto a quelle sovrappeso (15%) ed obese (12%). Il gruppo delle donne sottopeso ha ridotto a sei mesi le differenze che aveva registrato a tre mesi rispetto a quello delle normopeso. A dodici mesi, si osservano analoghi scarti nelle prevalenze dell'allattamento, con un'inversione di andamento tra il gruppo delle donne sottopeso, nel quale è più frequente l'interruzione dell'allattamento, ed il gruppo delle donne sovrappeso, che invece continuano più frequentemente l'allattamento prolungato. Le percentuali di donne che allattano a dodici mesi è 46% per le sottopeso, 49% per le normopeso, 50% per le sovrappeso e 42% per le obese.

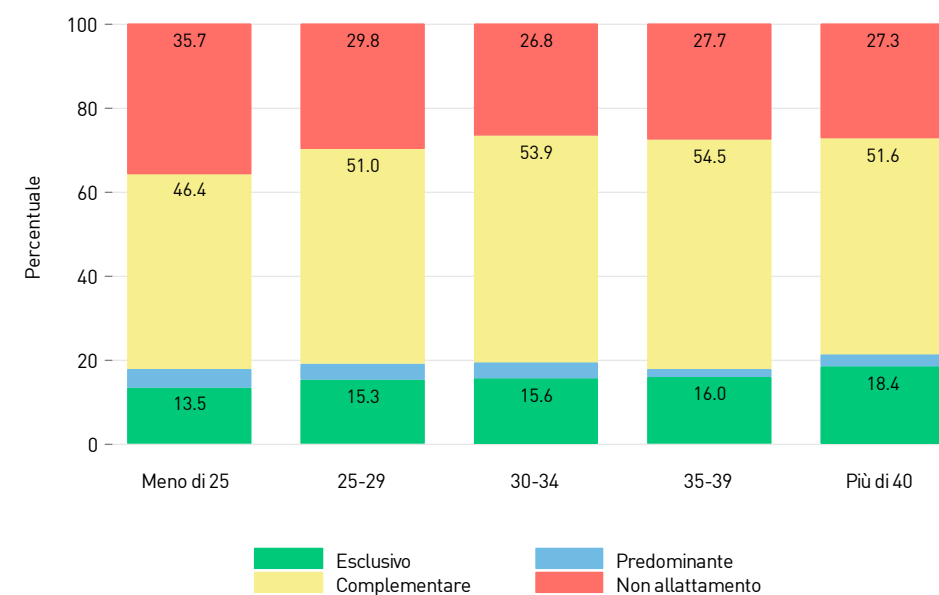


Figura 55. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per fascia di età della madre. (p<0,001) (T6/Reclutamento PN)

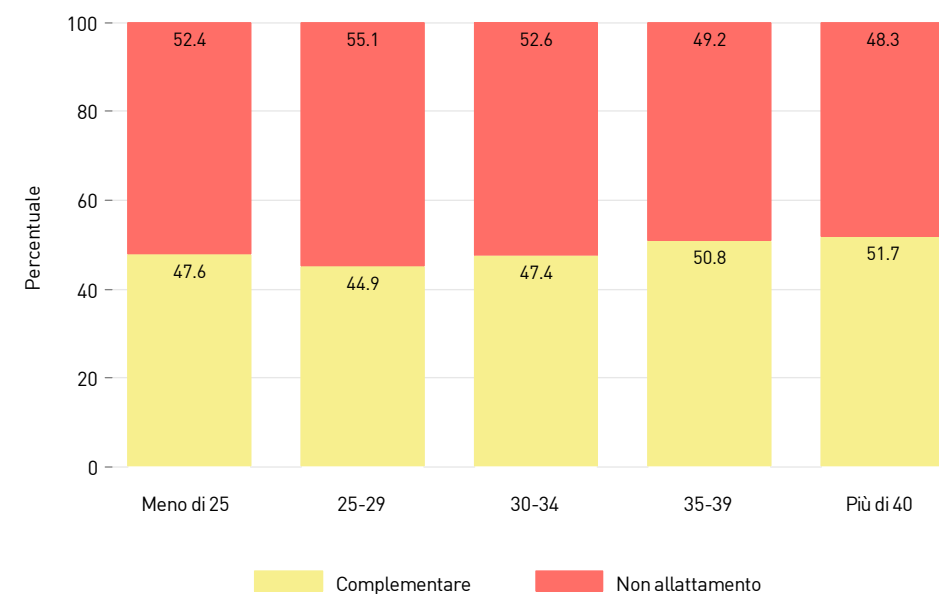


Figura 56. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per fascia di età della madre. (p<0,001) (T12/Reclutamento PN)

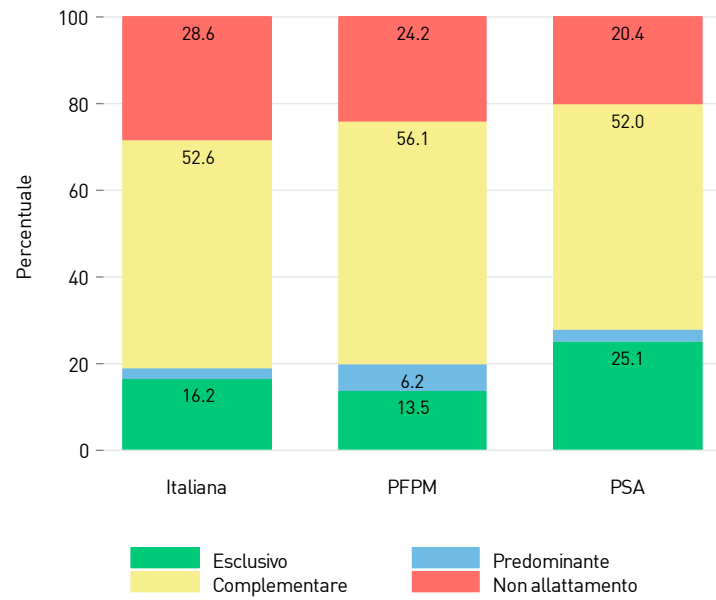


Figura 57. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per cittadinanza della madre. (p<0,001) (T6/ Reclutamento PN)

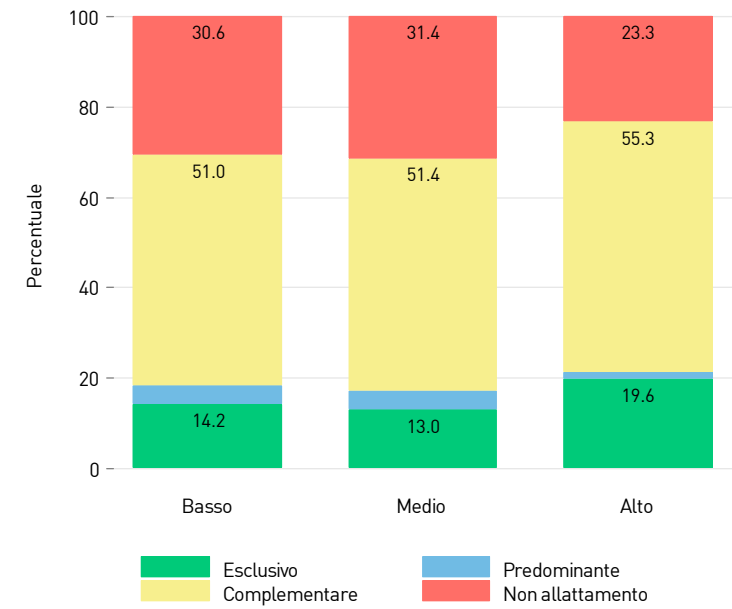


Figura 59. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per titolo di studio della madre. (p<0,001) (T6/ Reclutamento PN)

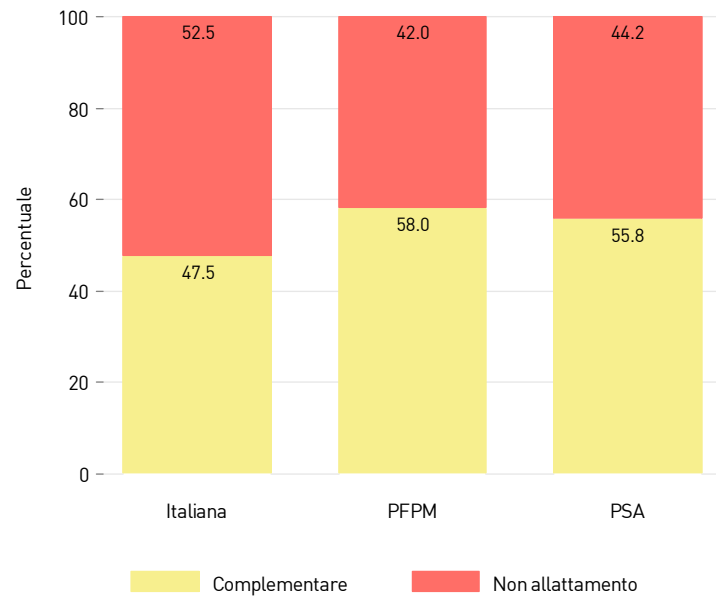


Figura 58. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per cittadinanza della madre. (p<0,001) (T12/ Reclutamento PN)

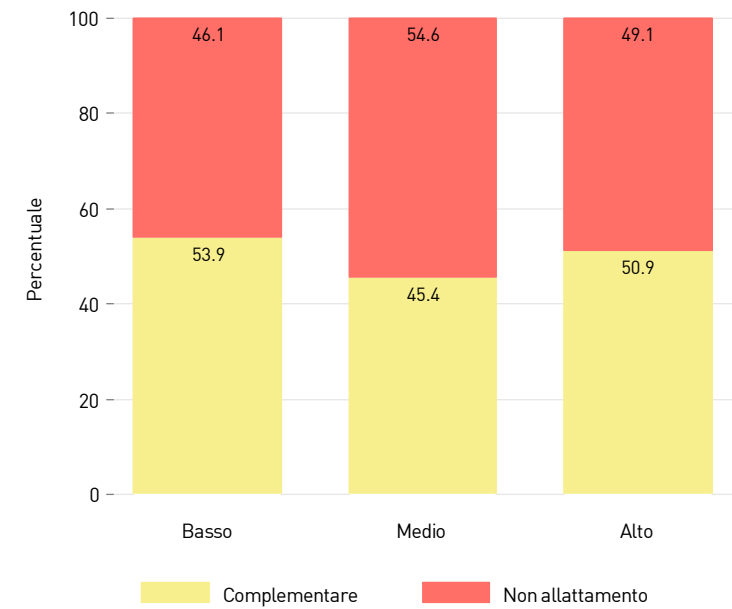


Figura 60. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per titolo di studio della madre. (p<0,001) (T12/ Reclutamento PN)

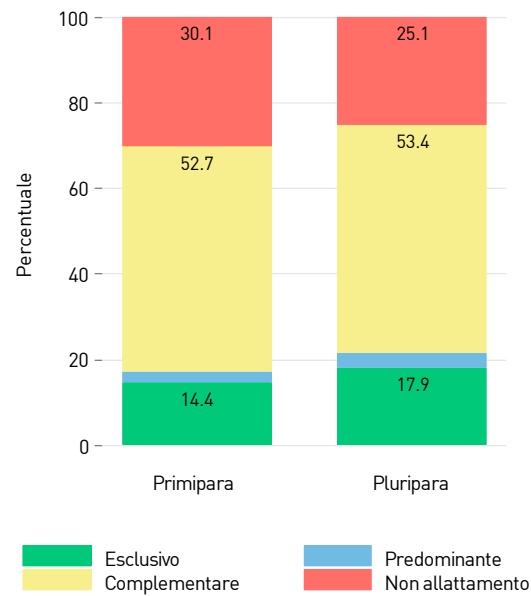


Figura 61. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per parità. (p<0,001) (T6/Reclutamento PN)

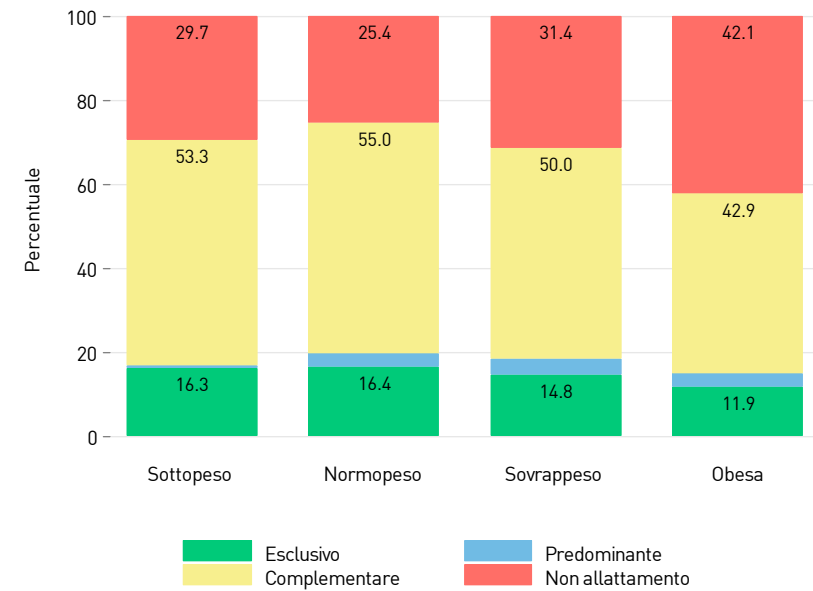


Figura 63. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per indice di massa corporea (BMI) della madre. (p<0,001) (T6/Reclutamento PN)

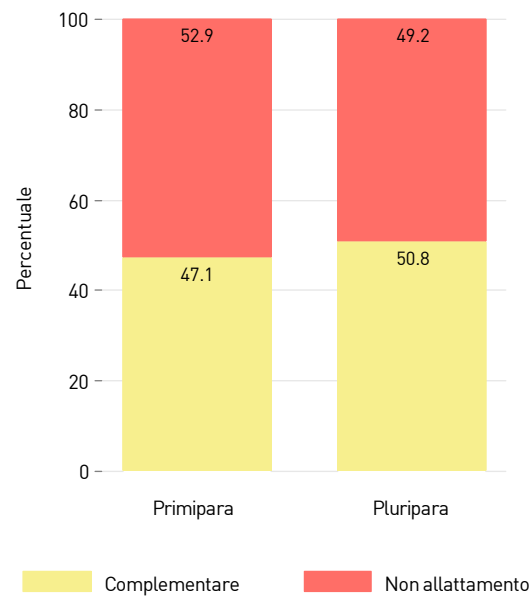


Figura 62. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per parità. (p<0,001) (T12/Reclutamento PN)

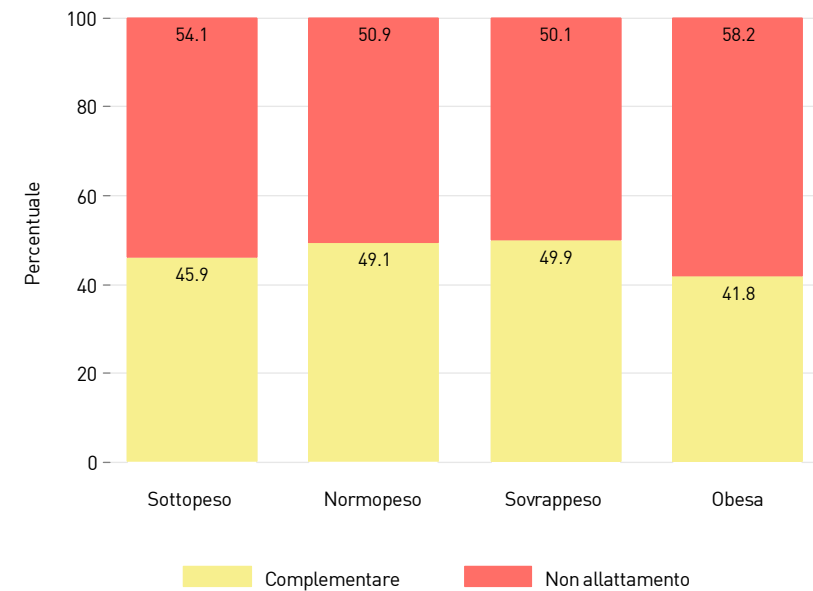


Figura 64. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per indice di massa corporea (BMI) della madre. (p<0,001) (T12/Reclutamento PN)

Condizione lavorativa e ripresa del lavoro

La dimensione lavorativa è particolarmente rilevante nell'analisi delle prevalenze dell'allattamento, dal momento che madri lavoratrici hanno meno probabilità di continuare ad allattare in maniera prolungata rispetto a chi non lavora (Johnston, Esposito, 2007; Skafida, 2012).

In realtà era stato osservato che a tre mesi dal parto le donne occupate prima della gravidanza allattavano esclusivamente più delle donne non occupate ed avevano un minor tasso di abbandono dell'allattamento, spiegabile con il fatto che la condizione di lavoratrice poteva rappresentare un *proxy* di una più alta condizione socio-economica e quindi giustificare una maggior prevalenza dell'allattamento, esclusivo e totale. A sei mesi le occupate hanno invece una prevalenza di allattamento esclusivo più bassa delle non occupate (16% vs 17%), pur continuando ad allattare più a lungo, con il 27% di lavoratrici che hanno smesso di allattare rispetto al 31% delle non occupate.

A questo momento della rilevazione, infatti, il 47% circa delle donne lavoratrici hanno ripreso a lavorare (con un range dal 50% all'82% a livello di Zona-distretto, senza considerare il dato *outlier* della Zona dell'Elba) ed in particolare il 20% ha ripreso l'attività lavorativa proprio dal terzo al sesto mese.

La metà delle donne lavoratrici che hanno ripreso a lavorare entro i sei mesi riferiscono di utilizzare le riduzioni dell'orario lavorativo previste per l'allattamento (51%), e solo l'1% delle donne dichiara di non esserne a conoscenza. Eventualmente riferiscono di non utilizzare le riduzioni dell'orario perché non sono compatibili con l'attività professionale che svolgono (37%). Tuttavia si osserva che chi ha usufruito delle riduzioni dell'orario di lavoro non allatta in maniera esclusiva più della media regionale, né di chi non ne ha usufruito perché non compatibili con l'attività professionale.

Il 40% delle donne ha fatto uso del tiralatte o della spremitura manuale, quali strumenti per conciliare la ripresa del lavoro con la possibilità di continuare ad allattare, mentre nessuna ha riferito di non sapere di poterlo fare o di pensare che non fosse sicuro per il proprio figlio. Il 41% delle donne non l'ha utilizzato perché non ne ha avuto bisogno, mentre il 10% circa per scelta personale. Rimane da porre attenzione al fatto che una donna su dieci abbia detto di aver avuto difficoltà nel tirare o spremere il latte, mettendo in luce un aspetto su cui forse potrebbero essere maggiormente rafforzate le competenze individuali. Anche perché chi ha usato il tiralatte o fatto ricorso alla spremitura manuale allatta in maniera esclusiva di più e smette meno frequentemente di allattare rispetto a chi non li ha usati.

Al termine del *follow up* è emerso che il 14% delle donne lavoratrici non ha ripreso il lavoro, mentre il 43% l'ha fatto tra i 7 e 12 mesi di vita del bambino. In questo gruppo di donne, che hanno completato tutte le rilevazioni del monitoraggio, risulta leggermente anticipato il momento della ripresa del lavoro (hanno ripreso entro i sei mesi il 43%).

Se osserviamo come influisce la ripresa del lavoro sull'allattamento, emerge significativamente che chi non ha ripreso ancora a lavorare a sei mesi allatta in maniera esclusiva nel 19% dei casi, rispetto al 7% di coloro che hanno ricominciato a lavorare tra il terzo ed il sesto mese, esacerbando la differenza che già si

osservava a tre mesi per l'allattamento esclusivo. Le donne che hanno ripreso a lavorare entro il primo mese presentano invece una prevalenza di allattamento esclusivo più alta (circa 21%) anche di coloro che ancora non hanno ricominciato a lavorare. Seppur possa sembrare paradossale, in realtà questo sotto-gruppo del campione, di numerosità ridotta, è probabilmente composto da lavoratrici autonome, che possono tenere con sé il bambino pur lavorando, e quindi possono gestire l'allattamento senza particolari limitazioni. Questa ipotesi sembrerebbe confermata anche dal fatto che chi è rientrato nel secondo e terzo mese di vita del figlio, e quindi prima dei termini previsti dalla maternità obbligatoria, ha comunque una prevalenza di allattamento più alta delle donne che sono rientrate a lavoro tra tre e sei mesi.

A dodici mesi le donne che hanno ripreso a lavorare entro il primo mese continuano ad allattare nel 45% dei casi, le donne che hanno ripreso tra uno e sei mesi hanno una prevalenza di 40-41%, ed infine chi ha ripreso il lavoro tra sette e dodici mesi e chi ha ancora non è tornato a lavoro ha le prevalenze più alte di allattamento (rispettivamente 51% e 59%).

Quel vantaggio nell'allattamento che era stato quindi registrato a tre mesi tra le occupate rispetto alle non occupate, ad un anno di vita del bambino è stato completamente cancellato e sono più frequentemente le non occupate a continuare ad allattare (51% vs 48%).

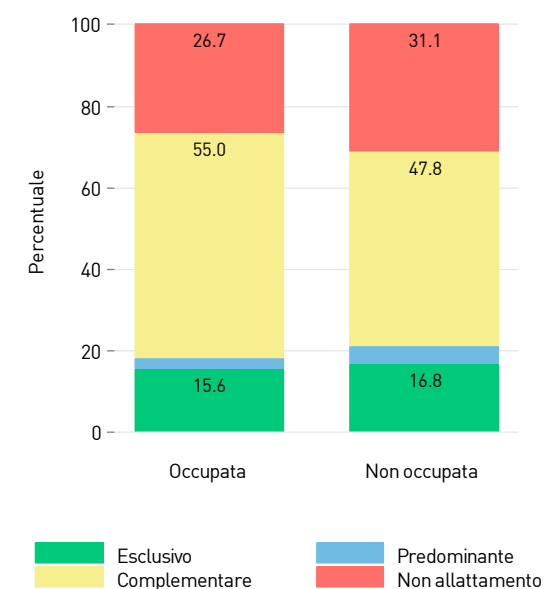


Figura 65. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per situazione lavorativa della madre. ($p < 0,001$) (T6/Reclutamento PN)

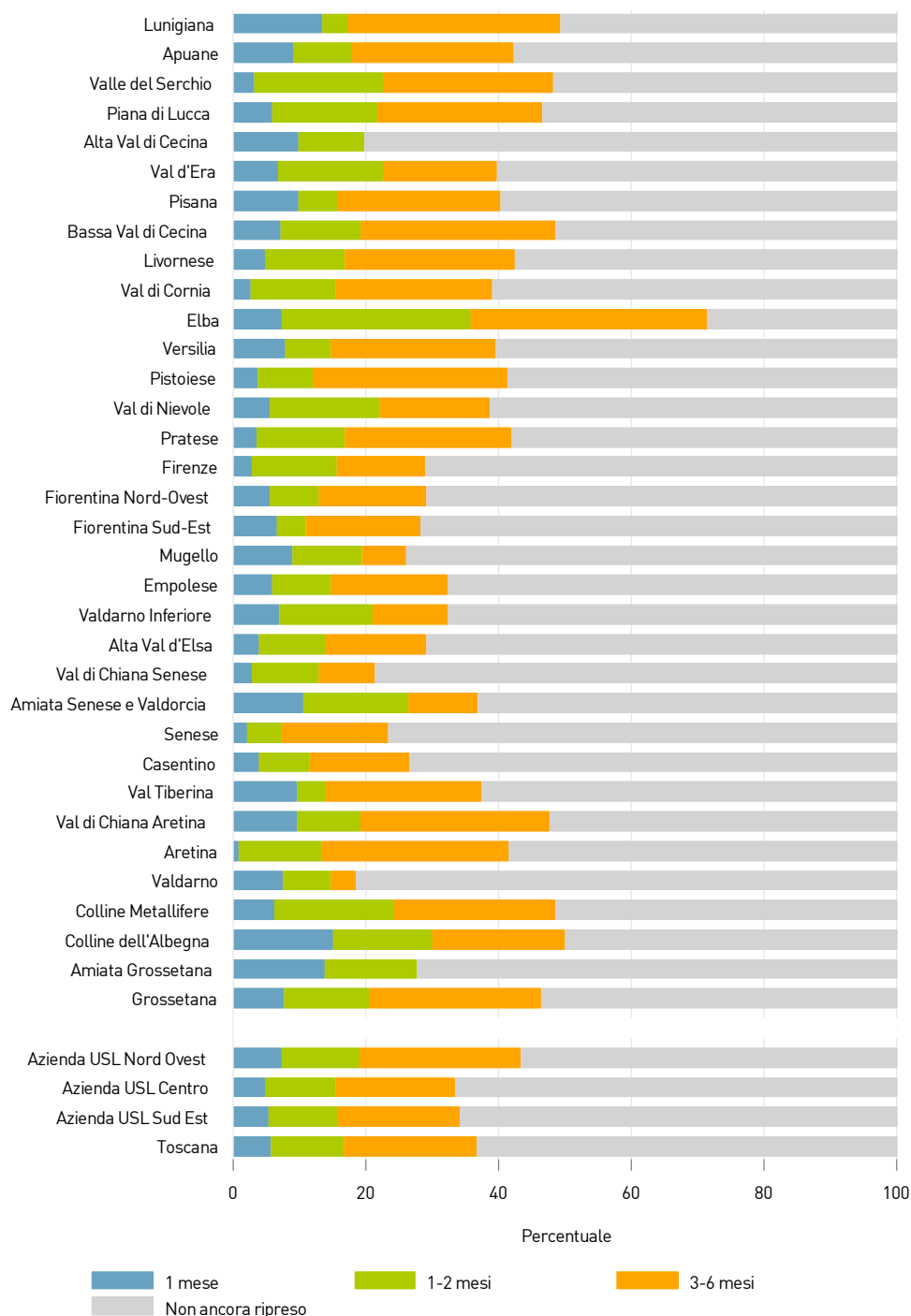


Figura 66. Distribuzione delle donne per tempistica della ripresa lavorativa. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T6)

Area Vasta	Zona-distretto	1 mese		1-2 mesi		3-6 mesi		Non ancora ripreso	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Nord Ovest	Lunigiana	18	13.6	6	4.5	42	31.8	66	50.0
	Apuane	42	9.0	42	9.0	115	24.4	272	57.7
	Valle del Serchio	6	3.2	37	19.4	50	25.8	100	51.6
	Piana di Lucca	50	5.8	137	15.8	216	25.0	461	53.3
	Alta Val di Cecina	5	10.0	5	10.0	.	.	41	80.0
	Val d'Era	44	6.8	103	15.9	110	17.0	388	60.2
	Pisana	88	9.8	53	5.9	220	24.5	537	59.8
	Bassa Val di Cecina	21	7.3	35	12.2	83	29.3	146	51.2
	Livornese	31	4.7	80	12.3	166	25.5	374	57.5
	Val di Cornia	5	2.6	27	13.2	49	23.7	124	60.5
	Elba	9	7.1	37	28.6	46	35.7	37	28.6
	Versilia	44	7.9	38	6.9	137	24.8	334	60.4
	Azienda USL Nord Ovest	364	7.2	600	11.8	1233	24.3	2881	56.7
	Centro	Pistoiese	27	3.7	63	8.5	216	29.3	432	58.5
Val di Nievole		29	5.6	87	16.7	87	16.7	319	61.1
Pratese		45	3.5	172	13.3	326	25.2	751	58.0
Firenze		53	2.8	243	12.8	254	13.3	1353	71.1
Florentina Nord-Ovest		59	5.4	83	7.5	178	16.1	782	71.0
Florentina Sud-Est		53	6.5	36	4.3	142	17.4	586	71.7
Mugello		26	8.8	31	10.5	21	7.0	219	73.7
Empolese		45	5.9	67	8.8	134	17.6	515	67.6
Valdarno Inferiore		26	7.0	51	14.0	43	11.6	247	67.4
Azienda USL Centro		363	4.7	833	10.7	1400	17.9	5204	66.7
Alta Val d'Elsa		13	3.8	33	10.3	50	15.4	229	70.5
Val di Chiana Senese		8	2.9	26	10.1	23	8.7	203	78.3
Amiata Senese e Valdorcia		10	10.5	15	15.8	10	10.5	60	63.2
Senese		12	2.1	29	5.3	88	16.0	423	76.6
Casentino	4	3.8	8	7.7	16	15.4	78	73.1	
Val Tiberina	9	9.5	5	4.8	23	23.8	59	61.9	
Sud Est	Val di Chiana Aretina	22	9.5	22	9.5	66	28.6	121	52.4
	Aretina	6	0.9	82	12.4	188	28.3	388	58.4
	Valdarno	34	7.4	34	7.4	17	3.7	378	81.5
	Colline Metallifere	8	6.1	24	18.2	32	24.2	69	51.5
	Colline dell'Albegna	24	15.0	24	15.0	32	20.0	80	50.0
	Amiata Grossetana	9	14.3	9	14.3	.	.	43	71.4
	Grossetana	34	7.6	57	13.0	115	26.0	236	53.4
	Azienda USL Sud Est	192	5.3	370	10.3	660	18.4	2368	66.0
	Regione	919	5.6	1802	10.9	3293	20.0	10452	63.5

Tabella 31. Distribuzione delle donne per tempistica della ripresa lavorativa. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T6)

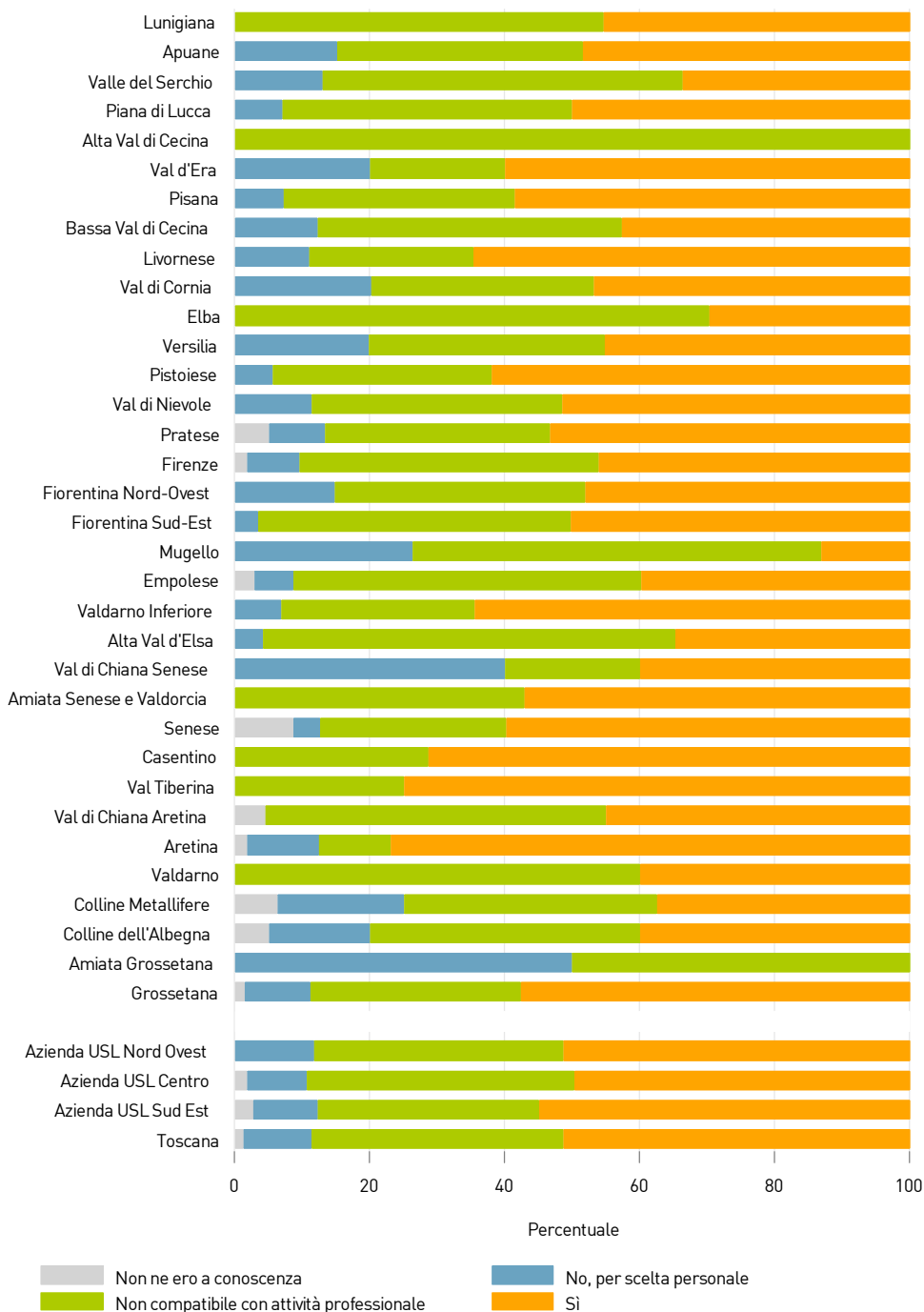


Figura 67. Distribuzione delle donne lavoratrici che hanno ripreso a lavorare per utilizzo delle riduzioni dell'orario lavorativo previste per l'allattamento. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T6)

Area Vasta	Zona-distretto	Non ne ero a conoscenza		No, per scelta personale		Non compatibile con la mia attività professionale		Sì	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Nord Ovest	Lunigiana	.	.	.	.	36	54.5	30	45.5
	Apuane	.	.	30	15.2	73	36.4	97	48.5
	Valle del Serchio	.	.	12	13.3	50	53.3	31	33.3
	Piana di Lucca	.	.	29	7.1	173	42.9	202	50.0
	Alta Val di Cecina	.	.	.	.	10	100.0	.	.
	Val d'Era	.	.	51	20.0	51	20.0	154	60.0
	Pisana	.	.	26	7.3	123	34.1	211	58.5
	Bassa Val di Cecina	.	.	17	12.5	63	45.0	59	42.5
	Livornese	.	.	31	11.1	67	24.4	178	64.4
	Val di Cornia	.	.	16	20.0	27	33.3	38	46.7
	Elba	.	.	.	.	64	70.0	27	30.0
	Versilia	.	.	44	20.0	77	35.0	99	45.0
	Pistoiese	.	.	18	5.9	99	32.4	189	61.8
	Val di Nievole	.	.	23	11.4	75	37.1	104	51.4
	Pratese	27	5.0	45	8.3	181	33.3	290	53.3
	Firenze	11	1.9	42	7.7	243	44.2	254	46.2
Azienda USL Nord Ovest	.	.	257	11.7	814	37.1	1126	51.2	
Centro	Fiorentina Nord-Ovest	.	.	47	14.8	118	37.0	154	48.1
	Fiorentina Sud-Est	.	.	9	3.8	107	46.2	115	50.0
	Mugello	.	.	21	26.7	47	60.0	10	13.3
	Empolese	7	3.0	15	6.1	127	51.5	97	39.4
	Valdarno Inferiore	.	.	9	7.1	34	28.6	77	64.3
	Azienda USL Centro	45	1.7	229	8.8	1031	39.7	1290	49.7
	Alta Val d'Elsa	.	.	4	4.3	58	60.9	33	34.8
	Val di Chiana Senese	.	.	23	40.0	11	20.0	23	40.0
	Amiata Senese e Valdorcia	.	.	.	.	15	42.9	20	57.1
	Senese	12	9.1	6	4.5	35	27.3	76	59.1
Sud Est	Casentino	.	.	.	.	8	28.6	21	71.4
	Val Tiberina	.	.	.	.	9	25.0	27	75.0
	Val di Chiana Aretina	6	5.0	.	.	55	50.0	50	45.0
	Aretina	6	2.1	29	10.6	29	10.6	212	76.6
	Valdarno	.	.	.	.	52	60.0	34	40.0
	Colline Metallifere	4	6.3	12	18.8	24	37.5	24	37.5
	Colline dell'Albegna	4	5.0	12	15.0	32	40.0	32	40.0
	Amiata Grossetana	.	.	9	50.0	9	50.0	.	.
	Grossetana	3	1.6	20	9.8	64	31.1	118	57.4
	Azienda USL Sud Est	35	2.8	115	9.4	402	32.9	670	54.8
Regione	Toscana	80	1.3	602	10.0	2247	37.4	3086	51.3

Tabella 32. Distribuzione delle donne lavoratrici che hanno ripreso a lavorare per utilizzo delle riduzioni dell'orario lavorativo previste per l'allattamento. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T6)

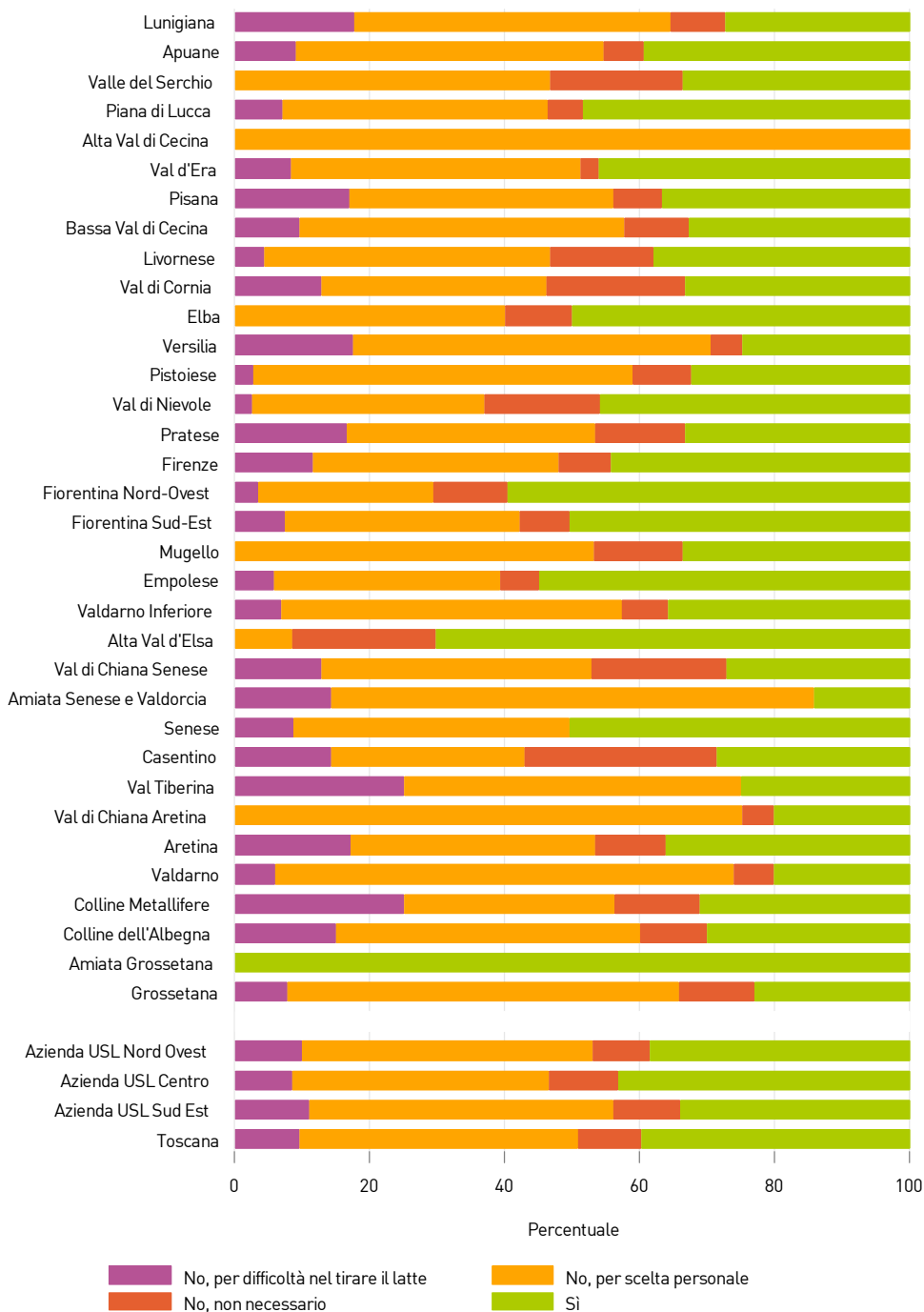


Figura 68. Distribuzione delle donne lavoratrici che hanno ripreso a lavorare per utilizzo del tirallatte o delle spremitura manuale per conciliare allattamento e lavoro. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T6)

Area Vasta	Zona-distretto	No, per difficoltà nel tirare il latte		No, per scelta personale		No, non necessario		Sì		
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
Nord Ovest	Lunigiana	12	18.2	6	9.1	30	45.5	18	27.3	
	Apuane	18	9.1	12	6.1	91	45.5	79	39.4	
	Valle del Serchio	.	.	19	20.0	44	46.7	31	33.3	
	Piana di Lucca	29	7.1	22	5.4	159	39.3	195	48.2	
	Alta Val di Cecina	.	.	.	.	10	100.0	.	.
	Val d'Era	22	8.6	7	2.9	110	42.9	117	45.7	
	Pisana	62	17.1	26	7.3	141	39.0	132	36.6	
	Bassa Val di Cecina	14	10.0	14	10.0	66	47.5	45	32.5	
	Livornese	12	4.4	43	15.6	116	42.2	104	37.8	
	Val di Cornia	11	13.3	16	20.0	27	33.3	27	33.3	
	Elba	.	.	9	10.0	37	40.0	46	50.0	
	Versilia	38	17.5	11	5.0	115	52.5	55	25.0	
	Pistoiese	9	2.9	27	8.8	171	55.9	99	32.4	
	Val di Nievole	6	2.9	35	17.1	70	34.3	93	45.7	
Centro	Pratese	91	16.7	72	13.3	199	36.7	181	33.3	
	Firenze	63	11.5	42	7.7	201	36.5	243	44.2	
	Fiorentina Nord-Ovest	12	3.7	36	11.1	83	25.9	190	59.3	
	Fiorentina Sud-Est	18	7.7	18	7.7	80	34.6	115	50.0	
	Mugello	.	.	10	13.3	42	53.3	26	33.3	
	Empolese	15	6.1	15	6.1	82	33.3	134	54.5	
	Valdarno Inferiore	9	7.1	9	7.1	60	50.0	43	35.7	
	Azienda USL Centro	222	8.5	264	10.2	987	38.0	1124	43.3	
	Sud Est	Alta Val d'Elsa	.	.	21	21.7	8	8.7	67	69.6
		Val di Chiana Senese	8	13.3	11	20.0	23	40.0	15	26.7
		Amiata Senese e Valdorcia	5	14.3	.	.	25	71.4	5	14.3
		Senese	12	9.1	.	.	53	40.9	65	50.0
		Casentino	4	14.3	8	28.6	8	28.6	8	28.6
		Val Tiberina	9	25.0	.	.	18	50.0	9	25.0
Val di Chiana Aretina		.	.	6	5.0	83	75.0	22	20.0	
Aretina		47	17.0	29	10.6	100	36.2	100	36.2	
Valdarno		6	6.7	6	6.7	57	66.7	17	20.0	
Colline Metallifere		16	25.0	8	12.5	20	31.3	20	31.3	
Colline dell'Albegna		12	15.0	8	10.0	36	45.0	24	30.0	
Amiata Grossetana		.	.	.	.	.	.	17	100.0
Grossetana		17	8.2	24	11.5	118	57.4	47	23.0	
Azienda USL Sud Est		135	11.1	121	9.9	549	45.0	416	34.1	
Regione	Toscana	575	9.6	570	9.5	2481	41.3	2389	39.7	

Tabella 33. Distribuzione delle donne lavoratrici che hanno ripreso a lavorare per utilizzo del tirallatte o delle spremitura manuale per conciliare allattamento e lavoro. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T6)

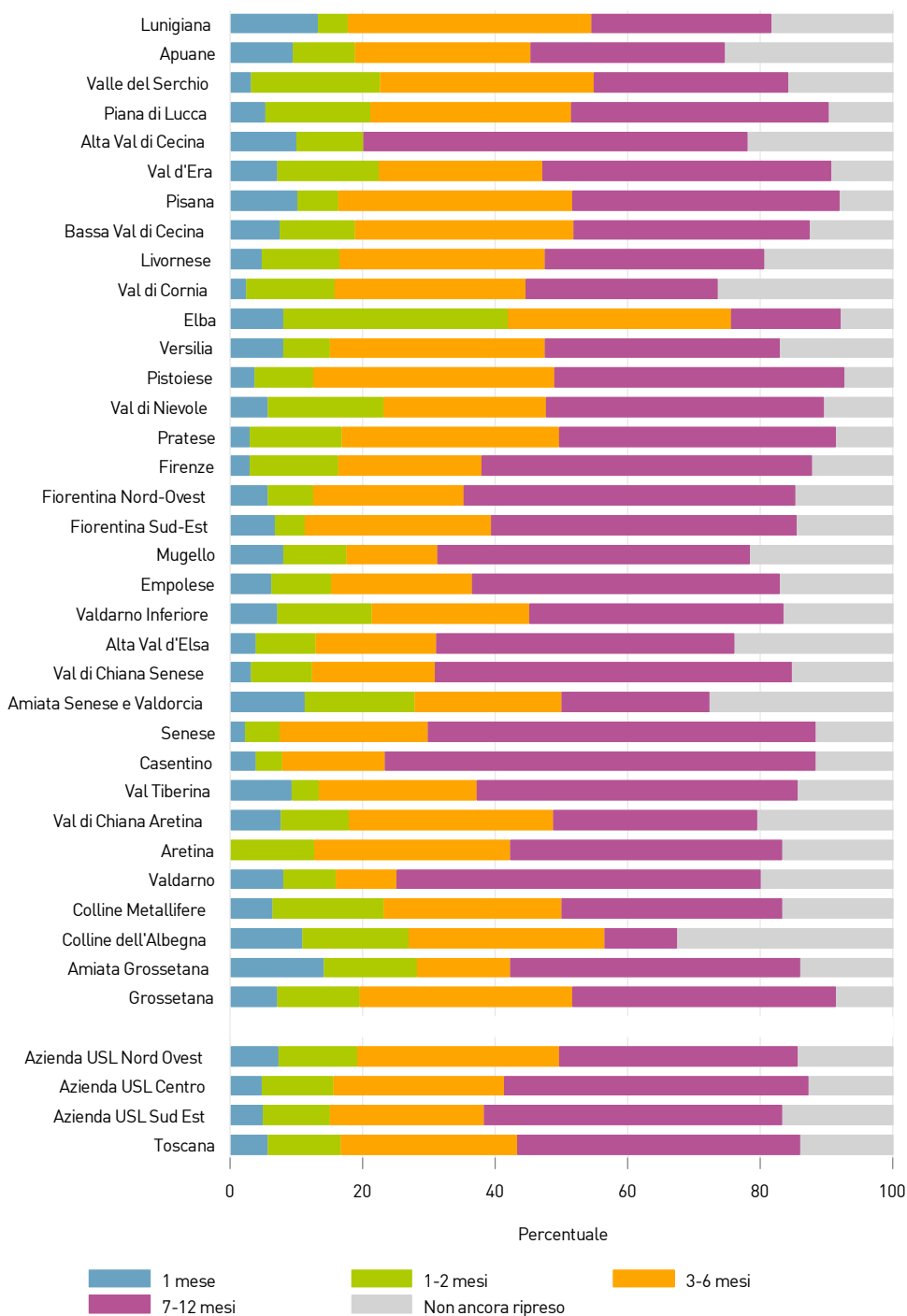


Figura 69. Distribuzione delle donne per tempistica della ripresa lavorativa. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T12)

Area Vasta	Zona-distretto	1 mese		1-2 mesi		3-6 mesi		7-12 mesi		Non ancora ripreso		
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
Nord Ovest	Lunigiana	19	13.6	6	4.5	51	36.4	38	27.3	25	18.2	
	Apuane	45	9.3	45	9.3	129	26.7	142	29.3	122	25.3	
	Valle del Serchio	6	3.2	38	19.4	64	32.3	57	29.0	32	16.1	
	Piana di Lucca	47	5.3	140	15.9	265	30.1	343	38.9	86	9.7	
	Alta Val di Cecina	6	11.1	6	11.1	.	.	29	55.6	12	22.2	
	Val d'Era	47	7.1	102	15.3	165	24.7	291	43.5	63	9.4	
	Pisana	90	10.1	54	6.1	315	35.4	360	40.4	72	8.1	
	Bassa Val di Cecina	22	7.6	33	11.4	95	32.9	102	35.4	36	12.7	
	Livornese	32	4.9	77	11.7	205	31.1	217	33.0	128	19.4	
	Val di Cornia	6	2.6	28	13.2	62	28.9	62	28.9	56	26.3	
	Elba	11	8.3	43	33.3	43	33.3	22	16.7	11	8.3	
	Versilia	45	8.1	39	7.1	180	32.3	196	35.4	95	17.2	
	Azienda USL Nord Ovest	375	7.3	612	11.9	1572	30.5	1859	36.1	738	14.3	
	Centro	Pistoiese	27	3.8	64	8.8	265	36.2	320	43.7	55	7.5
		Val di Nievole	30	5.8	90	17.4	126	24.4	215	41.9	54	10.5
		Pratese	38	2.9	180	13.9	427	32.8	541	41.6	114	8.8
		Firenze	56	2.9	256	13.4	412	21.5	958	50.0	234	12.2
Fiorentina Nord-Ovest		62	5.7	74	6.8	246	22.7	542	50.0	160	14.8	
Fiorentina Sud-Est		56	6.7	37	4.5	233	28.1	381	46.1	121	14.6	
Mugello		23	7.8	29	9.8	40	13.7	138	47.1	63	21.6	
Empolese		46	6.1	69	9.1	161	21.2	353	46.5	130	17.2	
Valdarno Inferiore		26	7.1	53	14.3	88	23.8	141	38.1	62	16.7	
Azienda USL Centro		364	4.7	852	10.9	1999	25.6	3590	46.0	993	12.7	
Sud Est		Alta Val d'Elsa	13	3.9	30	9.2	60	18.4	146	44.7	77	23.7
	Val di Chiana Senese	8	3.1	24	9.2	48	18.5	141	53.8	40	15.4	
	Amiata Senese e Valdorcia	10	11.1	15	16.7	20	22.2	20	22.2	25	27.8	
	Senese	12	2.1	30	5.3	126	22.3	330	58.5	66	11.7	
	Casentino	4	4.0	4	4.0	17	16.0	68	64.0	13	12.0	
	Val Tiberina	10	9.5	5	4.8	24	23.8	48	47.6	14	14.3	
	Val di Chiana Aretina	17	7.7	23	10.3	69	30.8	69	30.8	46	20.5	
	Aretina	.	.	83	12.7	191	29.4	267	41.2	108	16.7	
	Valdarno	37	8.0	37	8.0	43	9.3	251	54.7	92	20.0	
	Colline Metallifere	9	6.7	21	16.7	34	26.7	43	33.3	21	16.7	
	Colline dell'Albegna	17	10.8	26	16.2	47	29.7	17	10.8	51	32.4	
Regione	Amiata Grossetana	9	14.3	9	14.3	9	14.3	26	42.9	9	14.3	
	Grossetana	31	7.0	56	12.5	142	32.0	177	39.8	38	8.6	
	Azienda USL Sud Est	176	4.9	362	10.1	830	23.2	1603	44.9	601	16.8	
	Toscana	915	5.5	1826	11.0	4401	26.6	7052	42.7	2333	14.1	

Tabella 34. Distribuzione delle donne per tempistica della ripresa lavorativa. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T12)

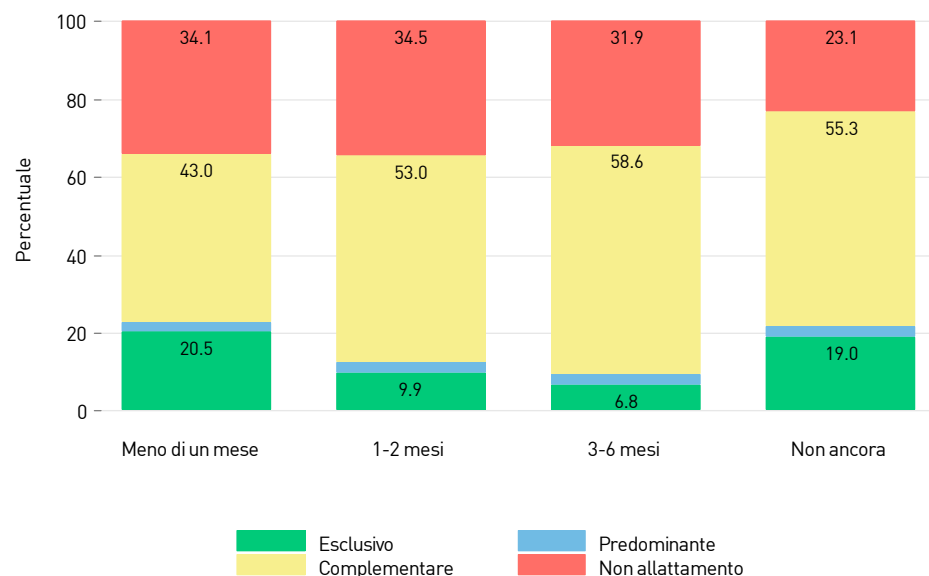


Figura 70. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per tempistica della ripresa lavorativa. (p<0,001) (T6)

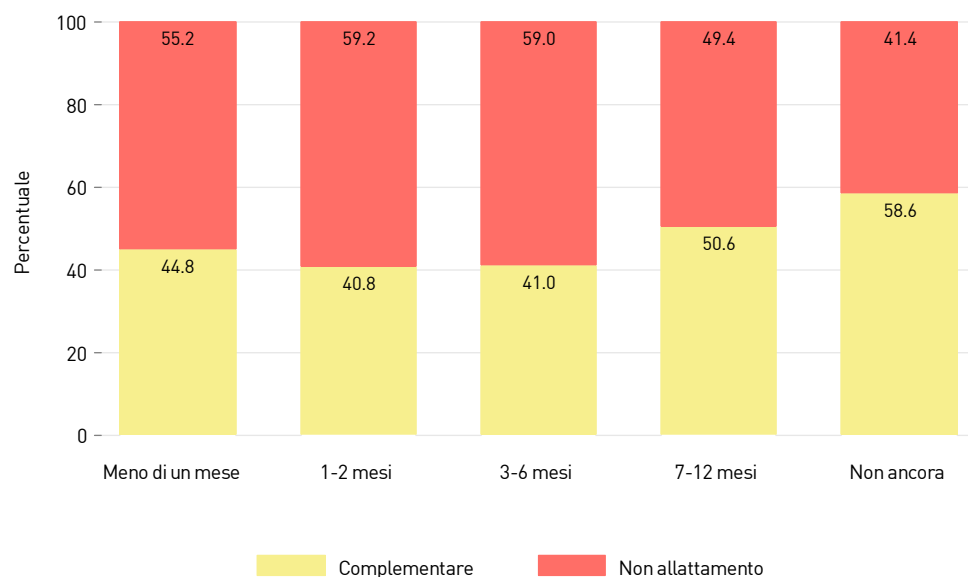


Figura 71. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per tempistica della ripresa lavorativa. (p<0,001) (T12)

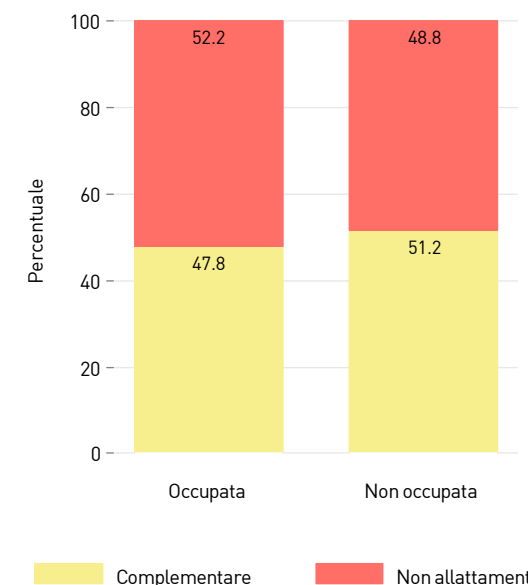


Figura 72. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per situazione lavorativa della madre. (p<0,001) (T12/Reclutamento PN)

Offerta assistenziale nel percorso nascita

Al di là dei fattori individuali delle madri che influenzano negativamente l'allattamento, che è importante che il sistema sanitario conosca al fine di promuovere eventuali interventi per un maggior supporto rivolto alle donne che presentano tali condizioni di svantaggio, l'interesse principale è quello di identificare se nell'offerta assistenziale del percorso nascita ci sono aspetti positivamente associati all'allattamento o elementi che ne costituiscono un ostacolo.

In riferimento alla gravidanza, innanzitutto si osserva che a sei mesi, così come era stato notato nella rilevazione a tre mesi, le donne che sono state seguite in consultorio allattano in maniera esclusiva un po' più frequentemente delle donne seguite da professionisti ospedalieri o privati (rispettivamente 17%, 16% e 15%) e soprattutto hanno un minor abbandono dell'allattamento (24% rispetto al 27% delle donne seguite in ospedale ed al 30% di chi si rivolge al settore privato. Questo gradiente positivo dei servizi consultoriali per l'allattamento si conferma ed amplifica a dodici mesi, con il 58% delle donne seguite in consultorio durante la gravidanza che continua ad allattare, rispetto al 47% delle donne seguite in ospedale ed al 46% delle donne seguite privatamente.

Per le donne seguite nel settore pubblico, dall'ostetrica piuttosto che dal ginecologo comporta allattare di più in maniera esclusiva a sei mesi (19% vs 16%), avere meno smesso di allattare in questo periodo (23% vs 26%) e di continuare ad allattare di più a dodici mesi (59% vs 50%).

Anche la partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN)

già a tre mesi era collegata ad una maggior prevalenza di allattare esclusivamente e di non aver smesso di allattare, confermata anche a sei e dodici mesi: coloro che hanno seguito un CAN, infatti, hanno una prevalenza di allattamento esclusivo a sei mesi del 17% rispetto al 15% di chi non vi ha preso parte e una prevalenza di allattamento prolungato ad un anno del 51% rispetto al 46% di chi non ha partecipato a nessun CAN.

Rimane significativo il gradiente sulla prevalenza dell'allattamento, sia esclusivo che totale a sei mesi, sia prolungato ad un anno, che aumenta all'aumentare della valutazione positiva del CAN rispetto all'utilità per l'allattamento. Si passa quindi dal 14% al 24% di allattamento esclusivo a sei mesi tra il gruppo di mamme che hanno valutato per niente utile il CAN per l'allattamento e quello che lo ha giudicato completamente utile, così come dal 44% al 62% di allattamento ad un anno di vita del bambino.

In riferimento all'assistenza erogata nei Punti Nascita, coloro che hanno partorito in un *Baby Friendly Hospital* allattano esclusivamente a sei mesi nel 19% dei casi, rispetto al 14% delle donne che hanno partorito in un ospedale senza certificazione BFH, così come allattano più frequentemente a dodici mesi (53% vs 45%).

Si osservano differenze significative anche tra chi ha avuto un parto spontaneo, un taglio cesareo e un parto operativo: più spesso le prime allattano in maniera esclusiva a 6 mesi (17% vs 15% e 10%) e continuano ad allattare a dodici mesi (50% vs 46% e 45%).

Rispetto al contatto pelle a pelle, le donne che avevano potuto tenere per più di un'ora il bambino a contatto con il proprio corpo già allattavano di più in maniera esclusiva a tre mesi e continuano a farlo a sei mesi, così come allattano a dodici mesi più spesso degli altri gruppi.

Il livello di concordanza tra le informazioni fornite al Punto Nascita è un ulteriore aspetto critico, riguardo al quale era emersa già a tre mesi la presenza di un gradiente della prevalenza dell'allattamento tra il gruppo di donne che riferivano di aver avuto informazioni per niente concordanti ed il gruppo di donne che riportavano un elevato grado di concordanza tra le informazioni. Anche a sei mesi si osserva una prevalenza dell'allattamento esclusivo crescente all'aumentare del grado di concordanza delle informazioni ricevute (dall'8% delle donne che hanno ricevuto informazioni per niente concordanti al 21% delle donne che hanno ricevuto informazioni completamente concordanti). Le percentuali di allattamento a dodici mesi nei due gruppi sono 29% e 56%, e non si riduce lo svantaggio osservato precedentemente.

L'utilizzo del biberon durante la degenza nel Punto Nascita, così come quello del ciuccio, rappresentano due aspetti da tenere sotto osservazione, perché possono compromettere un attacco corretto ed un avvio efficace dell'allattamento. A tre mesi marcano entrambi una rilevante differenza nella prevalenza dell'allattamento esclusivo, che si mantiene anche nella rilevazione a sei mesi e dodici mesi. Infatti, chi ha usato il biberon o il ciuccio nel Punto nascita dove ha partorito con minor frequenza allatta a sei mesi in maniera esclusiva o continua ad allattare a dodici mesi. Se l'utilizzo del ciuccio durante la degenza del parto può essere meno controllabile dai professionisti, il ricorso all'uso del biberon può ricollegarsi alle scelte degli operatori stessi, che potrebbero usare invece altri di-

spositivi nel caso sia necessario somministrare latte in formula oppure donato.

Anche la mancanza di supporto subito dopo il parto o in altro momento della degenza in ospedale rappresenta un fattore che condiziona l'allattamento. La prevalenza di allattamento esclusivo a sei mesi nel gruppo di donne che ha vissuto sempre o talvolta questo tipo di mancanza è più bassa rispetto a quella osservata tra le donne che invece hanno sempre ottenuto supporto quando l'hanno richiesto (12% e 13% rispetto al 17%), confermando lo svantaggio già emerso a tre mesi. Questa differenza si mantiene anche a dodici mesi, con le donne che hanno avuto sempre o talvolta bisogno di aiuto e non l'hanno ottenuto che allattano solo nel 35% o 46% dei casi.

Nell'ottica di favorire la continuità assistenziale, i Punti Nascita possono indirizzare direttamente ai servizi territoriali oppure gli stessi consultori possono invitare le donne a rivolgersi a loro nel periodo del post-parto. Sebbene circa la metà del campione riferisca di non aver usufruito dei servizi consultoriali perché non ne aveva bisogno, una donna su tre li utilizza. Rimane circa l'8% che non ne è a conoscenza e quindi non li ha utilizzati, e chi ha scelto liberamente di non andarci (6%). Escludendo chi non ha avuto bisogno o ha scelto volutamente di non andarci, mediamente a livello regionale il 43% delle donne riferiscono di essersi rivolta ai consultori su suggerimento alla dimissione dal Punto Nascita oppure su invito del consultorio stesso (con valori più alti nell'Azienda Toscana Centro, 45%, rispetto alla Nord Ovest, 42%, ed alla Sud Est, 39%). L'utilizzo dei servizi consultoriali è maggiore dove c'è stata proattività a livello ospedaliero o territoriale e la prevalenza dell'allattamento esclusivo a sei mesi risulta maggiore tra coloro che hanno avuto accesso ai consultori in virtù di questa attitudine proattiva dei servizi rispetto a chi invece vi si è rivolto spontaneamente (19% vs 17%), mentre a dodici mesi non si osserva più questo vantaggio.

In riferimento al supporto richiesto dalle donne nei primi mesi dopo il parto per avere sostegno nell'allattamento, chi non ne ha avuto bisogno ha prevalenze di allattamento esclusivo a sei mesi più alte, analogamente a quanto osservato a tre mesi, come facilmente immaginabile non essendo subentrate particolari difficoltà in questi casi. Rimane particolarmente critica la situazione del gruppo di donne che ha avuto bisogno di supporto, ma non lo ha richiesto, che allatta esclusivamente a sei mesi solo nell'8% dei casi e continua ad allattare a dodici mesi nel 32% dei casi, rispetto a prevalenze più alte di chi comunque ha richiesto supporto (rispettivamente 15% e 45%).

Aver trovato supporto per l'allattamento presso i servizi consultoriali, porta più spesso ad allattare esclusivamente a sei mesi (17% rispetto al 12% di chi non si è rivolto al consultorio) ed a continuare ad allattare a dodici mesi (49% vs 38%).

Quando il supporto per l'allattamento è stato cercato rivolgendosi al pediatra di famiglia, non si osservavano particolari differenze nell'allattamento esclusivo a tre mesi, mentre a sei mesi la prevalenza di allattamento esclusivo risulta inferiore rispetto a chi non si è rivolto dal pediatra (13% vs 15%). A dodici mesi la differenza nella prevalenza dell'allattamento non è significativa. (42% vs 44%).

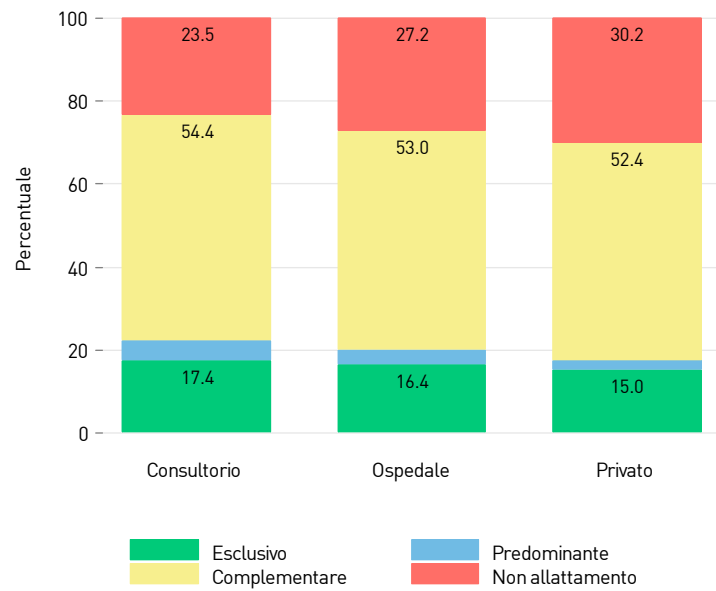


Figura 73. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per tipologia di servizio utilizzato per l'assistenza in gravidanza. (p<0,001) (T6/T1)

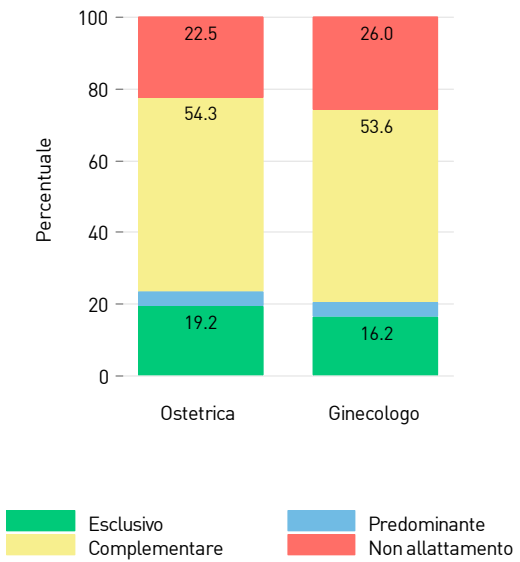


Figura 75. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per professionista del servizio sanitario pubblico da cui è stata seguita in gravidanza. (p<0,005) (T6/T1)

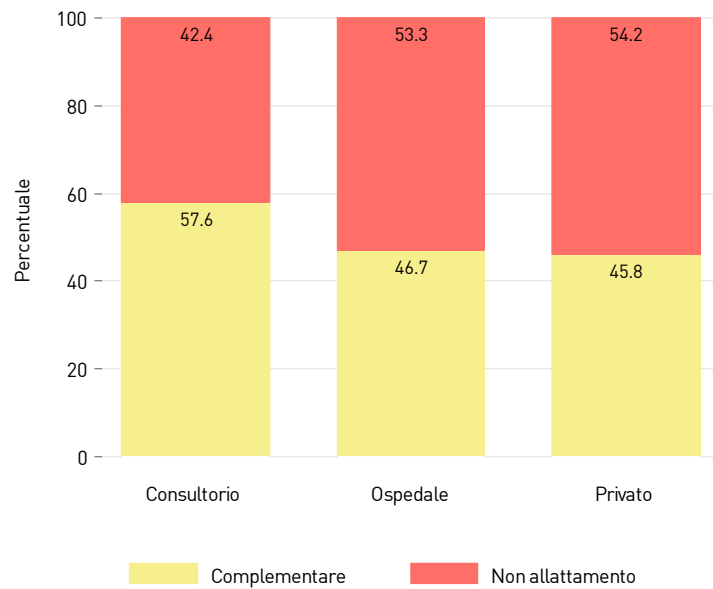


Figura 74. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per tipologia di servizio utilizzato per l'assistenza in gravidanza. (p<0,001) (T12/T1)

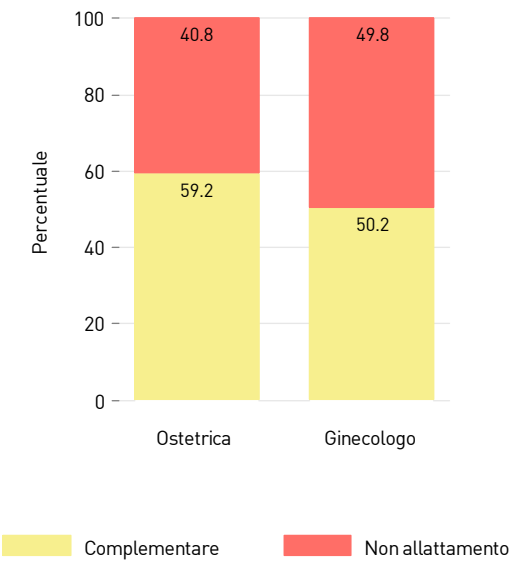


Figura 76. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per professionista del servizio sanitario pubblico da cui è stata seguita in gravidanza. (p<0,001) (T12/T1)

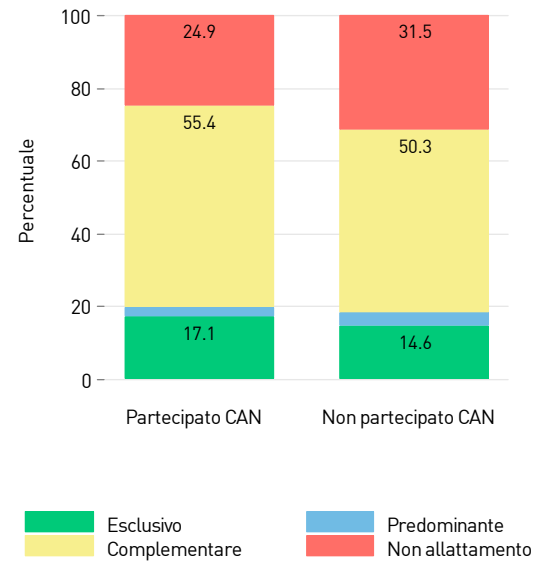


Figura 77. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per partecipazione al corso di accompagnamento alla nascita. (p<0,001) (T6/T1)

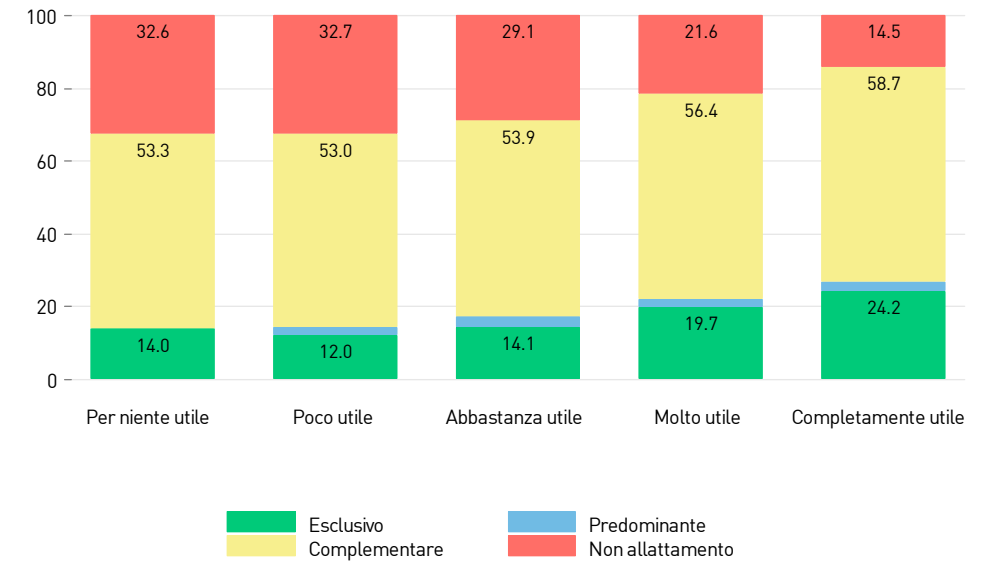


Figura 79. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per grado di utilità del corso di accompagnamento alla nascita. (p<0,001) (T6/T1)

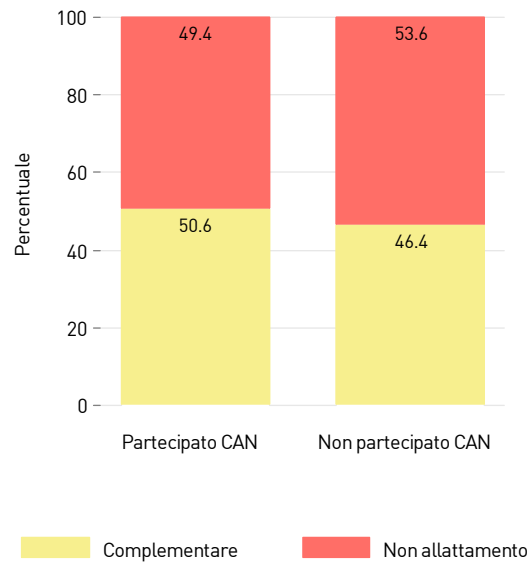


Figura 78. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per partecipazione al corso di accompagnamento alla nascita. (p<0,001) (T12/T1)

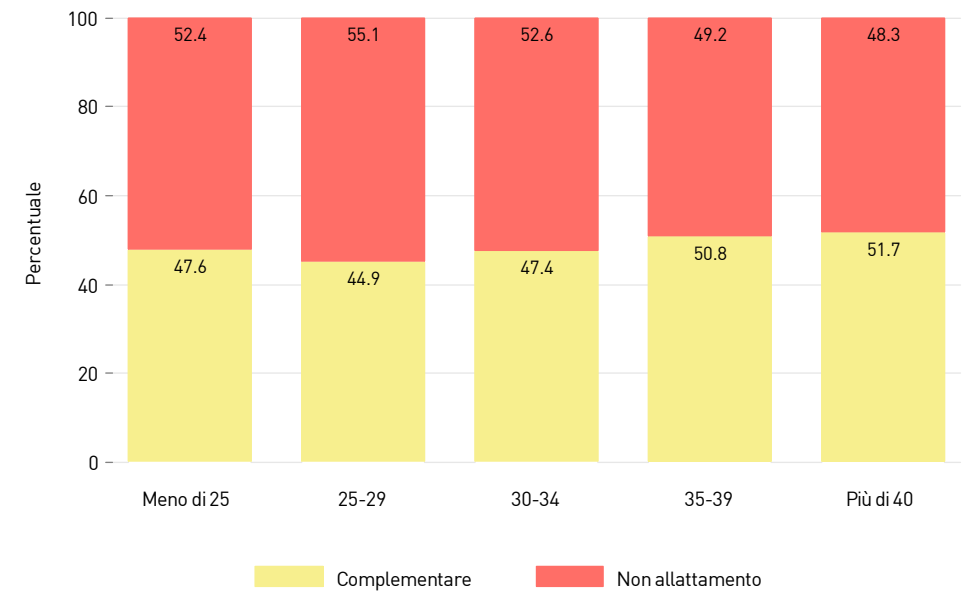


Figura 80. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per grado di utilità del corso di accompagnamento alla nascita. (p<0,001) (T12/T1)

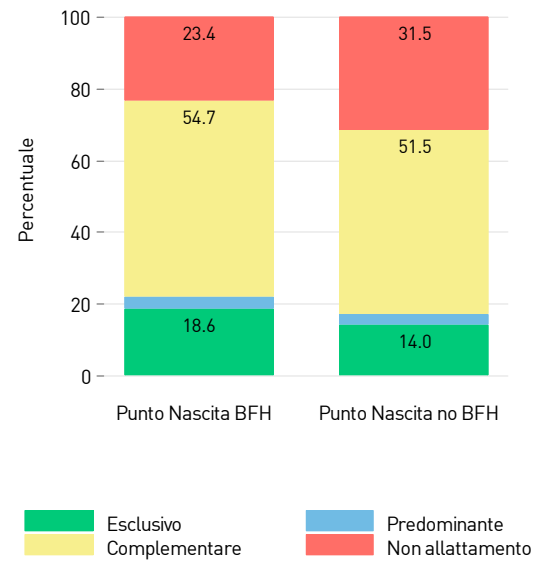


Figura 81. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per Punto Nascita *Baby Friendly Hospital*. ($p < 0,001$) (T6/T0)

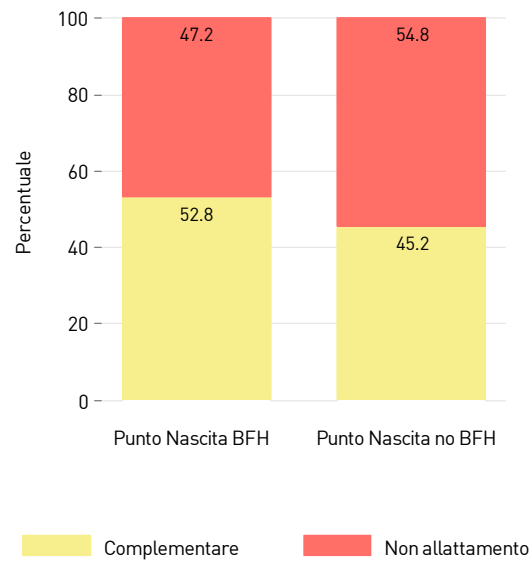


Figura 82. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per Punto Nascita *Baby Friendly Hospital*. ($p < 0,001$) (T12/T0)

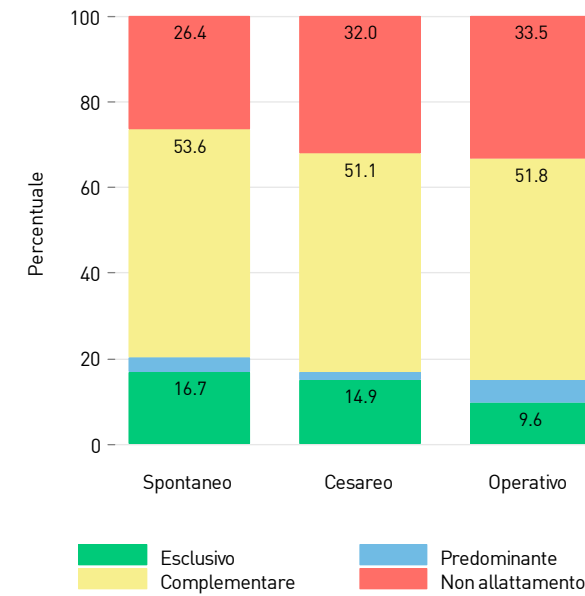


Figura 83. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per modalità del parto. ($p < 0,001$) (T6/Reclutamento PN)

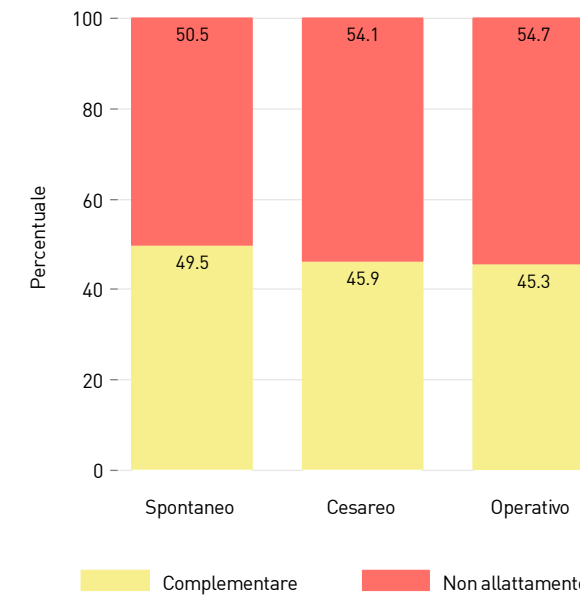


Figura 84. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per modalità del parto. ($p < 0,001$) (T12/Reclutamento PN)

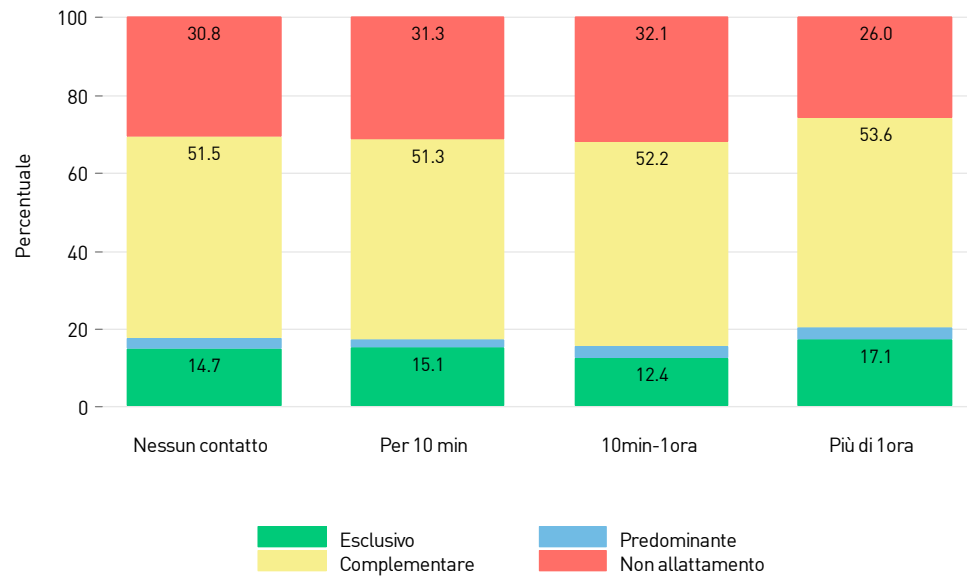


Figura 85. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per durata del contatto pelle a pelle con il bambino subito dopo il parto. (p<0,001) (T6/T0)

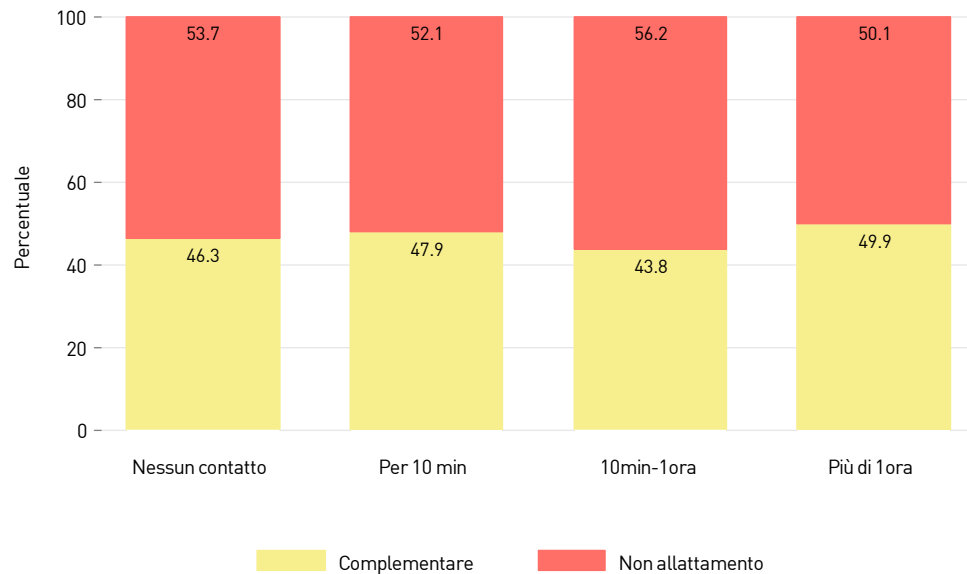


Figura 86. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per durata del contatto pelle a pelle con il bambino subito dopo il parto. (p<0,001) (T12/T0)

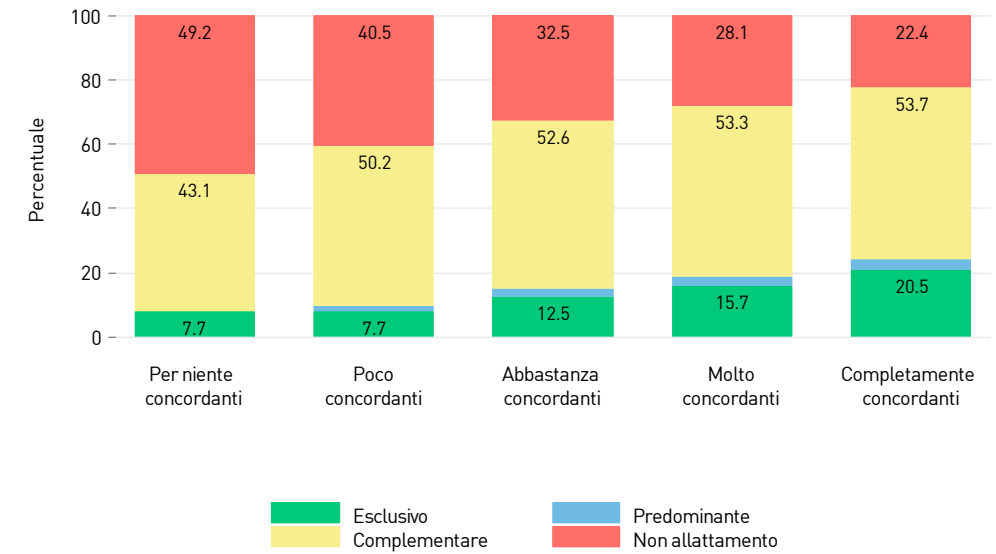


Figura 87. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per grado di concordanza delle informazioni ricevute nel punto nascita sull'allattamento. (p<0,001) (T6/T0)

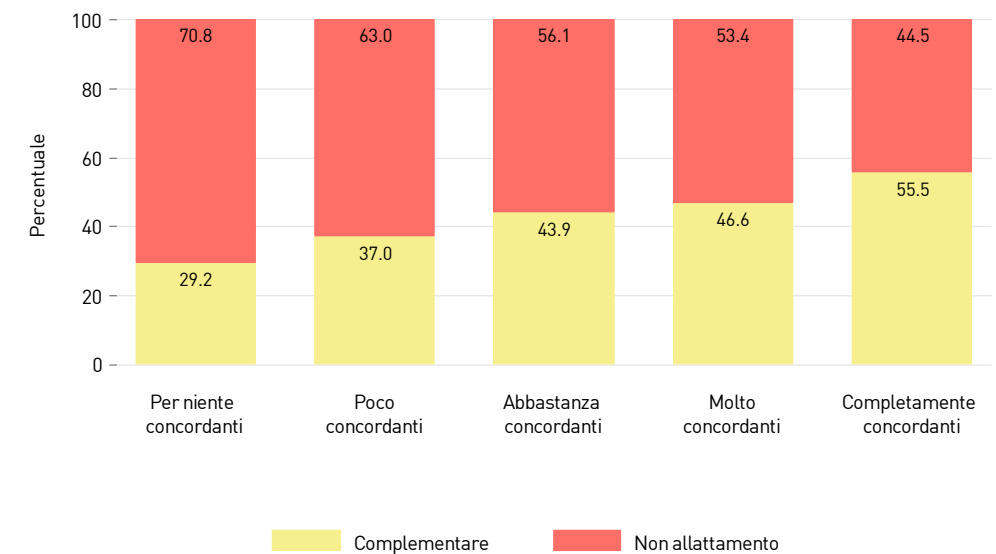


Figura 88. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per grado di concordanza delle informazioni ricevute nel punto nascita sull'allattamento. (p<0,001) (T12/T0)

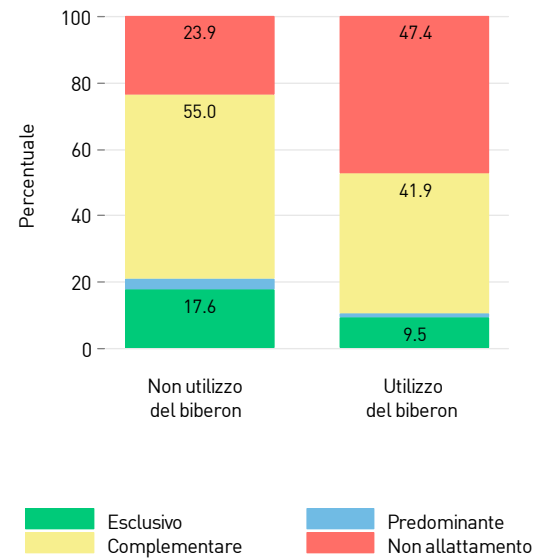


Figura 89. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per utilizzo del biberon durante la degenza in ospedale. ($p < 0,001$) (T6/T0)

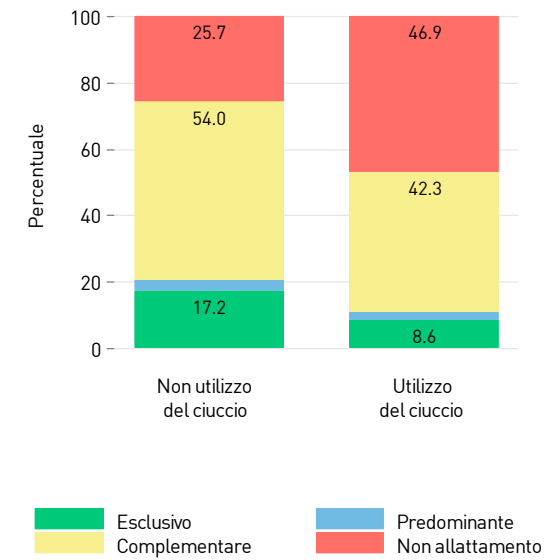


Figura 91. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per utilizzo del ciuccio durante la degenza in ospedale. ($p < 0,001$) (T6/T0)

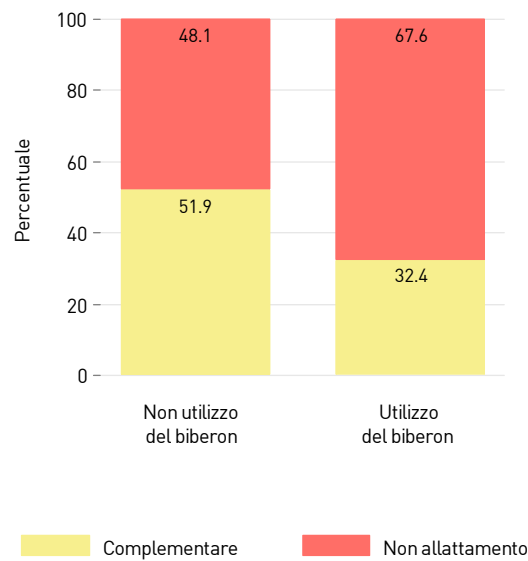


Figura 90. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per utilizzo del biberon durante la degenza in ospedale. ($p < 0,001$) (T12/T0)

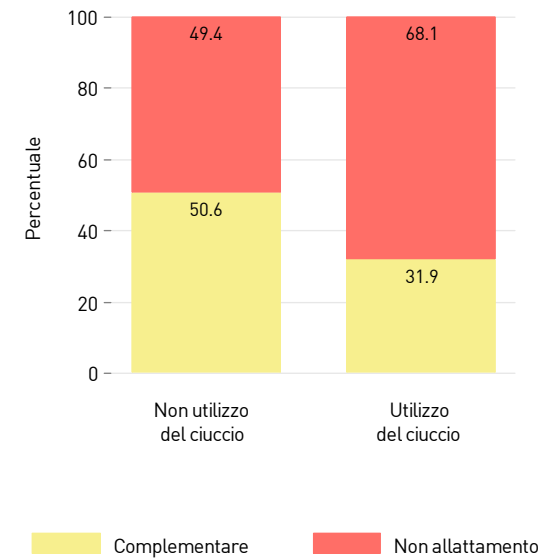
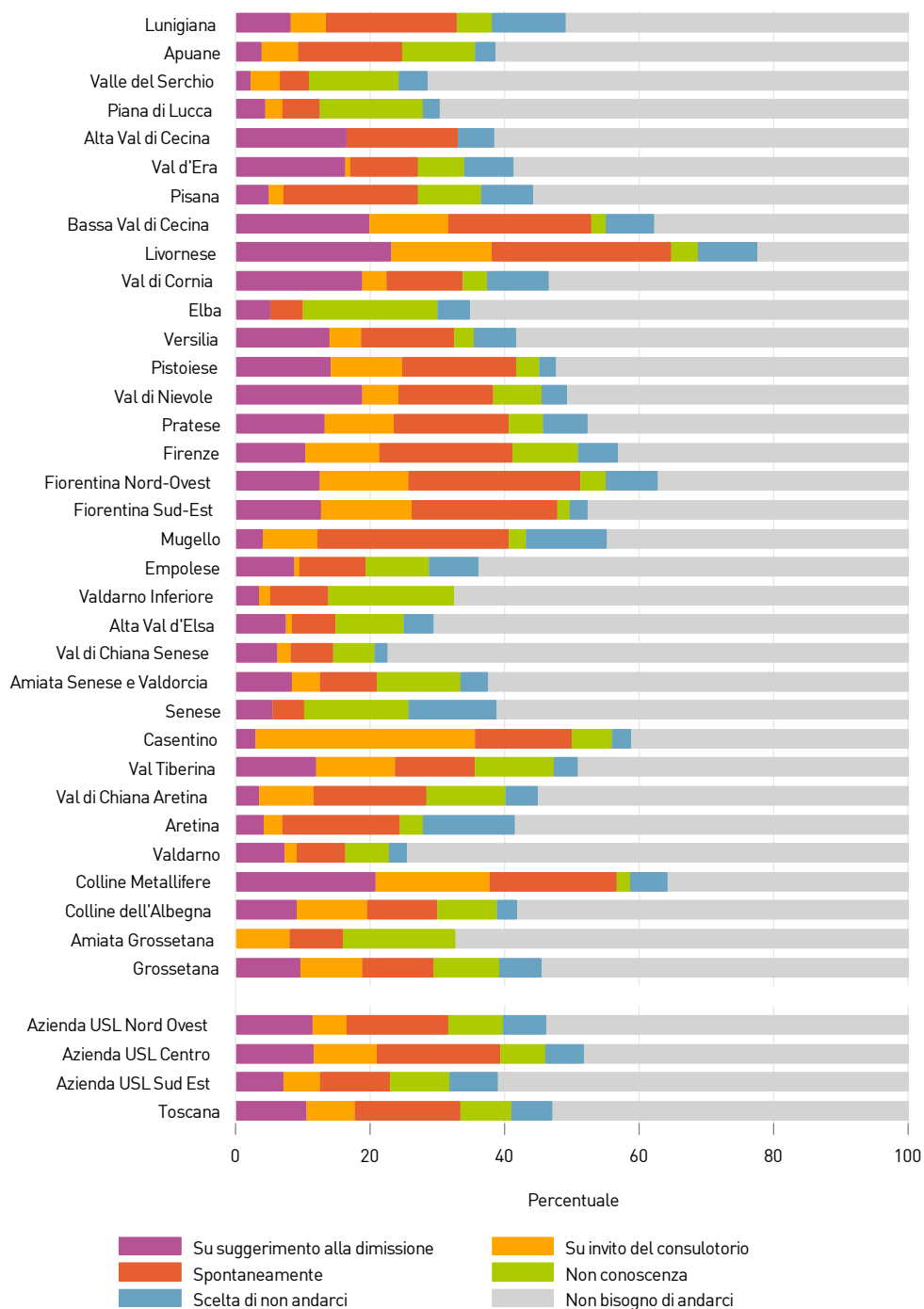


Figura 92. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per utilizzo del ciuccio durante la degenza in ospedale. ($p < 0,001$) (T12/T0)



Area Vasta	Zona-distretto	Su invito ospedale		Su invito consult.		Accesso spontaneo		Non sapevo		Scelto non andare		Non necessario	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Nord Ovest	Lunigiana	18	8.3	12	5.6	42	19.4	12	5.6	24	11.1	108	50.0
	Apuane	30	3.9	42	5.4	121	15.5	85	10.9	24	3.1	478	61.2
	Valle del	6	2.2	12	4.4	12	4.4	37	13.3	12	4.4	199	71.1
	Piana di	50	4.4	29	2.5	65	5.7	173	15.2	29	2.5	793	69.6
	Alta Val di	16	16.7	.	.	16	16.7	.	.	5	5.6	57	61.1
	Val d'Era	139	16.1	7	0.8	88	10.2	59	6.8	66	7.6	505	58.5
	Pisana	62	5.0	26	2.1	247	20.0	114	9.3	97	7.9	687	55.7
	Bassa Val di	94	19.9	56	11.8	101	21.3	10	2.2	35	7.4	177	37.5
	Livornese	239	23.1	153	14.8	276	26.6	43	4.1	92	8.9	233	22.5
	Val di Cornia	54	18.9	11	3.8	32	11.3	11	3.8	27	9.4	151	52.8
Centro	Elba	9	5.0	.	.	9	5.0	37	20.0	9	5.0	119	65.0
	Versilia	132	14.0	44	4.7	132	14.0	27	2.9	60	6.4	548	58.1
	Azienda USL	849	11.3	393	5.2	1140	15.1	608	8.1	480	6.4	4055	53.9
	Pistoiese	144	14.2	108	10.6	171	16.8	36	3.5	27	2.7	530	52.2
	Val di Nievole	139	18.8	41	5.5	104	14.1	52	7.0	29	3.9	377	50.8
	Pratese	235	13.2	181	10.2	308	17.3	91	5.1	118	6.6	851	47.7
	Firenze	254	10.3	275	11.1	486	19.7	243	9.8	148	6.0	1067	43.2
	Fiorentina	190	12.4	201	13.2	391	25.6	59	3.9	118	7.8	569	37.2
	Fiorentina	124	12.6	133	13.5	213	21.6	18	1.8	27	2.7	471	47.7
	Mugello	16	4.1	31	8.1	110	28.4	10	2.7	47	12.2	172	44.6
Sud Est	Empolese	97	8.7	7	0.7	112	10.0	105	9.3	82	7.3	717	64.0
	Valdarno	17	3.4	9	1.7	43	8.6	94	19.0	.	.	332	67.2
	Azienda USL	1216	11.5	986	9.4	1937	18.4	707	6.7	596	5.7	5086	48.3
	Alta Val d'Elsa	33	7.4	4	0.9	29	6.5	46	10.2	21	4.6	317	70.4
	Val di Chiana	23	6.3	8	2.1	23	6.3	23	6.3	8	2.1	275	76.8
	Amiata	10	8.3	5	4.2	10	8.3	15	12.5	5	4.2	75	62.5
	Senese	41	5.4	.	.	35	4.7	117	15.5	100	13.2	464	61.2
	Casentino	4	2.9	45	32.4	21	14.7	8	5.9	4	2.9	58	41.2
	Val Tiberina	14	12.0	14	12.0	14	12.0	14	12.0	5	4.0	55	48.0
	Val di Chiana	11	3.3	28	8.3	55	16.7	39	11.7	17	5.0	182	55.0
Regione	Aretina	35	4.2	24	2.8	147	17.4	29	3.5	118	13.9	494	58.3
	Valdarno	46	7.3	11	1.8	46	7.3	40	6.4	17	2.8	464	74.3
	Colline	44	20.8	36	17.0	40	18.9	4	1.9	12	5.7	77	35.8
	Colline	24	9.0	28	10.4	28	10.4	24	9.0	8	3.0	156	58.2
	Amiata	.	.	9	8.3	9	8.3	17	16.7	.	.	69	66.7
	Grossetana	61	9.7	57	9.1	68	10.8	61	9.7	41	6.5	341	54.3
	Azienda USL	346	7.0	268	5.4	524	10.6	437	8.8	354	7.1	3025	61.1
Regione	Toscana	2411	10.5	1647	7.2	3601	15.7	1752	7.6	1430	6.2	12166	52.9

Figura 93. Distribuzione delle donne per utilizzo dei servizi consultoriali dopo il parto. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T6)

Tabella 35. Distribuzione delle donne per utilizzo dei servizi consultoriali dopo il parto. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T6)

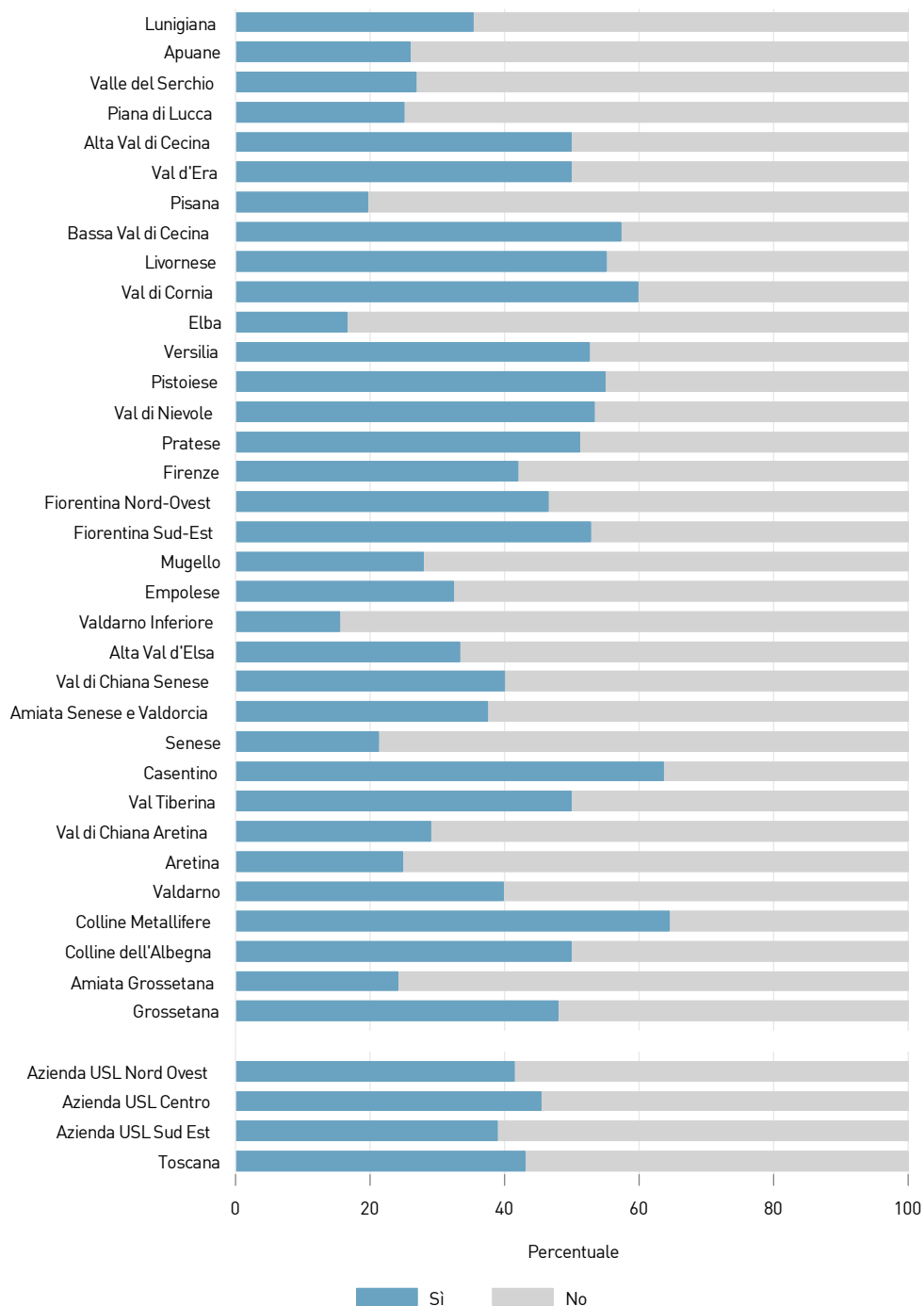


Figura 94. Distribuzione delle donne per proattività dei servizi nell’ottica della continuità assistenziale. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T6)

Area Vasta	Zona-distretto	Sì		No		
		N.	%	N.	%	
Nord Ovest	Lunigiana	30	35.7	54	64.3	
	Apuane	73	26.1	206	73.9	
	Valle del Serchio	19	27.3	50	72.7	
	Piana di Lucca	79	25.0	238	75.0	
	Alta Val di Cecina	16	50.0	16	50.0	
	Val d'Era	146	50.0	146	50.0	
	Pisana	88	19.6	361	80.4	
	Bassa Val di Cecina	150	57.3	111	42.7	
	Livornese	392	55.2	319	44.8	
	Val di Cornia	65	60.0	43	40.0	
	Elba	9	16.7	46	83.3	
	Versilia	175	52.5	159	47.5	
	Azienda USL Nord Ovest		1242	41.5	1748	58.5
	Centro	Pistoiese	252	54.9	207	45.1
Val di Nievole		180	53.4	157	46.6	
Pratese		416	51.1	398	48.9	
Firenze		528	42.0	729	58.0	
Fiorentina Nord-Ovest		391	46.5	450	53.5	
Fiorentina Sud-Est		258	52.7	231	47.3	
Mugello		47	28.1	120	71.9	
Empolese		105	32.6	217	67.4	
Valdarno Inferiore		26	15.8	136	84.2	
Azienda USL Centro		2202	45.4	2645	54.6	
Sud Est		Alta Val d'Elsa	38	33.3	75	66.7
	Val di Chiana Senese	30	40.0	45	60.0	
	Amiata Senese e Valdorcia	15	37.5	25	62.5	
	Senese	41	21.2	153	78.8	
	Casentino	49	63.2	29	36.8	
	Val Tiberina	27	50.0	27	50.0	
	Val di Chiana Aretina	39	29.2	94	70.8	
	Aretina	59	25.0	176	75.0	
	Valdarno	57	40.0	86	60.0	
	Colline Metallifere	81	64.5	44	35.5	
	Colline dell'Albegna	52	50.0	52	50.0	
Amiata Grossetana	9	25.0	26	75.0		
Grossetana	118	47.9	128	52.1		
Azienda USL Sud Est		615	39.0	960	61.0	
Regione	Toscana	4058	43.1	5353	56.9	

Tabella 36. Distribuzione delle donne per proattività dei servizi nell’ottica della continuità assistenziale. Livello di analisi per zona e azienda di residenza (T6)

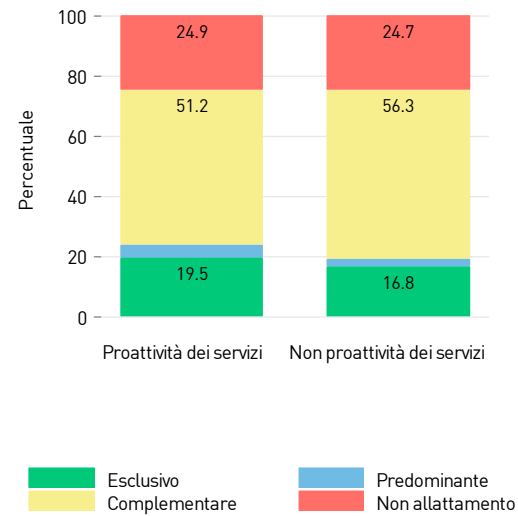


Figura 95. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per proattività del sistema nell'offrire continuità assistenziale. ($p < 0,001$) (T6/T1)

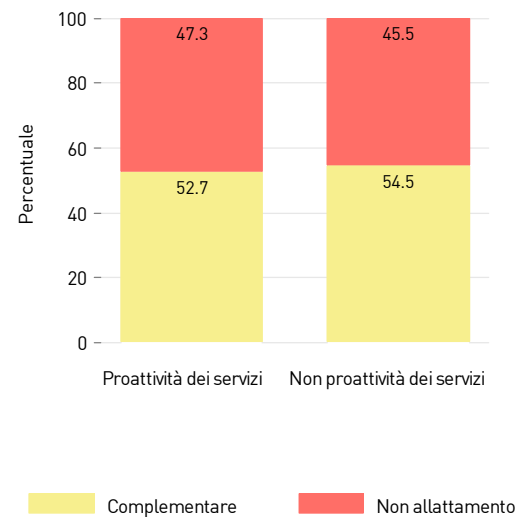


Figura 96. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per proattività del sistema nell'offrire continuità assistenziale. ($p < 0,05$) (T12/T1)

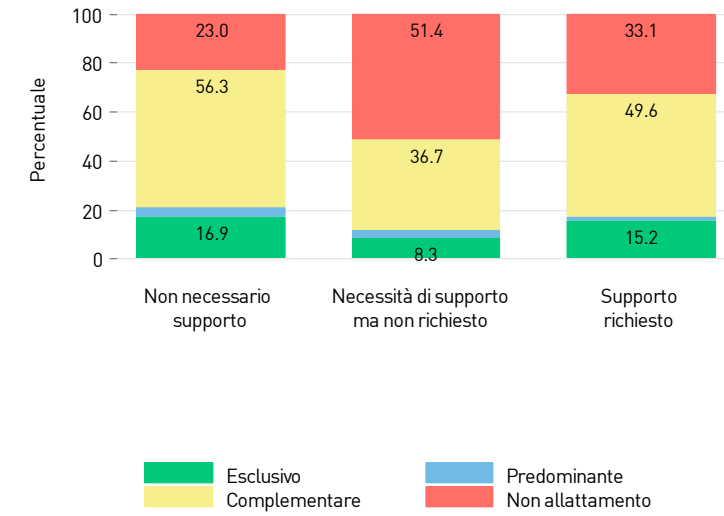


Figura 97. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per richiesta di supporto per l'allattamento. ($p < 0,001$) (T6/T3)

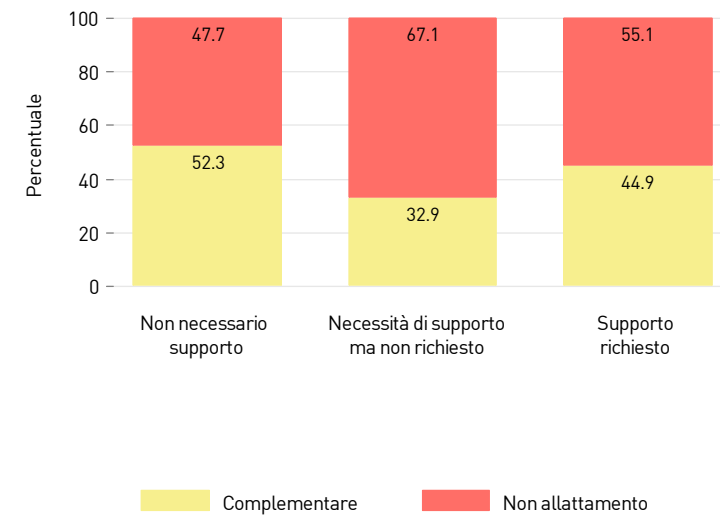


Figura 98. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per richiesta di supporto per l'allattamento. ($p < 0,001$) (T12/T3)

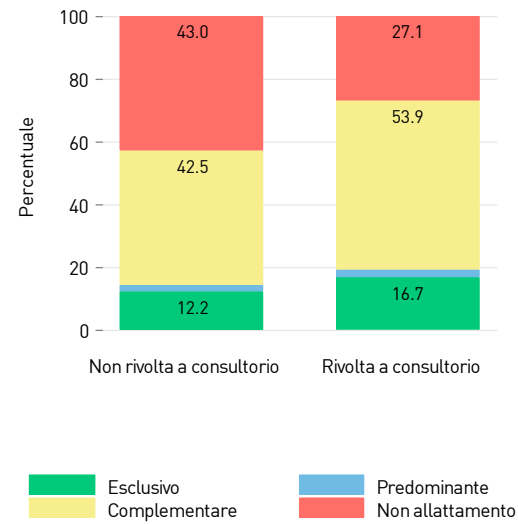


Figura 99. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per le donne che hanno avuto bisogno di supporto per l'allattamento e sono ricorse al consultorio. (p<0,001) (T6/T3)

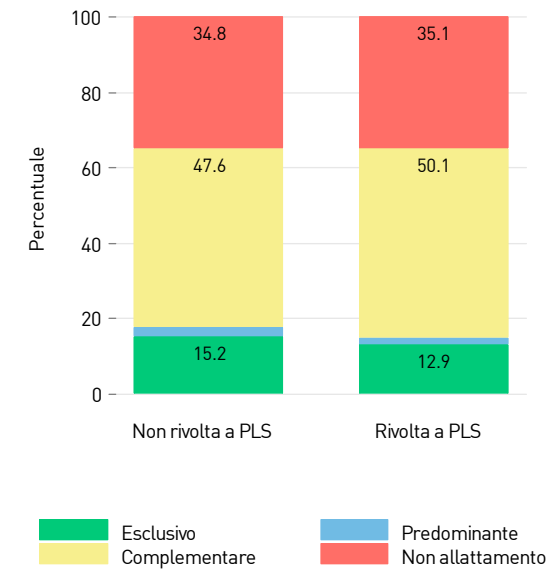


Figura 101. Prevalenza dell'allattamento materno a sei mesi dal parto a livello regionale per le donne che si sono rivolte al pediatra di famiglia per l'allattamento. (p<0,01) (T6/T3)

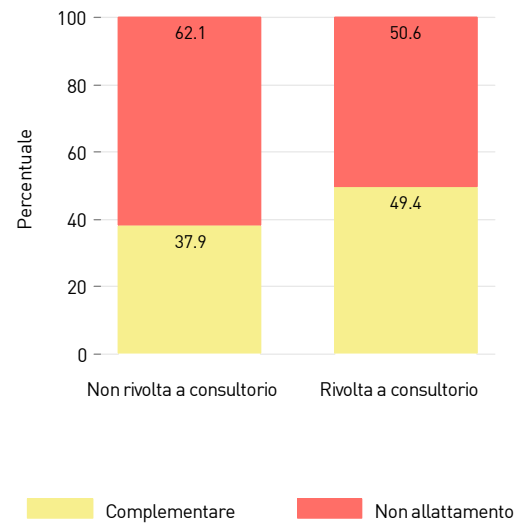


Figura 100. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per le donne che hanno avuto bisogno di supporto per l'allattamento e sono ricorse al consultorio. (p<0,001) (T12/T3)

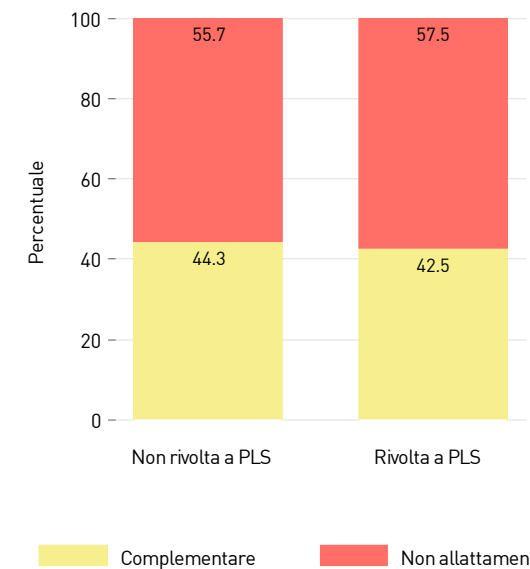


Figura 102. Prevalenza dell'allattamento materno a dodici mesi dal parto a livello regionale per le donne che si sono rivolte al pediatra di famiglia per l'allattamento. (p=0,2) (T12/T3)

Risultati delle analisi multivariate

Al termine di questa rassegna sui fattori che a livello monovariato sono associati con la prevalenza dell'allattamento, si propone uno sguardo d'insieme analitico attraverso i risultati delle regressioni logistiche svolte per calcolare la probabilità di allattare in riferimento ad alcune variabili esplicative, sia di tipo individuale che di caratterizzazione dell'offerta assistenziale, risultate particolarmente significative. Le tre variabili dipendenti analizzate sono l'allattamento esclusivo a 3 mesi, l'allattamento esclusivo a 6 mesi e l'allattamento a 12 mesi. L'uso di modelli multivariati consente di bilanciare gli effetti delle singole variabili indipendenti, tenendo sotto controllo i possibili confondimenti, e di calcolare i relativi *odds ratios*.

I fattori che risultano significativamente associati con l'allattamento esclusivo a 3 mesi sono i seguenti:

- cittadinanza ($p < 0,05$): le straniere PFPM hanno circa il 15% in meno di probabilità di allattare in maniera esclusiva a 3 mesi delle italiane (O.R. 0.86, I.C. 95% 0.77-0.96);
- età ($p < 0,0001$): le donne tra 30-39 anni e più giovani di 29 anni hanno più probabilità di allattare in maniera esclusiva a 3 mesi delle donne over 40 (rispettivamente con O.R. 1.39, I.C. 95% 1.26-1.54, e O.R. 1.38, I.C. 95% 1.22-1.56);
- titolo di studio ($p < 0,0001$): le donne con basso e medio titolo di studio hanno minore probabilità di portare avanti un allattamento esclusivo a 3 mesi rispetto alle donne con alto titolo di studio (rispettivamente con O.R. 0.63, I.C. 95% 0.56-0.70, e O.R. 0.71, I.C. 95% 0.67-0.76);
- condizione lavorativa e ripresa del lavoro ($p < 0,0001$): rispetto alle lavoratrici che non hanno ripreso ancora a lavorare a 12 mesi, le non occupate e le lavoratrici che hanno dovuto riprendere il lavoro prima dei 6 mesi hanno meno probabilità di avere avuto un allattamento esclusivo a 3 mesi. Il maggior svantaggio è per le donne che hanno ripreso entro i primi 3 mesi, con circa il 30% in meno di probabilità di aver allattato in maniera esclusiva a 3 mesi (O.R. 0.71, I.C. 95% 0.62-0.81). Non ci sono differenze significative tra le donne che non hanno ripreso a lavorare e quelle che lo hanno fatto tra 6 e 12 mesi;
- parità ($p < 0,0001$): le pluripare hanno 1.7 volte in più la probabilità di allattare in maniera esclusiva a 3 mesi rispetto alle primipare (I.C. 95% 1.59-1.86);
- indice di massa corporea ($p < 0,0001$): le donne obese e in sovrappeso hanno circa il 35% in meno di probabilità di allattare in maniera esclusiva a 3 mesi delle normopeso (rispettivamente con O.R. 0.66, I.C. 95% 0.58-0.75, e O.R. 0.65, I.C. 95% 0.60-0.71), le sottopeso il 21% in meno (O.R. 0.80, I.C. 95% 0.70-0.90);
- punto nascita BFH ($p < 0,0001$): chi non ha partorito in un ospedale BFH ha una minore probabilità di allattare in maniera esclusiva a 3 mesi (O.R. 0.84, I.C. 95% 0.79-0.90);

- modalità del parto ($p < 0,0005$): chi ha avuto un cesareo o un parto operativo allatta in maniera esclusiva a 3 mesi con minore probabilità di chi ha avuto un parto spontaneo (rispettivamente con O.R. 0.90, I.C. 95% 0.83-0.97, e O.R. 0.79, I.C. 95% 0.68-0.91);
- informazioni concordanti sull'allattamento al Punto Nascita ($p < 0,0001$): chi ha ricevuto informazioni molto o del tutto concordanti da parte dei diversi professionisti del Punto Nascita dove ha partorito ha il 32% in più di probabilità di allattare in maniera esclusiva a 3 mesi rispetto a chi ha ricevuto informazioni per niente e poco concordanti (O.R. 1.34, I.C. 95% 1.18-1.52);
- uso del biberon al Punto Nascita ($p < 0,0001$): chi non lo ha utilizzato allatta a 3 mesi in maniera esclusiva 2,8 volte in più di chi l'ha utilizzato (I.C. 95% 2.56-3.03);
- uso del ciuccio al Punto Nascita ($p < 0,0001$): analogamente chi non lo ha utilizzato allatta a 3 mesi in maniera esclusiva 1,5 volte in più di chi l'ha utilizzato (I.C. 95% 1.38-1.69);
- tipologia di assistenza ricevuta in gravidanza ($p < 0,0001$): se una donna è stata seguita dall'ospedale o dal privato ha meno probabilità di avere un allattamento esclusivo a 3 mesi di chi è stata seguita al consultorio (rispettivamente con O.R. 0.74, I.C. 95% 0.67-0.82, e O.R. 0.68, I.C. 95% 0.62-0.74);
- partecipazione ai CAN ($p < 0,0001$): chi non ha frequentato i corsi ha il 40% di probabilità in meno di allattare in maniera esclusiva a 3 mesi rispetto a chi vi ha preso parte (O.R. 0.61, I.C. 95% 0.56-0.67);
- supporto ricevuto dal consultorio per l'allattamento ($p < 0,0001$): le donne che hanno avuto bisogno di supporto per l'allattamento e non sono andate al consultorio per chiederlo hanno circa il 35% di probabilità in meno di allattare in maniera esclusiva a 3 mesi di chi invece si è rivolto al consultorio in caso di difficoltà (O.R. 0.66, I.C. 95% 0.59-0.73), anche se certamente la condizione di non aver avuto bisogno di supporto aumenta ancor più la probabilità di allattare in maniera esclusiva;
- supporto ricevuto dal pediatra famiglia per l'allattamento ($p < 0,05$): le donne che hanno avuto bisogno di supporto per l'allattamento e non si sono rivolte al pediatra di famiglia per chiederlo hanno circa l'11% di probabilità in meno di allattare in maniera esclusiva a 3 mesi di chi invece si è rivolto al pediatra di famiglia in caso di difficoltà (O.R. 0.89, I.C. 95% 0.80-0.99)

I fattori che risultano significativamente associati con l'allattamento esclusivo a 6 mesi sono i seguenti:

- cittadinanza ($p < 0,05$): viene confermato che le straniere PFPM hanno minore probabilità delle italiane di allattare in maniera esclusiva anche a 6 mesi (O.R. 0.87, I.C. 95% 0.75-1.00);
- età ($p < 0,0001$): le donne tra 30-39 anni allattano in maniera esclusiva a 6 mesi meno delle donne over 40 (O.R. 0.82, I.C. 95% 0.73-0.93);
- titolo di studio ($p < 0,0001$): è confermata la minore probabilità delle donne con basso e medio titolo di studio ad allattare in maniera esclusiva anche a 6 mesi rispetto alle donne con alto titolo di studio (rispettivamente con

- O.R. 0.62, I.C. 95% 0.54-0.72, e O.R. 0.62, I.C. 95% 0.57-0.68);
- condizione lavorativa e ripresa del lavoro ($p < 0,0001$): ha perso significatività statistica la differenza nella probabilità di allattare in maniera esclusiva a 6 mesi tra inoccupate e lavoratrici che non hanno ripreso ancora a lavorare a 12 mesi. Le altre donne occupate che hanno ripreso a lavorare, invece, accentuano maggiormente la loro minore probabilità di allattamento esclusivo a 6 mesi, in particolare il gruppo di coloro che hanno ripreso a lavorare tra 3 e 6 mesi (O.R. 0.34, I.C. 95% 0.31-0.42). Anche le donne che riprendono a lavorare tra 6 e 12 mesi presentano una minore probabilità di allattare in maniera esclusiva a 6 mesi rispetto alle lavoratrici che ancora non hanno ricominciato a lavorare (O.R. 0.78, I.C. 95% 0.69-0.89);
 - parità ($p < 0,0001$): rimane sempre elevata la probabilità di allattare in maniera esclusiva a 6 mesi delle pluripare rispetto alle primipare (O.R. 1.48, I.C. 95% 1.35-1.63);
 - indice di massa corporea ($p < 0,0001$): non c'è più differenza tra donne sottopeso e normopeso, mentre le donne obese e in sovrappeso hanno sempre una minore probabilità di allattare in maniera esclusiva a 6 mesi delle normopeso (rispettivamente con O.R. 0.68, I.C. 95% 0.57-0.81, e O.R. 0.83, I.C. 95% 0.75-0.92);
 - punto nascita BFH ($p < 0,0001$): è confermata la minore probabilità di allattare in maniera esclusiva a 6 mesi tra coloro che non hanno partorito in un ospedale BFH (O.R. 0.81, I.C. 95% 0.75-0.88);
 - modalità del parto ($p < 0,0005$): perde significatività la differenza tra chi ha avuto un cesareo e chi ha partorito in modo spontaneo, mentre diminuisce la probabilità di allattare a 6 mesi in maniera esclusiva di chi ha avuto un parto operativo rispetto al parto spontaneo (O.R. 0.56, I.C. 95% 0.45-0.70);
 - contatto pelle a pelle per almeno 1 ora ($p < 0,05$): le donne che non hanno avuto il contatto pelle a pelle per almeno un'ora al Punto Nascita hanno una minore probabilità di allattare in maniera esclusiva a 6 mesi rispetto a chi l'ha avuto (O.R. 0.90, I.C. 95% 0.83-0.99);
 - informazioni concordanti sull'allattamento al Punto Nascita ($p < 0,0001$): aumenta ulteriormente la probabilità di allattare in maniera esclusiva a 6 mesi tra coloro che hanno ricevuto informazioni molto o del tutto concordanti rispetto a chi ha ricevuto informazioni per niente e poco concordanti (O.R. 1.78, I.C. 95% 1.46-2.16);
 - uso del biberon al Punto Nascita ($p < 0,0001$): si mantiene lo scarto, seppur in parte attenuato, nell'allattamento esclusivo a 6 mesi tra chi non ha utilizzato e chi ha utilizzato il biberon (O.R. 1.39, I.C. 95% 1.22-1.57);
 - uso del ciuccio al Punto Nascita ($p < 0,0001$): si osservano analoghi risultati a quelli relativi all'allattamento a 3 mesi, con maggiori probabilità di allattare anche a 6 mesi in maniera esclusiva per chi non ha utilizzato il ciuccio (O.R. 1.47, I.C. 95% 1.26-1.71);
 - tipologia di assistenza ricevuta in gravidanza ($p < 0,0001$): non ci sono differenze nell'allattamento esclusivo a 6 mesi tra chi è stata seguita dall'o-

spedale o dal consultorio, ma rimane che chi è stata seguita dal privato ha meno probabilità di avere un allattamento esclusivo a 6 mesi rispetto a chi è stata seguita al consultorio (O.R. 0.82, I.C. 95% 0.74-0.90);

- partecipazione ai CAN ($p < 0,0001$): viene confermato che le donne che non hanno frequentato i corsi ha una probabilità minore di allattare in maniera esclusiva a 6 mesi rispetto a chi vi ha preso parte (O.R. 0.72, I.C. 95% 0.65-0.79);
- supporto ricevuto dal consultorio per l'allattamento ($p < 0,0001$): non è più significativa per l'allattamento esclusivo a 6 mesi la differenza tra le donne che, pur avendo bisogno di supporto, non si sono rivolte al consultorio per chiederlo e chi invece ci è andato, mentre rimane la maggior probabilità di allattare in maniera esclusiva di chi non ha avuto bisogno di supporto;
- supporto ricevuto dal pediatra di famiglia per l'allattamento ($p < 0,05$): capovolgendo quanto osservato per l'allattamento esclusivo a 3 mesi, adesso le donne che hanno avuto bisogno di supporto per l'allattamento e non si sono rivolte al pediatra di famiglia per chiederlo hanno circa il 24% di probabilità in più di allattare in maniera esclusiva a 6 mesi di chi invece si è rivolto al pediatra di famiglia (O.R. 1.25, I.C. 95% 1.08-1.45)

Infine i **fattori** che risultano significativamente **associati con l'allattamento a 12 mesi** sono i seguenti:

- cittadinanza ($p < 0,0001$): viene ribaltata l'associazione osservata con i precedenti *outcome* e si osserva che le straniere PFPM hanno circa il 47% in più di probabilità delle italiane di allattare a 12 mesi (O.R. 1.47, I.C. 95% 1.32-1.65);
- età ($p < 0,0001$): si accentua la minore probabilità delle donne tra 30-39 anni e delle più giovani di 29 anni di allattare a 12 mesi rispetto alle donne over 40 (rispettivamente con O.R. 0.84, I.C. 95% 0.76-0.92, e O.R. 0.64, I.C. 95% 0.57-0.72);
- titolo di studio ($p < 0,0001$): scompare lo svantaggio delle donne con basso titolo di studio rispetto a quelle con alto titolo di studio, ma è confermato che quelle con il diploma superiore hanno minore probabilità di continuare ad allattare a 12 mesi rispetto alle donne con laurea o titolo superiore (O.R. 0.76, I.C. 95% 0.72-0.82);
- condizione lavorativa e ripresa del lavoro ($p < 0,0001$): viene confermata la minore probabilità di allattare a 12 mesi di tutti i gruppi (non occupate e lavoratrici che hanno ripreso a lavorare prima dei 12 mesi) rispetto alle lavoratrici che non hanno ripreso ancora a lavorare. Il maggior svantaggio è per le donne che hanno ripreso entro i primi 3 mesi o tra 3 e 6 mesi, che hanno circa il 50% di probabilità in meno di allattare a 12 mesi (rispettivamente con O.R. 0.51, I.C. 95% 0.46-0.58, e O.R. 0.49, I.C. 95% 0.44-0.55);
- parità ($p < 0,0005$): le pluripare continuano ad avere una maggiore probabilità di allattare a 12 mesi rispetto alle primipare, anche se è diminuito l'*odds ratio* (O.R. 1.12, I.C. 95% 1.05-1.21);
- indice di massa corporea ($p < 0,0005$): non sono più significative le differenze tra le donne sottopeso e in sovrappeso rispetto alle normopeso,

mentre le donne obese hanno il 20% in meno di probabilità di allattare a 12 mesi delle normopeso (O.R. 0.80, I.C. 95% 0.71-0.90);

- punto nascita BFH ($p < 0,0001$): rimane anche per l'allattamento a 12 mesi una minore probabilità di chi non ha partorito in un ospedale BFH (O.R. 0.82, I.C. 95% 0.77-0.87);
- modalità del parto: non sono più significative per l'allattamento a 12 mesi le differenze per modalità di parto;
- informazioni concordanti sull'allattamento al Punto Nascita ($p < 0,0001$): chi ha ricevuto informazioni molto o del tutto concordanti da parte dei diversi professionisti del Punto Nascita dove ha partorito ha il 19% in più di probabilità di allattare ancora a 12 mesi rispetto a chi ha ricevuto informazioni per niente e poco concordanti (O.R. 1.21, I.C. 95% 1.07-1.37);
- uso del biberon al Punto Nascita ($p < 0,0001$): si conferma il vantaggio di chi non ha utilizzato il biberon anche per l'allattamento a 12 mesi (O.R. 1.72, I.C. 95% 1.58-1.87);
- uso del ciuccio al Punto Nascita ($p < 0,0001$): analogamente chi non ha utilizzato il ciuccio durante la degenza in ospedale continua ad allattare a 12 mesi con maggiore probabilità di chi l'ha utilizzato (O.R. 1.61, I.C. 95% 1.45-1.78);
- tipologia di assistenza ricevuta in gravidanza ($p < 0,0001$): le donne seguite dall'ospedale o dal privato durante la gravidanza hanno meno probabilità di allattare a 12 mesi rispetto a chi è stata seguita al consultorio (rispettivamente con O.R. 0.74, I.C. 95% 0.67-0.81, e O.R. 0.67, I.C. 95% 0.62-0.73);
- partecipazione ai CAN ($p < 0,0001$): si conferma la minor probabilità di allattare a 12 mesi delle donne che non hanno frequentato i corsi (O.R. 0.71, I.C. 95% 0.66-0.76);
- supporto ricevuto dal consultorio per l'allattamento ($p < 0,0001$): le donne che hanno avuto bisogno di supporto per l'allattamento e non sono andate al consultorio per chiederlo hanno il 26% di probabilità in meno di allattare a 12 mesi di chi invece si è rivolto al consultorio in caso di difficoltà (O.R. 0.74, I.C. 95% 0.67-0.81). Il non aver avuto bisogno di supporto si conferma rappresentare una maggior probabilità di allattare a 12 mesi;
- supporto ricevuto dal pediatra famiglia per l'allattamento ($p < 0,05$): non ci sono più differenze per l'allattamento a 12 mesi tra le donne che si sono rivolte o no al pediatra di famiglia avere supporto nell'allattamento.

È interessante osservare come alcuni fattori risultano influenzare l'allattamento tendenzialmente sempre con lo stesso pattern (parità, condizione lavorativa e ripresa del lavoro, informazioni concordanti sull'allattamento al Punto Nascita, uso di biberon e ciuccio al Punto nascita, partecipazione al CAN), mentre altri presentano cambiamenti nell'associazione con i diversi *outcome* dell'allattamento, in particolare la cittadinanza, l'età, il titolo di studio, il supporto ricevuto dal pediatra di famiglia, oppure altri perdono di significatività in alcuni casi (indice di massa corporea; modalità del parto, contatto pelle a pelle, assistenza in gravidanza e supporto ricevuto dal consultorio per l'allattamento), pur delineando chiaramente il verso dell'associazione

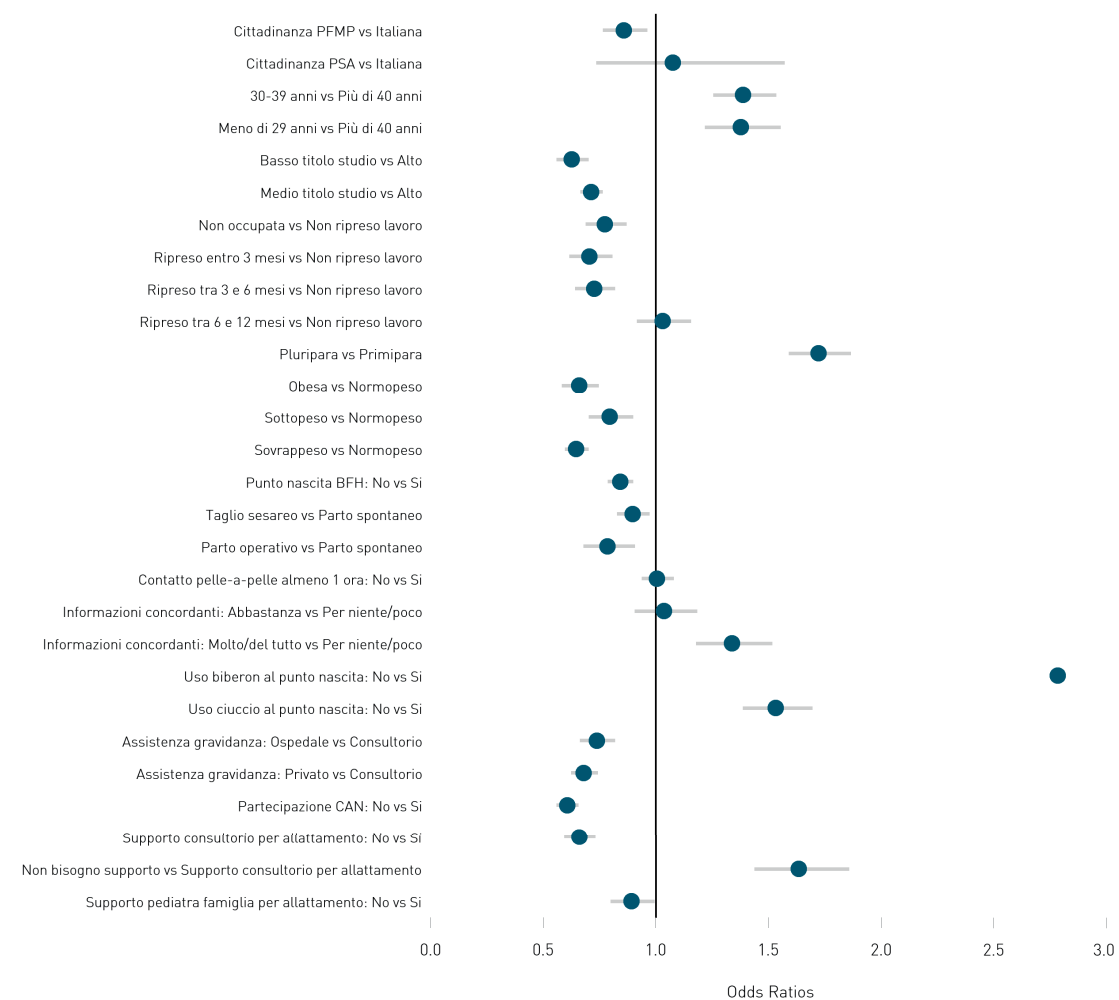


Figura 103. Fattori che condizionano l'allattamento esclusivo a 3 mesi: risultati della regressione logistica multivariata (Odds Ratios con relativi intervalli di confidenza)

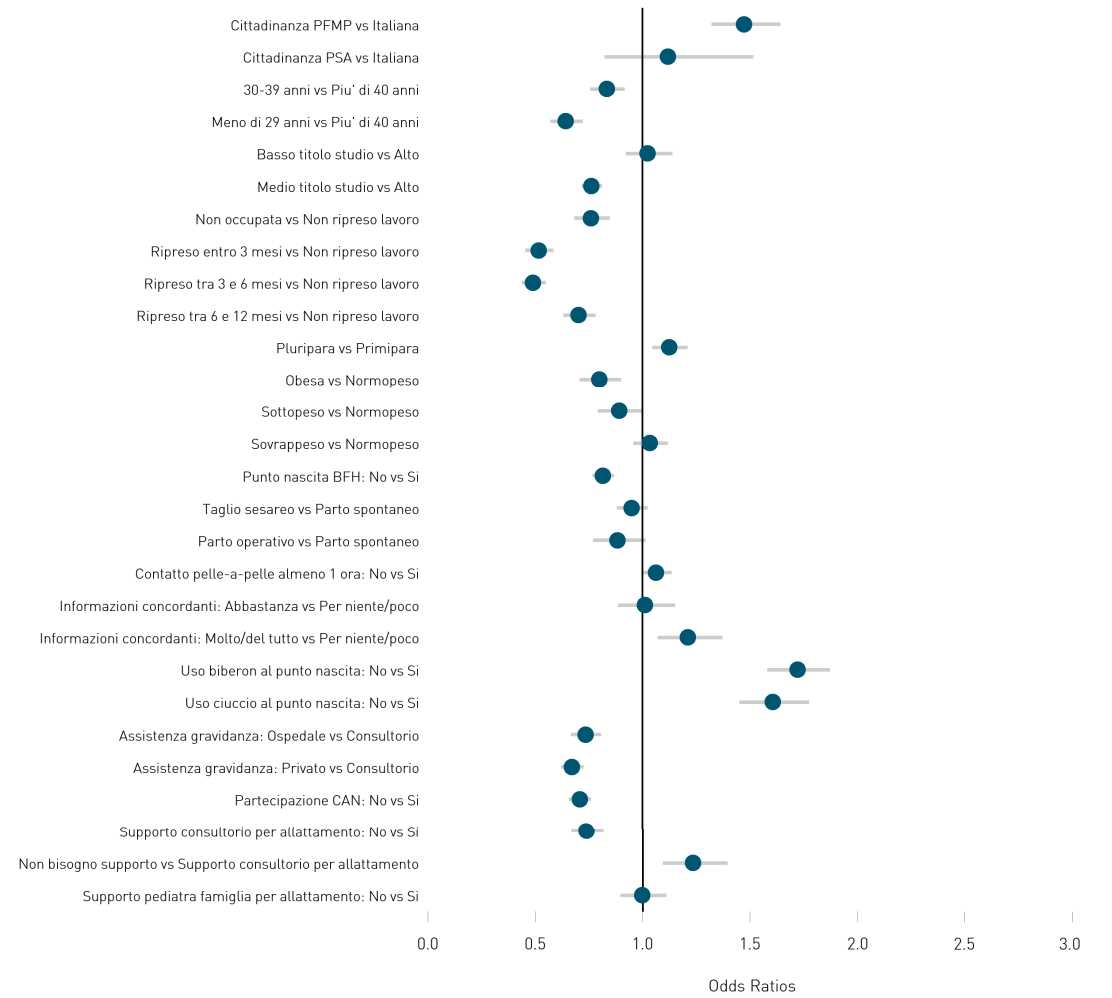
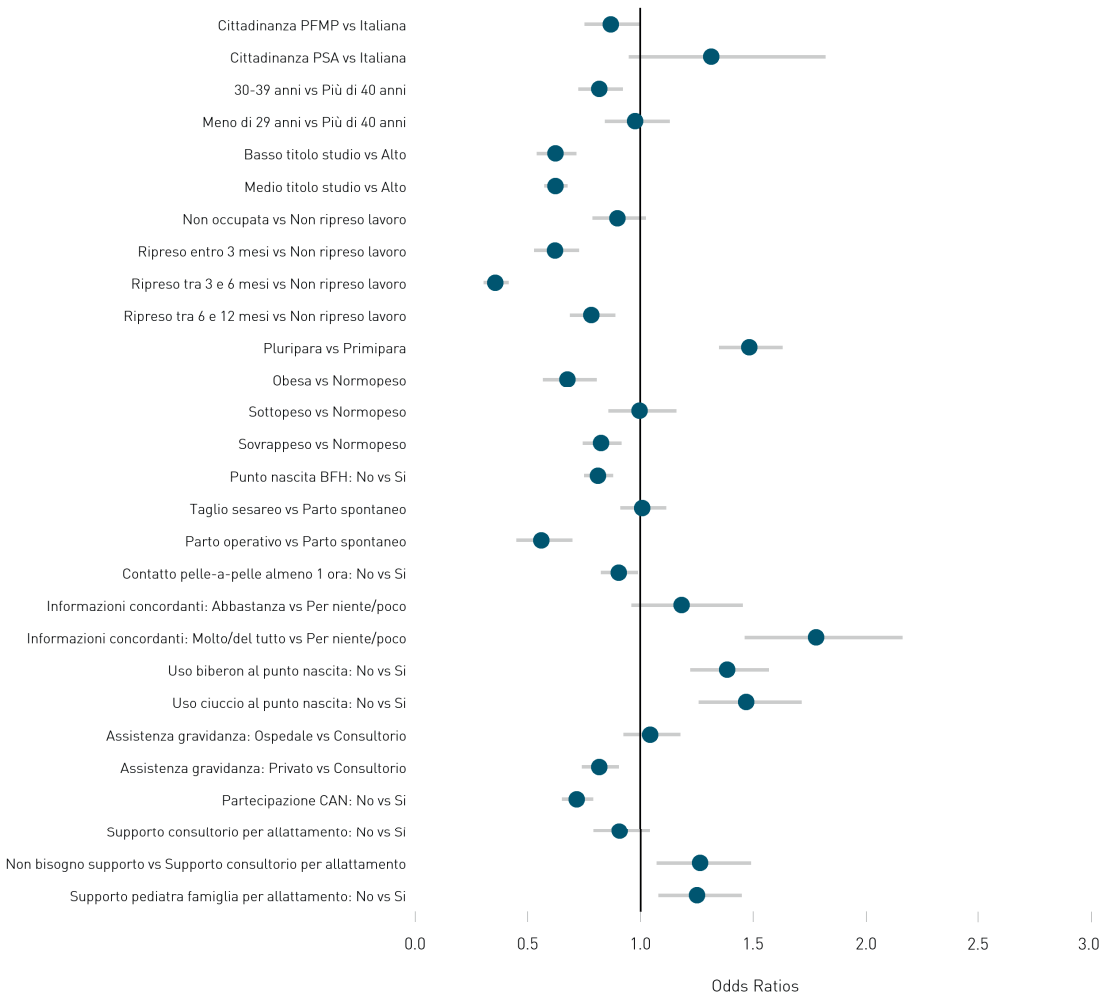


Figura 104. Fattori che condizionano l'allattamento esclusivo a 6 mesi: risultati della regressione logistica multivariata (Odds Ratios con relativi intervalli di confidenza)

Figura 105. Fattori che condizionano l'allattamento a 12 mesi: risultati della regressione logistica multivariata (Odds Ratios con relativi intervalli di confidenza)

Sintesi delle prevalenze dell'allattamento in Toscana

Barbara Lupi e Manila Bonciani, Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna

Viene mostrato di seguito un riepilogo sintetico delle prevalenze dell'allattamento in Toscana per ciascuno dei tempi di rilevazione, cioè durante la degenza in ospedale per il parto (T0), dopo un mese (T1), dopo tre mesi (T3), a sei mesi di vita del bambino (T6) ed infine ad un anno (T12), e per tutti i livelli di aggregazione di interesse del monitoraggio: regionale, per Azienda sanitaria, per Zona-distretto e per Punto Nascita.

Le prevalenze sono calcolate per residenza, ad eccezione di quelle relative ai Punti Nascita che invece vengono elaborate, per ciascun tempo del monitoraggio, sulla base dell'ospedale dove le donne hanno partorito.

La visualizzazione dei dati in un unico grafico permette di apprezzare nel dettaglio l'andamento delle prevalenze dell'allattamento durante il periodo del monitoraggio, identificando quelle realtà che:

- dopo un avvio più contenuto dell'allattamento al momento del ricovero per il parto, l'hanno incrementato nei primi mesi dopo la nascita;
- hanno registrato un crollo più rilevante delle prevalenze di allattamento esclusivo dopo un inizio soddisfacente;
- hanno mantenuto nel lungo periodo le prevalenze di allattamento più alte della media regionale, in termini di maggior allattamento esclusivo a sei mesi e di allattamento prolungato a dodici mesi.

Questo tipo di lettura dei dati offre spunti di riflessione riguardo a quali realtà, ospedaliere e territoriali, hanno raggiunto buoni risultati e quindi stanno offrendo un buon sostegno per l'allattamento e quali invece mostrano livelli di prevalenza dell'allattamento meno soddisfacenti nelle specifiche tempistiche monitorate e quindi necessitano di essere rafforzate in questo ambito.

È tuttavia importante ricordare che le Zone-distretto con una minor densità abitativa e i Punti Nascita con un numero non elevato di parti (segnalate in nota vicino ai singoli grafici) hanno raggiunto una copertura del campione più bassa e quindi le relative stime delle prevalenze dell'allattamento sono da considerarsi meno solide.

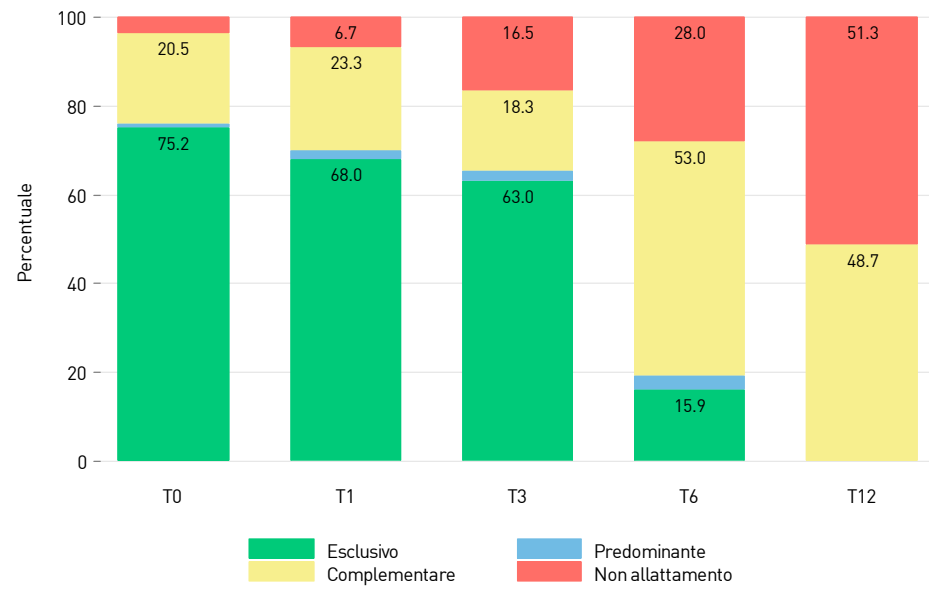


Figura 106. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto in **Regione Toscana**.

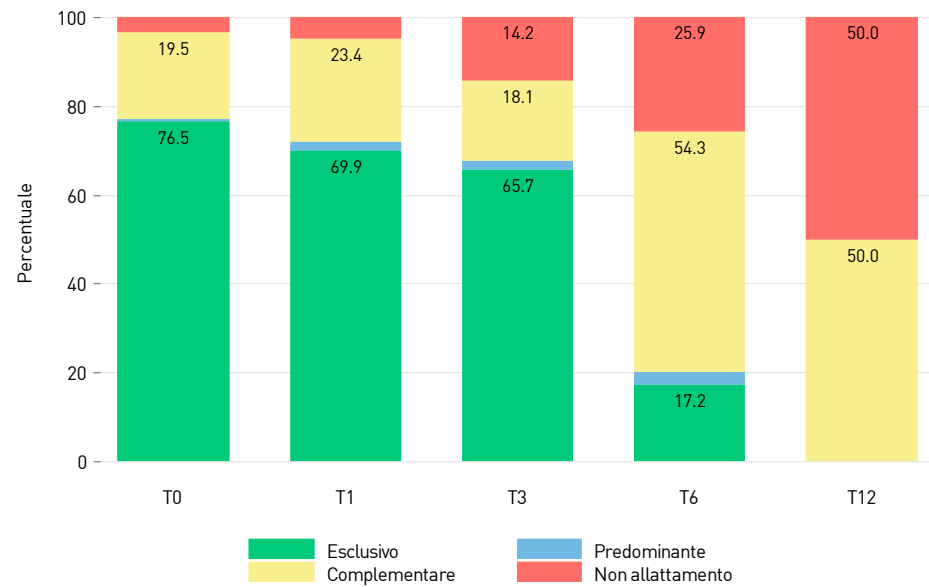


Figura 107. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nell'**Azienda Toscana Centro**.

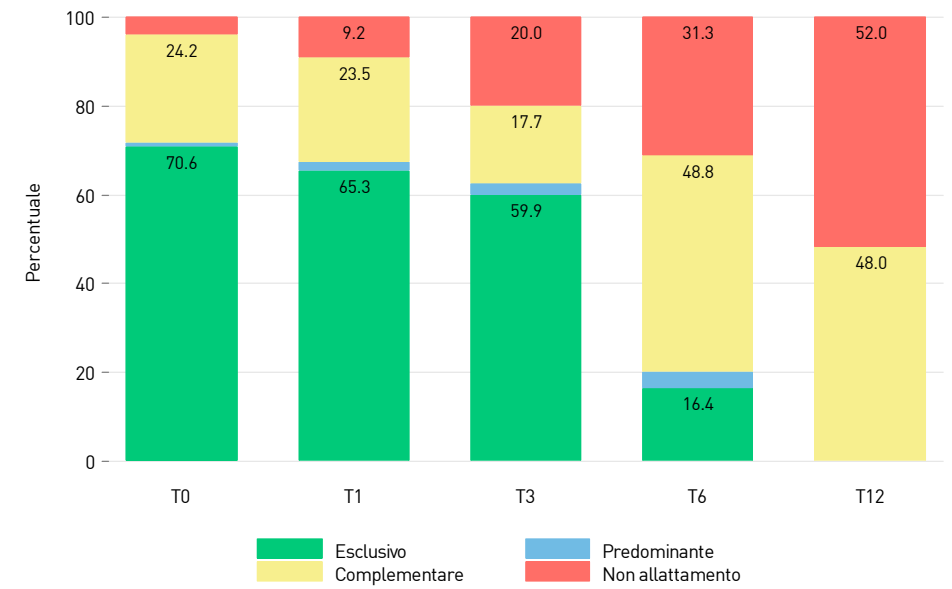


Figura 108. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nell'**Azienda Toscana Nord Ovest**.

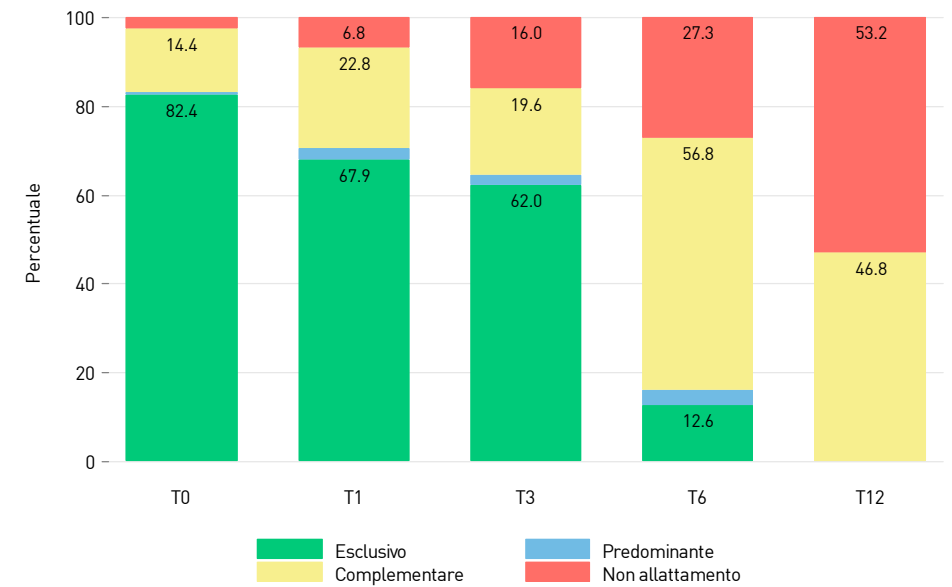


Figura 109. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nell'**Azienda Toscana Sud Est**.

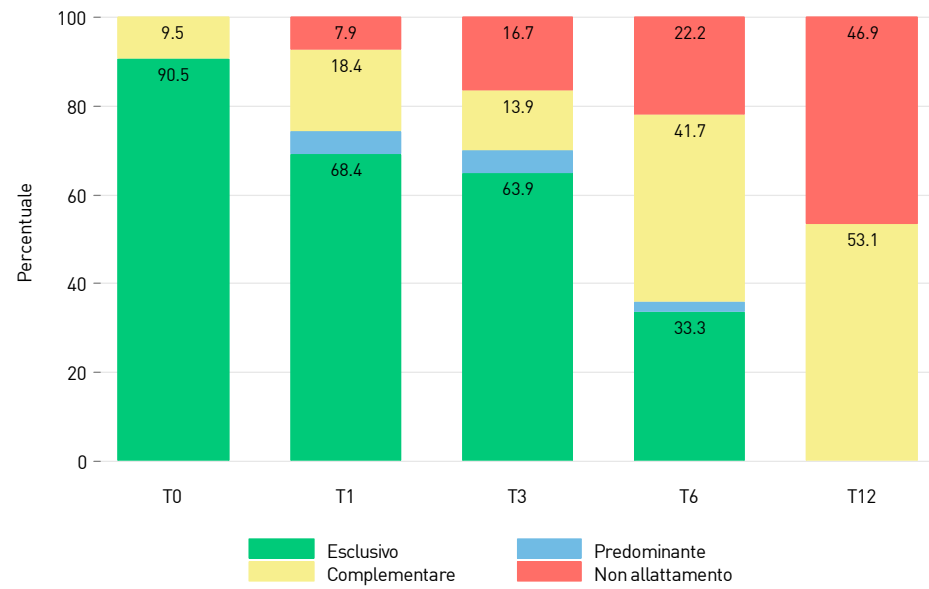


Figura 110. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Lunigiana** (Asl Nord Ovest)

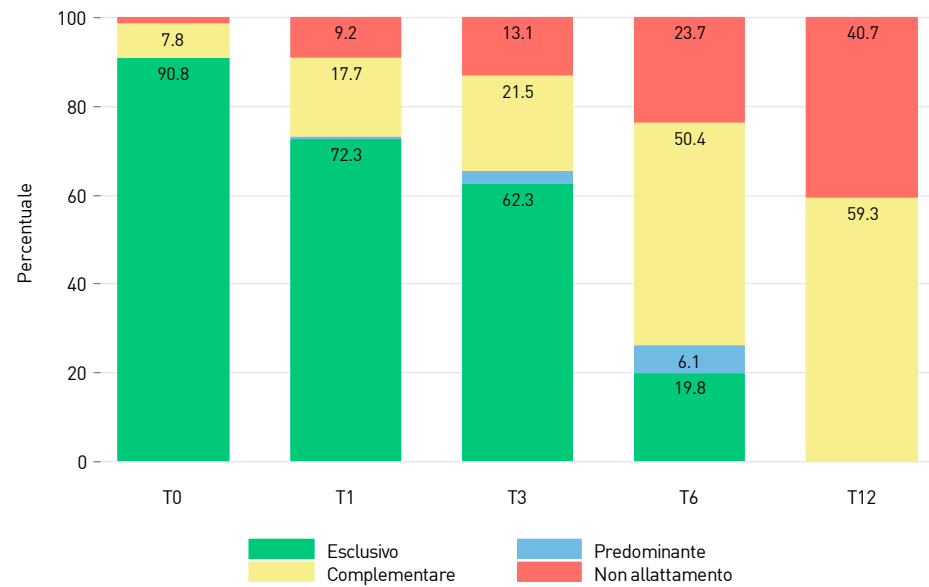


Figura 111. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Apuane** (Asl Nord Ovest)

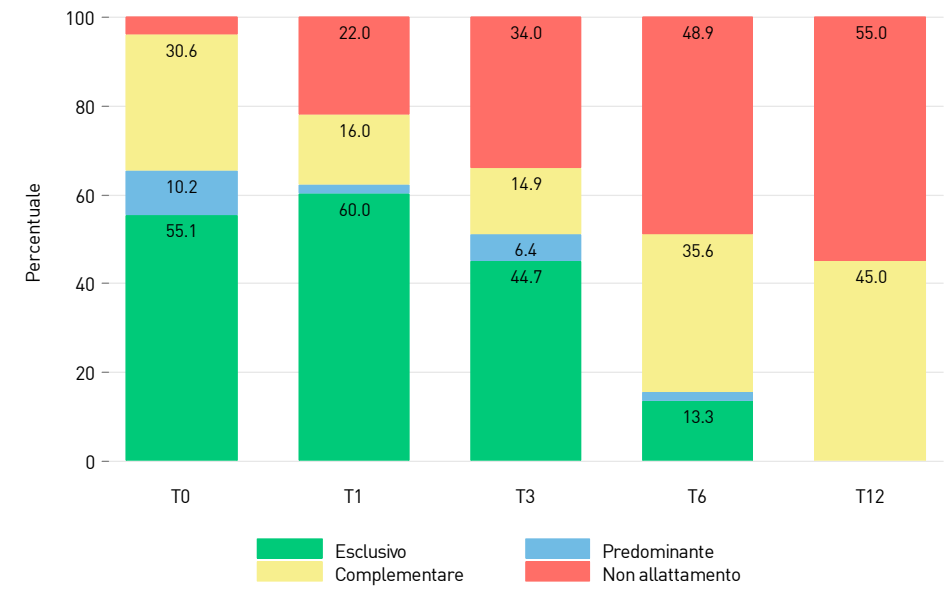


Figura 112. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Valle del Serchio** (Asl Nord Ovest)

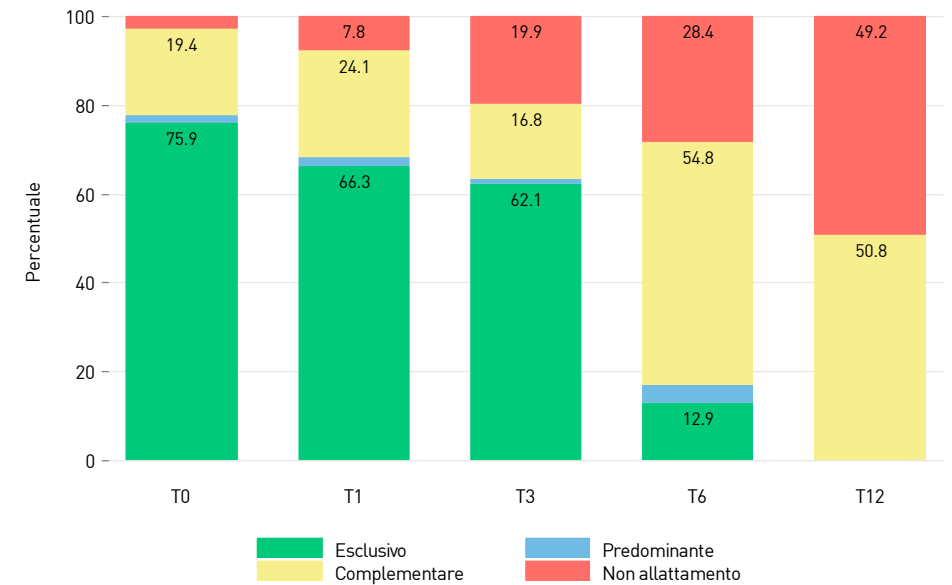


Figura 113. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Piana di Lucca** (Asl Nord Ovest)

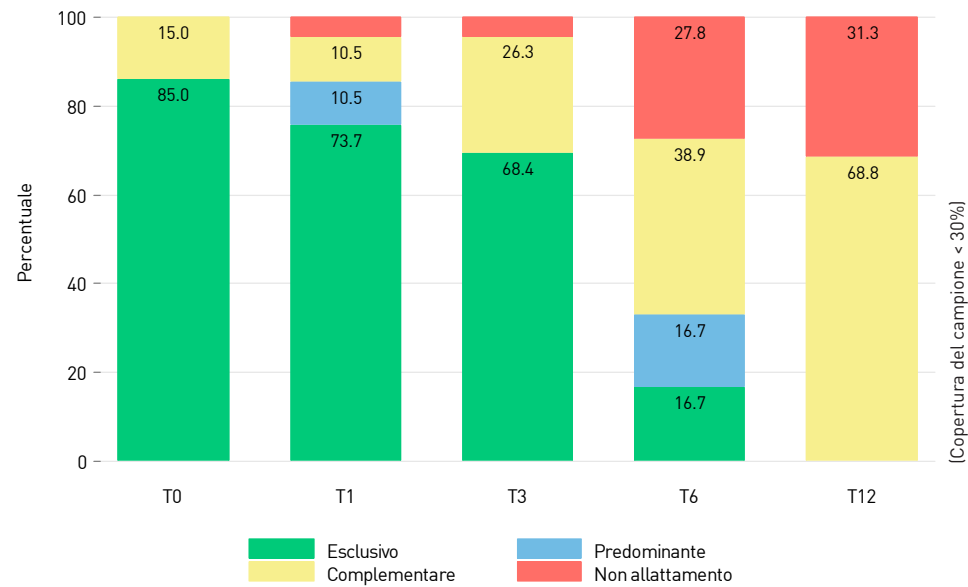


Figura 114. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi nella Zona-distretto **Alta Val di Cecina** (Asl Nord Ovest)

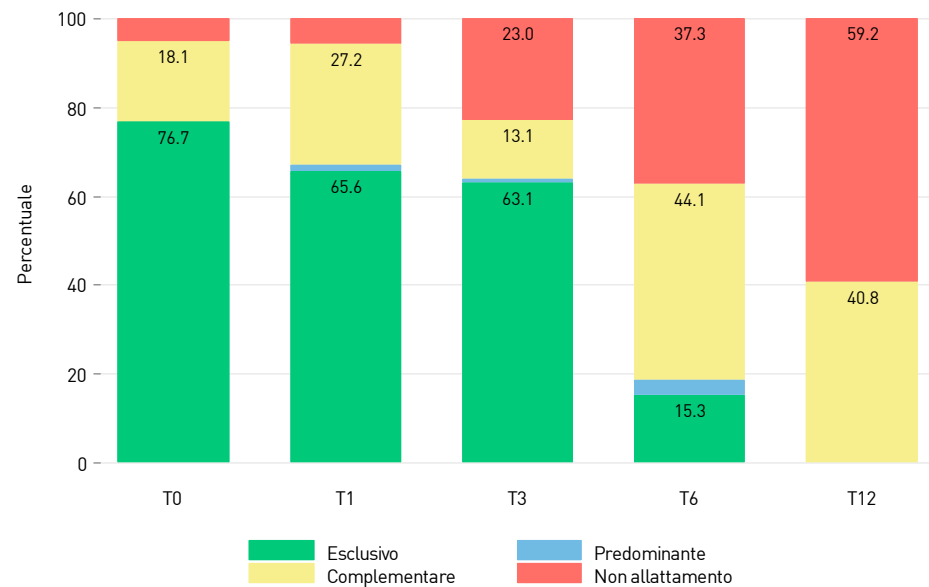


Figura 115. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Val d'Era** (Asl Nord Ovest)

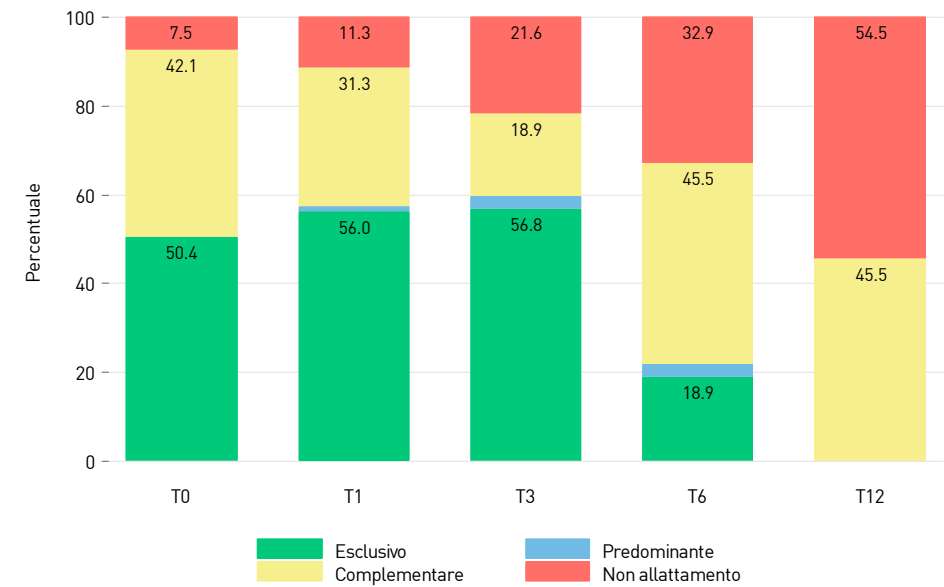


Figura 116. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Pisana** (Asl Nord Ovest)

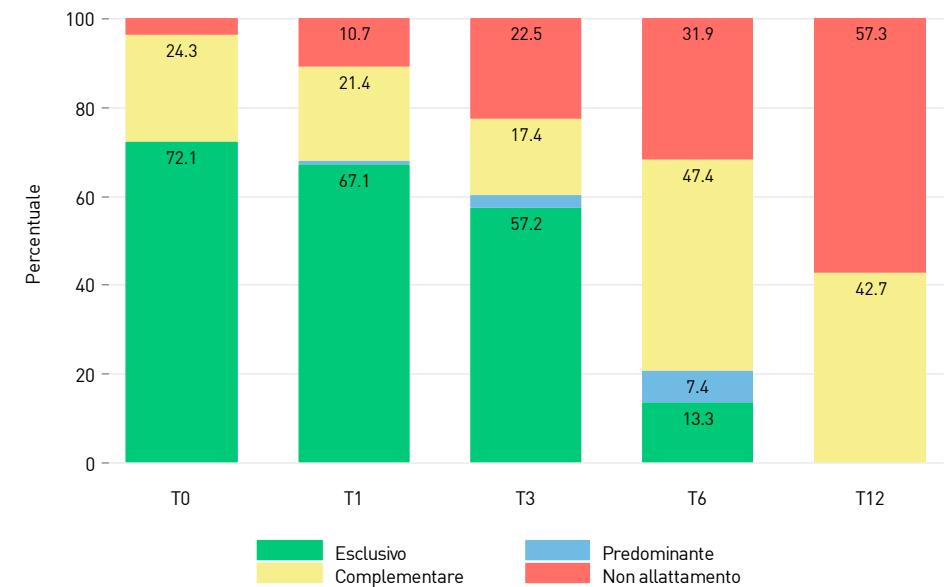


Figura 117. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Bassa Val di Cecina** (Asl Nord Ovest)

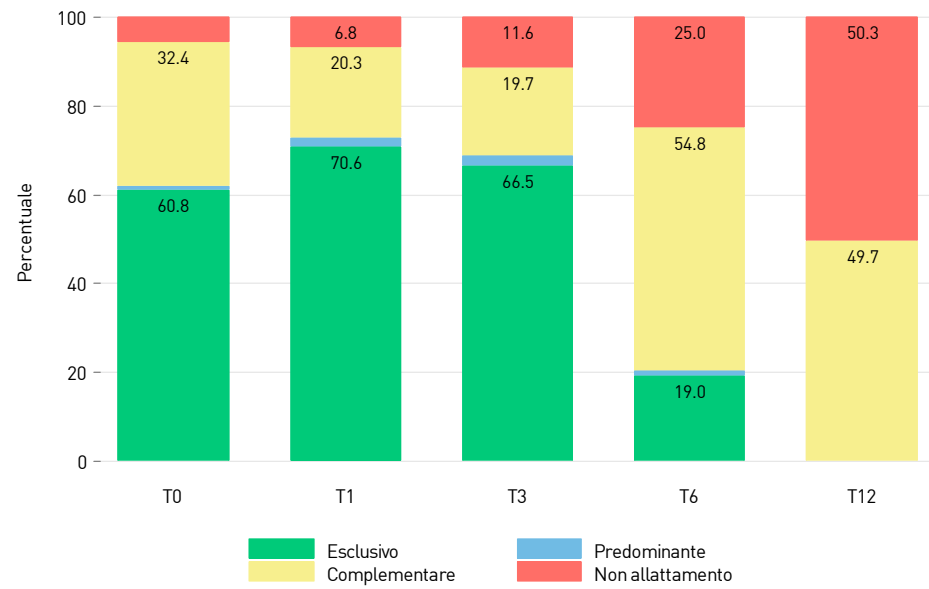


Figura 118. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Livornese** (Asl Nord Ovest)

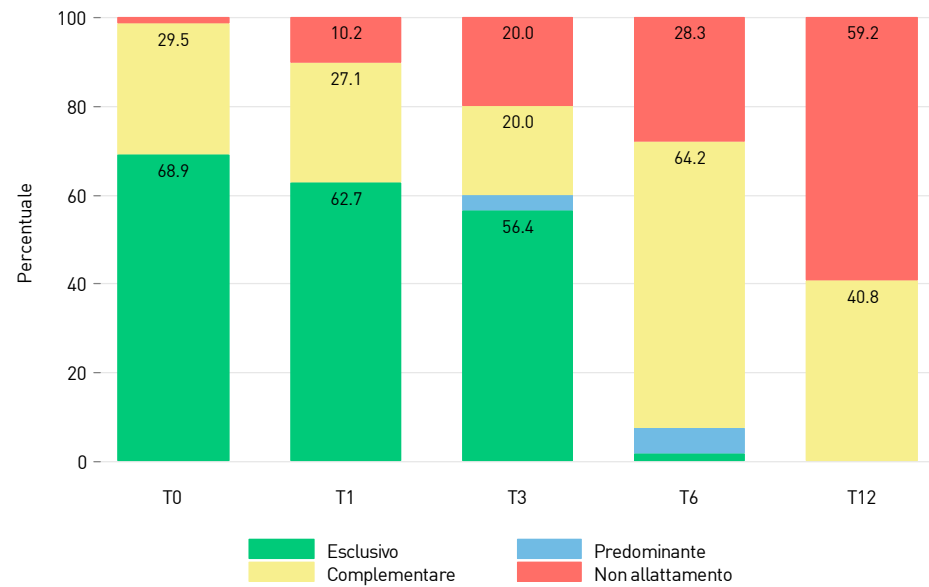


Figura 119. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Val di Cornia** (Asl Nord Ovest)

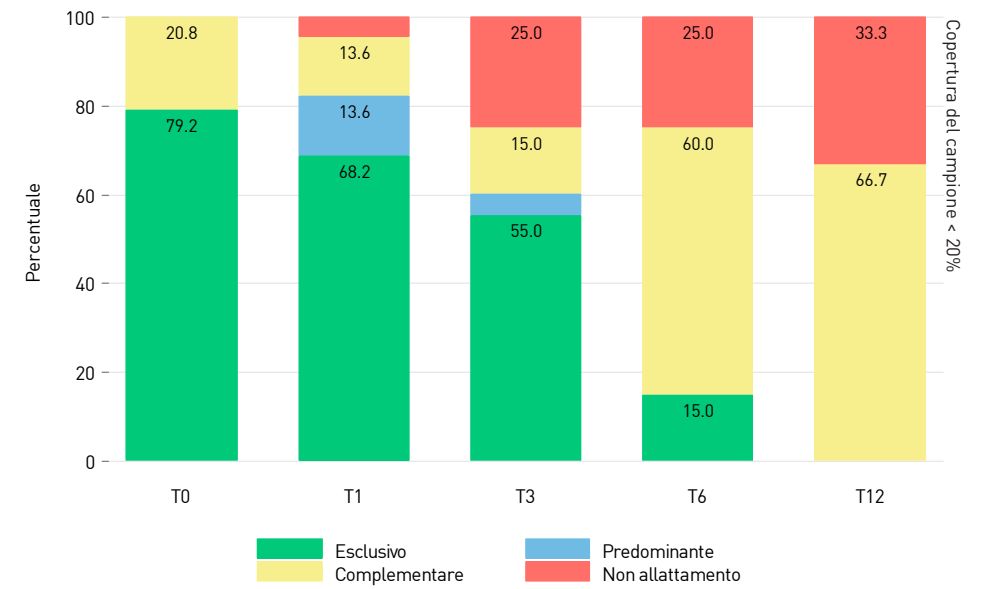


Figura 120. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Elba** (Asl Nord Ovest)

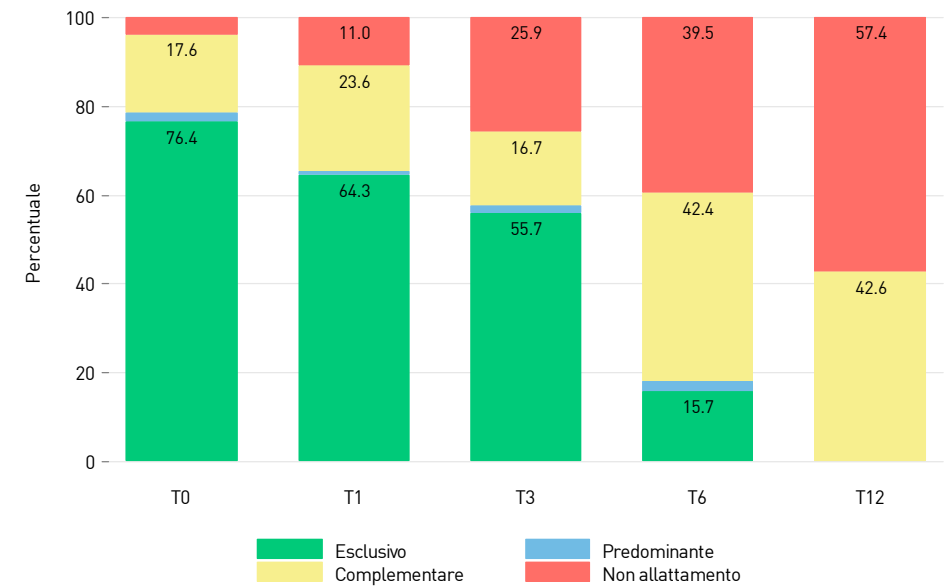


Figura 121. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Versilia** (Asl Nord Ovest)

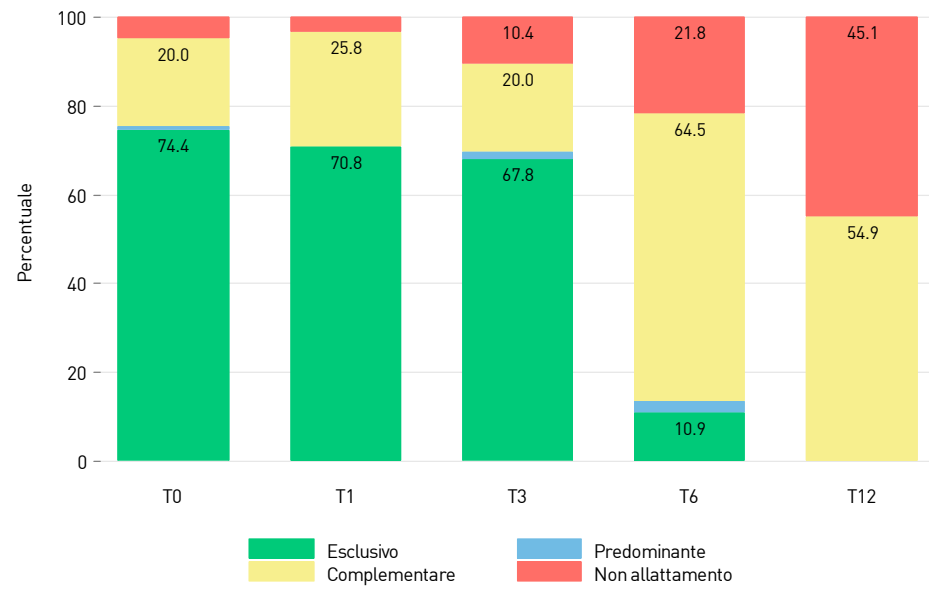


Figura 122. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Pistoiese** (Asl Centro)

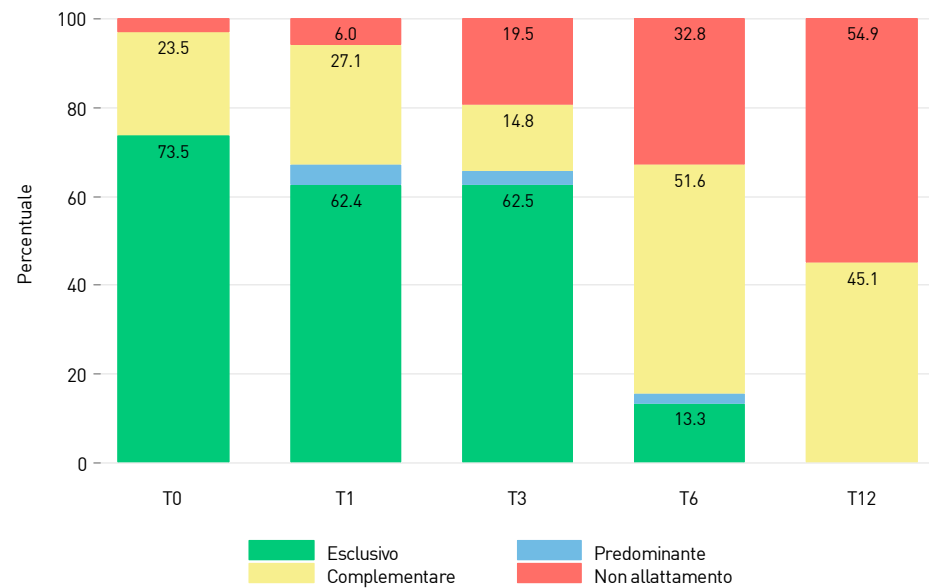


Figura 123. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Val di Nievole** (Asl Centro)

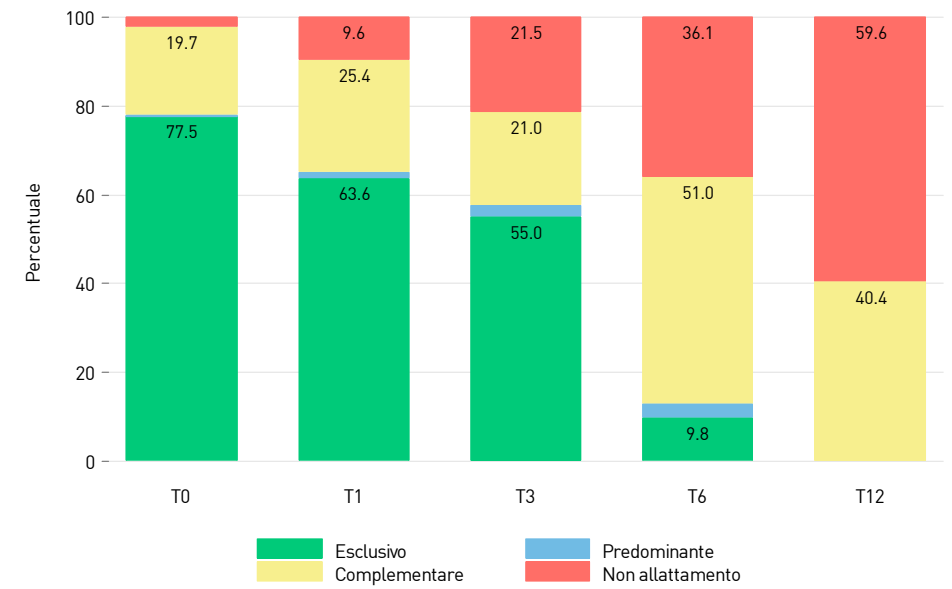


Figura 124. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Pratese** (Asl Centro)

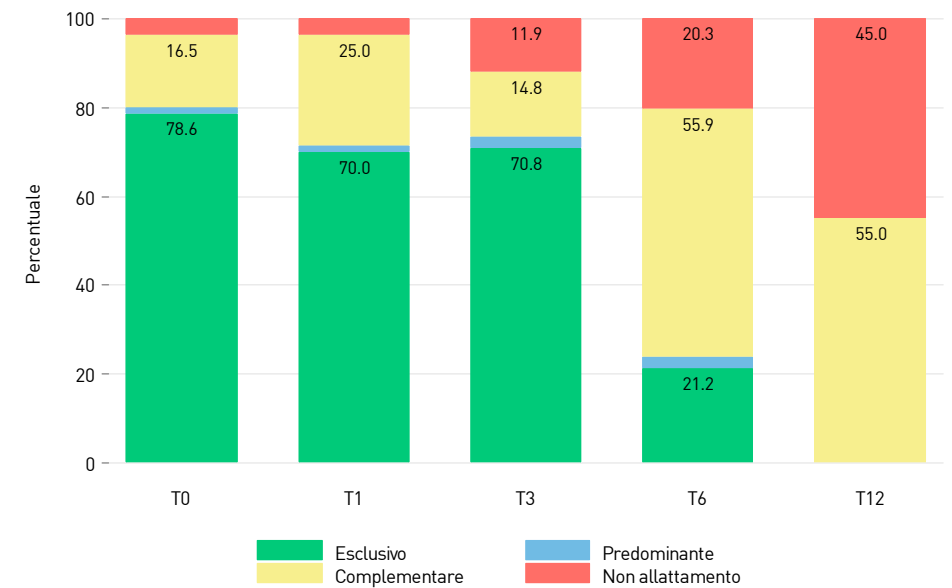


Figura 125. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Firenze** (Asl Centro)

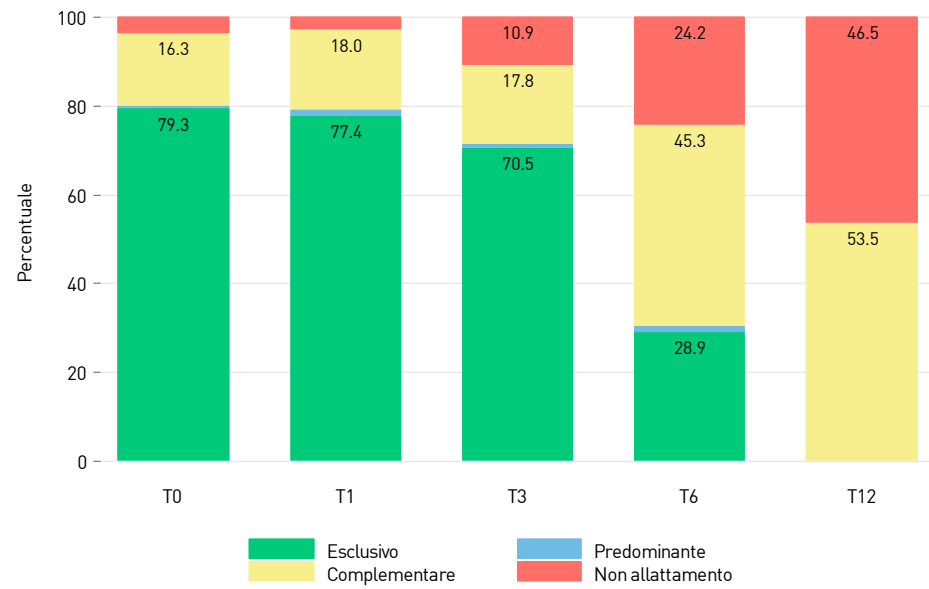


Figura 126. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Fiorentina Nord-Ovest** (Asl Centro)

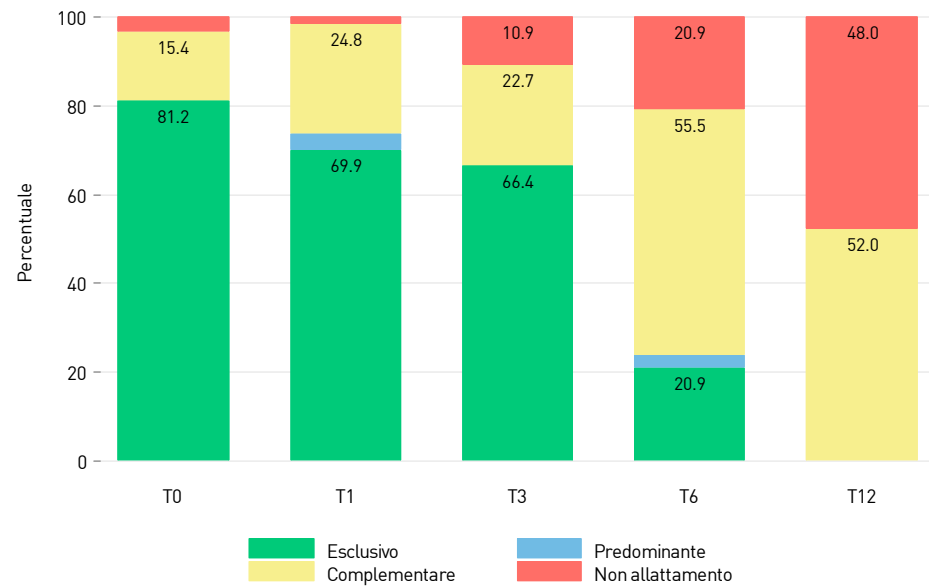


Figura 127. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Fiorentina Sud-Est** (Asl Centro)

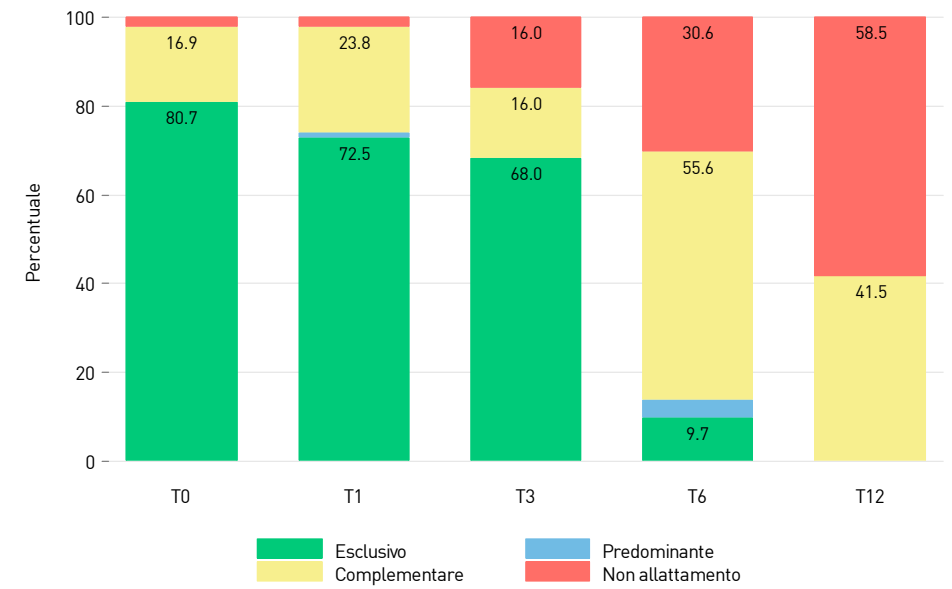


Figura 128. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Mugello** (Asl Centro)

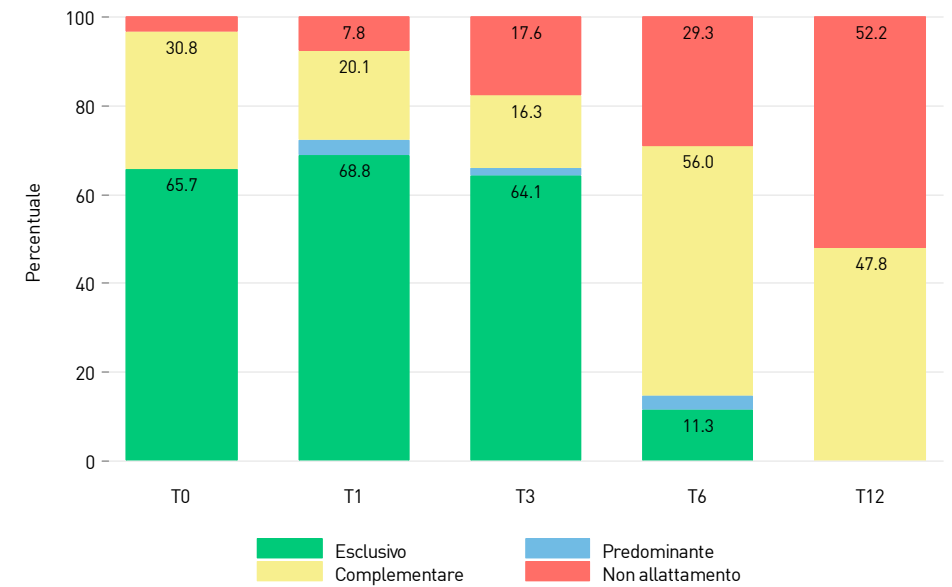


Figura 129. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Empolese** (Asl Centro)

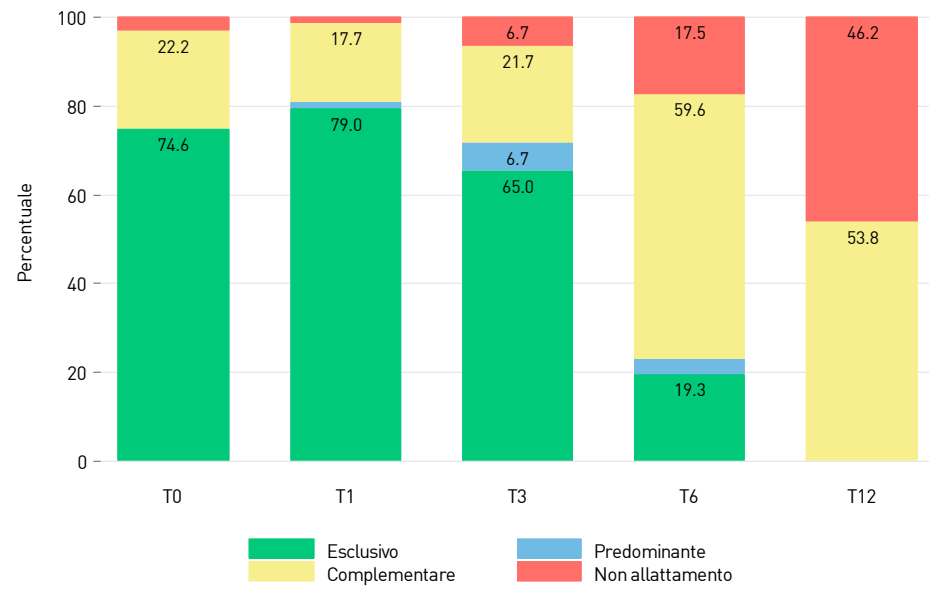


Figura 130. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi nella Zona-distretto **Valdarno Inferiore** (Asl Centro)

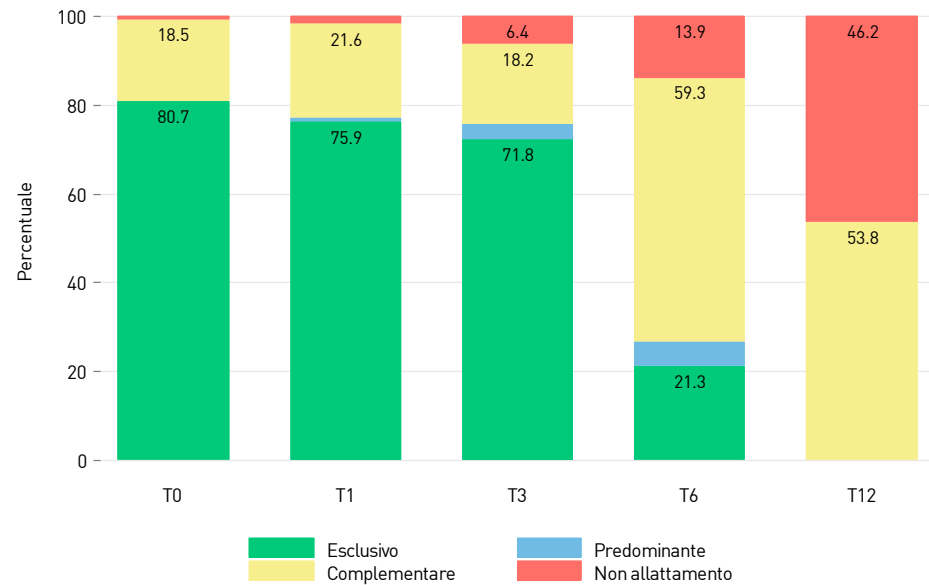


Figura 131. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Alta Val d'Elsa** (Asl Sud Est)

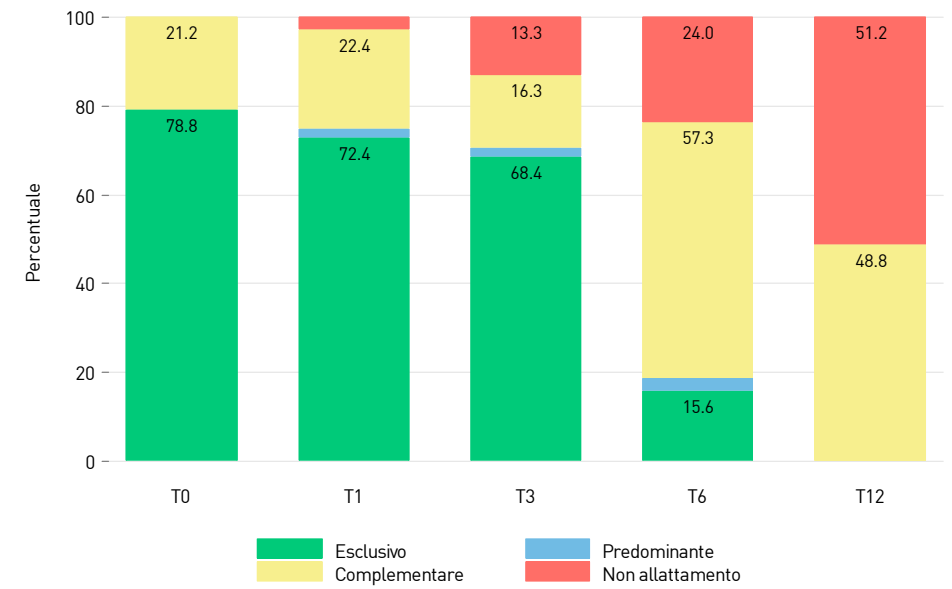


Figura 132. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Val di Chiana Senese** (Asl Sud Est)

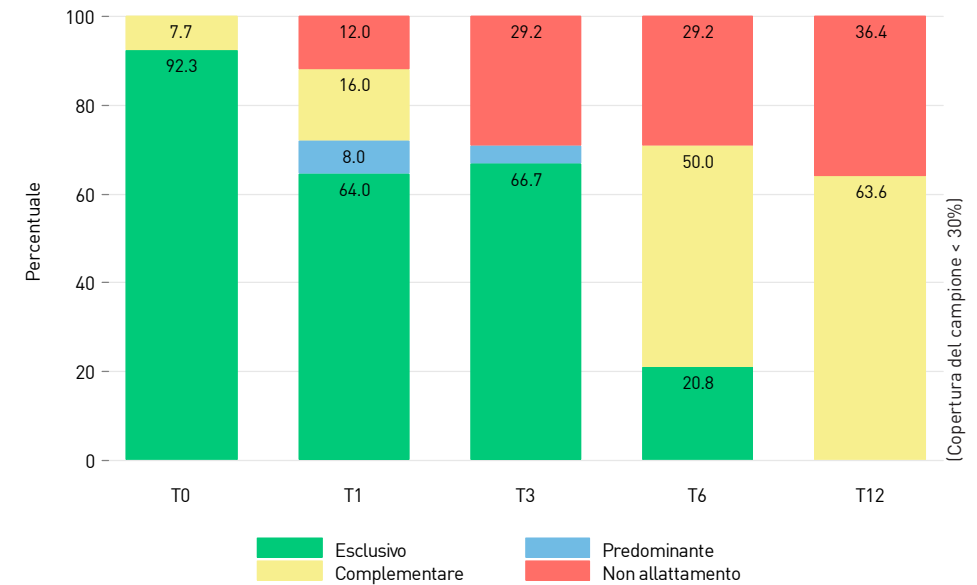


Figura 133. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Amiata Senese e Valdorcia** (Asl Sud Est)

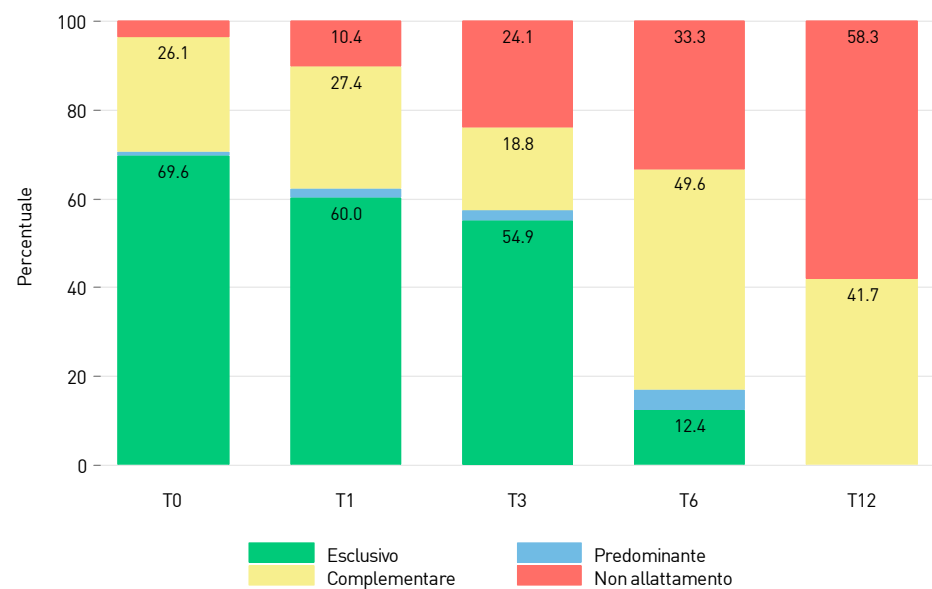


Figura 134. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi nella Zona-distretto **Senese** (Asl Sud Est)

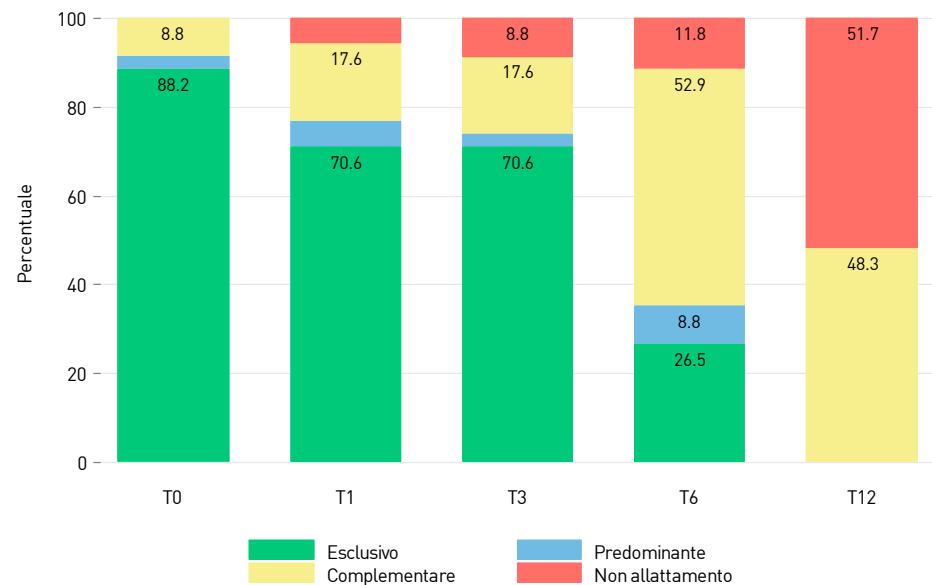


Figura 135. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Casentino** (Asl Sud Est)

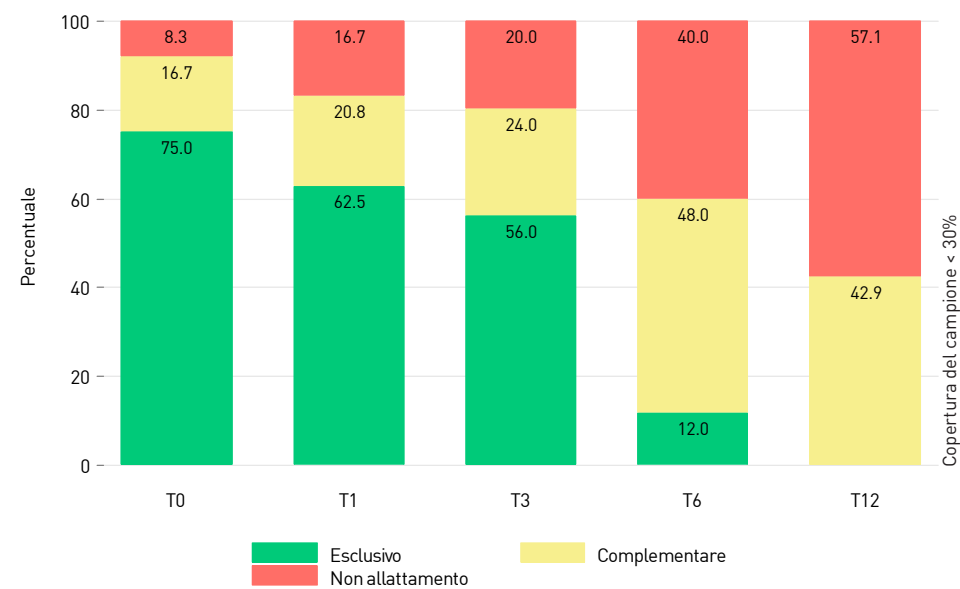


Figura 136. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Val Tiberina** (Asl Sud Est)

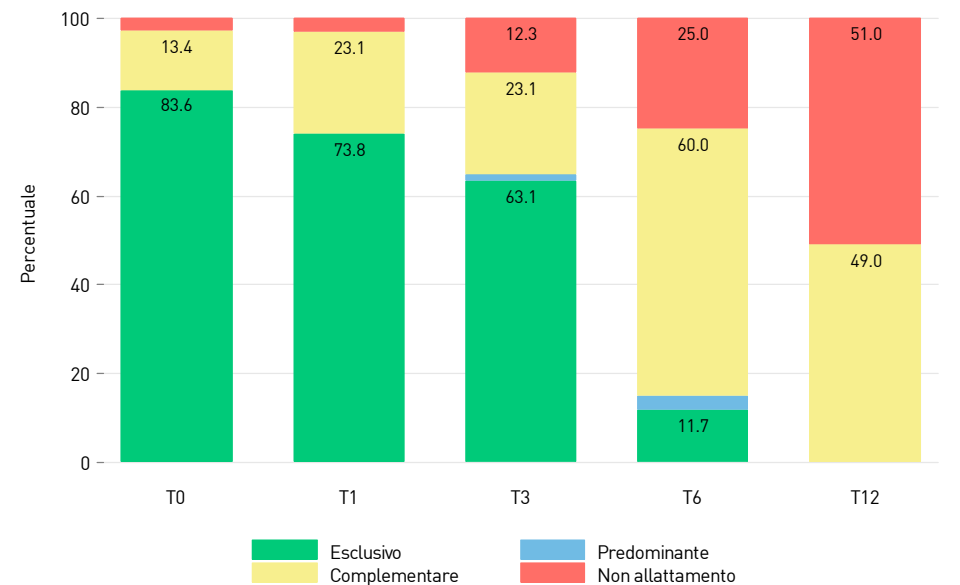


Figura 137. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Val di Chiana Aretina** (Asl Sud Est)

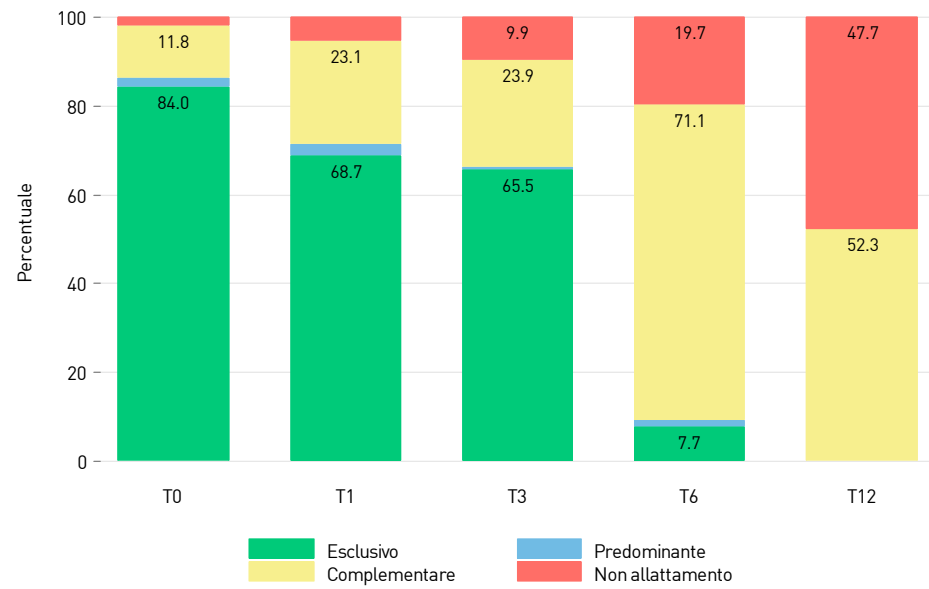


Figura 138. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi nella Zona-distretto **Aretina** (Asl Sud Est)

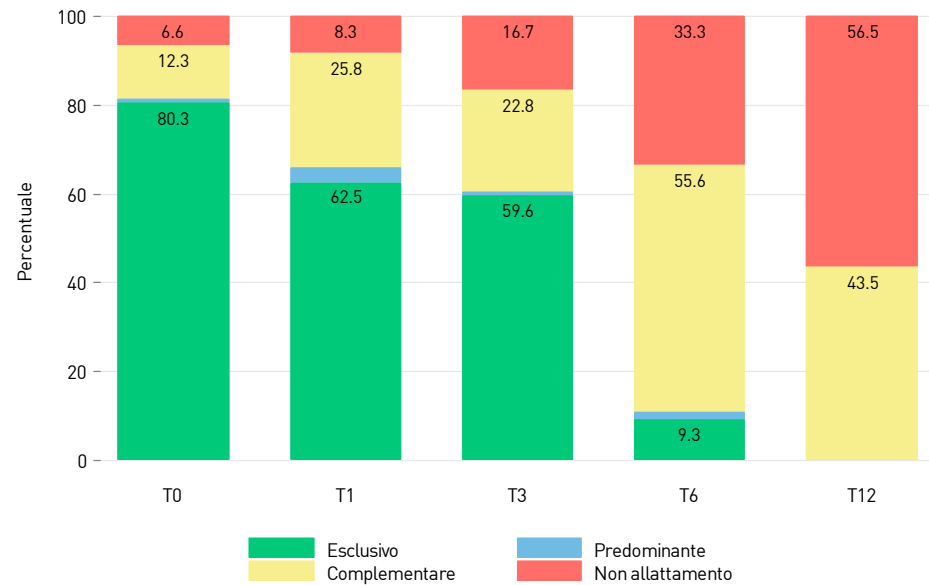


Figura 139. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Valdarno** (Asl Sud Est)

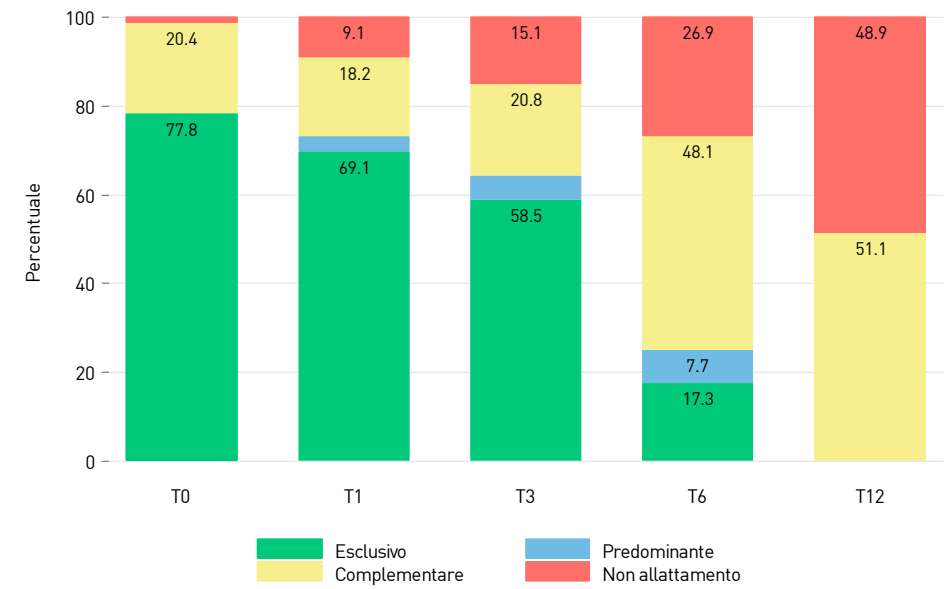


Figura 140. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Colline Metallifere** (Asl Sud Est)

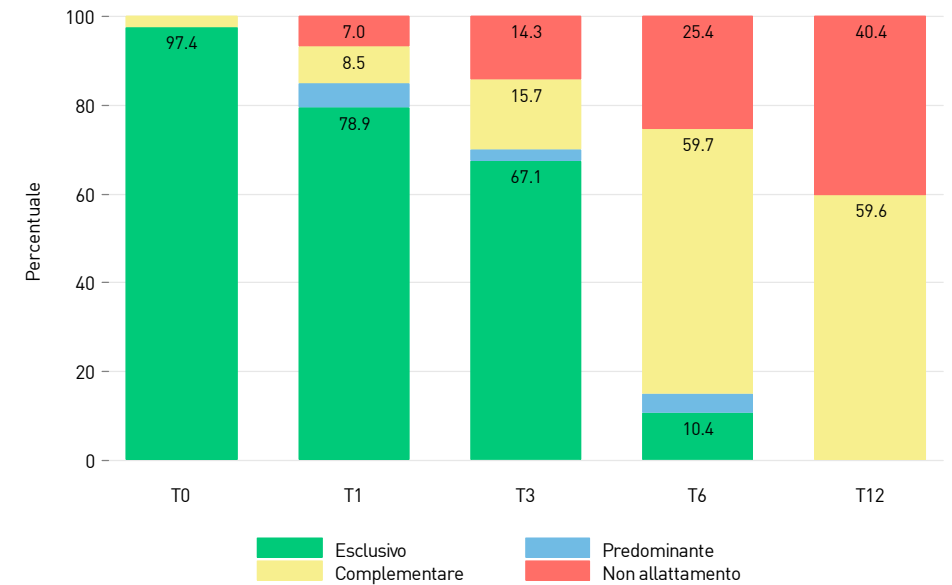


Figura 141. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Colline dell'Albegna** (Asl Sud Est)

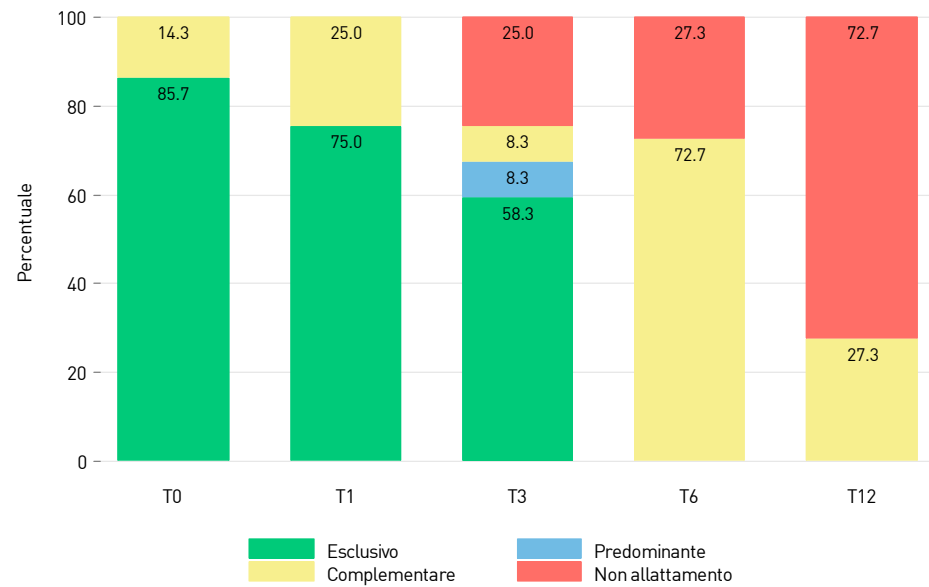


Figura 142. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Amiata Grossetana** (Asl Sud Est)

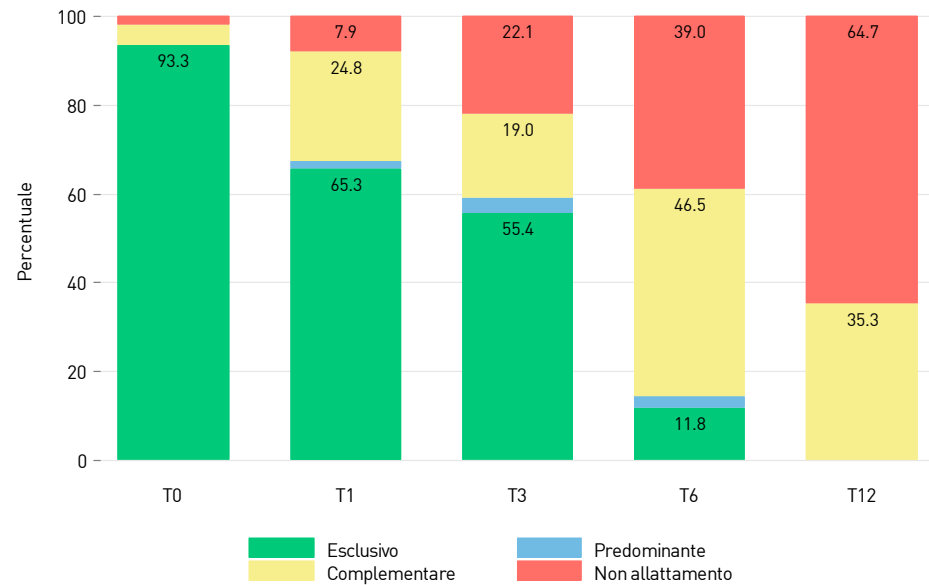


Figura 143. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nella Zona-distretto **Grossetana** (Asl Sud Est)

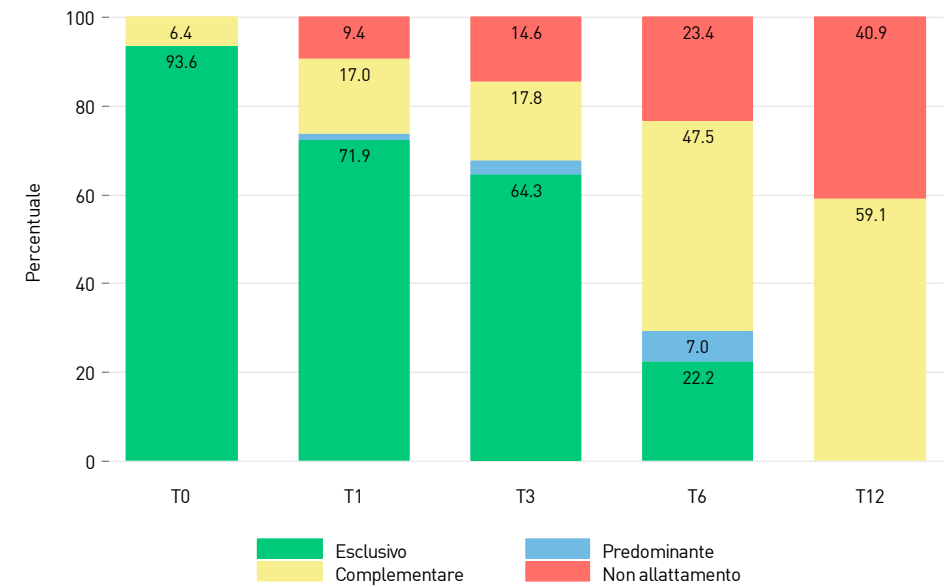


Figura 144. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Massa Carrara** (Asl Nord Ovest)

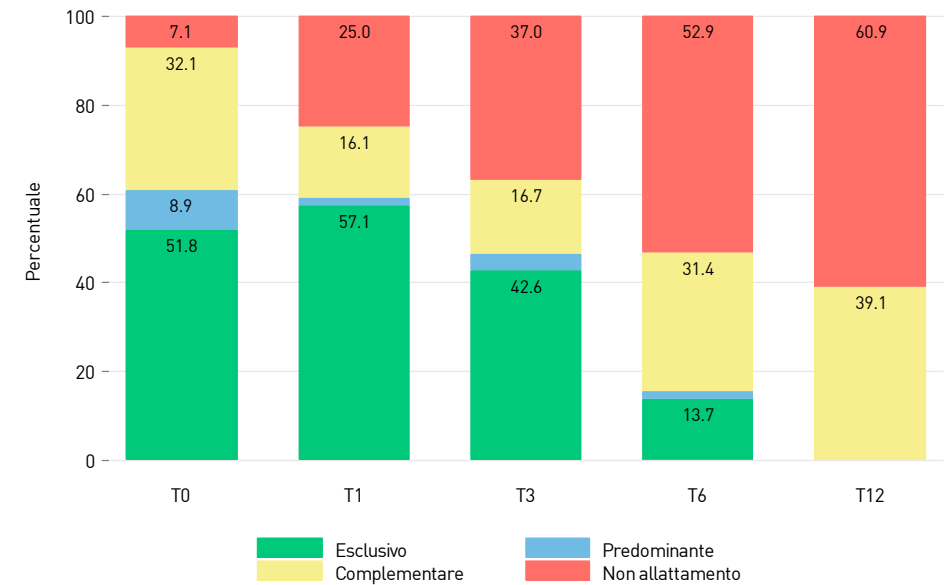


Figura 145. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Barga** (Asl Nord Ovest)

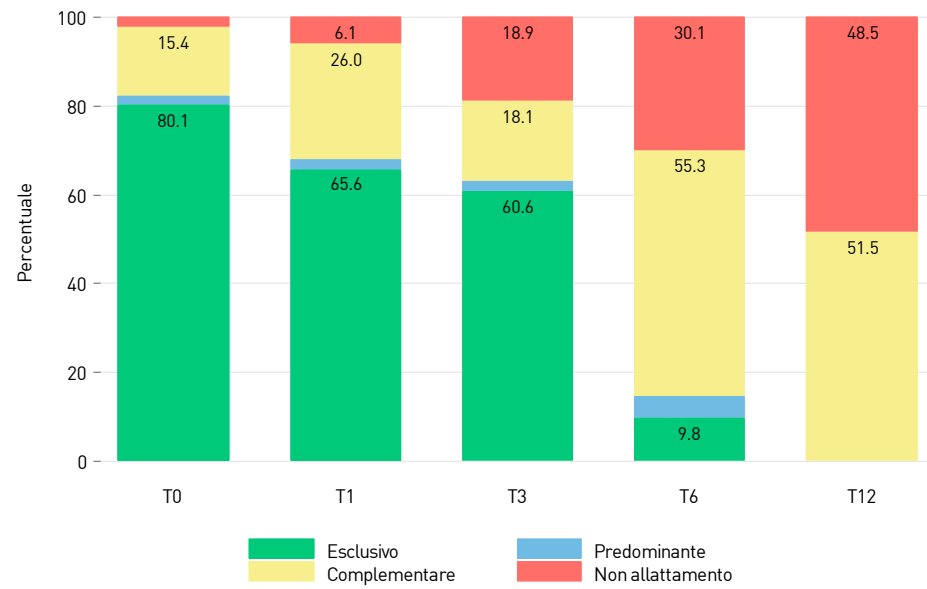


Figura 146. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Lucca** (Asl Nord Ovest)

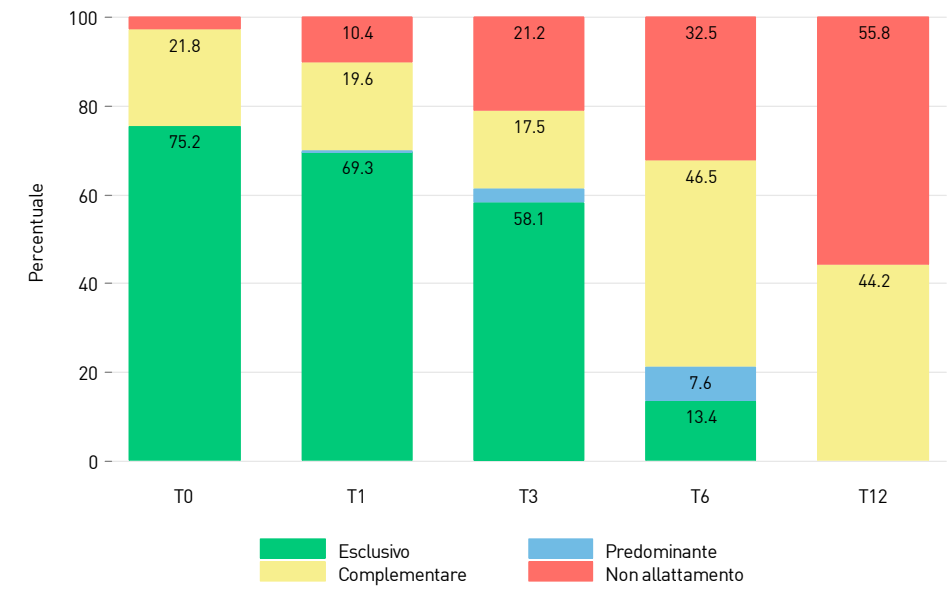


Figura 148. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Cecina** (Asl Nord Ovest)

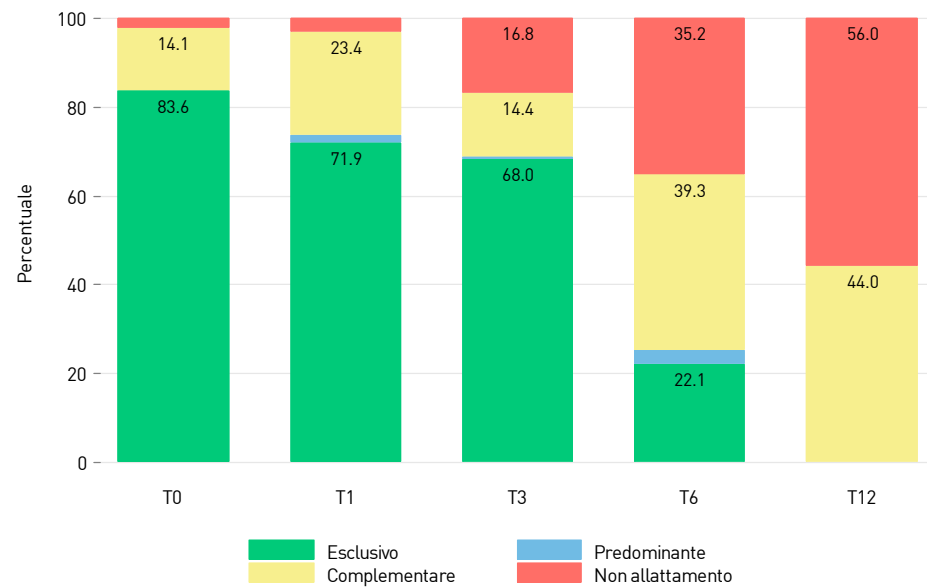


Figura 147. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Pontedera** (Asl Nord Ovest)

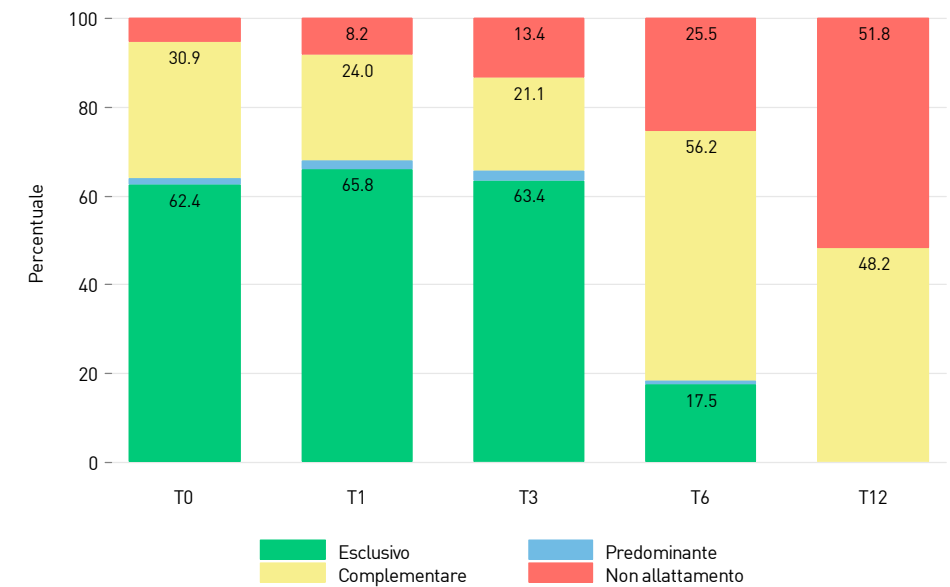


Figura 149. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Livorno** (Asl Nord Ovest)

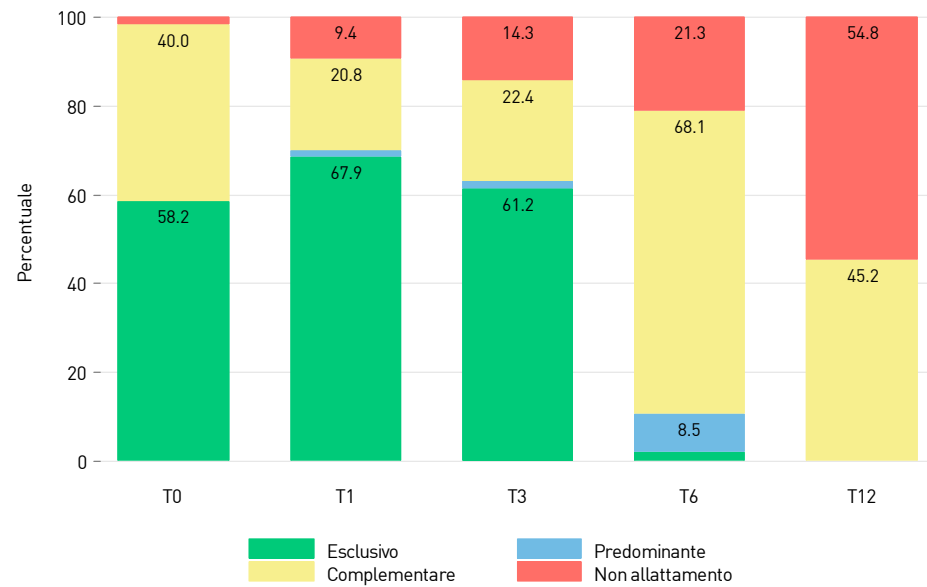


Figura 150. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Piombino** (Asl Nord Ovest)

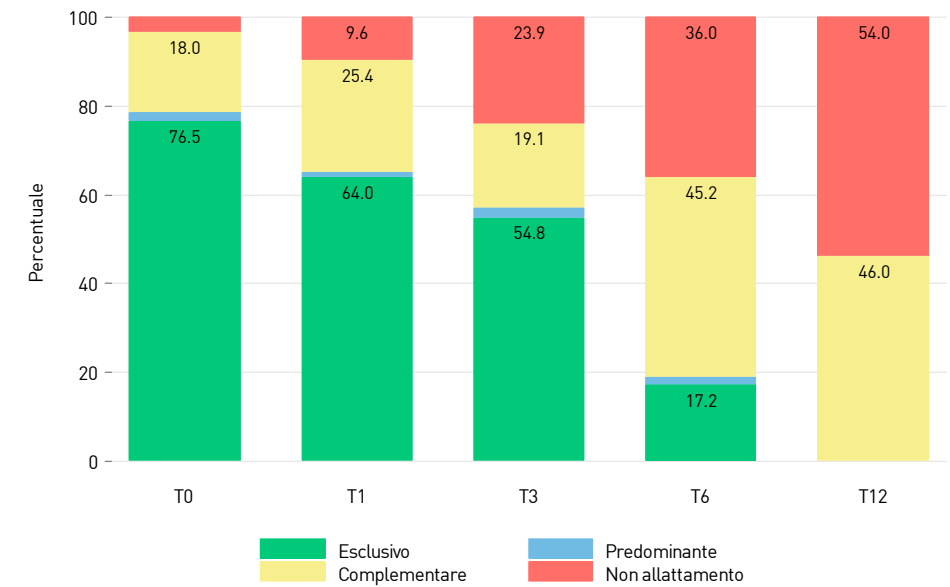


Figura 152. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Viareggio** (Asl Nord Ovest)

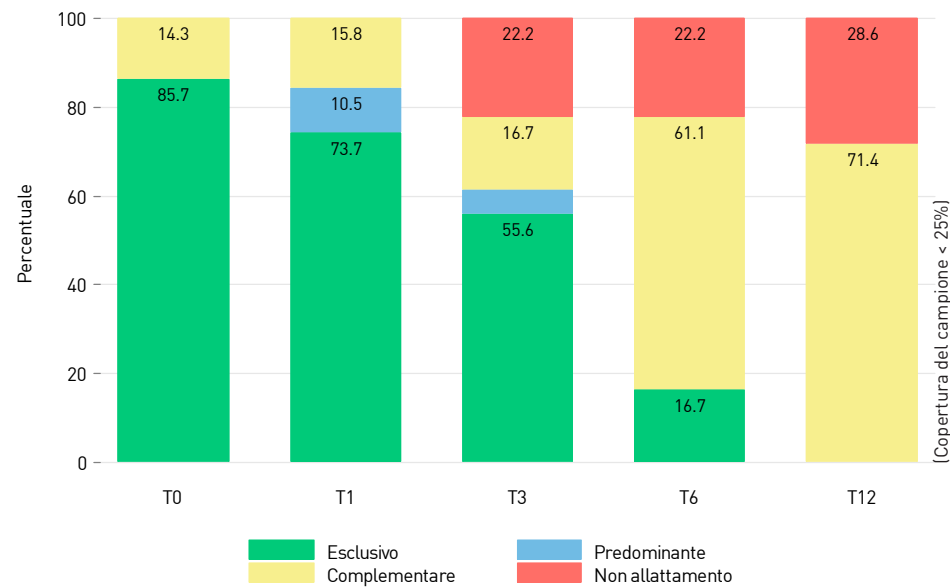


Figura 151. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Portoferraio** (Asl Nord Ovest)

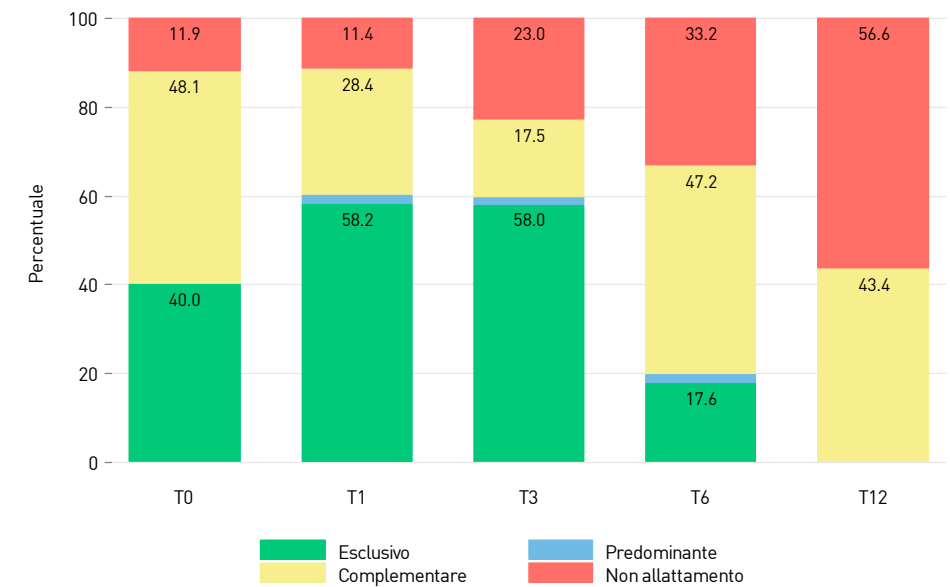


Figura 153. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita dell'**AOU Pisana**

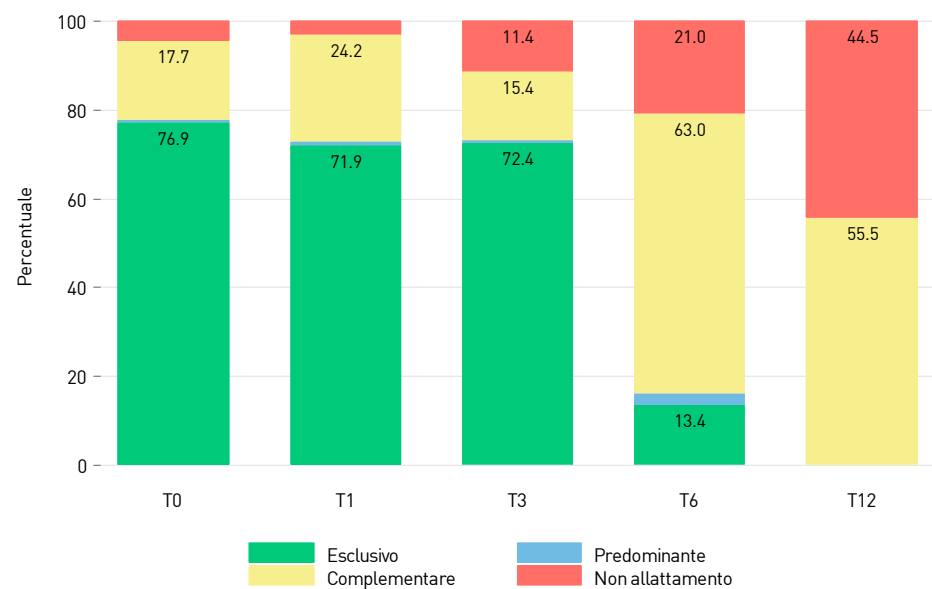


Figura 154. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Pistoia** (Asl Centro)

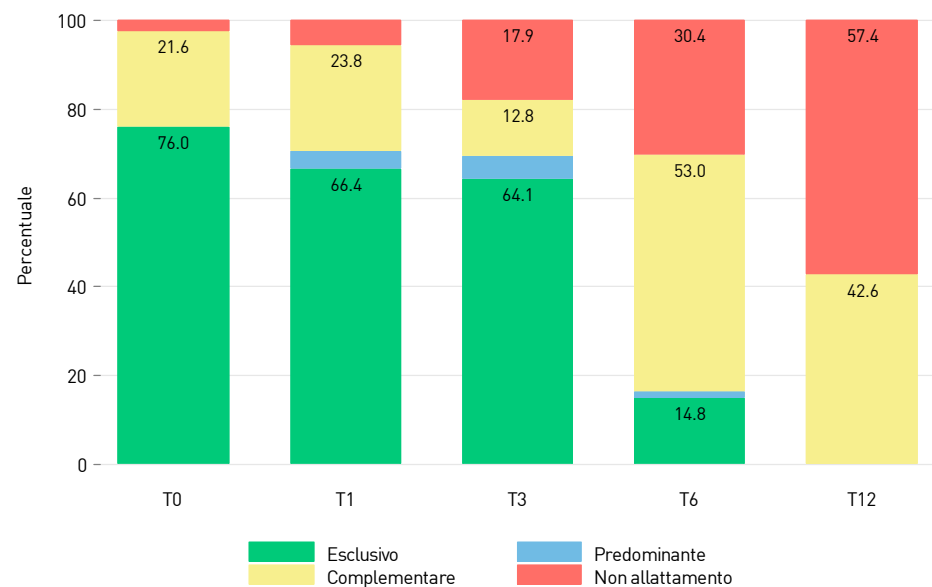


Figura 155. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Pescia** (Asl Centro)

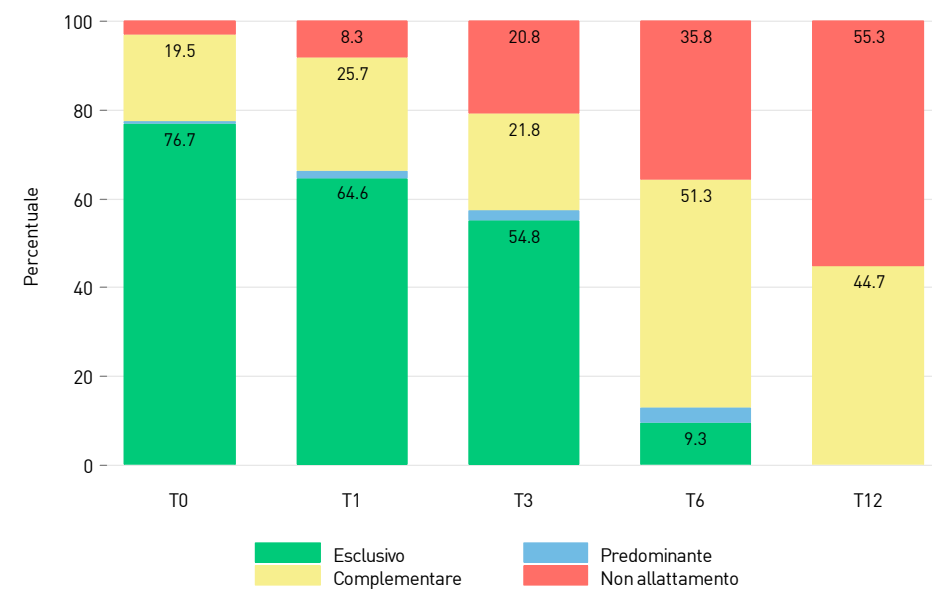


Figura 156. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Prato** (Asl Centro)

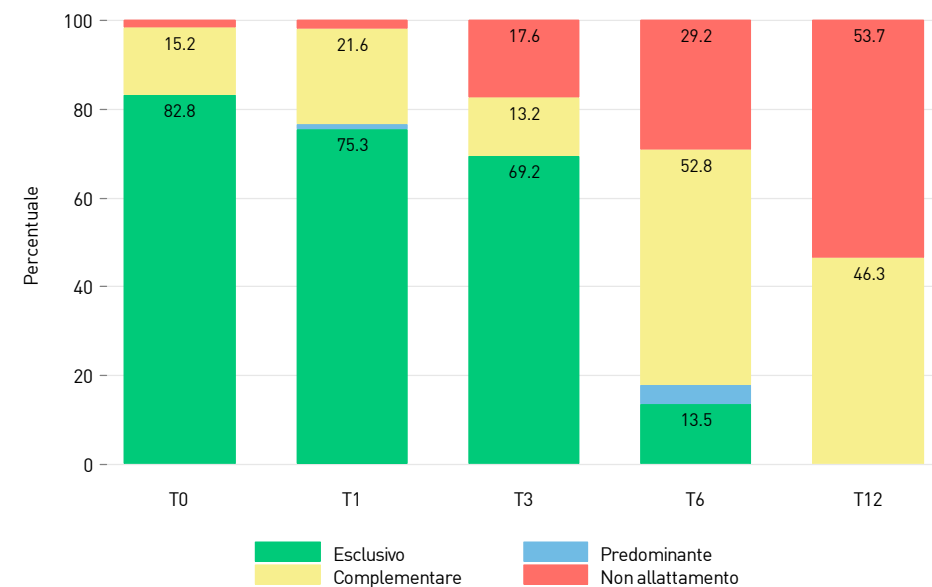


Figura 157. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Borgo San Lorenzo** (Asl Centro)

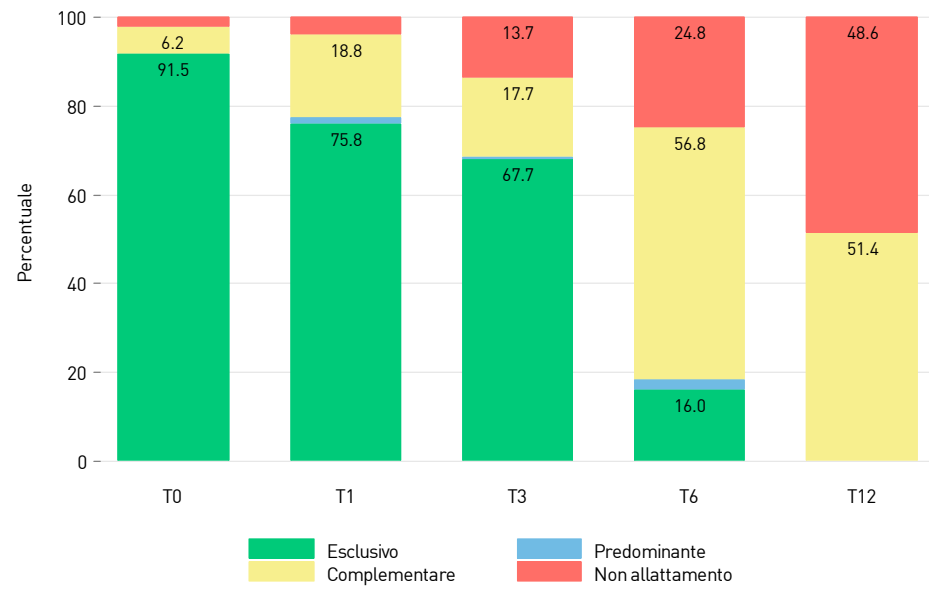


Figura 158. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Bagno a Ripoli** (Asl Centro)

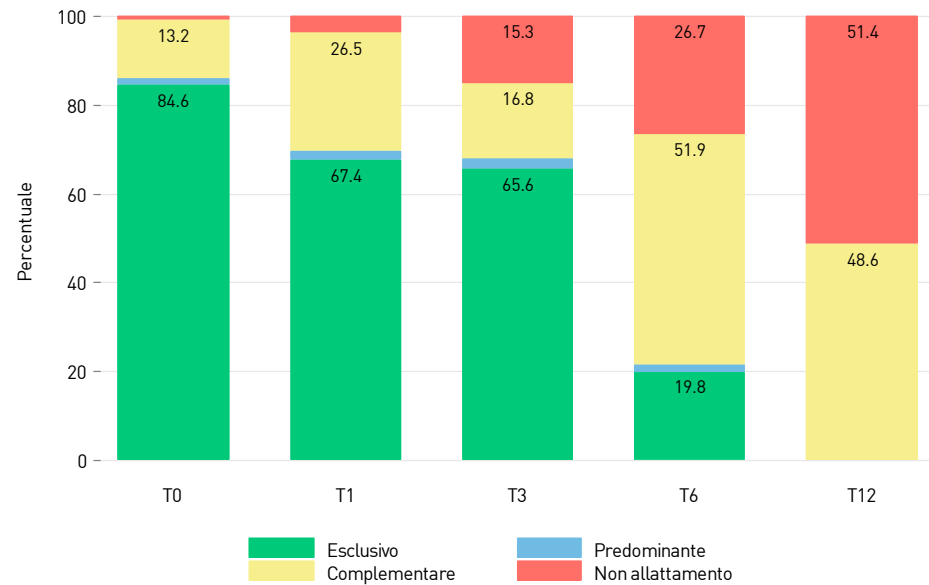


Figura 159. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Firenze** (Asl Centro)

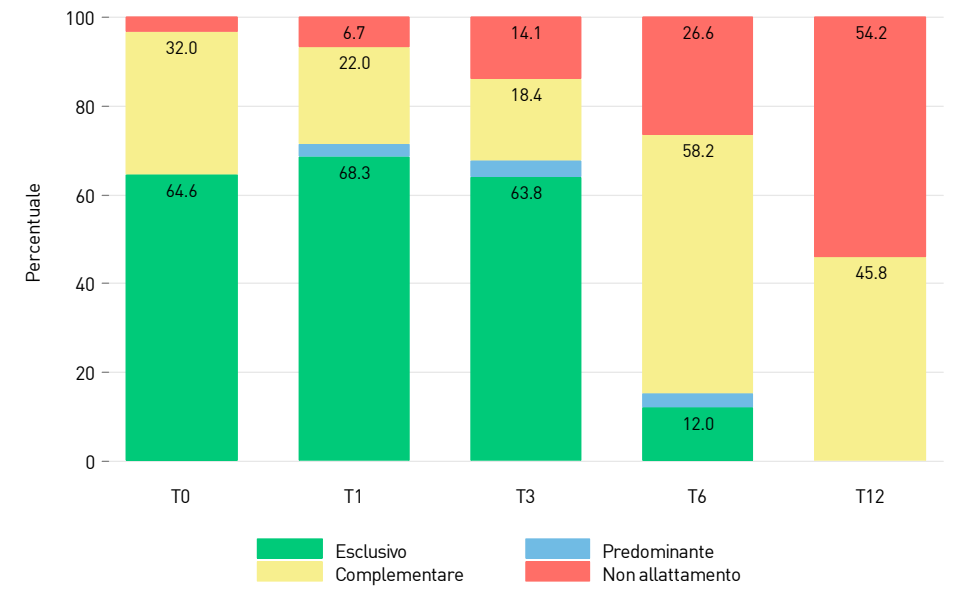


Figura 160. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Empoli** (Asl Centro)

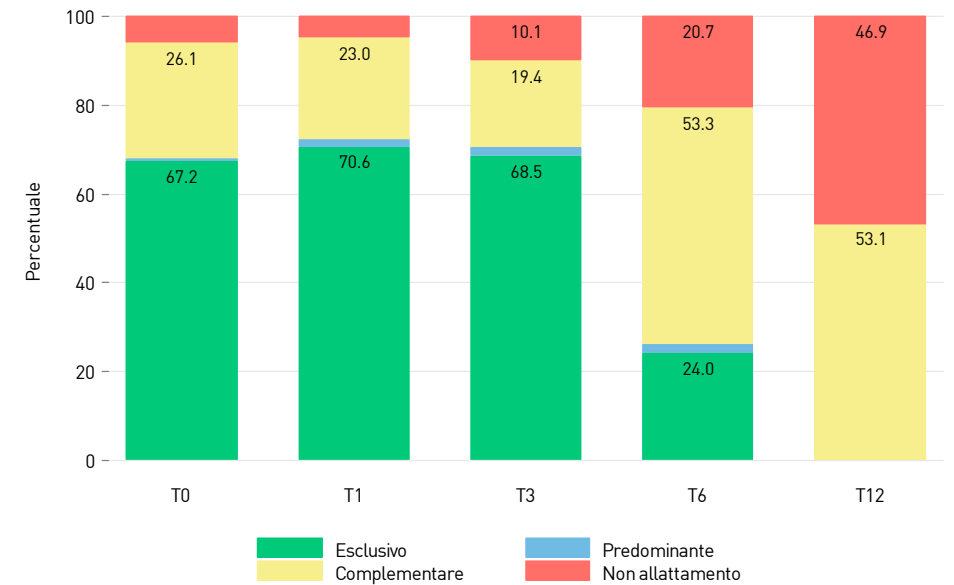


Figura 161. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita dell'**AOU Careggi**

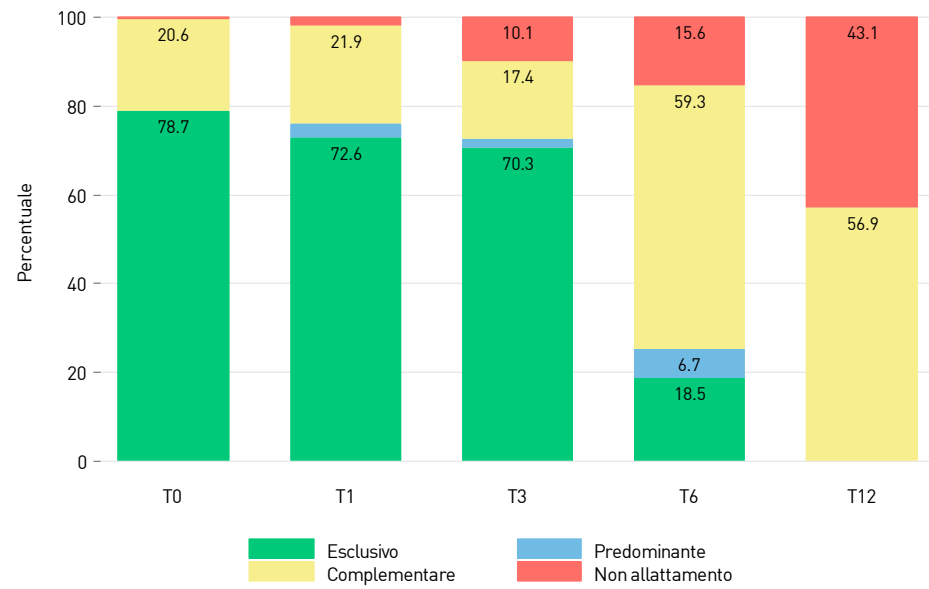


Figura 162. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Poggibonsi** (Asl Sud est)

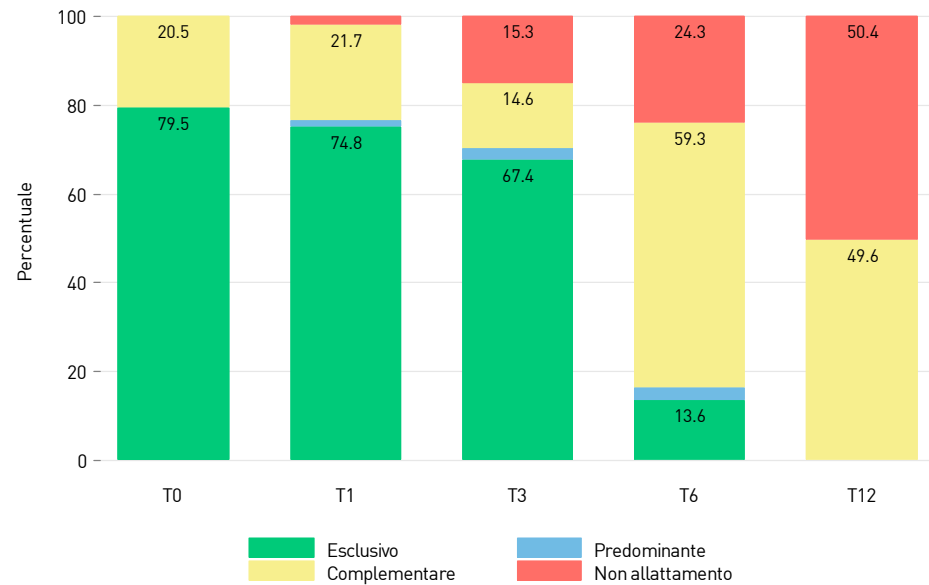


Figura 163. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Montepulciano** (Asl Sud est)

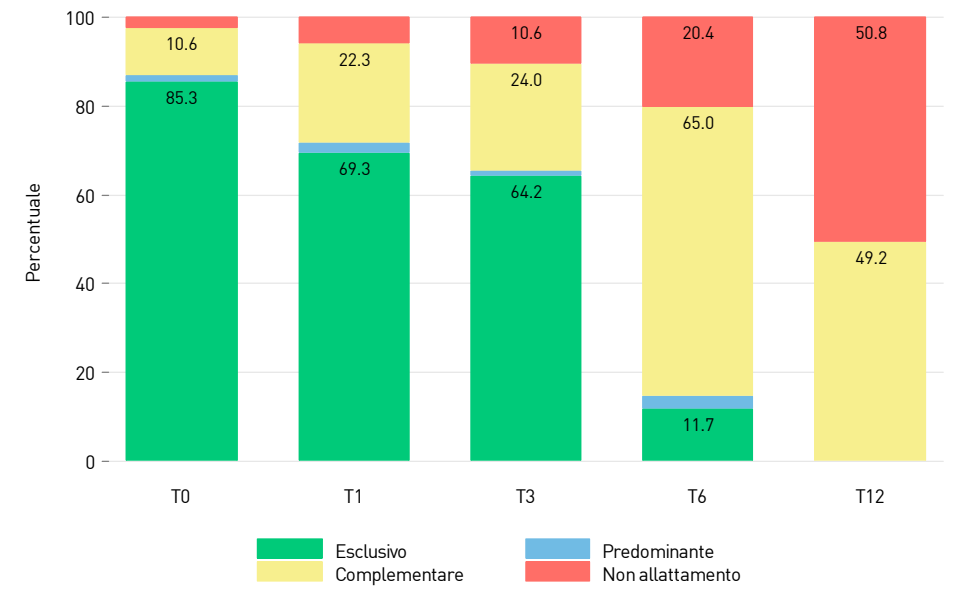


Figura 164. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Arezzo** (Asl Sud est)

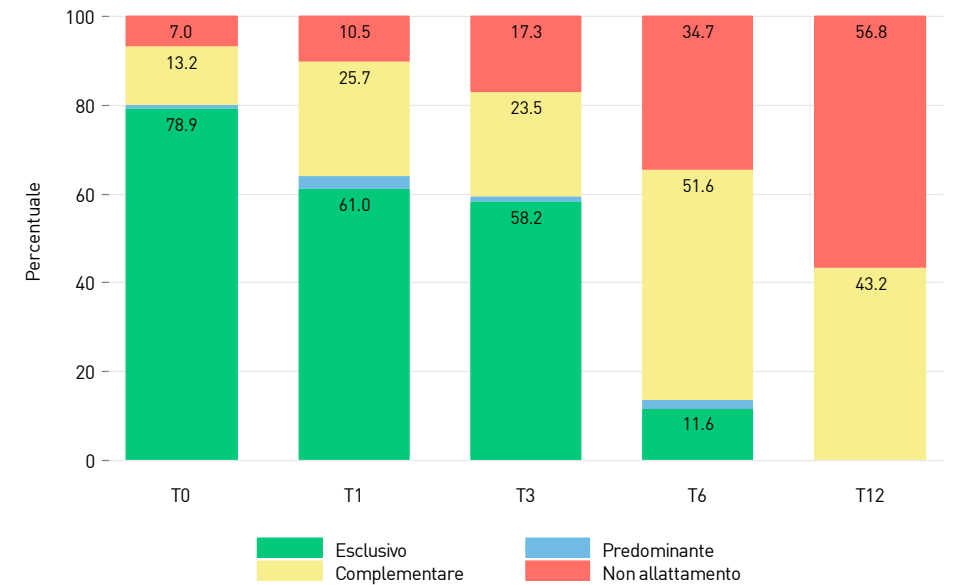


Figura 165. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Montevarchi** (Asl Sud est)

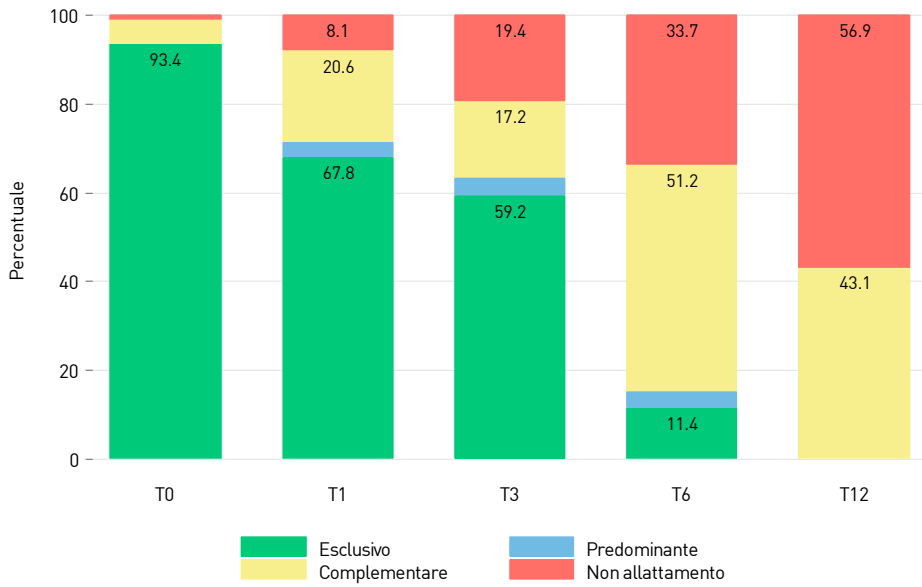


Figura 166. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita di **Grosseto** (Asl Sud est)

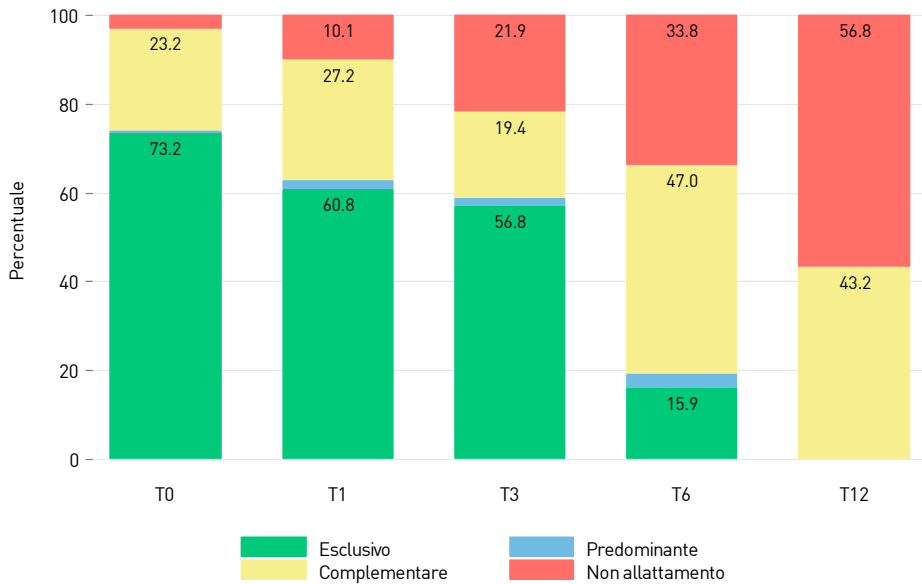


Figura 167. Prevalenza dell'allattamento materno durante la degenza in ospedale, ad uno, tre, sei e dodici mesi dal parto nel Punto Nascita dell'**AOU Senese**

SPUNTI DALLE PAROLE
DELLE MAMME

Quale impatto dell'esperienza della nascita di un figlio sulla qualità della vita delle donne?

Manila Bonciani e Barbara Lupi, Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna

Nell'ambito del monitoraggio dell'allattamento materno il gruppo di ricerca del Laboratorio MeS ha voluto inserire la misurazione della qualità della vita delle donne dopo la nascita del figlio, considerando quanto su questo aspetto possa ricadere un significativo impatto fisico, emotivo e sociale nel periodo del post-parto, che a sua volta può influenzare la buona riuscita dell'allattamento. In particolare nel questionario sottoposto a sei mesi dal parto sono state introdotte le domande sulla qualità della vita relative al *Mother Generated Index - MGI* (Symon, 2012; Symon et al., 2015). Questo strumento parte dal presupposto che la qualità della vita per una madre è un concetto complesso e comprensivo di molteplici dimensioni, essendo condizionato da vari fattori, incluso quelli fisici, psicologici, emotivi, sociali, sessuali e spirituali, e che ognuna può attribuirvi significati diversi. Il MGI valorizza un approccio soggettivo alla misurazione della qualità della vita, evitando di pre-indicare quali sono gli ambiti importanti per la qualità della vita, attraverso un approccio top-down, e permettendo invece a ciascuna donna di riferire in maniera autonoma quali sono aspetti più rilevanti della propria vita che sono stati condizionati in maniera positiva o negativa dalla nascita del figlio. Questo strumento è stato dimostrato essere correlato con altre misure di benessere fisico e psicologico e utile per valorizzare una valutazione olistica della qualità della vita, che enfatizza anche le dimensioni positive dell'impatto della nascita di un figlio sulla qualità della vita (Symon et al., 2015).

Il MGI prevede che le donne identifichino inizialmente gli aspetti più importanti della loro vita, in termini positivi e negativi, che sono stati condizionati dalla nascita del figlio, avendo la possibilità di elencarne fino a 8. Nella domanda aperta si richiamano alcuni esempi: come le donne si sentono con loro stesse, come si sentono con i loro bambini, come si sentono rispetto alla relazione con il proprio partner o gli altri membri della famiglia, altri aspetti fisici o emotivi, come si sentono nel tornare al lavoro, come si sentono rispetto alla vita sociale. La donna è invitata a scrivere liberamente cosa ritiene sia importante per lei stessa. Il secondo step prevede che ogni donna possa attribuire dei punteggi a ciascun aspetto identificato, indicando quanto i singoli aspetti siano stati influenzati nell'ultimo mese. I punteggi vengono assegnati utilizzando una scala 0-10, dove 0 rappresenta la peggiore situazione e quindi significa che la donna non può

sentirsi peggio di così rispetto allo specifico aspetto, mentre 10 rappresenta la migliore situazione. Il punteggio medio che viene calcolato per ciascuna donna è l'effettivo score di misurazione della qualità della vita che può essere confrontato con quello di altre donne. Il MGI include anche un'ulteriore fase in cui la donna può attribuire dei pesi agli aspetti identificati in modo da indicare quali sono più importanti nella determinazione della propria qualità della vita.

L'inserimento di queste tre domande nel questionario T6, per le sole donne italiane che hanno risposto online, ha rappresentato un approfondimento rispetto agli obiettivi propri del monitoraggio dell'allattamento ed un'opportunità per verificare la fattibilità dell'uso del MGI come strumento per misurare la qualità della vita come uno degli outcome percepiti (*Patient Reported Outcome Measures*) dalle madri nel percorso nascita. In questo report non è presentata una restituzione puntuale dell'intera analisi dei dati raccolti per il calcolo del MGI, ma viene valorizzata qui la parte dell'identificazione degli ambiti che sono riconosciuti dalle mamme essere stati più influenzati dalla nascita del proprio figlio.

I rapporti e le relazioni rappresentano l'aspetto che maggiormente viene indicato dalle mamme come importante nella loro vita ed essere stato più influenzato dalla nascita del figlio. Si tratta in particolare del rapporto con il proprio partner, ma anche con gli altri figli e con la famiglia di origine o quella del proprio partner. Rispetto alla relazione con il partner alcune sottolineano il suo rafforzamento, descritto come maturazione o rinnovamento, e l'accresciuta complicità e l'atteggiamento supportivo del partner innescati dalla nascita del figlio, mentre altre riferiscono di avere difficoltà a mantenere la propria intimità di coppia, anche di tipo sessuale, che risulta penalizzata e peggiorata. Il rapporto con figli precedenti è soprattutto menzionato per la difficoltà nel gestire la loro gelosia dimostrata verso il nuovo arrivato o per i sensi di colpa di non dedicare loro sufficienti attenzioni. Le relazioni con i parenti sono sia riferite come migliorate in alcuni casi grazie all'evento nascita, ma spesso sono vissute come pressanti e soffocanti. In generale le mamme sottolineano la necessità di aver dovuto trovare o di star ancora cercando nuovi equilibri in tutte le relazioni che hanno, aspetto che ha un importante peso sulla loro qualità di vita.

Un altro aspetto che le donne hanno largamente menzionato riguarda il lavoro, ed in particolare quanto comporta sia sul piano emotivo che su quello pratico il riprenderlo dopo la maternità. Le maggiori osservazioni riguardano le preoccupazioni e sofferenze nel lasciare il proprio figlio per tornare a lavoro, che mettono in rilievo una difficoltà emotiva nel distacco. La ripresa del lavoro comporta inoltre maggiori problematiche organizzative e una difficile conciliazione con la dimensione familiare. Il senso di apprensione relativo alla dimensione lavorativa riguarda però anche la sfera economica e, nel caso di donne che non hanno il lavoro o l'hanno perso, viene sottolineata l'ansia nel trovare un'occupazione che possa contribuire economicamente alle esigenze familiari.

Le mamme indicano la mancanza di tempo come uno degli aspetti che più influenzano la propria qualità di vita. Tempo per la relazione con il proprio partner, ma anche tempo da dedicare a se stessa, alla cura della propria persona, al proprio relax o ad attività di proprio interesse, così come tempo per gestire la casa e la vita familiare in genere. Viene sottolineato come con la nascita del figlio

il tempo non basta mai per fare tutto quello che si deve o vorrebbe fare e che gli stessi ritmi di vita sono dettati dalle necessità del bambino, aspetto che determina spesso sensazioni di ansia e stress.

La vita sociale è una delle dimensioni che viene riconosciuta essere molto cambiata con la nascita del figlio. Se questa ha comportato la possibilità di entrare in contatto con altre mamme e quindi di intrecciare nuove amicizie, spesso le donne riferiscono di una riduzione dei momenti da passare con gli amici, soprattutto dovuti al cambiamento dello stile di vita successivo alla nascita del figlio, che comporta talvolta l'allontanamento da amici che non hanno figli. Viene tuttavia riferito anche di una nuova modalità di vivere le proprie relazioni sociali, che non esclude la presenza del figlio, ma che inevitabilmente si rimodula anche in virtù di questa.

Un elemento che influisce negativamente sulla qualità della vita delle mamme riguarda i cambiamenti occorsi sul loro aspetto fisico dovuti alla gravidanza. Le donne riferiscono spesso di non apprezzare il proprio corpo, a causa principalmente dell'aumento di peso e delle modifiche al seno che osservano, e di far fatica ad accettarsi, di non sentirsi a proprio agio e di provare imbarazzo rispetto al proprio partner. Questo lascia loro un senso di insoddisfazione, perché star bene con il proprio corpo è un aspetto importante della qualità della vita, che ne influenza altri rilevanti come appunto la relazione con il partner, costituendo talvolta un ostacolo alla ripresa della sessualità.

Sempre dalla prospettiva individuale viene ampiamente riferito dalle mamme di provare un senso di stanchezza, sia da un punto di vista fisico che mentale. I ritmi e gli orari che si sono modificati con la nascita del figlio, le maggiori incombenze che ci sono nella gestione della casa e della famiglia, la mancanza di sonno, la ripresa del lavoro, sono tutti elementi che determinano questa stanchezza. Che però non sempre è vissuta male dalle mamme che la riconoscono come inevitabile, ma non di ostacolo alla propria felicità.

Il sentirsi felice, appagata, soddisfatta, realizzata e completa è infatti riportato da molte mamme, anche laddove riferiscano di tutte le difficoltà indicate precedentemente. La gioia e l'amore che deriva dall'essere mamma sembra quindi bilanciare in senso positivo la qualità della loro vita.

Andando a vedere quali sono le opinioni delle mamme sull'allattamento, in riferimento alla qualità della vita, emerge che questo è percepito essere sia all'origine di alcune delle problematiche indicate precedentemente (mancanza di tempo, stanchezza, difficoltà di conciliazione con lavoro e vita familiare), sia la fonte della felicità che dichiarano di provare.

Ci sono delle donne per cui l'allattamento è stato un forte peggioramento della qualità della vita:

"L'allattamento è stata un'esperienza terribile che mi ha portato a stati di angoscia e depressivi per i problemi e le grosse difficoltà incontrate."

"Con l'allattamento mi sento poco libera di poter fare le mie cose."

"L'allattamento esclusivo è molto faticoso perché implica uno stretto rapporto mamma/figlio."

Per altre donne, invece, pur riferendo delle difficoltà legate all'allattamento, lo riconoscono come un elemento che ha caratterizzato positivamente la loro qua-

stesse (subentra trasandatezza, poca cura delle proprie necessità psichiche ed estetiche). Diventa anche essenziale proiettarsi all'immediato futuro in vista del rientro a lavoro e allora bisogna informarsi, cercare soluzioni organizzative per sé e per il bimbo. Il rapporto col partner è fondamentale per sentirsi gratificate, capaci, sollevate e per non sentirsi sole in questo enorme ma bellissimo cambio di vita!!"

"Essere mamma è un'esperienza meravigliosa... E' un viaggio nel mondo alla scoperta di cose favolose... Cresco, maturo mi interrogo e metto in gioco tutto per lei... la mia ragione di vita."

"Sicuramente dopo la gravidanza la vita è cambiata con mille aspetti positivi...una grande unione di coppia... una felicità immensa... anche se con ritmi veloci... grande organizzazione ... un fisico nel mio caso molto cambiato in peggio"

"Da tanti anni desideravo essere mamma, ma per tutta una serie di motivi ho potuto avere questa gioia solo da "vecchia". Sapevo che sarei stata felice e che avrei amato il mio piccolino, ma la realtà ha superato di gran lunga ogni mia aspettativa. Sono al settimo cielo e tutto adesso sembra avere un senso."

"Lavorare 8 ore e fare i salti per allattamento, mantenere la casa pulita e un rapporto di coppia saldo è difficile, ma la gioia che ti dà la tua figlia fa passare tutto. Sento un gran bisogno di essere coccolata, ma non ci sono spazi."

"La nascita di un bambino rappresenta uno sconvolgimento totalizzante nella vita di una donna, specie se si sceglie di allattare: i ritmi di vita cambiano completamente, non si ha più un attimo di tempo per una delle qualsiasi cose che si facevano prima (che sia il lavoro, la gestione della casa o semplicemente fare la pipì). Tutti i sentimenti sono amplificati e contrastanti: amore incondizionato e odio profondo convivono continuamente alimentati da sorrisi e stanchezza, così come gioia e tristezza, e ancora bisogno di stare da sola e solitudine. Si viene continuamente giudicate per tutto ciò che si fa e non si fa e chiunque si sente in diritto di elargire consigli e perle di saggezza. Purtroppo una donna in questo oggi frenetico è individualista è spesso molto sola nella gestione di una nuova vita."

"La mamma è il lavoro più bello, difficile e realizzate che possa esistere. Sono felice!!!!!"

"Da quando è nato mio figlio mi è cambiata la vita sono sempre felice e con i suoi sorrisi mi riempie l'anima."

"Fiera di essere mamma!!!"

"[...] Erano anni che aspettavo di realizzare un SOGNO. Ci sono riuscita, mi sento completa!"

Suggerimenti per migliorare il sostegno all'allattamento

Barbara Lupi e Manila Bonciani, Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna

"L'allattamento diventa bello con il tempo. Nello stesso momento in cui diventa bello, iniziano a chiederti quando smetterai."

In questa sezione, come nel primo volume del monitoraggio dell'allattamento materno in Toscana, viene riportata una selezione dei commenti che le donne hanno scelto liberamente di lasciare al termine della compilazione del questionario, quale ulteriore contributo all'analisi quantitativa svolta precedentemente ed arricchimento per comprendere in profondità la loro esperienza nel percorso nascita ed in particolare in relazione all'allattamento.

I commenti delle donne lasciati nelle ultime due rilevazioni, come loro impressioni, suggerimenti ma anche sfoghi rispetto a quanto stanno vivendo, sono più di 1.800, segno che è forte il bisogno di condividere un vissuto intenso come l'esperienza della nascita, ma anche che si sentono parte attiva nel poter contribuire all'analisi del percorso e al suo miglioramento, come emerge dalle citazioni riportati di seguito. Al di là infatti di una breve sintesi introduttiva, viene lasciato alla forza espressiva delle stesse parole della mamme di indicare le possibili indicazioni per rafforzare il sostegno all'allattamento.

In generale le mamme condividono l'importanza dell'allattamento, ma segnalano fortemente la grande fatica, fisica e mentale, e le difficoltà incontrate nel portarlo avanti, talvolta anche il mancato supporto ricevuto, soprattutto nelle sue prime fasi di avvio, riconosciute come strategiche per il successo stesso dell'allattamento. Le maggiori difficoltà riscontrate sono relative a problemi legati alla salute del seno (dolore per ragadi e mastiti), ai dubbi sulla quantità di latte prodotta e ai pianti del bambino interpretato spesso come pianto da fame. Dalle parole delle mamme emerge anche la grande stanchezza ed il senso di solitudine che si trovano a vivere nella gestione del bambino.

Emerge nuovamente anche la critica verso un atteggiamento dei professionisti percepito come eccessivamente pressante verso la promozione dell'allattamento, a discapito delle situazioni individuali e della stessa serenità della madre, che finisce per sentirsi inadatta al ruolo di madre e frustrata nel momento in cui

Difficoltà nell'allattamento materno

“Purtroppo credo che con tutta la buona volontà e impegno della mamma molto dipenda anche dal bambino. Il mio si è sempre addormentato al seno ed era pigro a ciucciare, se non avessi introdotto la giunta non avrebbe ripreso il peso perso dopo la nascita e non sarebbe guarito dall'ittero. Comunque spero di avere un'altra occasione, perché per quel poco che ho provato l'allattamento al seno è stata un'esperienza unica, ma non deve essere a tutti i costi: si è mamme lo stesso.” (T12, Area Vasta Centro)

“Ogni donna deve fare quello che si sente... La natura è meravigliosa e fa quello che deve, ma l'accanimento no non mi piace... Mia figlia aveva fame e io non avevo latte e l'ho scoperto da sola perché le ostetriche mi dicevano di “affamarla”, che termine brutto ma questo mi fu detto, così lei avrebbe succhiato con voracità facendomi produrre più latte... Dalla prima volta che, sotto consiglio del pediatra, le ho dato la giunta, la mia vita è cambiata da quel giorno ho avuto una bambina tranquilla e che dorme cosa che nei primi mesi era impossibile... La fame è brutta!!!” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Per me l'allattamento al seno è stata un'esperienza negativa per non dire traumatica, sarò forse matta ma è così. È stato dolorosissimo avere la montata latte poi dopo 10 giorni dal parto la mastite fino a scoprire che il mio seno non produceva latte, ovvero ne produceva una quantità talmente ridotta che non è stata sufficiente a sfamare e far crescere il mio bambino.” (T6, Area Vasta Centro)

“Vorrei far presente che l'allattamento al seno, ritenuto dai medici così importante, è altresì molto faticoso e molto stressante per la mamma, non solo nei primissimi tempi dopo la nascita. O almeno così è stato per me, per entrambi i figli. Mi sembra che questo aspetto venga trascurato dalle strutture sanitarie e dagli addetti ai lavori.” (T6, Area Vasta Sud Est)

“La determinazione e la tenacia mi hanno permesso di passare da un allattamento misto a quello esclusivo al seno, a scapito di un impegno fisico e psicologico notevole. L'aspetto che più mi condiziona è la stanchezza, che mi impedisce di avere pazienza e di godermi a pieno questi mesi di vita di mio figlio.” (T6, Area Vasta Centro)

“Specificare prima del parto che i problemi di allattamento come le ragadi, gli ingorghi e le mastiti sono MOLTO DOLOROSI. Anche se non ti sembra di poter sopportare quel dolore, alla fine piano piano ce la fai. Meglio comunque farsi aiutare dalle ostetriche. Inoltre, il mix tra possibile dolore da ragadi/mastiti e fatica è micidiale e può farti sentire profondamente infelice. In questo caso rivolgersi subito a uno psicologo. (T12, Area Vasta Centro)

“[...] Io ho sofferto tanto, non avendo latte abbastanza per nutrire il mio bimbo, è una sensazione di impotenza che fa veramente male” (T12, Area Vasta Centro)

“Fatevi aiutare per quanto e possibile, soffro ancora il fatto di avere avuto molto latte, ma di non essere stata abbastanza forte per allattare. Ho ceduto per il mio benessere mentale, senza pentimenti, ma con tanti ma e se...” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Io ho avuto il “solo” problema delle ragadi. Sono stati davvero terribili i primi due mesi. Ho risolto grazie alla mia costanza e alla mia voglia di allattare la bambina. Ma non nego di aver pianto diverse volte quando era il momento di allattare. Le ostetriche in ospedale mi avevano mostrato come attaccare la bambina, ma non so per quale motivo, nonostante si attaccasse bene, mi ha aperto una profonda ferita ad un seno. Non saprei

cosa consigliare, oltre che far attaccare bene la bambina e magari preparare il seno durante la gravidanza con creme a base di lanolina (cosa che io non ho fatto). Mi hanno detto che avrei avuto meno difficoltà. E di avere tanta pazienza perché allattare è stato poi bellissimo.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Motivo per cui ho smesso di allattare: è stata una decisione personale in seguito a due mesi passati ad allattare con dolore perché dopo un ingorgo/mastite ho continuato ad avere dolore costante ogni volta che allattavo perché avevo un dotto che si ostruiva costantemente. Il dolore non mi faceva dormire né vivere bene e non ho ricevuto nessun utile consiglio per risolvere definitivamente la situazione, per cui ho deciso spontaneamente di smettere di allattare.” (T6, Area Vasta Nord Ovest)

“Io sono un medico per cui conosco più o meno le regole fondamentali sulla produzione di latte, per cui in caso di difficoltà sono riuscita ad incrementare la produzione dello stesso e non demordere, ma spesso le mamme vanno in crisi e alla prima difficoltà smettono di allattare; invece avere la possibilità di rivolgersi a qualcuno sarebbe importante. Allo stesso tempo non è giusto far sentire in colpa le mamme che per diversi motivi non riescono ad allattare, una mamma depressa o frustrata, è molto più pericolosa per una crescita serena del bambino di un po' di latte in polvere.” (T12, Area Vasta Centro)

Pressioni sull'allattamento materno

Da parte dei professionisti

“Non farle sentire colpevoli se a qualcuna non piace, lo trova fastidioso o non vuole farlo.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Ci sono donne che per vari motivi non possono allattare al seno e sarebbe il caso di smettere di farle sentire madri di serie b. Si parla di supporto per l'allattamento al seno, ma per le donne che non allattano al seno non si fa niente, anzi sei considerata una fallita. Io ho fatto due cesarei e la seconda bimba ha preso solo latte artificiale, ma sono comunque una mamma come le altre.” (T12, Area Vasta Centro)

“Io ho vissuto l'allattamento al seno come un incubo. La montata latte non c'era stata e il bambino mi ha distrutto i capezzoli. Piangevo al momento in cui lo attaccavo. Solo quando sono tornata a casa, mi sono sentita libera di godermi la maternità e ricorrere al latte in polvere. Mi dispiace ma a non tutte le donne è possibile coronare il sogno di allattare al seno. Il personale degli ospedali dovrebbe essere meno insistente e più sensibile.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Che in ospedale non venisse fatto terrorismo psicologico sulle quantità di latte che ha una mamma [...]” (T12, Area Vasta Sud Est)

“[...] Alle volte si tende forse a spingere troppo verso l'allattamento al seno, anche quando risulta difficile, portando la neo mamma a sentirsi un po' inadeguata e non una “brava mamma”.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“La pressione ad allattare al seno è incredibile. Suggerisco di tranquillizzare le mamme; in caso di poco latte, dare info su allattamento artificiale in maniera aperta e senza tabù (“devo spiegartelo in un colloquio privato senza nessuno che ascolti”). Questo non si traduce in un incentivo a non allattare al seno, perché siamo tutti consapevoli dei vantaggi che il latte materno ha. A me è sembrato un mondo di estremisti intolleranti.” (T12, Area Vasta Centro)

“Inutile inculcare nella testa delle donne che tutte hanno latte e sufficiente fino a 6 mesi. Non è così. Inoltre i bimbi a 5 mesi “chiedono” qualcosa di diverso... Non con le parole, ma lo stesso in modo evidente.” (T6, Area Vasta Sud Est)

“Il personale sanitario non deve umiliare le madri se non riescono ad allattare o hanno dei problemi.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Di non insistere troppo con le mamme che purtroppo non hanno sufficiente latte... prima di tutto è la madre a dover essere serena per trasmettere serenità al proprio bimbo...” (T12, Area Vasta Centro)

“Non pressarle psicologicamente affinché allattino il bambino per forza, perché se non possono o non riescono a farlo peggiora il rapporto madre-bambino, facendo sentire la donna inadatta. [...]” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Una mamma che non riesce ad allattare bene e serenamente al seno e vede proprio figlio che non cresce abbastanza, dovrebbe essere sostenuta nell'intraprendere l'allattamento artificiale e non considerarla come una scelta così estrema da far sentire la mamma stessa quasi un alieno. Una mamma che allatta artificialmente si sente già un po' “fallita” quando vede tutte le altre con il bambino attaccato al seno e avrebbe tanto bisogno di sentirsi dire da un'ostetrica che può usare tranquillamente anche il biberon, suo figlio crescerà proprio come tutti gli altri. Poi l'informazione: una mamma che decide di allattare artificialmente il proprio bambino non ha nessuno che le spiega come si fa nella maniera giusta al contrario se invece ha la fortuna di poter allattare al seno.” (T12, Area Vasta Centro)

“Meno pressione sul latte materno che sicuramente fa bene al bambino, ma se ce n'è poco la mamma viene stressata e umiliata nel momento più delicato: a me ha provocato una grossa depressione post parto per aver insistito con il tiralatte! VA BENE ANCHE IL LATTE ARTIFICIALE!!!!!!! Io sono rinata con quello è mio figlio sta bene lo stesso!” (T12, Area Vasta Centro)

“Nella mia esperienza ho constatato come il personale ospedaliero, nella maggior parte e non tutti per fortuna, trasmettano il senso di inadeguatezza e di senso di colpa alle mamme che per problemi vari non riescono ad allattare completamente il proprio figlio al seno. Ho sentito discorsi del tipo “non fai abbastanza per nutrirlo”, “non vedi che ha fame e non riesci a provvedere”, “se piange è perché ha fame e non produci a sufficienza, sforzati di più”. Dovrebbero essere fatte delle verifiche su questi tipi di maltrattamenti psicologici.” (T12, Area Vasta Centro)

Da parte dei familiari

“Maggiore formazione anche alle persone della famiglia poiché sono le prime a mettere pressione e a far desistere la mamma, se il latte non arriva subito” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Maggiore informazione a parenti e familiari, in modo che possano sostenere e supportare la mamma che allatta, permettendole di vivere l'allattamento al seno serenamente e senza pregiudizi.” (T12, Area Vasta Centro)

“L'informazione che viene fatta al corso pre-parto è buona e importante, sono le persone che ruotano attorno che dovrebbero essere informate (nonne, zie, vicini di casa, ecc...) che hanno sempre qualcosa di sbagliato da dire sull'allattamento.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Vorrei tornare indietro e non aver ascoltato parenti e amici, perché il mio istinto mi dice che il mio latte andava benissimo.” (T6, Area Vasta Nord Ovest)

“Fare un corso alle suocere future nonne o comunque a quelle persone vicine alla neo mamma che non hanno esperienza di allattamento materno, ma che vogliono comunque sentenziare su argomenti a loro sconosciuti.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Bisognerebbe indagare sul fattore “nonni” prepararli al nuovo percorso. La maggior parte di essi, diventa invadente dopo la nascita del nipote, tendono a voler dare consigli inutili, a forzare le proprie idee, non lasciando spazio ai neogenitori di fare la propria vita in santa pace.” (T6, Area Vasta Nord Ovest)

Ruolo della figura paterna

“Secondo me bisogna fare anche un corso per i papà. Non si rendono conto quanto diventano egoisti e scaricano sulle mogli. A volte sono anche insoddisfatti perché non hanno avuto quello che avevano prima della nascita del bimbo. A volte mi sento che lui mi chiede di fare di più ed io non ce la faccio (voglia di scoppiare). Sì, penso che bisogna fare un corso ai papà.” (T6, Area Vasta Nord Ovest)

“Corsi di informazione per mariti” (T12, Area Vasta Sud Est)

“I padri dovrebbero essere informati su cosa significa essere padre!!! [...]” (T6, Area Vasta Sud Est)

“Dico di avere pazienza su tutto, anche se ti vengono le ragadi. Perché allattare è la cosa più bella che ci possa essere e io ho sofferto e non volevo allattare, ma grazie al mio compagno che ha insistito, ce l'ho fatta e l'ho ringraziato.” (T12, Area Vasta Centro)

“Al corso parto bisognerebbe parlare più dell'allattamento e far partecipare i papà. Durante il parto infatti lui non sapeva che fare. Sarebbe importante dare più informazioni anche sull'allattamento perché non sapendo come funziona spesso si lamentava che la bimba era sempre attaccata al seno” (T12, Area Vasta Centro)

Non trovare sostegno nel sistema sanitario

Ruolo dei pediatri di famiglia

“Informare informare informare. Ancora oggi i pediatri stressano le neo mamme con le doppie pesate o gli intervalli regolari tra le poppate. Alle volte sembra quasi che sconsiglino l'allattamento al seno! Per non parlare poi dell'allattamento prolungato dopo lo svezzamento. Il pediatra che ha in cura mio figlio gli ha prescritto il ferro per un periodo perché a suo parere era troppo grande per la sua età e con l'allattamento al seno sicuramente era in carenza...” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“L'allattamento esclusivo al seno era una delle cose a cui tenevo di più. A parte il sostegno dall'ostetrica privata non ne ho ricevuto dai pediatri, per loro è solo importante che il bambino cresca. Ritengo che non ci sia una vera struttura che accompagni le mamme in ogni momento di questa fase così delicata e importante.” (T6, Area Vasta Centro)

“L'ignoranza dei pediatri e della gran parte del personale sanitario (es. infermieri pediatrici) è allarmante e vergognosa. Credo che purtroppo un gran numero di allattamenti fallisca proprio a causa di questo. L'unica proposta da parte dei medici è sempre e solo il ricorrere al latte in formula (spesso senza reale necessità). Per migliorare il supporto

all'allattamento serve prima di tutto rendere le donne consapevoli che TUTTE possono allattare e dall'altra serve l'intervento di professionisti preparati REALMENTE sul tema (in primis consulenti IBCLC o ostetriche altamente specializzate). Personale preparato e disponibile da poter contattare (anche solo telefonicamente o via mail) a qualsiasi ora del giorno e della notte che sappia fornire soluzioni diverse dal latte artificiale. I pediatri non dovrebbero più occuparsi di allattamento, ma lasciarlo fare a chi è preparato in tal senso. Sarebbero inoltre opportune adeguate campagne informative volte a eradicare molti dei "falsi miti" che girano riguardo all'allattamento." (T12, Area Vasta Centro)

"Farsi seguire da persone specializzate in allattamento. Purtroppo i pediatri molte volte non sono aggiornati." (T12, Area Vasta Nord Ovest)

"Non fidatevi dei pediatri, ma del vostro istinto. Il latte di mamma è sacro, e nel momento in cui, per qualsiasi problema che può capitare nei primi mesi di vita, dal vostro pediatra vi sentite dire di passare al latte in polvere, non cambiate il metodo di nutrire il vostro bimbo, cambiate pediatra!" (T12, Area Vasta Nord Ovest)

"Ho iniziato il divezzamento della bambina solo da qualche giorno, ovvero a 5 mesi e mezzo abbondanti. Ho aspettato io fino ad ora perché la pediatra mi aveva consigliato di introdurre frutta e farinate un mese fa, perché la crescita di mia figlia era ritenuta inadeguata. [...]" (T6, Area Vasta Nord Ovest)

"A mio parere i pediatri devono necessariamente seguire corsi di aggiornamento relativi all'allattamento e deve essere vietato il suggerimento di specifiche marche di latte" (T12, Area Vasta Sud Est)

Mancato supporto da altri professionisti

"Quando il mio latte non era sufficiente ho chiamato in ospedale per avere supporto perché non volevo smettere di allattare, ma mi hanno detto di darle il latte artificiale, per telefono, non mi hanno neanche detto di andare in reparto o da altre parti dove avrebbero potuto aiutarmi. Mi sono sentita molto sola." (T6, Area Vasta Nord Ovest)

"Non mi sento sostenuta abbastanza per quanto riguarda l'allattamento. Se dovessi essere ricoverata (ad esempio) nessuno si preoccuperebbe di come poter permettere alla madre di allattare." (T6, Area Vasta Nord Ovest)

"A me il supporto proprio non è stato dato o comunque è stato insufficiente e confuso. Al corso pre-parto non se ne parla proprio della pratica, ma solo della sua importanza. Io mi sono trovata molto impreparata e purtroppo non sono stata seguita neanche al consultorio. Nessuno mi ha mai risposto al telefono e andare lì per me era difficilissimo per via del taglio cesareo. Non mi hanno nemmeno chiamata, come fanno in genere, dopo il parto, per sentire come andava l'allattamento. Ho avuto gravi problemi con le ragadi e mastite. Ho continuato ad allattare lo stesso, ma poi la bimba verso la fine del 3 mese ha smesso di crescere e piangeva, la mia frustrazione era alle stelle...la pediatra alla fine mi ha consigliato la giunta. Tutto è migliorato. Ho continuato e sto continuando comunque ad allattare, non ho mai smesso! Mi sento di suggerire secondo la mia esperienza di dare più supporto, anche PRIMA del parto, spiegando come si allatta e come fare per superare certe problematiche." (T12, Area Vasta Sud Est)

"Ho dovuto sottopormi ad un intervento di asportazione totale della tiroide per tumore quando mia figlia aveva solo 4 mesi. L'ospedale non mi ha fornito nessun sostegno per proseguire l'allattamento. Nessun medico con cui ho parlato (endocrinologia e

otorinolaringoiatria) si è interessato e ho dovuto comprare un tiralatte elettrico per poter allattare anche dopo l'operazione. Loro non ritenevano importante che io allattassi dopo il 4° mese. Non ci sono supporti alle neo mamme in reparti diversi da quelli di ostetricia." (T6, Area Vasta Sud Est)

"Semplicemente di ascoltare e seguire in modo efficace, perché se il mio bambino si è indebolito e ha perso tanto peso fino a non riuscire a far partire l'allattamento, è perché non sono stata ASCOLTATA" (T12, Area Vasta Sud Est)

"Far capire in modo chiaro che il latte ce lo abbiamo tutte, perché non si può dire: "Non ne ho abbastanza" oppure "E' finito". Molto probabilmente le mamme che parlano così non sono sostenute nel modo corretto nel loro allattamento." (T12, Area Vasta Centro)

"Un monitoraggio continuativo delle mamme che allattano, una volta dimesse dall'ospedale, (magari una telefonata o una mail ogni tanto), può darsi che in tal modo la mamma in difficoltà si senta più libera e soprattutto trovi il coraggio di riferire la sua difficoltà per essere aiutata! Nel mio caso, con il senno di poi, mi sono trovata sola, con un allattamento difficile, un'altra bimba di tre anni con le sue normalissime gelosie e non ho trovato il coraggio di chiedere aiuto a nessuno, forse per paura di essere giudicata! Alla fine, dopo essermi tolta il latte per un mese e mezzo e aver proseguito così l'allattamento, ero veramente sfinita fisicamente e psicologicamente ed ho mollato!!! Sono passata all'artificiale!! Ancora oggi sento il peso di questa scelta, non l'ho mai veramente accettato! Mi sono sfogata! Grazie!" (T12, Area Vasta Nord Ovest)

Necessità di maggiori informazioni

"Informazioni più accessibili tramite internet" (T12, Area Vasta Nord Ovest)

Su aspetti tecnici

"Maggiore informazione sulle problematiche della fase iniziale dell'allattamento (montata latte, ingorgo, stabilizzazione della produzione) [...]" (T12, Area Vasta Nord Ovest)

"Prepararle alle difficoltà che incontreranno! Avvertirle che all'inizio sarà doloroso e faticoso e che può succedere che la montata latte arrivi con qualche giorno di ritardo. Se avessi saputo prima che poteva accadere, non l'avrei vissuta come una tragedia!" (T12, Area Vasta Centro)

"Migliore informazione e supporto a gestire l'allattamento misto, seno e latte in polvere, particolarmente per le mamme che lavorano e/o che hanno più di un figlio perché la vita non si può fermare per allattare un neonato al seno! Bisogna essere pratici!" (T12, Area Vasta Nord Ovest)

"Più informazione. Bisogna spiegare alle mamme il ruolo svolto dall'interferenza del ciuccio e delle aggiunte e si dovrebbe spiegare anche la fisiologia dell'allattamento, ovvero che più un bimbo viene attaccato e più si produce latte. Ci sono ancora troppe leggende riguardo all'allattamento al seno, troppe mamme convinte che il latte "sparisce" o che "finisce" o convinte di non averlo. Questa cosa può essere risolta solo attraverso l'informazione. [...]" (T12, Area Vasta Nord Ovest)

"[...] Maggiori e chiare informazioni sull'allattamento a richiesta per offrire il seno al neonato in maniera adeguata in modo tale da capire se un bambino è sazio o meno e non di continuo attaccato al seno!!!!" (T6, Area Vasta Sud Est)

“Credo che parte del mio problema al seno sia stato causato dall’errato attacco nelle prime ore, dato che ho avuto un parto cesareo e non sentivo nessun dolore. Una volta passato l’effetto dell’anestesia, il seno era rovinato ed i dolori insopportabili. Quindi informazione specifica per chi ha parto cesareo.” (T12, Area Vasta Sud Est)”

“Forse sarebbe utile divulgare informazioni basate su ricerche scientifiche circa l’importanza di non avere fretta nell’inserire alimenti troppo presto, ovvero prima dei sei mesi.” (T12, Area Vasta Centro)

Sulla capacità di produrre latte

“Più informazioni sulla capacità di ognuna di avere il latte. Troppo spesso sento dire da altre mamme “non ho latte, dò un po’ di artificiale”” (T12, Area Vasta Centro)

“Convincere fermamente le mamme che se riusciamo a generare, possiamo tranquillamente nutrire il nostro bambino senza nessun dubbio. Ostetriche preparate nei giorni post-parto che ti supportano nonostante tutte le difficoltà (ittero, problemi al seno, etc...). Dare alle mamme al corso pre-parto una nota da far recapitare a tutti i parenti, dove i medici competenti suggeriscono ai familiari che il latte materno per bimbo e mamma è la migliore soluzione. I discorsi dei parenti possono essere devastanti. AIUTATE CON L’INFORMAZIONE A TUTTI!!!” (T12, Area Vasta Nord Ovest)”

“Di fare più informazione... purtroppo c’è chi ancora pensa che dopo un anno il latte sia acqua...” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

Sui servizi a disposizione

“Nel mio caso particolare, mi sono mancate le informazioni sui professionisti da cui potevo andare per risolvere il mio problema con l’allattamento al seno. Non sapevo che dopo la nascita avrei potuto andare da un’ostetrica o da un ginecologo per farmi aiutare e / o informare.” (cittadinanza spagnola, T12, Area Vasta Centro)

“Migliorare l’informazione sui servizi offerti su tutto il territorio e indipendentemente dal luogo dove avviene il parto.” (T12, Area Vasta Centro)

“Suggerisco di promuovere con maggiore pubblicità la possibilità di accedere al consultorio per l’allattamento. Molte mamme non lo conoscono e non si affidano a questo valido aiuto e passano subito alla soluzione del latte artificiale.” (T12, Area Vasta Centro)

“Far conoscere di più lo spazio allattamento, in poche sanno che esiste e cosa fa davvero, e probabilmente viene interpretato utile solo per l’aspetto allattamento, mentre invece è uno spazio utile per le neo-mamme a 360 gradi.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

Sullo svezzamento

“Maggiore informazione sull’allattamento al seno dopo i 6 mesi: come integrarlo con lo svezzamento o autosvezzamento. Consigli su come e quando ridurre l’allattamento al seno se la mamma ne avesse bisogno senza creare traumi al bambino” (T12, Area Vasta Centro)

“[...] ...contrariamente alle linee guida sullo svezzamento, i medici tendono ad anticipare l’introduzione di pasti alternativi ai quattro mesi e mezzo, penso che sia in contraddizione con il lavoro di sensibilizzazione che viene svolto per informare dei benefici del protrarsi dell’allattamento soprattutto nel caso in cui è possibile quello materno.” (T6, Area Vasta Nord Ovest)

“Credo che l’aspetto dell’allattamento sia molto preso in considerazione in tutte le sue

fasi, ed ho avuto molti punti di riferimento per ogni difficoltà, ma credo che debba avere un certo peso anche la fase dello svezzamento, che dopo un esclusivo allattamento al seno sia molto complicato il passaggio, penso sia importante avere dei riferimenti per affrontare al meglio questo passaggio.” (T6, Area Vasta Nord Ovest)

Coerenza nel fornire informazioni

“Suggerirei che venissero condivisi le info sul corretto allattamento dalle ostetriche/ginecologi/infermieri subito dopo il parto...” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Ognuna è diversa e ogni bimbo è diverso. Sarebbe comunque bene appoggiarsi alla stessa ostetrica, perché può capitare, che nello stesso consultorio o ASL, ostetriche diverse diano suggerimenti diversi facendo così, magari, andare in confusione una neo mamma.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Un po’ più di omogeneità tra i vari consigli che si apprendono dai pediatri.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Durante il breve periodo di allattamento, ho avuto modo di parlare con diverse persone a riguardo (in ospedale, vari consultori, farmacia per il sostegno all’allattamento, pediatra...) e ho notato che ci sono troppi pensieri diversi sull’allattamento e questo, come è successo nel mio caso, può creare tanta confusione (es: doppia pesata sì, doppia pesata no, attacca spesso oppure solo ad orari specifici ecc.). Comunque il fatto di non essere riuscita ad allattare la mia seconda bimba (la prima l’ho allattata fino a 11 mesi) mi è dispiaciuto veramente tanto.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Essere meno in contraddizione tra ostetriche e pediatri, in quanto le prime sconsigliano l’uso del ciuccio fino al quarantesimo giorno di vita, cosa che viene smentita dai pediatri (anche ospedalieri), i quali addirittura lo consigliano in quanto ridurrebbe il rischio di SIDS. [...]” (T12, Area Vasta Centro)

Importanza del supporto da parte dei servizi

Ospedale: ruolo strategico subito dopo il parto

“Servirebbero all’interno degli ospedali più figure professionali e volontari ben formati nell’assistenza e nel supporto delle neo-mamme.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Miglior sostegno e aiuto da parte degli operatori ospedalieri durante la permanenza in ospedale. Perché ritengo che nelle prime ore e giorni di vita di un bambino una mamma abbia più bisogno di aiuto per far iniziare ad attaccare al seno il proprio figlio.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Sono al terzo figlio. Per la prima volta non ho avuto difficoltà. Le altre volte sì. Non c’è stato un supporto adeguato in fase iniziale. Troppe volte ho sentito da neo mamme dire che hanno rinunciato per mille motivi. La realtà è che non è tutto facile, non è tutto così naturale e meraviglioso come l’opinione comune vuol far credere. Ci sono tanti motivi che rendono l’allattamento difficile specialmente i primissimi giorni: dolore, non conoscenza, aspetto psicologici per citarne solo alcuni. Occorre un supporto importante da parte del personale ospedaliero e da parte della famiglia. Molto importante sarebbe un supporto psicologico da parte di una psicologa in reparto...” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Ai medici ed infermieri consiglio di ricordare sempre di non dare per scontato mai nulla, perché a differenza loro, per noi neo mamme è tutto nuovo. Non sappiamo nulla e

devono avere modo e pazienza se non capiamo e trattare anche le mamme che non parlano bene italiano in maniera adeguata.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Più informazione in ospedale... E soprattutto la possibilità di essere seguite sin dal primo istante! Nel mio caso non ho avuto nessuno, (se non a mia continua richiesta!) che dalla nascita del bimbo mi abbia spiegato o dato consigli sull’allattamento!” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Assistere ed aiutare anche le mamme che sono alla seconda gravidanza, perché non è detto che il primo bimbo l’abbiano allattato. Poi le ostetriche dovrebbero girare di più nelle camere ed aiutare le mamme che hanno bisogno.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Non ho cercato aiuti presso consultori o ospedali perché non mi è piaciuto l’approccio ricevuto durante il parto: non mi fido delle strutture pubbliche, se seguono come hanno seguito i miei primi 3 giorni post parto di degenza. [...]” (T6, Area Vasta Centro)

“Più assistenza in ospedale da parte delle ostetriche: spiegare le posizioni e i problemi che causa un attaccamento sbagliato. [...]” (T12, Area Vasta Centro)

“Più empatia da parte di alcune infermiere del nido. Spesso ti senti trattata più come una tetta con le gambe che come una persona che comunque ha in corso grandi cambiamenti, sia dal punto di vista fisico che psicologico.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Nei due giorni di ricovero dopo il parto MOLTA PIÙ ASSISTENZA per quanto riguarda l’allattamento, PIÙ PROFESSIONALITÀ, e infermiere del nido più umane nell’aiutare la mamma con l’allattamento piuttosto che farà stare peggio! Porterò sempre il dispiacere di averlo allattato con i dolori più atroci mai provati solo per due settimane, e credo che se avessi avuto più aiuti e insegnamenti in quei giorni in ospedale tutto ciò non sarebbe successo!” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Dire alle ostetriche ed infermiere che non solo devono dare consigli, ma anche ascoltare!” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Se davvero si ha intenzione di sostenere l’allattamento al seno è necessaria una seria disponibilità e preparazione da parte del personale ospedaliero. Non che esauriscano quello che fanno in 2 minuti e poi lasciano una madre alle prime armi da sola con un figlio che piange perché ha fame. La mia esperienza è stata fortemente negativa, poiché nessuno ha valutato il mio problema sul momento della pratica in cui tentavo di allattarlo, erano solo capaci a sentenziare la scarsità del latte che attribuivano ad una mia poca volontà. Ho pianto per tutto il tempo della permanenza in reparto e mio figlio piangeva perché non era sazio da 3 giorni... Ogni tanto un’infermiera, quando si era scoccata delle mie richieste, prendeva e gli dava un po’ di latte e poi incolpava me se non ci riuscivo.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Importantissima è la figura dell’ostetrica quando si è ancora in ospedale, è grazie infatti a loro che il mio bimbo si è attaccato dopo un giorno di inutili tentativi da parte mia, mi hanno mostrato la posizione più corretta. Anche nei primi 10 giorni fra dolori e stanchezza il loro aiuto è stato importante. [...]” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Affiancamento, supporto. Io ho avuto un cesareo in travaglio e parte del problema oltre alla bimba molto piccola, è stata la posizione di allattamento risolta dall’ottimo servizio in ospedale. Poi nei mesi successivi ragadi candida ingorghi etc. Ad oggi non c’è cosa più meravigliosa che allattare. Se il servizio ricevuto in ospedale lo avessi avuto anche a casa avrei conosciuto l’allattamento sotto un’altra luce fin dai primi giorni. Ostetriche

dell’ospedale MERAVIGLIOSE!” (T12, Area Vasta Centro)

“Prima delle dimissioni dall’ospedale verificare la presenza di problemi e insistere sugli incontri al consultorio.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Suggerirei un monitoraggio diretto da parte dell’ospedale durante il primo periodo di vita del bimbo, magari attraverso degli appuntamenti prenotati allo sportello allattamento che la mamma ha in mano già quando esce dall’ospedale. Così sarebbe più seguita, ha una scusa per dover uscire nei primissimi tempi (cosa molto importante), ed avrebbe delle figure di riferimento con cui parlare e sfogarsi.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

Supporto a domicilio dopo il parto

“La possibilità di più visite domiciliari da parte dell’ostetrica di consultorio, perché almeno nel mio caso, è stata brava a spronarmi ad allattare nonostante i problemi anatomici e di ragadi che avevo. Ma tutte le volte sono andata io da loro.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Per chi non ha un aiuto ed è solo, sarebbe utile avere un supporto, se non proprio un servizio a domicilio, ma comunque un aiuto. Spesso anche le difficoltà nella gestione quotidiana possono essere un motivo per poi smettere di allattare, le due cose sono strettamente connesse.” (T12, Area Vasta Centro)

“Per chi ha veramente difficoltà, sarebbe utile avere qualcuno capace, come quelli del consultorio, che passasse da casa qualche volta...” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Ostetrica a domicilio per le prime settimane o comunque per il tempo necessario all’avvio di un corretto allattamento” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Essere supportate, con visite a domicilio, sostegno psicologico.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Credo che sarebbe necessario migliorare il supporto offerto dalle ostetriche del servizio sanitario pubblico. In ospedale si firma la richiesta di assistenza domiciliare dopo la dimissione dall’ospedale e dopo non è facile averla. Io non ne ho fatto ricorso perché ho avuto difficoltà a contattare le ostetriche. In quei giorni una donna è in difficoltà e visto che firma il modulo, sarebbe meglio che venisse contattata direttamente dalle ostetriche dell’USL di riferimento” (T6, Area Vasta Centro)

Consultorio ed ostetrica consultoriale: punti di riferimento e sostegno

“Per qualsiasi dubbio chiamavo l’ostetrica di riferimento del consultorio della mia città, dalla quale ho sempre avuto risposte e consigli utili, pertanto la mia esperienza di allattamento è stata positiva.” (T12, Area Vasta Centro)

“Penso che il consultorio faccia un lavoro eccellente e sono state disponibili immediatamente al momento del bisogno!” (T12, Area Vasta Centro)

“Per me è stata fondamentale la condivisione con il gruppo di mamme dell’accompagnamento alla nascita. Affrontare gli stessi problemi nello stesso momento e ascoltarmi a vicenda è stato molto utile per sapere di non essere unica ad avere certe difficoltà. Anche le ostetriche del consultorio sono state molto utili, ma mi è rimasta l’impressione che ci siano poche risorse per sostenere singolarmente le neo-mamme quando l’attenzione al singolo caso e alla singola persona è quanto di più importante specie per chi è al primo figlio e magari non ha il supporto familiare. Pensare che il mio consultorio riesce a raggiungere così poche donne mi spinge a chiedere che venga potenziato con personale e risorse.” (T12, Area Vasta Centro)

“Credo che molto venga già fatto nei consultori e nei distretti, quindi mi auguro solo che questo servizio possa essere mantenuto e potenziato ulteriormente.” (T12, Area Vasta Centro)

“Pubblicizzare e supportare il servizio delle ostetriche nei consultori.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Un servizio consultoriale più intensivo. La consulente nella mia zona (molto competente) è solo una e copre 3 consultori, quindi le lunghe attese per riuscire a prendere contatti telefonici e magari il doversi recare in un comune lontano può essere problematico (visto che hai un bambino piccolo da gestire).” (T12, Area Vasta Centro)

“E' importantissimo l'aiuto delle ostetriche nei primissimi giorni dopo il parto, e molto utile un punto allattamento al quale rivolgersi con il passare dei giorni.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Far sapere a tutte le mamme che esistono ambulatori per l'aiuto all'allattamento al seno, fissando già una visita di controllo per l'allattamento alle dimissioni dall'ospedale.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Servirebbero altri consultori come quello di xxx dove ci sia, come lì, la stanza del sostegno all'allattamento. L'ho trovato davvero utilissimo, il fatto di poter farsi seguire da ostetriche preparate e potersi confrontare con altre mamme...” (T12, Area Vasta Centro)

“Sponsorizzare lo spazio allattamento in consultorio quale momento di confronto e condivisione.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“La consulenza con almeno tre appuntamenti (fino ai sei mesi) con le ostetriche del consultorio o/ed esperte del settore. Sono frequenti i momenti in cui si insinua lo spettro che il bimbo non mangi abbastanza o non cresca abbastanza che ti spingono, alimentata anche dai suggerimenti di mamma e suocera, che non hanno mai allattato in vita loro, a ricorrere al latte artificiale: Per fortuna ho resistito! Ed allatto ancora il mio bimbo!” (T12, Area Vasta Centro)

“Io non avevo nessuno in famiglia che poteva aiutarmi. Mi sono rivolta all'ostetrica con cui ho fatto il corso pre-parto presso la USL della mia zona (che poi sono più ostetriche). Era possibile contattarle telefonicamente, raggiungerle presso il distretto o, se impossibilitate a muoversi, facevano anche la visita a domicilio. Quando ho avuto la mastite è venuta a casa a visitarmi aiutandomi anche per attaccare in maniera corretta il bimbo al seno. Credo che presso il nostro distretto il servizio offerto sia buono... non saprei cosa suggerire in più... forse che durante i corsi pre-parto si parli di più dell'allattamento e delle possibili difficoltà e che si spronino le future mamme a chiedere aiuto senza vergognarsi.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Voglio sottolineare che ho trovato un aiuto importantissimo nel post parto nel consultorio di xxx; lì sono stata seguita con tanta cura, disponibilità e amore da 3 ostetriche, SENZA LE QUALI PER ALTRO NON AVREI ALLATTATO ESCLUSIVAMENTE. Penso che un'assistenza dopo il parto sia importante allo stesso modo se non di più dei corsi pre-parto.” (T6, Area Vasta Sud Est)

Ruolo di consulenti e gruppi di aiuto

“[...] la mia esperienza è stata più che ottima grazie alle ostetriche sia del consultorio che dell'ospedale e anche i gruppi di mamme di auto-aiuto, conosciuti grazie al consiglio delle ostetriche, sono stati utilissimi.” (T12, Area Vasta Centro)

“La formazione di gruppi di mamme che possano dare supporto alle neo-mamme che lo desiderano, grazie all'esperienza già passata.” (T12, Area Vasta Centro)

“Bisognerebbe creare un maggior numero di gruppi di aiuto perché il confronto fra mamme nella stessa condizione è fondamentale.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Mi piacerebbe che ci fosse più informazione e propaganda per quanto riguarda le consulenti della Lega del Latte, perché a me personalmente, sta aiutando tantissimo. Ho avuto un paio di problemi durante questi mesi di allattamento e se non fosse stato per la consulente, probabilmente avrei già abbandonato l'allattamento al seno. Non ho potuto rivolgermi a consultori/distretti socio-sanitari, perché nella zona dove ho partorito, non era previsto l'eventuale aiuto di ostetriche per il paese nel quale abito; avrei dovuto rivolgermi ad altri distretti, ma io avrei preferito appunto quello della zona dove si è svolto il parto.” (T6, Area Vasta Centro)

“Se avessi avuto un consulente per l'allattamento, forse la situazione sarebbe stata diversa, non avrei rinunciato alla terza settimana di allattare il bambino, a causa del pediatra che mi ha anche offeso dicendo che al posto del latte avevo l'acqua.” (cittadinanza rumena, T12, Area Vasta Centro)

Telefono dedicato e contatti telefonici

“Un numero verde a cui fare riferimento per qualsiasi dubbio” (T12, Area Vasta Centro)

“La possibilità di poter ricevere consigli dal consultorio anche telefonicamente, dal momento che nella mia zona le chiamate al consultorio spesso non hanno risposta oppure ci sono pochi momenti in cui si può chiamare. Per il resto il servizio è ottimo.” (T12, Area Vasta Centro)

“Migliore rete territoriale e contatti diretti con le donne (anche ad esempio telefonate di screening a 15/40/60 giorni del neonato per sapere come procede l'allattamento) in base ai dati dei reparti ospedalieri. Non sempre è facile sapere a chi chiedere (pareri autorevoli, pareri superficiali ce ne sono anche troppi).” (T12, Area Vasta Centro)

“Creare un numero verde unico per richieste su problemi, medicinali che la mamma può prendere, dubbi, ecc...” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Appoggio anche telefonico più capillare sul territorio” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Suggerisco di poter mettere a disposizione un numero dedicato, che riguardi solo questo tipo di aiuto, il telefono quando un bimbo è piccolo è più comodo, spesso spostarsi fisicamente è difficile! Inoltre sarebbe bello che la madre non fosse lasciata sola almeno nel primo mese: se ricevesse una chiamata o visita da un esperto per aiutarla sarebbe piacevole ed utile. Grazie” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Un supporto maggiore, magari anche solo telefonicamente, che faccia sentire le mamme più sicure.” (T12, Area Vasta Sud Est)

Supporto emotivo e psicologico

“Aiutare psicologicamente la madre, la sua volontà di allattare al seno e i suoi problemi.” (cittadinanza marocchina, T12, Area Vasta Sud Est)

“Mi piacerebbe che fosse riconosciuto un consulto medico psicologico di base, perché quando ci si pone molte domande, la più grande poi è sempre, sarà il caso di andare da una psicologa? E alla fine 9 su 10 si rimanda.” (T6, Area Vasta Sud Est)

“La presenza di una psicologa in ospedale, le donne dopo il parto sono molto deboli e il 60% degli allattamenti falliti deriva da un mancato sostegno fisico e psicologico.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Più attenzione alla salute mentale della madre. Se una madre è depressa le ostetriche del consultorio dovrebbero capire di smettere di insistere e far sentire la madre ancora più depressa e arrendersi al fatto che il bimbo non morirà se prende il latte artificiale. Non esiste solo la salute del bimbo ma anche quella della madre che non è solo una mucca!” (T12, Area Vasta Sud Est)

“È importante secondo me, seguire la mamma anche a livello psicologico perché subisce tanto stress e i familiari sono poco d'aiuto. Ho notato che non c'è un reale interesse nel sostenere le mamme emotivamente dopo il parto.” (T6, Area Vasta Centro)

“Ritengo importante indagare in modo esplicito sulle difficoltà affrontate nella gestione quotidiana del bambino e soprattutto sugli ostacoli emotivi (stress, solitudine, tristezza, stanchezza) che possono insorgere nella mamma. Suggerisco di farlo con domande puntuali che chiedono di esprimere questi potenziali disagi, qualora vissuti. Diversamente, è difficile che si riescano ad esternare in modo spontaneo certi temi perché culturalmente una madre è tenuta ad essere sempre felice e positiva piuttosto che giù di morale ed a mettere in secondo piano altri sentimenti. A me è capitato di avere dei momenti difficili e tristi, ma non per questo si deve parlare di crisi post-partum; più semplicemente sarebbe utile chiedere e capire meglio gli stati d'animo e creare quindi degli strumenti - perché no, anche on line - per assistenza e supporto.” (T6, Area Vasta Sud Est)

“Dal momento in cui nasce un bambino si ha la tendenza a mettere poi in secondo piano la mamma. Gli si chiede come si sente fisicamente dopo il parto, ma mai come si sente emotivamente anzi il più delle volte si tende a riempirla di consigli spesso poco graditi perché in quel momento si avrebbe invece solo voglia di sentirsi appoggiate su quello che si fa. Si ha la tendenza a dare tutto per scontato che tanto siamo donne e abbiamo svolto un compito naturale. Si è vero che viene tutto naturale ma la vita cambia totalmente. Diventi essenziale per un esserino fragile e indifeso ma a volte ti rendi conto di essere fragile anche tu e spesso ti senti sola e annientata di fronte alle sue necessità. Poi piano piano si riesce a capirlo ma si dovrebbe cercare anche dopo la nascita di mettere un po' più in primo piano anche le mamme.” (T6, Area Vasta Centro)

Corsi di Accompagnamento alla Nascita

“Un buon corso pre-parto, sulla cui importanza dovrebbero insistere di più i ginecologi delle mille visite inutili in gravidanza, e il sapere dell'esistenza di gruppi di sostegno e consulenza per l'allattamento a cui fare riferimento dopo il parto.” (T12, Area Vasta Sud Est)

Prima del parto

“Direi di supportare tutti i consultori perché nel mio caso è stato molto utile il corso pre-parto che mi ha preparato sulla conoscenza dell'allattamento e inoltre l'ostetrica del consultorio per i controlli è stata molto gentile. Direi di fare più pubblicità ai corsi preparto! Anche perché sono gratuiti e molto interessanti!” (T12, Area Vasta Centro)

“Preparare prima del parto con consigli concreti e non far credere che sia tutto facile e

naturale.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Nei corsi preparto manca completamente l'informazione sull'alimentazione del bambino, ossia spiegare bene la differenza di comportamento di un neonato che si attacca al seno di uno che non ci si attacca proprio. Questo comporta accettazione con più o meno difficoltà di tettarelle, biberon, cucchiaini in silicone, accettare di mangiare pappine, frutta, eccetera. Nei corsi inoltre non vengono spiegate le possibili realtà. Viene solo esaltato l'allattamento al seno come sola cosa possibile, invece nella realtà, per moltissime cause c'è chi riesce ad allattare e chi no, e anche chi ci riesce ha moltissime difficoltà. Sono veramente poche le donne che riescono a portare avanti un allattamento materno esclusivo per lungo tempo senza alcuna difficoltà, eppure quando sei in gravidanza nessuno ti spiega queste cose.” (T6, Area Vasta Nord Ovest)

“Inserire nel corso preparto più incontri dedicati all'allattamento. Io al corso ho avuto un incontro dedicato, ma si parlava solo di quanto fosse bello e meraviglioso (e infatti lo è), ma non è stato fatto alcun cenno ai problemi che si possono riscontrare fin dai primi giorni. Se avessi saputo sicuramente avrei iniziato MOLTO meglio il mio percorso. C'è troppa poca informazione ed è per questo che 9 mamme su 10 optano per il latte artificiale” (T12, Area Vasta Centro)

“Io ho frequentato il corso pre parto ma non è servito molto. Sono stati tralasciati tanti aspetti importanti. Allattamento a richiesta è una favola che porta ad abbandonare l'allattamento in anticipo per vari ragioni purtroppo.” (T6, Area Vasta Centro)

“Consiglio di frequentare i corsi del consultorio, che almeno per me, sono molto utili. E chiedere consiglio sempre alle ostetriche.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Ribadisco: secondo me dovrebbe esserci più preparazione psicologica non tanto solo al parto, ma anche e soprattutto al periodo successivo. Al corso pre-parto, forse per non creare inutili ansie, si tende a “positivizzare” un po' tutto. Viene quasi fuori che sia il parto la cosa difficile su cui concentrarsi, quando invece è niente in confronto al puerperio e in generale ai primi mesi. E' giusto focalizzarsi sulle cose positive, ma sarebbe opportuno dire: “Mamme, vi sentirete stanche come mai nella vostra vita, il bambino focalizzerà tutte le vostre energie, piangerà più di quanto immaginate, arriverete a pensare di non farcela: è normale, non sentitevi in colpa!” E magari qualche dritta pratica, tipo sull'importanza della routine serale, ecc.” (T6, Area Vasta Centro)

Dopo il parto

“Secondo me dovrebbe essere proposto un corso di sostegno alla mamma post parto... non solo per l'allattamento... per l'alimentazione, pratiche burocratiche, gestione pratica del bambino...” (T6, Area Vasta Nord Ovest)

“Magari come vengono fatti i corsi pre-parto (utilissimi) potrebbero essere fatti dei corsi post-parto dedicati all'allattamento per potersi anche confrontare tra mamme ed avere il giusto supporto anche se io onestamente non ho mai avuto problemi con mio figlio. Ad oggi veniamo chiamate solo a 2 incontri subito dopo il parto e poi basta, almeno che tu non voglia andare personalmente al consultorio.” (T12, Area Vasta Centro)

“I consultori delle zone distretto dovrebbero organizzare corsi o incontri post-parto relativi all'allattamento e al periodo neonatale soprattutto per le primipare.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Io ho frequentato un corso dopo il parto presso il consultorio che mi ha aiutato

tantissimo sia per problemi pratici che a livello emotivo. La condivisione con altre mamme è fondamentale.” (T12, Area Vasta Centro)

“Molte delle ragazze che hanno frequentato con me il corso pre-parto, non hanno allattato al seno o lo hanno fatto solo parzialmente. Credo che i pediatri proponano la giunta artificiale troppo facilmente. Potrebbe essere utile una specie di corso post-parto” (T12, Area Vasta Sud Est)

Suggerimenti ai professionisti per migliorare il sostegno all’allattamento

“Comprensione, pazienza e coerenza nelle informazioni” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Non bisogna assillare le mamme con l’allattamento...” (T12, Area Vasta Centro)

“Suggerirei di non stressare le mamme con doppie pesate e con il continuo monitoraggio della crescita del bambino.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Suggerirei di far ben presente alle ostetriche ospedaliere che devono dare tutte la stessa versione e di informare le madri che l’allattamento DEVE proseguire entro l’anno, oltre al fatto che non si deve dare il ciuccio.” (T12, Area Vasta Centro)

“Che vengano stabiliti alla dimissione dall’ospedale appuntamenti con ostetriche del consultorio o dell’ospedale per assistere le mamme nei primi giorni che tornano a casa.” (T12, Area Vasta Centro)

“Una maggiore preparazione durante il corso preparto sul corretto modo di attaccare il bambino al seno, su come affrontare i problemi più comuni che possono presentarsi durante l’allattamento. Maggiore supporto dalle figure di riferimento (pediatra di base, medico di base, ostetriche) e maggiore competenza sulle problematiche che possono presentarsi. Aggiungo infine che, per quanto comprensibile, non permettere ad un familiare di restare anche la notte accanto ad una puerpera può aumentare il rischio di scoraggiamento all’allattamento. Nel mio caso, nonostante il cesareo, non è successo, ma solo grazie alla mia forte determinazione nel voler allattare. Ho visto altre scoraggiarsi, bisogna creare anche intorno alla madre un clima di serenità, familiarità e aiuto che la predisponga e la supporti all’allattamento e alla cura del bambino.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Personale qualificato a disposizione per le donne facilmente contattabili e raggiungibili.” (T12, Area Vasta Centro)

“Sarebbe importante che fossero le ostetriche a sostenere le donne nel puerperio e nell’allattamento, dare continuità assistenziale e sostenere la fisiologia.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Opuscoli informativi, sostegno consultori ed esperti, pediatri informati e motivanti, ospedali attenti alla donna, gruppi mamme, tutorial in pillole.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Aiutarle a superare il fisiologico timore di non essere in grado di nutrire a sufficienza il proprio bambino.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Un’attenzione più specifica alle mamme che mostrano problematiche nella produzione del latte e del seno cercando di capire nel caso singolo quale può essere la causa da cui scaturisce il problema. Personalmente ho riscontrato troppa generalizzazione e ho risolto, troppo tardi ormai, con un omeopata.” (T12, Area Vasta Centro)

“Mettere a disposizione delle neomamme, in reparto già subito dopo il momento del parto, una consulente dell’allattamento. Se necessario, offrire alla madre, anche un sostegno di uno psicologo. Rendere noto, sin dal corso pre-parto, l’esistenza del DAS e dei benefici ai quali, questo strumento può portare.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Insegnare le posizioni possibili per l’allattamento in modo da poter cambiare posizione al bambino se ci fosse necessità (ragadi, mal di schiena, difficoltà del bambino ecc)” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Proporrei di “pubblicizzare” molto di più lo “spazio allattamento” che per me è stato un’ancora di salvezza e che mi ha permesso di avere confronto e creare nuove amicizie; informare le donne sulla possibilità di poter avere a casa delle consulenti dell’allattamento professionali e competenti. Proporrei di creare più spazi dove poter allattare e far vedere alle neomamme o future mamme che allattare è naturale e non ci si deve nascondere. Proporrei di formare tutte le ostetriche sull’allattamento e informare i pediatri sulle linee guida dell’OMS!!!” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Pediatri più favorevoli dall’allattamento, anche prolungato. Maggiore copertura territoriale di ostetriche e consulenti” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

Empowerment delle donne

“Supporto del personale ospedaliero nei primi giorni di vita del bimbo, preparando psicologicamente la mamma alle varie situazioni in cui si possa trovare!!! Un modo per darle forza prima di affrontare i primi mesi di ricerca della sintonia ed equilibrio col proprio piccolo.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Aiutare facendo prevenzione: spiegare alle donne che nonostante le difficoltà iniziali si può avere uno splendido allattamento. Incoraggiarle a credere più in sé stesse (il latte c’è, credete nella vostra testardaggine!!)” (T12, Area Vasta Centro)

“Rafforzare la fiducia in se stessa nelle neo mamme. Troppo spesso pediatri inseriscono latte artificiale quando in realtà basterebbe consigliare alle mamme di attaccare al seno il piccolo più spesso per avviare il naturale processo. Proibire alle ostetriche frasi demoralizzanti!” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Le donne devono essere consapevoli di potercela fare, e questa convinzione deve essere insita già prima del parto.” (T12, Area Vasta Centro)

“Maggiore attenzione per il post-partum e allattamento da parte di ospedali e pediatri, tutte le donne possono farcela e deve essere solo questo il messaggio da far passare, poi ognuna di noi sarà in grado di tirar fuori la forza che ci vuole o dovrà avere il diritto di essere sostenuta.” (T6, Area Vasta Centro)

Formazione per i professionisti

“Maggior sostegno in ospedale con formazione adeguata del personale!!!” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Poco tatto da parte del personale ospedaliero. [...] Personale anziano, necessità di personale giovane, fresco di nuove conoscenze” (T6, Area Vasta Sud Est)

“A mio avviso è necessario che il servizio pubblico si avvalga di professionisti qualificati che si sforzino di evitare di dare giudizi soggettivi durante il loro lavoro. In questo consiste la vera professionalità. La poca disponibilità, la mancanza di attenzione e tatto e a volte persino la maleducazione sperimentate sin dalla sala parto hanno avvelenato per sempre

il ricordo del momento in cui io sono nata come mamma.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Formare maggiormente ostetriche e infermiere che a volte confondono o danno consigli sbagliati” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Un aggiornamento per tutti i pediatri.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Obbligare le infermiere ad attenersi alle linee guida e non alle proprie credenze e prese di posizione... occorrerebbe più empatia.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Personale ospedaliero con più esperienza. Spesso il personale con cui ho avuto a che fare era giovane e inesperto.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Più informazione. Specialmente iniziando dal personale ospedaliero... Ho sentito ostetriche consigliare latte artificiale da tenere a portata di mano, anziché appoggiare e incoraggiare la neo mamma aiutandola ad allattare. Il consiglio che mi sento di dare è di fare una bella formazione al personale di reparto.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Vorrei lasciare qualche riga riassuntiva del mio percorso da mamma di questi primi sei mesi in particolare in relazione all’allattamento. Mi ritengo molto fortunata per il periodo trascorso, ricco di gioia per me il mio compagno e per la crescita di mio figlio, sano, tranquillo e divertente. E credo che l’allattamento mi abbia aiutato molto. È stato allattamento a richiesta che piano piano si è stabilizzato da solo. Ritengo che sia stato e sia un aspetto incredibile della mia esperienza da mamma che mi ha arricchito e reso serena la relazione con il mio bimbo e anche con il mio compagno e la mia famiglia. Mi ha aiutato essere informata prima del parto su vari aspetti dell’allattamento e sulla sua importanza e per questo devo ringraziare la mia ginecologa e il corso di accompagnamento alla nascita dell’ospedale di XXX. Credo che le neo-mamme andrebbero incoraggiate di più e informate anche sugli aspetti “negativi”, la stanchezza, le ragadi, i ritmi stravolti ecc. per riuscire a non mollare troppo presto. Poi, non so come sia fattibile ma consiglieri di realizzare degli incontri sull’allattamento aperti anche a mamme e soprattutto suocere delle mamme gravide. Credo per mia esperienza e anche per quella di altre intorno a me che ci siano ancora molte interferenze sull’allattamento dalle persone esterne che possono far demordere le neo mamme in questo favoloso percorso. Direi che anche i pediatri potrebbero spingere di più in questo senso, senza proporre troppo presto “aggiunte” di latte. Per quanto riguarda il lavoro (ancora io sono a casa) credo (data anche l’esperienza di amiche) che dover rientrare presto sia ancora un ostacolo al proseguimento sereno dell’allattamento. Per quanto riguarda invece lo svezzamento, per precisione, specifico che abbiamo iniziato con il primo pasto dello svezzamento a 5 mesi e 3 settimane come suggerito dal pediatra (e spero che sia stata un’indicazione giusta e non troppo anticipataria). Spero di aver lasciato osservazioni chiare e pertinenti e vi ringrazio per questo progetto di monitoraggio che spero possa aiutare tutti nella promozione dell’allattamento materno e nel supporto alle neo mamme... .” (T6, Area Vasta Nord Ovest)

Suggerimenti sull’allattamento da mamma a mamma

“Consiglio di non demordere, di non cedere alle preoccupazioni sull’eventuale insufficienza nell’apporto del proprio latte: io, personalmente, cominciando a somministrare latte artificiale, convinta che il mio bimbo avesse bisogno di mangiare di più, ho finito col perdere il mio latte nel giro di meno di un mese... A 6 mesi circa ho smesso di allattare” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Mangiare bene e bere molti liquidi acqua succhi ecc. Il latte del mamma fa molto bene al bambino!!” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Stringere i denti perché allattare è meraviglioso” (T12, Area Vasta Centro)

“Sicuramente quello che aiuta è il pensiero positivo. L’allattamento è un momento unico tra la mamma e il bambino e per quanto può sembrare lungo e faticoso, il tempo passa velocemente e rimarrà solo un bel ricordo!” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Di avere fiducia in se stesse” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Non sempre ascoltare i medici, ma l’istinto materno. Perché nella mia esperienza ascoltando loro non ho allattato oltre i sei mesi.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Viverlo in modo rilassato, senza pensarci troppo, ma sapendo che non è facile per nessuno” (T12, Area Vasta Centro)

“Tanta pace interiore e tanto amore per se stessi. Per poter vivere questa esperienza magica in tutti i suoi aspetti.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Importante mettere il bimbo nella posizione corretta cambiando spesso posizione per evitare ragadi. Per gli ingorghi massaggiare il seno e attaccare il bimbo più frequentemente nella parte dolente” (T12, Area Vasta Sud Est)

“È importante ricordare che sei ancora in un momento di cambiamento. Sentirsi emotivi o preoccupati di essere separato dal proprio figlio per la prima volta è normale, tuttavia, se non si dispone di un partner, di una comunità e di un posto di lavoro supportivi, ciò rende molto più difficile. Anche per l’allattamento al seno. [...]” (cittadinanza americana, T6, Area Vasta Sud Est)

“[...] non fissarsi sull’aumento del peso dei propri bambini. Evitare sempre doppie pesate etc. Che creano solo ansia. Non imparano iarsi mai sulla quantità di latte prodotto insistere e insistere. I bambini sanno autoregolarsi. Se avessi dato retta alla maggioranza avrei smesso di allattare già dal secondo mese di mia figlia invece eccomi qua a distanza di un anno a continuare ad allattarla benché svezzata completamente da mesi.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Sicuramente il confronto quotidiano con donne che stanno vivendo una medesima esperienza è di grande supporto emotivo, aiuta a non sentirsi sole nelle difficoltà e a trovare soluzioni comuni sperimentando tra le alternative realmente praticabili nella vita di tutti i giorni.” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Prima di tutto ALLATTARE perché è un periodo molto bello, ma purtroppo passa in fretta...siamo già arrivati a quasi un anno... vorrei suggerire di stare tranquille anche se all’inizio sembra difficile, i neonati amano poppare quindi ogni giorno miglioreranno; fatevi aiutare dal vostro marito è molto importante; se all’inizio piangerete come ho fatto io (perché mi sentivo sola e la mancanza della mia mamma) è tutto normale, vi sentirete meglio dopo; se avete bisogno le ostetriche sono le persone che sanno cosa fare in qualsiasi momento e vi daranno le risposte a tutte le domande sensate, non esitate! Conoscere il proprio figlio è importantissimo: il momento dell’allattamento è unico solo tu ed il neonato in silenzio nella pace, magari sussurrando una canzoncina. Importante che anche la posizione sia comoda; ricordarsi di svotare sempre i seni, dando in alternanza un seno e poi dopo due ore quell’altro, per evitare ingorghi (come succedeva a volte a me) ma con il tiralatte tutto si risolve (anzi così io ho surgelato tanto latte).” (T12, Area Vasta Centro)

“Suggerirei alle mamme di non scoraggiarsi mai... nonostante il dolore al seno, la stanchezza, l'inesperienza, sono riuscita ad allattare in maniera esclusiva mio figlio con un solo seno fino a 10 mesi (poi ho interrotto per riprendere la terapia farmacologica per il cancro). L'allattamento è un momento magico... Io al mio piccino dicevo che quello era il nostro momento...” (T12, Area Vasta Centro)

“Di essere tranquille, che allattare al seno è una cosa naturale e che la sua riuscita dipende tanto dal nostro approccio ad esso. Che è una cosa importante ma comunque non fondamentale, se non è possibile comunque si può ricorrere anche al latte artificiale. Per le donne che eseguono il taglio cesario di non essere spaventate, il latte viene bene e da subito anche a loro, anzi spesso meglio!!” (T12, Area Vasta Centro)

“Tanta tranquillità, parenti lontani per alcuni giorni...evitare litigate...stress...e armarsi di pazienza...” (T12, Area Vasta Centro)

“Suggerisco che una donna allatti al seno suo figlio perché fa bene alla salute di un bambino. Un bambino può essere protetto da molti germi e malattie. Dovremmo sempre allattare i nostri bambini e suggerire anche alle altre di farlo.” (cittadinanza pakistana, T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Di dare il latte materno fino a un anno, che è fondamentale per la crescita. Ci vuole tanta pazienza donne!!” (T12, Area Vasta Sud Est)

“Tenere il figlio più vicino dopo il parto e cercare di allattarlo in quelle prime ore di vita.” (cittadinanza messicana, T12, Area Vasta Nord Ovest)

Questioni culturali: sensibilizzare la società all'allattamento ed alla donazione del latte

“Per migliorare il supporto delle donne in allattamento secondo me bisognerebbe parlarne di più e non viverlo come un tabù e poi dare il maggior numero possibile di info tramite media, giornali, social network...” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Sicuramente un'attenzione maggiore da parte della società e una maggiore informazione visto che l'allattamento viene spesso visto utile solo fino allo svezzamento.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Le mamme in Italia hanno vita molto difficile perché l'ambiente non è per niente baby-friendly. In nessun luogo pubblico esistono stazioni per l'allattamento, fasciatoi, bagni per famiglie, priorità agli sportelli... Tutto ciò contribuisce solamente all'isolamento della mamma col bambino anziché all'inclusione sociale. [...]” (T6, Area Vasta Centro)

“Servirebbero spazi appositi per l'allattamento sia nei luoghi pubblici sia all'interno dei locali dove le mamme possano allattare senza sentirsi in difficoltà ed in imbarazzo di fronte a sguardi indiscreti, inoltre sarebbe opportuno fare campagne di sensibilizzazione perché la società è troppo maschilista.” (T12, Area Vasta Centro)

“[...] Una campagna di educazione e non solo informativa per aiutare un'evoluzione culturale rispetto all'allattamento. Ancora oggi allattare oltre i sei mesi è vissuto come vizio.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Mentre stavo allattando in pubblico mi è stato chiesto più di una volta di recarmi al Punto Allattamento. Il più delle volte si tratta di un piccolissimo spazio ricavato all'interno di una stanza, composto da una poltrona con davanti un paravento, dove si

fatica a gestire carrozzina e spostamenti soprattutto se si è sole con il bambino.” (T12, Area Vasta Centro)

“Avrei voluto donare il latte, ma la burocrazia e la poca voglia s'intende da parte dell'ospedale non me l'hanno permesso. Per questo sono molto dispiaciuta. Nessuno si è interessato a questa cosa.” (T6, Area Vasta Sud Est)

“[...] Bisognerebbe potenziare e pubblicizzare meglio la banca del latte così che possano esserci più mamme donatrici di latte materno.” (T12, Area Vasta Nord Ovest)

“Perfezionare il servizio relativo alla donazione del latte materno” (T12, Area Vasta Sud Est)

Difficile conciliazione tra lavoro e maternità e necessità di maggiori tutele

“[...] Avendo un contratto a termine nonostante fossi rientrata dopo la maternità obbligatoria quando il bimbo aveva 3 mesi dopo poco il mio contratto è scaduto e non sono stata rinnovata... Mi sento discriminata per il fatto che ho messo alla luce un bimbo! Per me questo è molto grave!!!” (T6, Area Vasta Sud Est)

“Maggior tutela negli ambienti lavorativi. Ho un contratto libero professionale e non ho avuto alcuna tutela: sono rientrata a lavoro al 3 mese di mio figlio e non era previsto il tempo per allattare. È stato molto pesante riuscire a continuare l'allattamento esclusivo.” (T12, Area Vasta Centro)

“Il più grosso sentimento contrastante che sto vivendo è la volontà (e necessità) di continuare a lavorare e fare il lavoro che amo e per cui ho speso una vita intera (medico), misto al desiderio di passare più tempo possibile col mio bambino che cresce a vista d'occhio, ogni giorno fa una scoperta e ha ancora tanto bisogno di me.” (T6, Area Vasta Centro)

“Mio figlio compirà 6 mesi lunedì ed io mi rendo conto che, soprattutto allattando al seno ancora in maniera quasi esclusiva, ha ancora bisogno di me 24 ore su 24. Non mi pesa, anzi, sono felice di poterlo vedere progredire in ogni piccola cosa ogni giorno, per le altre cose ci sarà tempo, ma questo dovrebbe essere un diritto, non un privilegio.” (T6, Area Vasta Nord Ovest)

“Ho scelto di non tornare a lavorare prendendo il congedo parentale facoltativo, se pur nella difficoltà economica ho preferito stare con mia figlia. Non bisognerebbe far scegliere o i soldi dello stipendio o stare con i figli sono due valori troppo diversi ed entrambi necessari.” (T6, Area Vasta Sud Est)

“Per quanto mi riguarda, l'aspetto più difficile da affrontare è il rientro a lavoro. Purtroppo l'unico aiuto disponibile arriva dalla famiglia e credo che ci siano delle grosse carenze da parte delle istituzioni. Nel mio comune ci sono 4 asili nido e nessuno di questi prende bimbi che abbiano meno di 12 mesi. Diventare mamma è stata una mia scelta, fatta con consapevolezza, ma la maternità preclude troppo spesso la possibilità per le donne di fare carriera. Io e mio marito siamo entrambi liberi professionisti e a me toccherà fare un passo indietro per avere tempo da dedicare alla bambina. Mi va bene così, ma sarebbe giusto avere più scelta.” (T6, Area Vasta Centro)

“Mi sento estremamente fortunata. Ho due figli, marito meraviglioso. Adoro allattare e ritengo che con tutte le sue implicazioni sia l'esperienza più piena della vita di una

donna. So però di aver accantonato il mio lavoro e le mie ambizioni. Ho studiato molto e amo lavorare. Ma ho fatto scelte un po' riduttive in passato, che ora mi ingabbiano. E il peggio è che non so se ce la farò a sostenere neppure quelle. Sono attanagliata dalla mancanza di tempo. Quindi la prospettiva del rientro al lavoro mi spaventa. Non vedo particolare disponibilità all'aiuto attorno a me e so che dovrò moltiplicare i miei sforzi. Ce la farò, ma ancora per molto tempo la mia carriera e il mio sonno dovranno attendere" (T6, Area Vasta Nord Ovest)

"Mio figlio è sempre stato molto curioso rispetto al cibo, quindi iniziare a fargli assaggiare varie cose è stato naturale. Anche se non fosse stato così non avrei potuto continuare a lungo a dargli latte materno una volta rientrata a lavoro, perché tirarne a sufficienza per farlo mangiare mentre non ci sono è praticamente impossibile. Durante il giorno devo tirarmi il latte all'interno della mia auto nel parcheggio aziendale e l'asilo non prevede che io possa andare ad allattare il bambino." (T6, Area Vasta Centro)

"Avere più diritti per le mamme lavoratrici col mondo di oggi. I nonni non sono sempre disponibili, non hanno età più giovani e magari non sono in pensione. Più tutela per le madri perché i primi mesi di vita sono i più importanti, anche se il bambino si ammala ecc. non ci sono leggi che tutelano ne figli né genitori." (T12, Area Vasta Nord Ovest)

"In realtà il tempo che la legge dedica alla cura del proprio bambino sono solo i tre mesi successivi alla nascita, per i mesi successivi uno con quello che viene dato, 30% fa la fame. In realtà negli altri paesi viene data la possibilità di stare il primo anno di vita accanto al proprio bimbo, questo secondo me è molto importante. Considerato che, la mamma ha un ruolo davvero fondamentale, non viene affatto riconosciuto questo!!" (T6, Area Vasta Sud Est)

"Flessibilità degli orari e riduzione dei costi degli asili nido, per consentire rientro nel mondo del lavoro non traumatico." (T12, Area Vasta Nord Ovest)

"Non mi sento tutelata come madre. Ho chiesto l'avvicinamento del posto di lavoro per i tre anni previsti dal decreto (come genitore di un minore) e mi è stato rifiutato. Come faccio a pensare alla possibilità di un secondo figlio se crescere un solo figlio sarà un grande sacrificio perché lavoro in una ASL diversa dalla mia provincia? I figli per diventare adulti stabili dal punto di vista emozionale hanno bisogno di stare più tempo con la madre. La maternità è troppo corta." (T6, Area Vasta Centro)

"Lavoro come libera professionista, ho iniziato a lavorare da casa da quando il bimbo aveva 2 mesi e mezzo. Lavoro compatibilmente con l'allattamento e con la disponibilità delle nonne che guardano mio figlio. Il supporto che viene dato a chi non ha un lavoro dipendente è minimo e incompatibile con l'allattamento al seno. Veder crescere mio figlio è splendido, il modo in cui ogni giorno perfeziona o acquisisce nuove abilità è sorprendente." (T6, Area Vasta Centro)

"L'unica cosa che vorrei commentare è che a livello lavorativo le donne dovrebbero essere più aiutate (asili, incentivi) e tutelate, invece molto spesso non succede, e rientrare a lavoro è un doppio choc. Lasciare il figlio e aver paura delle ritorsioni su lavoro perché siamo state a casa per un lungo periodo..." (T6, Area Vasta Sud Est)

Riflessioni finali delle mamme sull'allattamento

"L'allattamento al seno è sicuramente mooolto faticoso, soprattutto i primi mesi, ma è la cosa più bella che esista... e sono fiera di aver cercato con tutte le mie forze di farlo." (T6, Area Vasta Nord Ovest)

"L'allattamento al seno materno è stata una bellissima esperienza, ma purtroppo trovandomi sola tutto il giorno e dovendomi sobbarcare tutte le incombenze quotidiane non sono riuscita a farlo durare quanto io volevo." (T6, Area Vasta Sud Est)

"L'allattamento è stato, ed è tuttora, un evento unico e uno dei più belli che abbia mai provato. Si crea un legame fantastico col proprio cucciolo." (T6, Area Vasta Centro)

"[...] allattare è una cosa naturale, in qualsiasi luogo e a qualsiasi età del bambino." (T12, Area Vasta Centro)

"È la cosa più bella e naturale che ci sia al mondo... anche se stancante, ma ti stanca piacevolmente." (T12, Area Vasta Nord Ovest)

"È bellissimo allattare il proprio bambino al seno, lo vedi crescere attraverso te, è un'esperienza fantastica ed è per questo che dobbiamo fare cosa ci sentiamo senza essere stressate da tutti che sanno tutto, lasciar parlare le persone e continuare come ci detta il cuore, il nostro istinto ci guiderà." (T12, Area Vasta Nord Ovest)

"Allattare allattare allattare è meravigliosooooo." (T12, Area Vasta Sud Est)

"L'allattamento al seno può farti sentire più vicino ai sentimenti del tuo bambino. È così bello." (cittadinanza cinese, T12, Area Vasta Centro)

"L'allattamento al seno è una missione. Ma è una cosa meravigliosa. Ci vuole impegno sacrificio serenità. Il supporto che fornite è speciale. Grazie!" (T12, Area Vasta Nord Ovest)

"L'allattamento al seno è un momento meraviglioso che consente a mamma e bambino di instaurare un legame profondo che permette di conoscersi e riconoscersi reciprocamente. Lo consiglio a tutte le mamme" (T12, Area Vasta Nord Ovest)

"Allattamento è bello, è amore, tranquillità, sete, fame, è tutto!!" (T12, Area Vasta Nord Ovest)

CONCLUSIONI

Conclusioni

Lorenzo Roti, Regione Toscana, Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore: Organizzazione delle cure e percorsi cronicità.

I risultati presentati in questa pubblicazione consentono una valutazione a più livelli delle politiche sull'allattamento promosse e strutturate da Regione Toscana a partire dal Protocollo d'intesa stipulato con l'UNICEF nel 2004.

L'indagine condotta è stata pensata e svolta con grande attenzione, professionalità, capacità interlocutoria e interpretativa, messa a disposizione del management sanitario e dei professionisti, facendo emergere aspetti di tendenze e vissuti sociali che, sebbene in fase di mutamento, hanno confermato un substrato culturale sostanzialmente favorevole all'allattamento materno. Ne è una prova il livello di coinvolgimento e partecipazione di un campione significativo di mamme che nell'ultimo anno hanno partorito. L'interesse e il desiderio di partecipare mostrato è un contributo importante per l'organizzazione dei servizi esistenti per il percorso nascita, volendo migliorarne la qualità, l'equità e l'accoglienza dovuta.

Il grande lavoro fatto in questi anni è stato possibile grazie alla costituzione, sempre nel 2004, dell'Osservatorio Regionale Allattamento (ORA) dedicato al coordinamento ed alla promozione dell'allattamento nei punti nascita e nel territorio della Toscana. L'Osservatorio ha attivamente lavorato per strutturare i programmi regionali dedicati alla promozione dell'allattamento, con azioni sia di carattere formativo che organizzativo in tutti i punti nascita, ha alimentato e fatto vivere la rete di referenti nelle aziende sanitarie toscane, curando la formazione di più di duemila operatori di settore, ha spinto e accompagnato gli ospedali toscani ad assumere la certificazione di "Ospedale amico dei bambini" come elemento di qualificazione seria e verificabile nell'adozione delle buone pratiche per il sostegno all'allattamento. A tutt'oggi infatti, la Toscana è la Regione che conta il maggior numero di ospedali, dieci in tutto, riconosciuti "Amici dei Bambini e delle Bambine".

L'Osservatorio ha avuto come partners privilegiati nelle proprie attività le Comunità e gli Ospedali BFH e BFHCI, le associazioni del volontariato, le Società scientifiche, la Pediatria di famiglia, il Comitato regionale Percorso Nascita, l'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) e il Laboratorio di Management e Sanità (MeS). Una rete, insomma, vasta e articolata per nuove alleanze e per crescere ancora nella cultura e nelle comunità.

È in questo quadro che nasce il presente lavoro promosso dall'ORA e realizzato dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, sulla prevalenza dell'allattamento materno al momento della dimissione dal punto nascita e fino a ad un anno di vita del bambino.

I dati di prevalenza dell'allattamento al seno in Toscana 2016-2018 appaiono molto buoni se paragonati alla media italiana, confermano il trend positivo di miglioramento rispetto ad indagini precedenti toscane e si pongono come riferimento nel contesto nazionale.

L'indagine però non si è limitata alla rilevazione statistica dei tassi di allattamento; ha dato altresì spazio alla parte qualitativa di una rilevazione, trattando aspetti sostanziali del vissuto delle donne, registrando commenti ed emozioni, osservazioni critiche, ma anche suggerimenti da considerare nella programmazione delle azioni di miglioramento regionali. Infatti, se da una parte si sono registrati dati di apprezzamento molto elevati per il percorso gravidanza, per l'assistenza nel Punto nascita e per il puerperio (rilevati con una *"willingness to recommend"* molto alta), dall'altra sono emersi alcuni aspetti critici di sistema e tra questi sono da segnalare l'eccessiva disomogeneità territoriale, una difficoltà sull'uniformità delle informazioni fornite nei percorsi da parte di diversi operatori, l'esigenza di rafforzare quegli aspetti dell'assistenza e più in generale di *welfare* che permettano a tutti i genitori di effettuare scelte consapevoli e tutelate.

Questi elementi identificano con chiarezza anche gli obiettivi di miglioramento sui quali il sistema regionale, sociosanitario e sociale, dovrà proseguire il proprio cammino virtuoso di miglioramento non solo nei servizi, ma anche nelle comunità.

BIBLIOGRAFIA

Bai, D. L., Wu, K. M., & Tarrant, M. (2013). *Association between intrapartum interventions and breastfeeding duration*. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(1), 25–32.

Bonciani M, Lupi B, Nuti S. *Performance evaluation in healthcare: the experience of maternity pathway from Tuscany to the Italian network of regions*. *The Italian Journal of Pediatrics* (2015)

Bonciani M, Lupi B. *Monitoraggio dell'allattamento materno in Toscana. Prima parte. Report 2016-2017*. Laboratorio Management e Sanità 2017 ISBN 978-88-942944-0-8

Bonet, M., et al. (2013). *Breastfeeding duration, social and occupational characteristics of mothers in the French 'EDEN Mother-Child' Cohort*. *Maternal and Child Health Journal*, 17(4), 714–722.

Deeg DJH. *Attrition in longitudinal population studies: Does it affect the generalizability of the findings? An introduction to the series*. *J Clin Epidemiol*. 2002;55(3):213-15.

Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF. *L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità*. OMS, Ginevra, 1989

Driul L., Forzano L., Londero A. P., Fachechi G., Liva S., Marchesoni D. *Indice di massa corporea materno e allattamento al seno*. *Minerva Ginecologica* 2012 April;64(2):117-20

Giovannini M, Riva E, Banderali G et al. *Feeding practices of infants through the first year of life in Italy*. *Acta Paediatrica*. 2004; 93: 492-497.

Grandolfo ME, Donati S, Giusti A. *Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002: aspetti metodologici e risultati nazionali*. Roma: ISTAT; 2003.

Hense S, Pohlabeln H, Michels N, et al. *Determinants of Attrition to Follow-Up in a Multicentre Cohort Study in Children-Results from the IDEFICS Study*. *Epidemiology Research International*, 2013 <https://doi.org/10.1155/2013/936365>

ISTAT. *Bilancio demografico anno 2017 e popolazione residente al 31 dicembre - Regione: Toscana*. 2017;

ISTAT. *La Salute Riproduttiva della Donna*. Roma: ISTAT; 2017.

ISTAT. *Gravidanza, parto e allattamento al seno*. Statistiche report, 2014

Johnston, M. L., & Esposito, N. (2007). *Barriers and facilitators for breastfeeding among working women in the United States*. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 36(1), 9–20.

Lauria L, Bonciani M, Spinelli A, Grandolfo M.E. *Inequalities in maternal care in Italy: the role of socioeconomic and migrant status*. *Ann Ist Super Sanità* 2013 | Vol. 49, No. 2: 209-218 2012

Murante AM, Nuti S, Matarrese D (a cura di). *Il quaderno del percorso materno-infantile*. Edizioni Polistampa, Firenze, 2014

Murante AM, Nuti S. *A marketing approach for creating patient oriented pathways in hospital services in the proceeding of International Marketing Trends Conference*. Ed. Jean-Claude Andreani and Umberto Collesei, Paris: Marketing Trends Association. Paris, 2011.

Navone C, Mannheimer R, Salvi E, Tuè P, Di Pietro P. *Indagine nazionale della Società Italiana di Pediatria sulla promozione dell'allattamento materno del lattante*. *Minerva Pediatrica*. 2008; 60: 504-525.

Nuti S, Bonini A, Murante AM, Vainieri M. *Performance assessment in the maternity pathway in Tuscany Region*, *Health Service Management Research*. 2009; 22:115-121.

Nuti S, Murante AM (a cura di). *Il Percorso Nascita in Toscana: l'esperienza delle donne. Report 2012-2013* Laboratorio Management e Sanità 2013

OMS, Unicef. *Global Breastfeeding Scorecard, 2017. Tracking Progress for Breastfeeding Policies and Programmes* (<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2017.pdf>)

Parry, J. E., et al. (2013). *Predictors and consequences of in-hospital formula supplementation for healthy breastfeeding newborns*. *Journal of Human Lactation*, 29(4), 527–536.

Puglia M, Casotto V, Rusconi F, Buiatti E. *Le informazioni sull'allattamento al seno alle donne italiane e straniere in Toscana*. *Quaderni ACP*. 2008; 15: 50-55.

Puglia M, Casotto V, Rusconi F. *Essere Mamma Informata: allattamento al seno e SIDS*. 2007;

Regione Emilia-Romagna. *Prevalenza dell'allattamento al seno in Emilia-Romagna*. Anno 2016. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2017.

Skafida, V. (2012). *Juggling work and motherhood: The impact of employment and maternity leave on breastfeeding duration: A survival analysis on growing up in Scotland data*. *Maternal and Child Health Journal*, 16(2), 519–527.

Symon A, Downe S, Finlayson KW, Knapp R, Diggle P, SHIP trial team. *The feasibility and acceptability of using the Mother-Generated Index (MGI) as a Patient Reported Outcome Measure in a randomised controlled trial of maternity care*. *BMC Medical Research Methodology*, 2015:100

Symon A. *The Mother-Generated Index: a new approach to assessing maternal quality of life*. In: C M, editor. *Perinatal Mental Health: A Clinical Guide* edn. Keswick: M&K Update Ltd; 2012. p. 325-34.

Tarrant, M., et al. (2011). *Impact of baby-friendly hospital practices on breastfeeding in Hong Kong*. *Birth*, 38(3), 238–245.

Thulier, D., & Mercer, J. (2009). *Variables associated with breastfeeding duration*. *JOGNN*, 38(3), 259–268.

Victora CG et al. *Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*. *Lancet* 2016; 387: 475–90

WHO. *The optimal duration of breast-feeding. Report of the expert consultation*. Geneva: WHO; 2001.

World Health Organization, UNICEF. *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.

Young AF, Powers JR, Bell SL. *Attrition in longitudinal studies: who do you lose?* *Aust N Z J Public Health*. 2006 Aug;30(4):353-61.

Il Laboratorio Management e Sanità (MeS), costituito nel 2004 dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa grazie alla collaborazione con la Regione Toscana, lavora nell'ambito della ricerca e formazione in economia e management sanitario con Istituzioni sanitarie pubbliche e private a livello regionale, nazionale ed internazionale.

La sua missione consiste nel valorizzare le logiche fondanti del sistema sanitario pubblico, nello studio e valutazione delle sue specificità, nel confronto tra diversi sistemi regionali ed internazionali, nell'innovazione organizzativa e gestionale a beneficio della tutela della salute ed infine nella sistematizzazione di *know-how* manageriale per chi opera nel mondo della sanità.