



IBFAN Italia

...per la protezione dell'allattamento e dell'alimentazione infantile

IBFAN Italia
fa parte di IBFAN
International
Baby Food
Action Network



The World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

Are our babies off to a healthy start?

The State of Implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding in 18 European Countries

Riassunto

Lo scenario

Nel 2002, in occasione della 55^a Assemblea mondiale della sanità (AMS), fu presentata la *Strategia globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini (Strategia globale)*. L'AMS, che rappresenta il principale organo di indirizzo politico in ambito sanitario a livello mondiale, approvò la *Strategia globale* all'unanimità. 53 dei paesi aderenti facevano parte dell'area europea. Si tratta di un documento fondante elaborato congiuntamente da OMS e UNICEF con un approccio basato su prove scientifiche per "riportare l'attenzione del mondo sugli effetti delle pratiche alimentari sullo stato nutrizionale, la crescita, lo sviluppo, la salute e in ultima analisi la sopravvivenza stessa dei neonati e dei bambini". È una guida pratica che fa appello ai governi, alle organizzazioni internazionali e ad altre parti interessate affinché si attivino in maniera sollecita e risoluta per adottare politiche, programmi e pratiche connesse all'alimentazione ottimale dei lattanti e dei bambini piccoli, secondo una strategia organica e integrata. Le azioni previste sono le seguenti:

- 1) istituire un comitato nazionale multisettoriale per l'allattamento che faccia capo a un coordinatore nazionale;
- 2) applicare integralmente l'iniziativa "Ospedale amico del bambino" in ogni reparto maternità;
- 3) estendere la suddetta iniziativa alle cliniche, agli ambulatori e ai reparti pediatrici;
- 4) osservare il Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno e le relative risoluzioni dell'AMS nella loro interezza (d'ora in avanti Codice Internazionale);
- 5) proteggere il diritto all'allattamento delle donne lavoratrici e stabilire misure attuative in proposito;

- 6) creare un sistema efficiente per il costante monitoraggio delle pratiche alimentari secondo le definizioni standardizzate dell'OMS sull'alimentazione dei lattanti;
- 7) elaborare, attuare, monitorare e valutare una politica organica sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini piccoli;
- 8) proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento esclusivo per i primi sei mesi di vita e la prosecuzione dell'allattamento fino ai due anni e oltre, offrendo alle donne il sostegno necessario per raggiungere tale traguardo;
- 9) promuovere un'alimentazione complementare adeguata, sicura, appropriata e da avviare al momento opportuno;
- 10) offrire orientamento sull'alimentazione infantile in situazioni di difficoltà eccezionali quali calamità naturali o in caso di HIV;
- 11) garantire che tutti i responsabili della comunicazione con il pubblico generale divulghino informazioni corrette e complete sull'alimentazione infantile;
- 12) assicurare alle donne una consulenza qualificata istruendo il personale sanitario e riformulandone i curricula formativi;
- 13) consentire alle madri e ai bambini ricoverati di stare insieme, laddove possibile, per garantire la prosecuzione dell'allattamento.

Nel 2003, al fine di monitorare l'attuazione della *Strategia globale*, l'OMS ha messo a punto uno strumento di valutazione delle pratiche, delle politiche e dei programmi nazionali. Lo strumento è stato adattato dal dottor Arun Gupta e dal suo gruppo di lavoro del Breastfeeding Promotion Network of India (BPNI) in base a quanto appreso da test effettuati in Africa e in Asia. Al fine di renderlo universalmente accessibile, ne è stata creata una versione online che assegna un punteggio oggettivo e un codice cromatico a 15 indicatori relativi agli aspetti previsti dalla *Strategia globale*: 10 sulle politiche e i programmi e 5 sulle pratiche. Lo strumento permetteva, con una semplice ricerca, di monitorare lo stato e il progresso dell'attuazione della *Strategia globale* nel mondo per poi sollecitare eventuali interventi. Un'altra importante funzionalità era la rivalutazione dopo 3-5 anni, per monitorare le tendenze dell'alimentazione infantile. Lo strumento, che si chiamava Ricerca Azione Partecipativa Asia Pacifico, fu presentato per la prima volta in occasione della Conferenza sull'allattamento dell'Asia Pacifico tenutasi a Nuova Delhi (India) nel dicembre del 2003. Otto paesi dell'Asia meridionale accettarono di usarlo per valutare le politiche, i programmi e le pratiche nazionali di alimentazione infantile. Nel 2004 il BPNI lo lanciò in Bangladesh al *South Asia Forum of Breastfeeding Partners*. Nel 2008, dopo aver assunto il nuovo nome di *World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)*, lo strumento fu lanciato a livello mondiale

dall'International Baby Food Action Network (IBFAN). Se nel 2010 alla WBTi avevano aderito 33 paesi, nel 2012 furono in 51 a usarla per condurre valutazioni. Il documento “*Are our babies falling through the gaps?*”, a cura di IBFAN e BPNI, riporta i risultati di tali analisi. Fra questi 51 paesi non ve n'era nessuno dell'area europea. Nel 2015 la WBTi è stata lanciata in Europa e nei due anni successivi sono stati istruiti a utilizzarla 31 rappresentanti di 23 paesi europei, grazie al contributo dell'Agenzia svedese di cooperazione internazionale per lo sviluppo (Sida) e dell'Agenzia norvegese di cooperazione per lo sviluppo (Norad). A oggi 18 paesi europei hanno portato a termine l'analisi pubblicandone il report sul sito della WBTi. Si tratta di: Armenia, Austria, Belgio, Bosnia ed Erzegovina, Croazia, Francia, Georgia, Germania, Italia, Lituania, Macedonia del Nord, Malta, Moldavia, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Turchia e Ucraina. Il documento qui riassunto, “*Are our babies off to a healthy start?*”, fornisce un riepilogo di questi 18 report.

Gli obiettivi del documento sono i seguenti:

- 1) Richiamare l'attenzione dei politici e dei decisori nazionali ed europei sull'importanza dell'alimentazione ottimale di lattanti e bambini piccoli.
- 2) Sensibilizzare i politici e i decisori nazionali ed europei rispetto al fatto che le politiche, i programmi e le pratiche di alimentazione infantile in Europa sono a un livello inferiore agli standard.
- 3) Evidenziare le lacune delle politiche, dei programmi e delle pratiche di alimentazione infantile affinché i politici e i decisori capiscano dove investire risorse.
- 4) Fornire indicazioni basate sulle migliori prassi europee per rafforzare le politiche e i programmi di alimentazione infantile al fine di migliorare le pratiche.
- 5) Coinvolgere tutti i paesi dell'area europea nella partecipazione alla WBTi e nella rivalutazione ogni 3-5 anni.

Metodi

La WBTi comprende 15 indicatori: dieci relativi alle politiche e ai programmi di alimentazione infantile e cinque relativi alle conseguenti pratiche (Tabella 1). Nell'ambito dell'analisi dei singoli paesi, ogni indicatore prevede i seguenti elementi: **Introduzione** sul perché è importante quella determinata pratica, politica o programma; **Domanda chiave** sulla questione da esaminare; elenco dei **Criteri principali** da usare nella valutazione; possibili **Fonti di informazione**; **Lacune**

identificate; **Raccomandazioni** concordate e **Conclusioni**. Ai risultati si assegna un punteggio e un colore per segnalare chiaramente dove si colloca il paese. Ogni indicatore riceve un punteggio su una scala di 10; quindi il punteggio massimo per “politiche e programmi” è 100 e per “pratiche di alimentazione infantile” 50, per un totale di 150 sull’attuazione della *Strategia globale* (Tabella 2).

Tabella 1. Indicatori WBTi.

Parte I: politiche e programmi (indicatori 1-10)	Parte II: pratiche di alimentazione (indicatori 11-15)
1. Politiche, programmi e coordinamento nazionale 2. Iniziative Baby Friendly 3. Attuazione del Codice Internazionale 4. Protezione della maternità 5. Sistema sanitario (sostegno dell’allattamento e dell’alimentazione dei bambini) 6. Sostegno alle madri nella comunità 7. Sostegno a livello informativo 8. HIV e alimentazione infantile 9. Alimentazione infantile nelle emergenze 10. Meccanismi di monitoraggio e sistema di valutazione	1. Inizio precoce dell’allattamento 1. Allattamento esclusivo 2. Durata mediana dell’allattamento 3. Alimentazione con biberon 4. Alimentazione complementare

Tabella 2. Valutazione a colori per gli indicatori WBTi (punteggio massimo: 150).

Indicatori 1-10		Indicatori 11-15		Indicatori 1-15	
Punteggio	Colore	Punteggio	Colore	Punteggio	Colore
0-30.9	Rosso	0-15	Rosso	0-45.5	Rosso
31-60.9	Giallo	16-30	Giallo	46-90.5	Giallo
61-90.9	Blu	31-45	Blu	91-135.5	Blu
91-100	Verde	46-50	Verde	136-150	Verde

Per condurre la valutazione WBTi ogni paese sceglie un coordinatore nazionale che costituisce un gruppo di 4-5 persone in rappresentanza del governo, delle organizzazioni dei professionisti e delle organizzazioni non governative interessate, **senza conflitto d’interesse**. La Guida WBTi illustra la procedura e accompagna i gruppi nazionali per l’intera valutazione dei singoli indicatori. L’analisi si concentra sui dati disponibili per ogni paese (politiche, documenti, siti ufficiali, risultati di sondaggi, linee guida professionali ecc.) e sui colloqui con i funzionari statali di riferimento, come illustrato nel documento WBTi “Possibili fonti di informazioni”. Una volta assegnato il punteggio agli indicatori, individuate le lacune e concordate le raccomandazioni, si genera un report preliminare su apposito schema WBTi, che si inoltra a una rosa più ampia di figure di riferimento per essere discusso e approvato. Il report definitivo, in cui sono state inserite le indicazioni, va al segretariato mondiale WBTi che lo esamina e lo convalida. A quel punto lo si carica sulla

piattaforma online che quantifica i dati in maniera oggettiva assegnando una valutazione cromatica dal rosso, al giallo, al blu al verde in ordine crescente di prestazione (Tabella 2). Il report completo è pubblicato con la scheda riepilogativa sul sito WBTi e i risultati sono resi noti a un pubblico più esteso, compresi i funzionari statali e le organizzazioni dei professionisti, sotto forma di “Invito all’azione”. Ogni 3-5 anni si procede alla rivalutazione per seguire la tendenza dei diversi indicatori, valutare i progressi ed esaminare l’effetto di eventuali interventi specifici.

Nel maggio 2018 la WBTi è stata presentata alla Conferenza dell’Alleanza europea dei consulenti professionali in allattamento tenutasi a Rotterdam (Paesi Bassi). Tale opportunità ha rappresentato un’occasione di confronto fra le persone interessate e ha portato alla costituzione del gruppo dei coordinatori europei della WBTi, alcuni dei quali hanno deciso di stilare un report sullo stato di attuazione della *Strategia globale* in Europa sul modello del documento “*Are our babies falling through the gaps?*”, il cui autore ha concesso l’approvazione. Nel giugno 2018 i componenti di questo gruppo ristretto sono stati invitati dal coordinatore designato a scegliere uno o più indicatori da analizzare, attenendosi al formato del documento preso come modello di riferimento. Tra giugno e ottobre ogni membro ha letto accuratamente i 18 report WBTi europei pubblicati concentrandosi sugli indicatori scelti e ne ha esposto i risultati sotto i seguenti titoli: **Introduzione, Domanda chiave, Criteri di valutazione, Risultati, Risultati dettagliati**. I risultati sono raffigurati in tabelle e facilmente identificabili grazie ai colori. Il report illustra anche i **Risultati principali**, le **Raccomandazioni principali** e le **Pratiche migliori**. Quest’ultimo elemento, una novità del documento, rappresenta esempi reali di quanto hanno fatto i paesi europei per progredire nell’attuazione della *Strategia globale* e collocarsi in cima alla classifica dei vari indicatori, affinché sia di ispirazione per gli altri. Tra ottobre 2018 e maggio 2019 sono state elaborate più versioni del report, il che ha comportato la necessità di chiedere chiarimenti ai gruppi WBTi nazionali in merito ai risultati, uniformare il report e raggiungere un accordo sul contenuto dello stesso.

Risultati

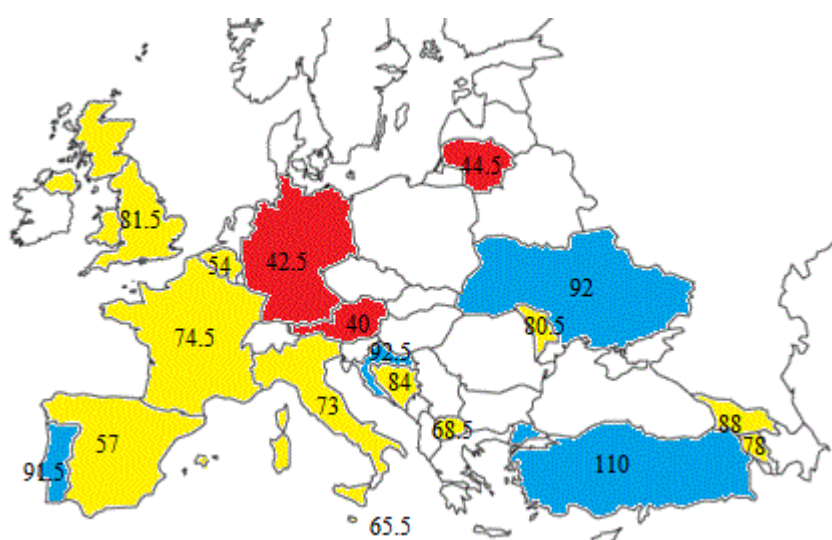
Attuazione complessiva della Strategia globale nell’area europea dell’OMS

Si presenta a seguire il quadro d’insieme da cui si evince come si collocano, rispetto all’attuazione della *Strategia globale*, i 18 paesi che hanno elaborato e pubblicato il report WBTi tra il 2015 e il 2018. La Figura 1 riporta i punteggi e i colori assegnati agli indicatori su “politiche e programmi” e

“pratiche”. La Figura 2 illustra il punteggio totale e il colore assegnato complessivamente. I 5 paesi in testa alla classifica sono Turchia, Croazia, Ucraina, Portogallo e Georgia; in fondo, Austria, Germania, Lituania, Belgio e Spagna. Nessun paese ha ottenuto il verde in alcuna delle categorie, il che lascia intuire quante lacune ci siano ancora da colmare nell’attuazione della *Strategia globale*.

Figura 1. Le barre mostrano i punteggi totali per gli indicatori di Politiche e Programmi, a sinistra, e per gli indicatori di Pratiche, a destra.

Figura 2. Punteggi totali (Politiche e Programmi più Pratiche), su 150, nei 18 paesi, con rispettive valutazioni a colori.



Nella Figura 3 sono riportati i punteggi medi raggiunti dai 10 indicatori relativi a politiche e programmi. Il punteggio medio dei 10 indicatori è complessivamente di 5,4. La raccomandazione della *Strategia globale* che è stata attuata peggio nell’area europea, con un punteggio medio di appena 1,6 su 10, è quella della preparazione e pianificazione di strategie che garantiscano l’adeguatezza e la sicurezza dell’alimentazione dei lattanti e dei bambini piccoli nelle emergenze. Un altro indicatore che si ferma nella zona rossa è quello del coordinamento delle politiche e dei programmi a livello nazionale, il che evidenzia che i governi europei non si sono dati da fare a sufficienza per attivare i comitati, i programmi e i coordinatori nazionali per l’allattamento, essenziali per la messa in atto della *Strategia globale*. L’unico indicatore che entra nella fascia blu, con un punteggio medio di 7,7, è la tutela della maternità. Nessuno arriva al verde.

Figura 3. Punteggi medi per i 10 indicatori di politiche e programmi.

Gli indicatori dall'11 al 15 riguardano le pratiche di alimentazione infantile: l'inizio precoce dell'allattamento, l'allattamento esclusivo per i primi sei mesi di vita, la durata mediana dell'allattamento, l'alimentazione con biberon e l'introduzione di alimenti complementari. Nella Figura 4 sono riportati i punteggi medi raggiunti dai paesi europei per i quali esistono dati. La pratica che si attua in maniera più carente è quella relativa alla durata media dell'allattamento che, nei 13 paesi europei che hanno fornito i dati, si attesta a 8,7 mesi, nonostante la raccomandazione della *Strategia globale* sia di allattare per due anni e oltre. È poco seguita anche l'indicazione di evitare il biberon, che si conferma invece ampiamente usato in Europa, nonostante i rischi connessi.

Figura 4. Punteggi medi per i 5 indicatori di pratiche.

Risultati dei singoli indicatori

1. Politiche, programmi e coordinamento nazionale.

L'unico paese che ha messo in atto interamente tale indicazione è la Turchia, ma anche Ucraina e Croazia ottengono un punteggio elevato. 11 paesi (il 61%) hanno una politica ufficiale per l'alimentazione di lattanti e bambini; tra questi, solo il Regno Unito non si attiene alle raccomandazioni dell'OMS. Sono 8 i paesi (il 44%) che dispongono di un piano d'azione nazionale, di cui solo 3 (Turchia, Croazia e Ucraina) dichiarano che sia adeguatamente finanziato. Tutti i paesi tranne 8 (Armenia, Georgia, Francia, Italia, Regno Unito, Austria, Portogallo e Spagna) sono dotati di un comitato nazionale per l'allattamento, che si riunisce regolarmente in 6 stati (Turchia, Croazia, Ucraina, Malta, Macedonia del Nord e Georgia). 5 su 18 (Turchia, Croazia, Ucraina, Malta e Belgio) hanno nominato il coordinatore nazionale per l'allattamento. Stranamente tutti i paesi che si fermano a un punteggio inferiore a 4 su 10 per questo indicatore, a parte Bosnia ed Erzegovina, si trovano nell'Unione Europea e sono: Francia, Italia, Lituania, Germania, Regno Unito, Austria, Portogallo e Spagna.

2. Iniziative Baby Friendly.

In quasi un terzo dei paesi analizzati (Georgia, Armenia, Moldavia, Macedonia del Nord e Malta) le certificazioni di strutture sanitarie amiche dei bambini risalgono a diversi anni fa (le 22 armene sono state ufficializzate tra il 1999 e il 2008, ma in seguito l'iniziativa è stata sospesa e non sono

state effettuate nemmeno le rivalutazioni). In 5 paesi, invece, oltre il 50% degli ospedali sono amici dei bambini: si tratta di Turchia, Croazia, Ucraina, Regno Unito e Bosnia ed Erzegovina; addirittura Turchia e Croazia hanno attivato la procedura in più dell'89% degli ospedali. La copertura delle strutture amiche dei bambini nei 13 paesi che hanno avviato l'iniziativa va dal 5% al 94%. In quasi tutti gli stati si svolgono i corsi di 20 ore UNICEF/OMS per il personale dei reparti di maternità (resta esclusa la Moldavia, mentre nel Regno Unito si fa ricorso a un approccio di formazione alternativo basato sulle competenze). Ma soltanto in 8 paesi (il 44%) sono state introdotte indicazioni in merito all'HIV, il che conferma tale requisito come quello con il punteggio più basso. Per valutare l'attuazione dell'iniziativa, tutti i paesi tranne 2 (Macedonia del Nord e Malta) intervistano il personale sanitario e le madri. In 7 dei 18 stati europei (Austria, Lituania, Georgia, Armenia, Moldavia, Macedonia del Nord e Malta) non si effettuano le rivalutazioni, mettendo a rischio la validità dell'iniziativa. Tutti i paesi, a eccezione di Bosnia ed Erzegovina, Lituania, Macedonia del Nord e Malta, hanno un programma con termini prestabiliti. Francia, Lituania, Macedonia del Nord e Malta sono stati gli unici a non attenersi ai criteri mondiali dell'iniziativa.

3. Attuazione del Codice Internazionale.

Soltanto Malta e Armenia danno piena attuazione al Codice Internazionale, mentre gli altri stati lo hanno recepito solo parzialmente nella legislazione nazionale. Sono addirittura meno della metà i paesi che hanno in funzione un sistema di monitoraggio. Tutti tranne tre (Turchia, Moldavia e Ucraina) dichiarano di disporre di misure per multare i trasgressori. Soltanto 4 paesi (il 22%) hanno riportato violazioni agli enti preposti, mentre l'Armenia e la Turchia hanno effettivamente multato aziende negli ultimi tre anni. In tutta Europa è diffuso il conflitto d'interessi e la promozione dei sostituti del latte materno nel sistema sanitario, con i rischi che ne conseguono per la salute e il benessere di mamme e bambini.

4. Protezione della maternità.

In Europa la situazione è complessivamente buona: tutti i 18 paesi analizzati offrono almeno 14 settimane di congedo di maternità pagato nel settore regolare, ma soltanto in 7 (il 39%) si riconoscono almeno 26 settimane di congedo, il periodo di tempo per cui l'OMS raccomanda l'allattamento esclusivo. È rincuorante che ovunque, tranne nel Regno Unito, si conceda alle madri lavoratrici almeno un permesso o una riduzione dell'orario lavorativo per allattare. Soltanto in Francia e a Malta tale permesso non è retribuito. Nel settore privato, tutti i paesi garantiscono un

congedo di maternità pagato di almeno 14 settimane, oltre ai permessi per allattare, che sono concessi ovunque a eccezione di Malta, Francia, Regno Unito e Spagna. La Turchia è l'unico paese in cui, nel settore regolare, sono espressamente previsti, sul posto di lavoro, uno spazio per allattare o spremere il latte e un nido aziendale. Aspetti ignorati da 7 paesi (il 39%), a conferma del fatto che si tratta della raccomandazione meno seguita nell'ambito di questo indicatore. Per quanto riguarda il settore del lavoro irregolare, in tutti i paesi è prevista qualche misura di tutela per le madri lavoratrici, a eccezione di Germania, Macedonia del Nord e Georgia. Si riconosce sempre più l'importanza del ruolo del padre, e tutti gli stati tranne due (Austria e Macedonia del Nord) prevedono almeno 3 giorni di congedo di paternità sia nel settore pubblico che in quello privato. Ovunque, a eccezione della Georgia, la legge tutela le donne in gravidanza e allattamento dalle condizioni di lavoro potenzialmente pericolose. Esistono disposizioni che vietano di discriminare le donne che allattano in tutti gli stati a parte la Spagna.

5. Sistema sanitario (sostegno dell'allattamento e dell'alimentazione dei bambini).

Secondo i 18 report nazionali pubblicati, in 13 paesi (il 72%) la formazione del futuro personale sanitario in tema di alimentazione infantile è inadeguata; mentre la formazione in servizio è adeguata in poco più della metà dei casi. La cosa allarmante è che soltanto in due paesi (Turchia e Ucraina) agli operatori sanitari si spiegano in maniera approfondita gli obblighi del Codice Internazionale a cui devono attenersi, e ciò sta alla base dell'elevato tasso di violazioni del Codice Internazionale stesso all'interno del sistema sanitario in tutta Europa. L'osservanza di linee guida per i servizi materno-infantili garantisce la tutela delle donne e dei neonati da pratiche superflue, non basate su prove scientifiche e poco rispettose della cultura, dell'integrità fisica e della dignità della persona. Ma in due terzi dei paesi analizzati le strutture e il personale che si occupano di tali servizi non dispongono di linee guida che trattino aspetti simili. In dieci paesi (il 56%) mancano le politiche idonee a consentire a madre e figlio di rimanere insieme in caso di ricovero, specialmente quando il ricovero riguarda solo la madre.

6. Sostegno alle madri nella comunità.

In metà dei paesi europei le gravide possono contare sul sostegno in tema di alimentazione offerto dai servizi comunitari nel periodo prenatale e postnatale, e in sei nazioni (Georgia, Malta, Moldavia, Portogallo, Turchia e Ucraina) anche su un adeguato sostegno alla nascita, momento fondamentale per l'avvio precoce dell'allattamento. Soltanto in Croazia, Moldavia e Ucraina i servizi comunitari,

quali i gruppi di sostegno, rientrano in una politica organica di alimentazione infantile. Il criterio che è soddisfatto nella maniera più carente è quello della formazione dei volontari e degli operatori sanitari: soltanto il Belgio offre una formazione adeguata sulle competenze relative all'alimentazione infantile al personale dei servizi comunitari.

7. Sostegno a livello informativo.

Soltanto 7 dei 18 paesi europei (Turchia, Malta, Italia, Armenia, Ucraina, Croazia e Portogallo) dispongono di una strategia nazionale che garantisce l'assenza di influenze commerciali da tutti i materiali relativi all'alimentazione infantile. Analogamente, soltanto 7 paesi (il 39%) hanno dichiarato di aver inserito nei materiali e nei messaggi relativi all'alimentazione infantile informazioni circa i rischi dell'alimentazione artificiale: Turchia, Malta, Georgia, Armenia, Macedonia del Nord, Moldavia e Bosnia ed Erzegovina. Sei paesi (Turchia, Malta, Italia, Georgia, Macedonia del Nord e Regno Unito) aggiungono le istruzioni per la preparazione sicura della formula in polvere per lattanti, secondo le linee guida OMS/FAO, informazioni essenziali omesse dai restanti 12 paesi. Soltanto in metà degli stati presi in considerazione il sistema sanitario nazionale offre una consulenza individuale completa sull'alimentazione infantile. E sono appena 5 i paesi in cui sono ampiamente disponibili servizi di informazione e di consulenza di gruppo (Turchia, Georgia, Ucraina, Croazia e Austria). Solo meno della metà dei paesi organizza a livello locale attività legate all'alimentazione infantile, quali la celebrazione della Settimana Mondiale per l'Allattamento, prive di interessi commerciali.

8. HIV e alimentazione infantile.

Nove paesi europei (il 50%) hanno dichiarato di aver inserito nella politica nazionale sull'alimentazione infantile il tema dell'allattamento in caso di HIV, e soltanto 5 di questi (Portogallo, Moldavia, Ucraina, Georgia e Armenia) lo hanno fatto nel rispetto del Codice Internazionale. Appena un terzo degli stati prevede la formazione del personale sanitario e degli operatori dei servizi comunitari su queste politiche, nonché sui rischi associati alle diverse modalità di alimentazione e su come fornire consulenza e sostegno. In altri paesi ciò si fa soltanto in maniera parziale, nell'ambito dell'iniziativa Ospedale amico dei bambini. A tutte le coppie che cercano una gravidanza, nonché alle gravide e ai loro partner, andrebbe proposto di routine di effettuare l'esame per l'HIV su base volontaria e riservata, offrendo relativa consulenza. Quattro paesi, appartenenti tutti all'Unione Europea, dichiarano di non elargire questo servizio, e altri tre lo fanno in maniera

parziale. Tuttavia, ovunque, meno che in Belgio e Germania, si dà qualche informazione e si seguono le donne HIV-positive per accertarsi che si attengano alla terapia antiretrovirale. Nonostante le raccomandazioni OMS, solo Portogallo e Spagna si impegnano in maniera particolare per contrastare la disinformazione su HIV e allattamento e si prodigano nella promozione e nel sostegno dell'allattamento esclusivo per i primi sei mesi nella popolazione generale. Pochissimi paesi (Portogallo, Moldavia e Ucraina) dispongono di sistemi per monitorare se le iniziative volte a prevenire la trasmissione dell'HIV con l'allattamento si ripercuotono sulle pratiche di alimentazione infantile e sui risultati complessivi di salute dei lattanti e delle donne, comprese quelle HIV-negative o di cui non si conosce la condizione.

9. Alimentazione infantile nelle emergenze.

Soltanto la Macedonia del Nord si è dotata di una politica nazionale sull'alimentazione infantile nelle emergenze ispirata ai principi indicati nella *Guida operativa*. Ed è stata anche l'unico paese a nominare un responsabile del coordinamento nazionale delle figure interessate. Tutti i paesi dovrebbero avere un piano di preparazione e di risposta alle emergenze che preveda interventi atti a creare un ambiente favorevole all'allattamento con consulenza da parte di operatori opportunamente formati, sostegno per il riallattamento e l'allattamento da parte di balie, creazione di zone protette per allattare. Anche in questo caso la Macedonia del Nord è l'unica a soddisfare pienamente tale requisito. Soltanto 2 paesi (l'11%) hanno intrapreso misure volte a ridurre al minimo i rischi dell'alimentazione artificiale, dichiarando al contempo di rifiutare donazioni di sostituti del latte materno, biberon e ciucci. In assenza di risorse appositamente stanziare, i governi non hanno grande spazio di manovra per agire in situazioni di emergenza; eppure la Turchia è l'unica a dichiarare di avere risorse adeguate per l'attuazione del piano di preparazione. Nonostante la gestione emergenziale preveda la formazione degli operatori sanitari principalmente coinvolti, nessun paese ha dichiarato di aver inserito integralmente nei loro percorsi formativi il tema dell'alimentazione infantile nelle emergenze. E questo rappresenta il criterio con valutazione più bassa.

10. Meccanismi di monitoraggio e sistema di valutazione.

Quattro paesi (Turchia, Georgia, Portogallo e Ucraina) hanno integrato nel programma principale di alimentazione infantile attività di monitoraggio e valutazione; mentre cinque paesi (il 28%) hanno inserito il monitoraggio delle pratiche di alimentazione infantile nel proprio sistema di sorveglianza

nutrizionale e/o nel sistema di informazione sanitaria. Turchia, Georgia, Portogallo, Armenia e Croazia raccolgono regolarmente i dati sui progressi nell'attuazione del programma di alimentazione infantile a livello nazionale e subnazionale. In 7 paesi (il 39%) si procede a riferire tali dati ai principali decisori, ma soltanto in 5 essi sono usati dai responsabili dei programmi per orientare la progettazione e gli investimenti: Turchia, Portogallo, Ucraina, Armenia e Croazia.

11. Inizio precoce dell'allattamento.

A partire dai dati disponibili a livello nazionale, l'indicatore WBTi n. 11 stima la proporzione dei bambini nati nei 24 mesi precedenti che sono stati attaccati al seno nella prima ora dal parto. Sono 12 i paesi che dispongono di tali dati, in quanto un terzo degli stati presi in considerazione non registra il momento di avvio dell'allattamento. Dai tassi pubblicati si evidenzia un'elevata variabilità nell'inizio dell'allattamento fra i diversi territori: dal 21% della Macedonia del Nord all'84% del Portogallo, con una media del 57%.

12. Allattamento esclusivo.

L'indicatore WBTi n. 12 misura la proporzione dei bambini di età compresa tra 0 e 5,9 mesi allattati in maniera esclusiva, chiedendo che cosa hanno mangiato nelle 24 ore precedenti. I tassi variano ampiamente da un paese all'altro: il più basso è quello francese (10%), il più alto il croato (65%). Si tenga conto che la Croazia è uno degli stati europei con più alta proporzione di ospedali amici dei bambini e offre 12 mesi di congedo di maternità pagato. Complessivamente, nei 16 paesi che hanno pubblicato i dati per questo indicatore, il tasso di allattamento esclusivo fra i bambini di età inferiore ai sei mesi è del 40%.

13. Durata mediana dell'allattamento.

La durata mediana dell'allattamento varia estremamente: dai 3 mesi del Regno Unito ai 17 mesi della Turchia, con durata più elevata nei paesi meno sviluppati e al di fuori dell'Unione Europea. La media di questi dati relativamente ai paesi esaminati è di 8,7 mesi, ben al di sotto dei 24 e più raccomandati. In appena 3 paesi (Georgia, Moldavia e Macedonia del Nord) si raggiunge l'anno di età e soltanto in Turchia si va oltre, peraltro con una curiosa differenza tra la durata mediana

relativa alle bambine e quella relativa ai bambini, laddove questi ultimi sono allattati per circa 2 mesi in più.

14. Alimentazione con biberon.

L'indicatore WBTi n. 14 stima la proporzione dei bambini di età compresa tra 1 e 12 mesi che assumono alimenti e bevande (compreso latte materno) dal biberon. Soltanto 9 paesi disponevano di dati a riguardo, e in cinque casi si trattava di dati indiretti. Il tasso medio dell'alimentazione con biberon negli altri 4 paesi (Armenia, Moldavia, Portogallo e Turchia) è del 58%: si tratta di una pratica molto diffusa in Europa.

15. Alimentazione complementare.

L'indicatore WBTi n. 15 è mirato a determinare la proporzione dei bambini allattati che assume alimenti complementari tra i sei e i nove mesi di età. Fra i diversi paesi emerge un'elevata variabilità: dal 28% della Macedonia del Nord al 100% del Portogallo all'estremo opposto. Ma ci sono ampie oscillazioni anche all'interno dei singoli paesi, per esempio in Francia dove alcune famiglie inseriscono alimenti complementari a partire già dai 7 giorni di età e altre soltanto a 305 giorni. Si è visto che l'età mediana dell'introduzione di cibi solidi è correlata alla durata dell'allattamento: i bambini che non sono mai stati allattati cominciano ad assumerli prima (136 giorni) di quelli che sono stati allattati per almeno quattro mesi (166,5 giorni).

Conclusioni

Dal report si evidenzia la necessità che i governi e i decisori elaborino o aggiornino politiche e piani di alimentazione infantile che siano organici, intersettoriali e multilivello, stanziando risorse finanziarie adeguate per l'attuazione degli stessi. Ogni governo è chiamato a istituire un comitato nazionale e a nominare un coordinatore che sovrintenda la messa in atto del piano al fine di giungere a una compiuta applicazione della *Strategia globale* e di vedere realizzato il diritto dei bambini a iniziare la vita nel migliore dei modi. Come recita la *Strategia globale*, "Il successo... dipende in massima parte dall'ottenere impegni politici ai massimi livelli e dal mettere insieme le risorse umane e finanziarie indispensabili".

Indice generale

Lo scenario.....	1
Metodi.....	3
Risultati.....	5
Attuazione complessiva della Strategia globale nell'area europea dell'OMS.....	5
Risultati dei singoli indicatori.....	7
1. Politiche, programmi e coordinamento nazionale.....	7
2. Iniziative Baby Friendly.....	7
3. Attuazione del Codice Internazionale.....	8
4. Protezione della maternità.....	8
5. Sistema sanitario (sostegno dell'allattamento e dell'alimentazione dei bambini).....	9
6. Sostegno alle madri nella comunità.....	9
7. Sostegno a livello informativo.....	10
8. HIV e alimentazione infantile.....	10
9. Alimentazione infantile nelle emergenze.....	11
10. Meccanismi di monitoraggio e sistema di valutazione.....	11
11. Inizio precoce dell'allattamento.....	12
12. Allattamento esclusivo.....	12
13. Durata mediana dell'allattamento.....	12
14. Alimentazione con biberon.....	13
15. Alimentazione complementare.....	13
Conclusioni.....	13