

La formazione sull'allattamento materno nell'ambito del progetto BFHCI dell'OMS-UNICEF: una riflessione critica

Romana Prosperi Porta*, Maria Antonietta Bosca**

*Ginecologa c/o Dipartimento di Scienze Ginecologiche-Ostetriche e Scienze Urologiche dell'Università "La Sapienza", Roma; Task Force BFHCI dell'UNICEF; Presidente del Melograno-Centro Informazione maternità e nascita di Roma; **Psicologa e consulente in gestione e sviluppo risorse umane

Abstract

Breast feeding training within the BFHCI OMS-UNICEF Project: a critical reflection

The importance of training health professionals regarding breast feeding promotion in terms of duration and exclusiveness is well known. Within the UNICEF initiative "Baby friendly hospitals and communities" this training represents a crucial part of the "10 Steps". Despite the many positive experiences, the undoubted expertise of many trainers and the training module followed worldwide (WHO Course 20 hours) – considered to be the standard to which to refer to – not always the training translates into improved professional performance. The Authors propose a reflection in general terms considering all variables within the training program in order to identify the possible causes of this mismatch between investment in terms of resources and energy, and the results achieved.

Quaderni acp 2014; 21(4): 165-169

È ormai nota a tutti l'importanza della formazione degli operatori sanitari sulla esclusività e la durata dell'allattamento materno. Nell'ambito dell'iniziativa dell'UNICEF "Ospedali e Comunità amici dei bambini" per la promozione dell'allattamento materno, la formazione degli operatori sanitari rappresenta un punto cruciale dei "10 Passi". Nonostante le numerose e positive esperienze realizzate, l'indubbia competenza di molti formatori e il modulo formativo seguito in tutto il mondo (Corso 20 ore OMS) – considerato lo standard a cui fare riferimento –, non sempre la formazione si traduce in un miglioramento della performance professionale. Gli Autori propongono una riflessione in termini più generali che tiene conto di tutte le variabili dell'attività di formazione, al fine di individuare le possibili cause di questo disallineamento tra investimento, in termini di risorse ed energie, e risultati conseguiti.

Il Progetto "Baby Friendly Hospital Community Initiative"

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riconosce che l'allattamento al seno esclusivo per i primi 6 mesi di vita rappresenta il gold standard nell'alimentazione neonatale [1].

Oggi, però, nella gran parte del mondo occidentale le madri, che allattano al seno i propri figli in modo esclusivo e per un periodo sufficientemente lungo, sono la minoranza. L'allattamento materno esclusivo viene abbandonato, nella maggior parte dei casi, nel corso dei primi 3 mesi di vita del bambino, per passare a un'alimentazione artificiale oppure a una prematura introduzione di alimenti integrativi. In Italia i risultati dello studio condotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nel 2002 evidenziano come le mamme italiane, alla dimissione dall'ospedale, allattano nell'81% dei casi, ma

già al terzo mese tale percentuale cala al 56,7%, per arrivare al 26,6% al sesto mese. Tale indagine mostra, tuttavia, che durante la gravidanza oltre il 95% delle donne ha una propensione positiva verso l'allattamento materno [2].

Successive indagini dell'ISS, oltre alla inesistenza di un sistema di monitoraggio sistematico sul territorio nazionale e a una notevole variabilità da regione a regione, rivelano come le raccomandazioni dell'OMS sull'allattamento esclusivo materno vengano applicate solo per un terzo delle madri intervistate [3].

L'allattamento non è solo un processo biologico ma è anche e soprattutto una pratica che va appresa e che risente di fattori socio-demografici, biomedici, organizzativi (dei reparti di maternità), culturali e, non ultimo, delle pressioni delle industrie produttrici di lattici artificiali.

Per invertire tale tendenza, nel 1991 è stato lanciato un Progetto internazionale dell'OMS-UNICEF "Ospedale amico dei bambini" (Baby Friendly Hospital Initiative, BFHI) che, con i suoi "10 Passi", rappresenta la strategia più efficace per la promozione dell'allattamento materno nelle strutture ospedaliere [4-5]. Il BFHI è attivo in Italia dal 2000: attualmente sono presenti sul territorio nazionale 23 ospedali certificati (ossia che hanno superato la valutazione dell'UNICEF su tutti i "10 Passi" del Progetto) e molte altre strutture ospedaliere stanno lavorando da anni al fine di ottenere questo prestigioso riconoscimento. Nel 2007 a Milano è stata lanciata a livello nazionale l'iniziativa "Comunità amica dell'allattamento materno" (Baby Friendly Community Initiative, BFCI) che, attraverso l'attuazione dei "7 Passi" (in analogia con i "10" del BFHI), promuove l'allattamento materno a livello dei servizi territoriali, garantendo, in questo modo, una continuità nel periodo pre e post natale [6]. Attualmente due aziende sanitarie territoriali hanno ricevuto il riconoscimento di Comunità amica dell'allattamento materno (ASL di Milano e di Sondrio). Un ospedale viene nominato "Amico dei bambini" dopo un processo lungo e costante di trasformazione che ha portato alla applicazione dei "10 Passi" per la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento materno. Il processo di valutazione da parte dell'UNICEF è articolato in tre fasi: la prima è rivolta alla verifica della documentazione, la seconda alla rilevazione delle competenze degli operatori e la terza alla verifica dell'assistenza globale alle madri. Nonostante il Progetto dell'OMS-UNICEF si sia dimostrato il più incisivo nella promozione dell'allattamento materno e conseguentemente nell'aumentare i tassi di esclusività di quest'ultimo, il numero esiguo di ospedali certificati sul territorio nazionale ne testimonia la complessità non solo nel percorso di raggiungimento della certificazione, ma anche nella fase

Per corrispondenza:
Romana Prosperi Porta
e-mail: prosperiporta@gmail.com

di mantenimento degli standard. I “10 Passi” dell’Ospedale (figura 1) e i “7” delle Comunità (figura 2) sono tra loro concatenati e tutti determinanti, ma alcuni assumono un ruolo centrale e strategico per la riuscita del Progetto.

La centralità della formazione nell’ambito del Progetto BFHI

Un ruolo estremamente importante nell’ambito del Progetto è attribuito alla formazione degli operatori sanitari dei servizi materno-infantili dell’ospedale e del territorio che sono a diretto contatto prima con le donne in gravidanza e successivamente con le madri.

I primi giorni dopo il parto rappresentano un momento particolarmente delicato e le competenze, le conoscenze e l’attitudine verso l’allattamento materno degli operatori sanitari, nonché la loro capacità di trasferire competenze alle neomamme, possono influenzare significativamente il successo dell’allattamento futuro. In questa prospettiva il sostegno fornito dagli operatori sanitari assume un peso determinante, a condizione, tuttavia, che venga attuato da tutte le figure professionali coinvolte, attraverso una preparazione specifica, monitorata periodicamente con la valutazione dei risultati [7].

Il Corso delle 20 ore OMS-UNICEF rappresenta il gold standard della formazione sull’allattamento materno a livello internazionale. Dati della letteratura nazionale e internazionale attestano un significativo miglioramento nelle conoscenze, nella pratica e nell’attitudine degli operatori sanitari sull’allattamento materno dopo il Corso di formazione dell’OMS, con ricadute sulla durata dell’allattamento esclusivo materno [8-10].

Il Passo 2 del Progetto BFHI prevede che almeno l’80% degli operatori sanitari per categoria, al momento della valutazione, abbia effettuato il Corso di formazione sull’allattamento materno delle 20 ore dell’OMS. Tale formazione (che ha come contenuti i “10 Passi”, “Il Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno” e “Le Cure Amiche della madre”) deve essere effettuata entro i sei mesi dall’assunzione, sebbene già entro la prima settimana venga proposto ai neoassunti un orientamento sui temi dell’allattamento materno.

All’operatore “dedicato” (infermiere del nido, ostetrica, pediatra e ginecologo) è

FIGURA 1

Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini per l’Allattamento Materno

Per la protezione, promozione e sostegno dell’allattamento materno nei servizi per la maternità

1. Definire una politica aziendale e dei protocolli scritti per l’allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale sanitario
2. Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo
3. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell’allattamento al seno
4. Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un’ora e incoraggiare la madre a comprendere quando il neonato è pronto a poppare, offrendo aiuto se necessario
5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati
6. Non somministrare ai neonati alimenti e liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica
7. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in) in modo che trascorrono insieme ventiquattr’ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale
8. Incoraggiare l’allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento
9. Non dare tetterelle artificiali o succhietti ai neonati durante il periodo dell’allattamento
10. Promuovere la collaborazione tra il personale della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall’ospedale.

FIGURA 2

Iniziativa Comunità Amica dei Bambini per l’Allattamento Materno

Per la protezione, promozione e sostegno dell’allattamento materno nelle strutture socio-sanitarie territoriali

1. Definire una politica aziendale per l’allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale
2. Formare tutto il personale per attuare la politica aziendale
3. Informare tutte le donne in gravidanza e le loro famiglie sui benefici e sulla pratica dell’allattamento al seno
4. Sostenere le madri e proteggere l’avvio e il mantenimento dell’allattamento al seno
5. Promuovere l’allattamento al seno esclusivo fino ai 6 mesi compiuti, l’introduzione di adeguati alimenti complementari oltre i 6 mesi e l’allattamento al seno prolungato
6. Creare ambienti accoglienti per favorire la pratica dell’allattamento al seno
7. Promuovere la collaborazione tra il personale sanitario, i gruppi di sostegno e la comunità locale

In tutte e due le iniziative le Strutture devono inoltre garantire il rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e le successive pertinenti Risoluzioni dell’Assemblea Mondiale della Sanità

richiesta una preparazione sia teorica che pratica completa; nel caso di operatori "coinvolti" (viene deciso dalla singola struttura quale figura professionale insegnare) è sufficiente una preparazione teorica; nel caso di personale "informato" (personale che a vario titolo viene a contatto con donne in gravidanza e puerpere) è considerato sufficiente saper indirizzare verso i servizi competenti.

La valutazione dell'efficacia dell'intervento formativo viene effettuata dagli operatori UNICEF che rilevano sia le conoscenze teoriche e pratiche degli operatori, attraverso interviste e osservazioni dirette, sia le loro competenze comunicative nella relazione di aiuto. Inoltre, tramite le interviste alle madri che hanno partorito nella struttura, viene complessivamente valutato l'operato degli operatori sanitari circa la loro capacità di aiutare le madri a tirar fuori le loro competenze sull'allattamento materno.

Le criticità

Nonostante le numerose e positive esperienze realizzate, l'indubbia competenza di molti formatori, l'interesse e il coinvolgimento di molti operatori, le conoscenze e le competenze rilevate dai valutatori dell'UNICEF spesso appaiono al di sotto dello standard, evidenziando un gap tra gli interventi formativi realizzati e i risultati conseguiti o attesi [11].

La formazione non sempre si traduce in un miglioramento della performance professionale. Talvolta sono le condizioni dello specifico ambiente lavorativo a non aiutare i professionisti nell'utilizzazione delle competenze acquisite; in altri casi la formazione stessa sembra non tenere adeguatamente conto dei temi o dei problemi che impegnano le persone nel loro lavoro quotidiano.

Spesso le aziende ospedaliere riescono con difficoltà a far partecipare i propri operatori sanitari ai corsi di formazione, a causa sia dei costi elevati della formazione sia della copertura dei turni di lavoro. Diventa, quindi, strategico identificare modelli alternativi alle lezioni frontali tradizionali; modalità più vicine alla realtà ospedaliera specifica, possibilmente più "leggera", che si calino nel quotidiano e nel rispetto del lavoro clinico, che comunque dev'essere svolto dal personale sanitario, spesso carente.

Sebbene le aziende sanitarie interessate a diventare BFH impieghino importanti risorse economiche per il raggiungimento di questo traguardo, spesso i risultati della valutazione evidenziano da parte del personale sanitario una conoscenza insufficiente, sul piano dei contenuti, della pratica dell'allattamento materno e una scarsa esperienza nel fornire un'adeguata assistenza alle madri.

La vecchia formazione ricevuta per anni spesso orienta ancora il personale all'uso del biberon, considerato una tecnica moderna, e del latte artificiale, ritenuto un alimento se non proprio superiore almeno uguale al latte materno.

Una delle criticità rilevate all'interno delle strutture sanitarie è la percezione di un progetto/intervento calato dall'alto, poco centrato sulla partecipazione e il coinvolgimento delle persone, sia nella fase di definizione della politica aziendale, sia in quella di individuazione delle modalità organizzative, gestionali e formative necessarie per il trasferimento del Progetto BFHI nella realtà aziendale.

Nella prima fase di avvio del Progetto la struttura deve scegliere un referente aziendale, una sorta di "regista" con il compito di gestire un gruppo multidisciplinare impegnato nella definizione e stesura delle procedure operative, nella realizzazione del Progetto e nel mantenimento degli standard. Il commitment di operatori sanitari appartenenti a profili professionali differenti e di rappresentanti del mondo civile rappresenta una leva motivazionale importante, dal momento che contribuisce ad accrescere il livello di condivisione del Progetto, a farne comprendere le ragioni di fondo e a superare eventuali resistenze. L'utilizzo, invece, di una strategia top-down nella definizione della politica da parte della direzione generale può determinare solo un'adesione superficiale al Progetto e al relativo processo di cambiamento, con il rischio di introdurre o amplificare comportamenti unicamente finalizzati al rispetto formale degli standard predefiniti, a scapito della reale qualità delle prestazioni erogate.

Un altro snodo centrale relativo al "Passo 1" è rappresentato dalla comunicazione: tutti i processi di innovazione organizzativa e di cambiamento devono, infatti, essere supportati da piani di comunicazione finalizzati alla loro conoscenza e

condivisione da parte di tutti [12]. In quest'ottica, ogni ospedale deve prevedere una comunicazione periodica, interna ed esterna, per fornire informazioni sul sostegno dell'allattamento al seno e sulle attività realizzate e dovrà pianificare, sulla base delle specifiche caratteristiche, le proprie iniziative e modalità di comunicazione.

Talvolta, tuttavia, questo aspetto tende a essere sottovalutato o disatteso.

Un problema frequente è l'elevato turnover del personale sanitario, oltre a modalità relazionali e operative poco centrate sulla cooperazione e collaborazione interfunzionale. Inoltre, accanto alle barriere organizzative/funzionali, si possono creare relazioni conflittuali tra operatori con profili professionali diversi, che rischiano di neutralizzare o vanificare il potenziale di innovazione.

La comunicazione interna consente di coinvolgere tutte le persone nei cambiamenti rilevanti e ridurre le resistenze, rafforzando lo spirito di gruppo e il senso di appartenenza. Oltre che per definire e condividere la cultura e i valori, essa viene impiegata per sviluppare la qualità dei servizi e dei processi e favorisce la visibilità all'interno e all'esterno di tutta l'organizzazione, delle sue attività, delle sue politiche e dei cambiamenti in corso.

Il "Passo 2": preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo

Il Corso di formazione di 20 ore OMS-UNICEF, previsto per gli operatori sanitari, presenta una struttura e un'articolazione chiare ed efficaci dei contenuti che gli consentono di essere "esportato" e utilizzato in tutti gli ospedali del mondo. Tuttavia, la sua validità intrinseca rappresenta una condizione essenziale ma non sufficiente per garantire il conseguimento di risultati incisivi e di lunga durata. Affinché l'attività di formazione possa rappresentare un reale strumento di cambiamento e consentire il raggiungimento degli obiettivi prefissati, è necessario che sia calata nello specifico contesto organizzativo e che sia sostenuta da coerenti processi organizzativi e gestionali.

Per tale motivo, prima di avviare l'intervento formativo, è necessario condurre un'analisi preliminare che consenta di i-

identificare tutti i fattori organizzativi, gestionali, operativi, che possono incidere sulla realizzazione del Progetto. In particolare è essenziale individuare sia gli elementi di potenziale criticità sia gli elementi positivi che possono rappresentare delle opportunità.

A tal fine, dev'essere attivata un'analisi dei bisogni formativi relativa sia all'organizzazione che ai soggetti destinatari dell'intervento formativo. L'analisi dei bisogni di formazione dev'essere intesa, quindi, come un'attività non solo volta a definire obiettivi, contenuti e strumenti di un'azione formativa, ma anche finalizzata all'esame delle relazioni organizzative che fanno da sfondo e sostengono la stessa attività formativa.

Nello specifico, l'analisi delle esigenze va rivolta non alla individuazione dei contenuti (già definiti nel Corso standard delle 20 ore), bensì alla rilevazione delle informazioni necessarie a rendere l'azione formativa più aderente alle specificità del contesto in cui si colloca.

L'obiettivo è quello di mettere a fuoco tutti quei dati che possono avere un impatto diretto o indiretto sull'attività di formazione e sulla riuscita del Progetto: la struttura organizzativa, i processi di lavoro, le mansioni e i livelli di motivazione delle persone, le iniziative formative già realizzate, la rappresentazione che gli operatori hanno del loro ruolo e degli obiettivi da raggiungere, il loro sistema di attese, implicite ed esplicite ecc.

Le esperienze già realizzate

Una prima ricognizione di carattere generale sugli interventi formativi già effettuati nelle strutture ospedaliere ha consentito di rilevare alcuni fattori di criticità comuni, che possono essere ricollegati a risultati non pienamente soddisfacenti o non in linea con gli obiettivi attesi.

In particolare, tra gli elementi di criticità riscontrati dagli operatori con riferimento al Corso di formazione di 20 ore OMS-UNICEF figurano la scarsa flessibilità organizzativa nella modalità di erogazione dell'attività formativa, la durata, la limitata contestualizzazione e aderenza alle caratteristiche della specifica struttura ospedaliera, l'ancoraggio a un'unica modalità di trasferimento dei contenuti e delle pratiche operative, l'impostazione e l'organizzazione anglosassone dei contenuti, dei materiali e del-

FIGURA 3: IL MODELLO DELLE COMPETENZE DI LIYLE E SIGNE SPENCER



l'articolazione del pacchetto formativo nel suo insieme.

Tali fattori rappresentano, probabilmente, solo la punta visibile di un iceberg e alcuni degli aspetti più evidenti connessi all'esperienza formativa. È, infatti, immaginabile la presenza di ragioni più profonde e meno facilmente decodificabili che possono condizionare il raggiungimento di buoni risultati. Proprio per questo è opportuno creare, nei singoli contesti aziendali, sin dall'inizio, nelle prime fasi del Progetto, un quadro delle forze in gioco e dei possibili punti di forza e di debolezza, il più chiaro possibile, per poter pianificare gli opportuni interventi a supporto e sostegno dell'attività formativa.

La formazione: il modello delle competenze

Molteplici sono le definizioni di formazione poiché numerosi sono le modalità in cui si realizza e gli obiettivi che si propongono di raggiungere [13]. Un elemento di unificazione dei diversi modelli e approcci è rappresentato dal processo di apprendimento. Gian Piero Quaglino ne sottolinea la centralità affermando che "la formazione è un percorso educativo, il suo obiettivo è l'apprendimento: l'attivazione, il sostegno, il consolidamento dell'apprendimento" [14].

In considerazione delle specifiche finalità del Progetto BFHCI, un modello teorico al quale fare riferimento è quello delle "competenze professionali", che è riconducibile sostanzialmente a due diversi modelli: quello delle competenze individuali e quello delle competenze organizzative distinte [15-19].

Il modello delle competenze individuali può essere ricondotto prima al contributo di David McClelland (1961) [15] e successivamente agli studi di Richard Boyatzis (1982) e di Lyle e Signe Spencer (1993) [16-18].

Secondo Lyle e Signe Spencer, la competenza è "una caratteristica intrinseca individuale che è causalmente collegata a una performance efficace o superiore in una mansione o in una situazione, e che è misurata sulla base di un criterio pre-stabilito" [18].

La competenza è costituita, secondo gli Autori, da cinque componenti:

- *motivazioni*: spinte interiori che inducono ad agire per il conseguimento di determinati obiettivi;
- *tratti*: tendenza a reagire nello stesso modo di fronte a informazioni o situazioni diverse (esempio: autocontrollo, intraprendenza);
- *immagine di sé*: atteggiamenti e valori, concetto di sé (esempio: fiducia in se stessi);
- *conoscenze*: informazioni su discipline o argomenti specifici, skills;
- *capacità*: abilità della persona a compiere un compito fisico o intellettuale.

La competenza è quindi una parte integrante dell'individuo, predice il suo maggiore o minore successo nella realizzazione di un compito e può essere misurata secondo standard specifici.

Il tipo di competenza ha implicazioni pratiche nell'attività delle persone. Come si evidenzia nella *figura 3*, le competenze legate alle conoscenze e alle capacità tendono a essere caratteristiche visibili e di superficie delle persone. Esse sono più

facilmente suscettibili di modifica e di sviluppo, e la formazione rappresenta uno strumento privilegiato per una loro evoluzione.

Le competenze legate all'immagine di sé, ai tratti e alle motivazioni sono più profonde e centrali nella personalità individuale e sono di più complessa rilevanza e sviluppo.

Sono le competenze più profonde, *in primis* la motivazione, che spingono quelle superficiali per la realizzazione di un'azione e il conseguimento di un risultato.

I presupposti del cambiamento: variabili individuali e organizzative

Quanto più un cambiamento riguarderà non solo il livello delle conoscenze e delle capacità, ma sarà radicato e investirà maggiormente la dimensione più profonda delle competenze (quella, per esempio, dei valori, delle motivazioni, dell'immagine di sé), tanto più esso sarà in grado di generare e produrre risultati ed effetti duraturi e incisivi sulle persone e poi sull'organizzazione, in linea con gli obiettivi attesi.

La caratteristica centrale del modello delle competenze individuali è rappresentata, infatti, dalla motivazione, nel senso che il processo di crescita e di sviluppo professionale è imprescindibile da un investimento pieno di energie e risorse personali.

Tale concezione apre il campo ad alcune considerazioni che investono di responsabilità anche la dimensione organizzativa.

Affinché le competenze individuali possano essere potenziate e sviluppate è necessario che il sistema organizzativo crei le condizioni per l'alimentazione e la crescita della motivazione al lavoro, oltre che per la condivisione dei valori e degli altri aspetti prima evidenziati. La formazione può rappresentare, per il suo valore intrinseco, una leva motivazionale per le persone, ma non rappresenta una condizione sufficiente: i suoi effetti immediati devono, infatti, essere sostenuti nel tempo da adeguate e coerenti azioni

gestionali (che possono riguardare: il sistema premiante, i piani di sviluppo professionale, la valorizzazione delle competenze, la responsabilizzazione e il coinvolgimento delle persone, la trasparenza e la chiarezza nelle politiche di gestione del personale, l'utilizzo della comunicazione interna per diffondere i valori aziendali, coinvolgere le persone e contribuire al miglioramento dei prodotti/servizi offerti ecc.). Appare necessario creare un ambiente organizzativo fertile per la crescita e la motivazione delle persone e attivare una sinergia tra i vari interventi gestionali. Questo anche nell'ottica di accrescere il patrimonio globale di competenze del sistema organizzativo, in linea con un approccio alla gestione dell'organizzazione che è fondato sulle cosiddette "core competences", ossia una forma di sapere collettivo che rappresenta il vantaggio competitivo dell'organizzazione [19]. Le "core competences" fanno riferimento non alla qualità dell'individuo, ma indicano la qualità che l'organizzazione costruisce e fa evolvere nel tempo. Competenze individuali e competenze distintive dell'organizzazione formano, in modo complementare, un quadro completo delle disponibilità individuali e delle risorse/esigenze organizzative.

Per tale ragione, un intervento di formazione come quello delle 20 ore OMS-UNICEF, pur chiaro nella definizione degli obiettivi e preciso nell'articolazione e presentazione dei contenuti, dev'essere inserito in una strategia più ampia di cambiamento e sviluppo organizzativo e in questa prospettiva dev'essere "adattato" come un "vestito su misura" alla specifica realtà aziendale. ♦

Bibliografia

[1] Organizzazione Mondiale della Sanità & UNICEF. La Strategia Globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini. Organizzazione Mondiale della Sanità, maggio 2003. http://www.mami.org/Docs/WHO_docs/Strategia_globale.pdf.
[2] Grandolfo M, Donati S, Giusti A. Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf>.

[3] Grandolfo M, Lauria L, Lamberti A. Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi - Principali risultati dell'indagine sul percorso nascita. http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/PDF_Convegno_28-Apr-2010/Lauria_Principali%20Risultati.pdf.

[4] WHO. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. World Health Organization, 1998; Cattaneo A. Significato della Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) per la promozione dell'allattamento al seno: le prove d'efficacia, VR 3-4.10. 2002. In: Speri L. L'ospedale Amico dei Bambini. Masson, 2004.

[5] Abrahams SW, Labbok MH. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J* 2009;4:11. doi: 10.1186/1746-4358-4-11.

[6] La Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento materno. Iniziativa dell'UNICEF Italia per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno nelle strutture socio-sanitarie territoriali. http://unicef.it/Allegati/7_passi_BFCI.pdf.

[7] Conti Nibali S. Un sostegno competente fa crescere l'allattamento al seno. *Quaderni acp* 1999; 6(6):38.

[8] Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ* 2000;323(7325):1358.

[9] Freed GL, Clark SJ, Sorenson J, et al. National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training and experience. *JAMA* 1995; 273(6):472-6.

[10] Zakarija-Grkovic J, Burmaz T. Effectiveness of the UNICEF/WHO 20-hour Course in Improving Health Professionals' Knowledge, Practices, and Attitudes to breastfeeding: Before/After study of 5 maternity Facilities in Croatia. *Croat Med J* 2010;51(5):396-405.

[11] Prospero P, Cosentino R. Lo sguardo dei valutatori. In: Speri L. L'Ospedale amico dei bambini. Cap. 13:85. Masson, 2004.

[12] Invernizzi E. La comunicazione organizzativa: teoria, modelli e metodi. Giuffrè, 2000.

[13] Quaglino GP. Il processo di formazione. Scritti di formazione 1981-2005. Franco Angeli, 2005.

[14] Quaglino GP. Uno scenario dell'apprendere. In: Montedoro C (a cura di). Dalla pratica alla teoria per la formazione: un percorso di ricerca epistemologica. Franco Angeli, 2001.

[15] McClelland DC. The Achieving Society. Van Nostrand, 1961.

[16] McLelland DC. Testing for competence rather than for "intelligence". *Am Psychol* 1973;28(1):1-14.

[17] Boyatzis RE. The Competence Manager. A Model for Effective Performance, John Wiley & Son, 1982.

[18] Spencer LM, Spencer SM. Competence at Work. Models for Superior Performance. John Wiley & Son, 1993 (trad. it. Competenza nel lavoro. Modelli per una performance superiore, Franco Angeli, 1995).

[19] Avallone F. Psicologia del lavoro e delle organizzazioni. Carocci Editore, 2011.