



World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

Rapporto 2023





World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

Rapporto 2023



International Baby Food Action Network (IBFAN) Asia

BP-33, Pitam Pura, Delhi-110034, India

Phone: 91-11-27343608, 42683059 Fax: 91-11-27343606

E-mail: info@ibfanasia.org, wbt@worldbreastfeedingtrends.org

Website: www.worldbreastfeedingtrends.org

IBFAN Italia

Via Valpinzana 33, 50050 Cerreto Guidi (FI)

E-mail: segreteria@ibfanitalia.org Fax: 055 74 69 774

Sito internet: www.ibfanitalia.org/

C.F. 94123650486

The World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

Italia
2023



Indice

	Pagina
World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)	5
Introduzione	8
Procedimento di valutazione seguito in Italia	13
Lista dei partner per il processo di valutazione	15
WBTi 2023: coordinatori e sottogruppi	16
Abbreviazioni	17
1. Politiche, programmi, finanziamento e coordinamento	18
2. Iniziative Baby Friendly	22
3. Implementazione del Codice Internazionale	27
4. Protezione della maternità	30
5. Sistema sanitario: sostegno dell'allattamento e dell'alimentazione di bambini e bambine	36
6. Servizi di consulenza e sostegno per le donne in gravidanza e le madri che allattano	43
7. Supporto informativo accurato e imparziale	48
8. HIV e alimentazione infantile	51
9. Alimentazione infantile nelle emergenze	53
10. Monitoraggio e valutazione	59
11. Inizio dell'allattamento entro un'ora dalla nascita	62
12. Allattamento esclusivo sotto i 6 mesi	63
13. Durata mediana dell'allattamento e allattamento continuato a 12-15 mesi	64
14. Alimentazione con biberon	66
15. Alimentazione complementare (a 6-8 mesi)	67
Riassunto e conclusioni	68

NOTA SULL'USO DEI TERMINI

Questo documento è attento alla prospettiva di genere. Ove possibile, è stata usata la corretta declinazione maschile e femminile. Qualora utilizzato, il maschile è da intendersi riferito a neonate e neonati, bambine e bambini, cittadini, cittadine, volontari, volontarie e personale sanitario in generale. Per convenzione, ci si riferisce all'allattamento al seno semplicemente col termine allattamento. Con i termini "madre" e "padre" si vuole intendere qualsiasi forma di maternità, paternità e genitorialità e, quando si usa il termine "famiglia" si intende comprendere i molteplici tipi di famiglie esistenti. Con il termine "partner" indichiamo la persona che sta accanto alla madre, che sia il padre, l'altro genitore, una persona di fiducia o un/a caregiver. Questi termini sono usati indifferentemente per indicare le persone che si prendono cura di bambine e bambini in diversi contesti.

World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

La Rete di Promozione dell'Allattamento dell'India (BPNI)/International Baby Food Action Network (IBFAN) dell'Asia del Sud e il Segretariato Globale della World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) hanno lanciato la WBTi come strumento innovativo nel 2004 durante il Forum dell'Asia del Sud.

La WBTi aiuta i Paesi a valutare lo stato e a monitorare i progressi nell'implementazione della Strategia Globale per l'Alimentazione di Bambine e Bambini in modo standardizzato. Si basa sul documento OMS *"Infant and Young Child Feeding: A tool for assessing national practices, policies and programmes"* (Alimentazione dei lattanti e delle bambine e bambini: uno strumento per valutare pratiche, politiche e programmi nazionali). Il programma WBTi invita i Paesi a condurre la loro valutazione per misurare i punti di forza e di debolezza sui dieci parametri delle politiche e dei programmi che proteggono, promuovono e sostengono pratiche ottimali di alimentazione infantile (*Infant and Young Child Feeding, IYCF*). Il Segretariato Globale mantiene un Global Data Repository di queste politiche e programmi sotto forma di punteggi, codici colore, report e report card per ogni Paese. Il processo di valutazione WBTi riunisce le persone e incoraggia la collaborazione, il networking e l'azione locale. Organizzazioni come Dipartimenti governativi, ONU, professionisti della salute, accademici e altri partner della società civile (senza conflitti di interessi) partecipano al processo di valutazione formando un gruppo centrale con l'obiettivo di costruire consenso. Con ogni valutazione, ogni Paese identifica le lacune e fornisce raccomandazioni ai responsabili politici per attivare interventi e cambiamenti. Il Segretariato Globale della WBTi incoraggia i Paesi a condurre una nuova valutazione ogni 3-5 anni per monitorare le tendenze nelle politiche e nei programmi sull'IYCF.

Un'adeguata nutrizione di lattanti e bambine/i è il fondamento della loro futura salute e del loro benessere. Di conseguenza, ha un impatto significativo sulla salute pubblica. La Strategia Globale sull'Alimentazione di Lattanti e Bambine/i e la Dichiarazione degli Innocenti sono riconosciute internazionalmente come elementi chiave di qualsiasi piano che miri a migliorare le pratiche di alimentazione, e in particolare l'allattamento. I Paesi che hanno messo in pratica la Strategia Globale e la Dichiarazione degli Innocenti mostrano miglioramenti nei tassi di allattamento: quando si combinano assieme interventi a diversi livelli, si osserva un effetto di moltiplicazione sui risultati.

Visione e Missione

La WBTi prevede che tutti i Paesi creino un ambiente che consenta alle donne di avere successo nell'allattare i loro bambini e bambine in modo ottimale a casa, nelle strutture sanitarie o nei luoghi di lavoro. La WBTi ha lo scopo di motivare le persone responsabili delle politiche e dei programmi nei Paesi, usando l'archivio globale (*Global Repository*) di dati sulle politiche e sui programmi di allattamento e IYCF. La WBTi prevede di servire come piattaforma di conoscenza per le persone responsabili dei programmi, della ricerca, della politica e del sostegno all'allattamento in tutto il mondo. La missione della WBTi è raggiungere tutti i Paesi per facilitare la valutazione e il monitoraggio delle politiche e dei programmi IYCF attraverso la mobilitazione di partenariati locali senza conflitti di interessi e la costruzione di un archivio di dati per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento.

Etica

La WBTi lavora su 7 principi di IBFAN e non cerca o accetta donazioni di fondi, sovvenzioni o sponsorizzazioni da soggetti produttori o distributori di prodotti coperti dal Codice Internazionale e di altri prodotti relazionati con l'alimentazione infantile, come i mastosuttori, dalle organizzazioni di facciata o da qualsiasi organizzazione che abbia conflitti di interessi con i produttori e distributori di cui sopra.

La WBTi ha identificato 15 indicatori, ognuno dei quali ha un'importanza specifica, suddivisi in due parti.

Parte I: politiche e programmi (indicatori 1-10)	Parte II: pratiche di alimentazione (indicatori 11-15)
1. Politiche, programmi, finanziamento e coordinamento 2. Iniziative Baby Friendly 3. Implementazione del Codice Internazionale 4. Protezione della maternità 5. Sistema sanitario (sostegno dell'allattamento e dell'alimentazione di bambine/i) 6. Servizi di consulenza e sostegno per le donne in gravidanza e le madri che allattano 7. Supporto informativo accurato e imparziale 8. HIV e alimentazione infantile 9. Alimentazione infantile nelle emergenze 10. Monitoraggio e valutazione	11. Inizio dell'allattamento entro un'ora dalla nascita 12. Allattamento esclusivo sotto i 6 mesi 13. Allattamento continuato a 12-15 mesi 14. Alimentazione con biberon 15. Alimentazione complementare (a 6-8 mesi)

Ogni indicatore è composto da:

- Una o più domande chiave a cui rispondere dopo aver cercato i dati.
- Una serie di informazioni sul perché la politica, il programma o la pratica sono importanti.
- Una lista di criteri chiave da prendere in considerazione per assegnare un punteggio ai risultati raggiunti e per identificare le aree che hanno bisogno di miglioramenti.
- Altre informazioni utili.
- Conclusioni, con una lista di carenze, lacune e di raccomandazioni.

Parte I: Politiche e programmi: i criteri di valutazione sono stati sviluppati per ciascuno dei dieci indicatori, sulla base della *Strategia globale per l'alimentazione di bambine e bambini* (2002) e della *Dichiarazione degli Innocenti sull'alimentazione di neonate/i e bambine/i* (2005), nonché dei più recenti aggiornamenti in questo campo da parte di OMS e UNICEF. Per ogni indicatore, c'è un sottoinsieme di domande e criteri. Le risposte a queste domande e criteri possono portare a individuare le lacune nelle politiche e nei programmi necessari per attuare la *Strategia globale*. La valutazione mostra la performance di un Paese in una particolare area di azione sull'allattamento e sull'alimentazione infantile. Questi indicatori, per lo più qualitativi, richiedono anche informazioni supplementari. Le informazioni aggiuntive sono usate nel rapporto, ma non sono prese in considerazione per il punteggio o la codifica a colori.

Parte II: Le pratiche di alimentazione di lattanti e bambine/i richiedono dati numerici specifici per ciascuna pratica, basati su dati provenienti da indagini nazionali sulle famiglie. Ai fini della confrontabilità tra Paesi, questi cinque indicatori si basano sullo strumento dell'OMS. Tuttavia, sono richieste anche informazioni supplementari su altri indicatori quali l'allattamento continuato e l'età di inizio dell'alimentazione complementare.

Punteggio e codice colore

Indicatori delle politiche e dei programmi 1-10

Una volta raccolte e analizzate le informazioni contenute nel Questionario WBTi, queste si inseriscono nello strumento online. Lo strumento fornisce il punteggio di ogni sottoinsieme di domande secondo la loro ponderazione negli indicatori 1-10 (politiche e programmi). Ogni indicatore ha un punteggio massimo di 10. Il punteggio totale di dieci indicatori ha un punteggio massimo di 100. Lo strumento online assegna anche il Codice colore (Rosso/Giallo/Blu/Verde) di ogni indicatore secondo le Linee Guida WBTi per la codifica a colori in base ai punteggi ottenuti.

Indicatori delle pratiche IYCF 11-15

Gli indicatori della parte II sono espressi in percentuale o in numero assoluto. Una volta inseriti i dati, lo strumento assegna la codifica del colore secondo le Linee guida. Lo strumento WBTi fornisce dettagli di ogni indicatore in sottoinsiemi di domande, e la ponderazione di ciascuno.

Accettazione globale della WBTi

La WBTi ha incontrato successo nell'Asia del Sud nel periodo 2004-2008 e sulla base di questo è stata introdotta in altre regioni. Ormai più di 100 Paesi sono stati addestrati nell'uso degli strumenti WBTi e 98 (settembre 2023) hanno completato il processo ed elaborato il rapporto per il proprio Paese. Molti di loro hanno ripetuto valutazioni durante questi anni.

Nel 2011, il BMJ ha pubblicato la notizia quando 33 Paesi avevano elaborato il rapporto WBTi.[1] Successivamente, due pubblicazioni *peer reviewed* su riviste internazionali hanno aggiunto valore all'impatto della WBTi nella politica sanitaria e nella pianificazione, quando nel 2012 40 Paesi avevano completato il rapporto,[2] e quando nel 2019 l'avevano completato 84 Paesi.[3]

La WBTi è stata accettata a livello globale come una fonte credibile di informazioni sulle politiche e sui programmi IYCF ed è stata citata in linee guida globali e altri documenti politici, ad esempio dall'OMS per l'attuazione nazionale della BFHI nel 2017,[4] e nella guida operativa del gruppo IFE sull'alimentazione infantile nelle emergenze del 2017.[5]

La realizzazione della valutazione WBTi è una delle sette politiche richieste dal Global Breastfeeding Collective (GBC), un'iniziativa congiunta OMS/UNICEF per accelerare i progressi verso il raggiungimento dell'obiettivo dell'Assemblea Mondiale della Sanità (WHA) di un allattamento esclusivo al 50% entro il 2030. La Global Breastfeeding Scorecard per monitorare i progressi delle politiche e dei programmi di allattamento sviluppati dal GBC ha individuato come obiettivo che almeno tre quarti dei Paesi del mondo dovrebbero essere in grado di condurre una valutazione WBTi ogni cinque anni entro il 2030.[6] Anche la relazione OMS/UNICEF/IBFAN sull'attuazione del Codice Internazionale e il database globale sull'implementazione dell'azione nutrizionale (Global database on the Implementation of Nutrition Action, GINA) dell'OMS hanno usato la WBTi come fonte.[7] Alcuni gruppi di ricerca a livello globale hanno usato i risultati della WBTi per prevedere il possibile aumento dell'allattamento esclusivo con punteggi crescenti e li hanno trovati validi per misurare gli input nella strategia globale.[8] Inoltre, La WBTi è stata usata per progetti di ricerca nell'ambito di alcuni dottorati, e la Nuova Zelanda ha usato la WBTi per sviluppare il suo piano strategico nazionale di azione sull'allattamento 2008-2012.

1. BMJ 2011;342:d18 <https://doi.org/10.1136/bmj.d18> (Published 04 January 2011)

2. <https://academic.oup.com/heapol/article/28/3/279/553219>

3. <https://link.springer.com/article/10.1057/s41271-018-0153-9>

4. <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-national-implementation2017/en/>

5. https://www.enonline.net/attachments/3028/Ops-Guidance-on-IFE_v3-2018_English.pdf

6. <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2017.pdf?ua=1>

7. <https://extranet.who.int/nutrition/gina/>

8. <https://academic.oup.com/advances/article/4/2/213/4591629>

Introduzione

La popolazione residente in Italia al 1 gennaio 2023 è di 58 milioni e 851mila unità, 179mila in meno sull'anno precedente, per una riduzione pari al 3%. Prosegue, dunque, la tendenza alla diminuzione della popolazione, ma con un'intensità minore rispetto sia al 2021 (-3,5%), sia soprattutto al 2020 (-6,7%), anni durante i quali gli effetti della pandemia avevano accelerato un processo iniziato già nel 2014. Appurato che nel 2022 la popolazione residente presenta una decrescita simile a quella del 2019 (-2,9%), sul piano territoriale si evidenzia un calo demografico importante che interessa il Mezzogiorno (-6,3%). Il Centro (-2,6%) e soprattutto il Nord (-0,9%), che pur presentano un saldo demografico negativo, hanno valori migliori della media nazionale. Sul piano regionale, la popolazione risulta in aumento solo in Trentino-Alto Adige (+1,6%), in Lombardia (+0,8%) e in Emilia-Romagna (+0,4%). Le regioni, invece, in cui si è persa più popolazione sono la Basilicata, il Molise, la Sardegna e la Calabria, tutte con tassi di decrescita superiori al -7%. Su base nazionale, il calo della popolazione è frutto di una dinamica demografica sfavorevole che vede un eccesso dei decessi sulle nascite, non compensato dai movimenti migratori con l'estero. Nel 2022, i decessi sono stati 713mila, le nascite 393mila, toccando un nuovo minimo storico, con un saldo naturale quindi di -320mila unità.

La speranza di vita alla nascita nel 2022 è stimata in 80,5 anni per gli uomini e in 84,8 anni per le donne; solo per i primi si evidenzia, rispetto al 2021, un recupero quantificabile in circa 2 mesi e mezzo di vita in più. Per le donne, invece, il valore della speranza di vita alla nascita rimane invariato rispetto all'anno precedente. I livelli di sopravvivenza del 2022 risultano ancora sotto quelli del periodo pre-pandemico, registrando valori di 6 mesi inferiori nei confronti del 2019, sia tra gli uomini che tra le donne.[1] Dopo il lieve aumento del numero medio di figli/e per donna verificatosi tra il 2020 e il 2021, è ripreso il calo dell'indicatore congiunturale di fecondità, il cui valore si attesta nel 2022 a 1,24, tornando così al livello registrato nel 2020. Prosegue quindi la tendenza alla riduzione dei progetti riproduttivi, già in atto da diversi anni nel nostro Paese, con un'età media al parto stabile rispetto al 2021, pari a 32,4 anni.

L'Italia è anche uno dei Paesi con le più alte prevalenze di sovrappeso e obesità nei bambini e nelle bambine in Europa, benché negli ultimi anni si sia notata una tendenza alla diminuzione. Nel 2019, era in sovrappeso il 20,4% e obeso il 9,4% (usando i valori soglia dell'International Obesity Task Force, IOTF); i maschi hanno valori di obesità leggermente superiori alle femmine (maschi obesi 9,9% vs femmine obese 8,8%). Si evidenzia una chiara tendenza geografica che vede le Regioni del Sud avere valori più elevati di eccesso ponderale in entrambi i generi. Prevalenze di obesità più elevate si osservano anche in famiglie in condizione socioeconomica più svantaggiata e tra bambini e bambine che sono stati allattati per meno di 1 mese o mai. [2,3]

La Figura 1 mostra la tendenza dei tassi di sovrappeso (linea blu) e obesità (linea azzurra) nella fascia di 8 anni di età tra il 2008/09 e il 2019. Nonostante una generale diminuzione, permane un gradiente nord/sud a svantaggio del secondo.[2]

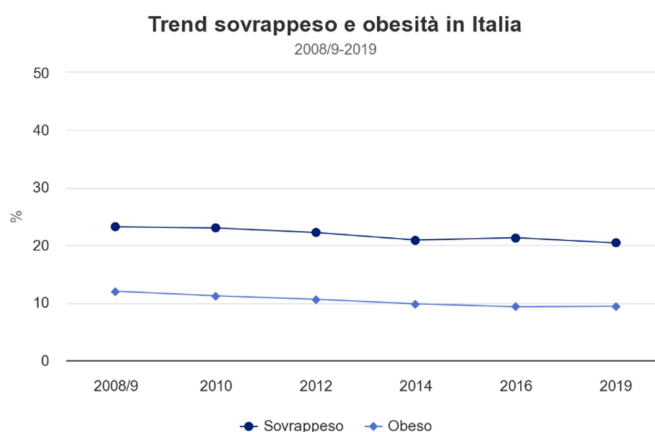


Figura 1 Sovrappeso e obesità nei bambini e bambine di 8 anni (dati ISS)

L'allattamento è universalmente riconosciuto come la norma per l'alimentazione infantile, ed è considerato una responsabilità strategica per la salute pubblica, non solamente una questione di scelta per uno stile di vita.[4,5] Le implicazioni dell'allattamento a corto, medio e lungo termine per la salute dei bambini, delle madri e della società sono ben documentate.[6-8] Pratiche ottimali di allattamento sono associate non solo a una diminuzione del rischio di malattie acute (infezioni intestinali, otite media, asma, infezioni respiratorie e morte improvvisa del lattante), ma anche a una riduzione delle malattie non trasmissibili (obesità, malattie cardiovascolari e diabete mellito).[9,10] L'allattamento rappresenta una finestra di opportunità per la prevenzione dell'obesità in Europa e soprattutto in Italia.[11-13] L'obesità contribuisce inoltre al 2-8% delle spese per la salute in Europa.[14] Date queste conseguenze documentate per la salute e l'economia, e i risultati limitati che si possono ottenere con la terapia, ecco che protezione, promozione e sostegno dell'allattamento sono stati identificati come strategie e priorità di salute pubblica, in favore di una nutrizione ottimale e per il loro contributo al controllo dell'epidemia di sovrappeso, obesità e correlate malattie non trasmissibili in età adulta.

L'OMS raccomanda, come misura di salute pubblica, l'allattamento esclusivo per i primi sei mesi di vita, seguito dall'introduzione di alimenti complementari mentre l'allattamento continua fino a due anni e oltre.[15] Questa raccomandazione globale è stata recepita da numerose istituzioni, organizzazioni e associazioni professionali europee,[16] compreso il Ministero della Salute italiano.[17] Nonostante ciò, in Italia, i tassi di allattamento, e in particolare quelli di allattamento esclusivo, non sono monitorati a livello nazionale secondo le indicazioni dell'OMS, e infatti esistono solo alcuni dati che pervengono dalla Sorveglianza Bambini 0/2 anni portata avanti dall'ISS, ma tali dati sono lontani dall'ottemperare a quanto raccomandato dall'OMS. E inverso, il 30% di bambini e bambine nella fascia d'età 4-5 mesi è allattato in maniera esclusiva, con un'elevata variabilità regionale caratterizzata da quote più basse nelle regioni del Sud e comprese tra il 13,5% e il 43,2%. Il 13% risulta non essere mai stato allattato, con quote tendenzialmente più alte nelle regioni del Sud e comprese tra il 7% e il 17,2%.[3]

Nel 2002, gli Stati Membri dell'OMS hanno adottato la Strategia Globale sull'Alimentazione di Lattanti e Bambine/i (d'ora in poi Strategia Globale), che esorta a sviluppare politiche nazionali integrate per la protezione, la promozione e il sostegno di pratiche adeguate di alimentazione infantile. La Strategia Globale integra il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno (d'ora in poi Codice Internazionale).[18] Inoltre, giocano un ruolo importante nel miglioramento dei tassi di allattamento e nel monitorarne i progressi la Dichiarazione degli Innocenti,[19] l'Iniziativa Ospedali Amici delle Bambine e dei Bambini (BFHI),[20] il Piano Operativo per la Nutrizione di Madri, Lattanti e Bambine/i dell'OMS,[21] gli Obiettivi Globali per la Nutrizione nel 2025 dell'Assemblea Mondiale della Salute,[22] e la Collaborazione Globale per l'Allattamento.[23]

L'allattamento va inquadrato come una questione di diritti umani: il diritto alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo; il diritto ad avere informazioni chiare, imparziali e libere da interessi commerciali; il diritto ad avere un'alimentazione adeguata; il diritto di vivere in un ambiente sicuro, pulito, sano e sostenibile; il diritto alla protezione della maternità sul posto di lavoro; il diritto al più alto livello di salute possibile per i bambini e le bambine e per le madri e i padri/partner; il diritto a un adeguato standard di vita. Peraltro, l'allattamento è un livellatore e può contribuire agli sforzi che la nostra comunità agisce per eliminare la povertà e sfidare le ineguaglianze. Pertanto, occorre declinare la questione in termini di equità, nonché di sostenibilità economica e ambientale: ineguaglianze e povertà sono identificate come problemi in aumento in molte società. Accedere alla formula infantile ha costi molto elevati e questo può facilmente sovraccaricare un bilancio familiare.

L'allattamento non può essere considerato come una questione privata tra madre e bambina/o: il modo in cui la madre nutre il proprio piccolo incide sul nostro pianeta e sul clima. Sostenere le mamme e i genitori ad allattare aiuta a mitigare i danni causati al nostro ambiente, contribuendo a ridurre le emissioni di gas serra, a conservare l'acqua e a non produrre rifiuti. Ciò vale per tutti i Paesi del mondo, industrializzati o in via di sviluppo. Questo è un contributo non riconosciuto e non apprezzato che le donne forniscono nelle famiglie e nelle comunità di tutto il mondo per ridurre l'impatto sul cambiamento climatico. Occorre aumentare la consapevolezza ambientalista riguardo all'impatto dell'alimentazione con formula. Ed è necessario mitigare il danno causato dal suo consumo, aumentando i tassi di allattamento. [24,25]

Nel febbraio 2022 sono state approvate le modifiche agli articoli 9 e 41 della Costituzione italiana, che introducono la tutela dell'ambiente, della biodiversità e degli animali tra i principi fondamentali della Carta costituzionale. Con la modifica dell'articolo 9, la Legge costituzionale ha introdotto tra i principi fondamentali la tutela dell'ambiente, della biodiversità e degli ecosistemi, anche nell'interesse delle future generazioni. La riforma è intervenuta anche sul secondo Comma dell'Articolo 41. La nuova formulazione dispone che l'attività economica privata è libera, e non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o *“in modo da recare danno alla salute, all'ambiente, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana”*. L'articolo prevede inoltre che la Legge determini i programmi e i controlli opportuni affinché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata *“a fini sociali e ambientali”*.

Se fino a qualche tempo fa l'ambiente nella Costituzione era inteso come luogo della persona e la priorità era il benessere degli esseri viventi, oggi è considerato esso stesso materia giuridica e bene da proteggere. Non più di proprietà del genere umano, ma cruciale per la sopravvivenza di tutte e tutti noi. Assume rango costituzionale e come tale va garantito da Leggi statali e regionali che dovranno adeguarsi, poiché in caso contrario saranno sottoposte alla censura della Corte costituzionale. La flora, la fauna e gli ecosistemi nella loro interezza entreranno nelle aule dei tribunali dando il via ad una rivoluzione verde. Nella speranza che non si tratti solo di uno slogan e che sia dato maggior risalto e una rinnovata forza a tematiche e impegni sostenuti negli anni a difesa della biodiversità.

La modifica apre la strada a una nuova relazione tra potere pubblico e mercato, con possibile, conseguente ri-espansione del ruolo dello Stato nell'economia, in linea con le recenti politiche europee. Alle imprese di grandi dimensioni che intendono accedere al mercato europeo, comprese quelle con sede al di fuori dell'Unione europea, si chiede di implementare sistemi e processi idonei a prevenire (e, laddove ciò non sia più possibile, a rimediare a) l'impatto negativo sui diritti umani e sull'ambiente causato dalla loro attività e lungo tutta la loro filiera produttiva.

Alla luce di quanto sopra questa riforma costituzionale è stata salutata da diverse persone nell'ambito della scienza, della politica, dell'antropologia, del mondo delle imprese e dell'attivismo come un'occasione, un'opportunità affinché la tutela dell'ambiente entri concretamente nella mente e nei progetti di tutte e tutti noi e in particolare rispetto alla salute nonché al diritto ad allattare e ad essere allattate/i. [26]

La Tabella 1 offre un quadro d'insieme delle politiche attualmente esistenti in Italia su allattamento, alimentazione infantile e BFHI.

Tabella 1. Stato dell'arte sintetico di politiche e programmi su allattamento e alimentazione infantile.

Politiche e programmi nazionali su allattamento, alimentazione infantile o nutrizione	Sì	Solo su allattamento, non su alimentazione di bambine/i. Programma operativo nazionale generico, ma alcune regioni hanno adottato la BFHI e mettono in atto azioni di sostegno in linea con la stessa. Non vi è un budget dedicato ad allattamento, alimentazione infantile e nutrizione.
Comitato nazionale su allattamento e alimentazione infantile	No	Solo un tavolo tecnico, non un vero e proprio Comitato.
Numero di ospedali Baby Friendly	34	Esiste un impegno nazionale per la BFHI, ma non un obbligo ad aderire per tutti gli ospedali.
Percentuale di nascite in ospedali e maternità accreditati come Baby Friendly[27]	5,7%	Più nelle regioni del nord e del centro che in quelle del sud (disuguaglianze).
Monitoraggio dei tassi di allattamento	Sì/No	Raccolta dati continua o periodica limitata ad alcune regioni. Non c'è un sistema nazionale di monitoraggio (con l'eccezione di un sistema di raccolta dati alle vaccinazioni dei 3, 5, 11 e 18 mesi in un campione di regioni). L'ISTAT ha inserito qualche domanda sull'allattamento nelle sue indagini nazionali sulla salute di donne e bambini, realizzate ogni 4-5 anni (l'ultimo report risale al 2013).

- <https://www.istat.it/it/files/2023/04/indicatori-anno-2022.pdf>
- <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2019-dati>
- <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/indagine-2022-risultati>
- American Academy of Pediatrics. Policy statement. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012;129:827-41
- Lawrence RA. Breastfeeding: a public health issue, not just a matter of choice. Breastfeed Med 2012;7:67-8
- Victora CG et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet 2016;387:475-90
- Ip S, Chung M, Raman G et al. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. Breastfeed Med 2009;4:Suppl. 1, S17-S30
- Stuebe A. The risks of not breastfeeding for mothers and infants. Rev Obstet Gynecol 2009;2:222-31
- Horta BL, Victora CG. Long-Term Effect of Breastfeeding. A Systematic Review. Geneva: WHO, 2013
- Paul IM, Bartok CJ, Down DS et al. Opportunities for the primary prevention of obesity during infancy. Adv Pediatr 2009;56:107-33
- World Health Organization Regional Office for Europe. Country profiles on nutrition, physical activity and obesity in the 53 WHO European Region Member States: Methodology and summary. WHO/EURO, Copenhagen, 2013, accessed April 2018 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/243337/Summary-document-53-MS-country-profile.pdf
- European Commission. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014–2020, accessed April 2018 <http://ec.europa.eu/health/eu-action-plan-on-childhood-obesity/>
- <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/dati2016.asp>
- <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity>
- WHO/UNICEF. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: WHO, 2003 http://www.who.int/nutrition/publications/infant_young_child_feeding_strategy/en/

16. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in Europe: A Blueprint for Action (Revised). Luxembourg: European Commission, 2008
17. Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno. Roma: Gazzetta Ufficiale, 2008
18. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva: WHO; 1981 http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf
19. UNICEF. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. UNICEF, New York, 1990 <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>
20. WHO/UNICEF. The Baby Friendly Hospital Initiative <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>
21. WHO. Maternal, Infant and Young Child Nutrition Implementation Plan. Report by the Secretariat. Geneva: WHO, 2011 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_22-en.pdf
22. WHO. Global Targets 2025 to improve maternal, infant and young child nutrition. WHO, Geneva, 2014 http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/
23. Global Breastfeeding Collective <http://www.who.int/nutrition/topics/global-breastfeeding-collective/en/>
24. https://www.avvocatipalermo.it/coa/documenti/consiglio/notiziario/NOTIZIARIO_2022_8.pdf
25. <https://www.gifa.org/wp-content/uploads/2023/05/2023-Greenfeeding-Europe-and-Worldwide.pdf>
26. <https://www.avvocatipalermo.it/coa/documenti/consiglio/notiziario/ORDINE%20DEGLI%20AVVOCATI%20-%202011-2022.pdf>
27. <http://www.unicef.it/doc/152/gli-ospedali-amici-dei-bambini-in-italia.htm>

Procedimento di valutazione seguito in Italia

Rapporto 2018

Due operatrici sanitarie italiane, entrambe pediatre, hanno partecipato a un corso internazionale di formazione di 3 giorni (Ginevra, Maggio 2015, e Vilnius, Dicembre 2017) per apprendere come pianificare, eseguire e rendicontare una valutazione WBTi. Indicatori, metodi e sistema per assegnare i punteggi sono stati in seguito discussi all'interno di gruppi di lavoro di IBFAN Italia (personale medico, infermieristico, ostetrico, legale e madri), per poi assegnare specifici compiti ad alcune persone in base ai loro interessi e competenze professionali. I risultati preliminari sono stati infine verificati da coppie di persone.

A fine novembre 2017, prima del secondo corso a Vilnius, era già pronta una prima bozza di resoconto. Questa bozza è stata condivisa con persone afferenti alle 10 associazioni e gruppi di madri aderenti alla **CIANB (Coalizione Italiana sull'Alimentazione di Neonati e Bambini)** per trovare un consenso sulle raccomandazioni, per identificare altre eventuali carenze e lacune e per verificare che non fossero passati inosservati importanti cambiamenti della situazione nel Paese da quando il progetto era iniziato. Tutte le persone coinvolte nei gruppi di lavoro di IBFAN Italia e i membri della CIANB sono prive di conflitti d'interessi, rispettano il Codice Internazionale e hanno collaborato alla valutazione WBTi attenendosi ai metodi richiesti. Infine, le due operatrici sanitarie formate hanno comparato le rispettive bozze e hanno discusso su come attivare un gruppo allargato di professioniste e professionisti del settore sanitario.

Un contratto formale tra IBFAN Italia e IBFAN Asia è stato firmato nel gennaio 2018. Dati i tempi stretti di consegna, le due coordinatrici hanno proceduto ad aggiornare gli indicatori sulla base dei dati e delle informazioni disponibili. Nell'aprile 2018, la bozza finale del resoconto è stata rivista dai gruppi di lavoro di IBFAN Italia, per giungere all'approvazione di un testo finale. Il resoconto completo è stato inviato a IBFAN Asia all'inizio di maggio 2018 per una prima verifica di completezza e coerenza con il loro approccio. Il resoconto finale è stato poi inviato alle seguenti Istituzioni:

- Tavolo Tecnico Ministeriale sull'Allattamento al Seno (TAS)
- Comitato Italiano per l'UNICEF
- Rete degli ospedali e comunità Baby Friendly
- Movimento Allattamento Materno Italiano

La pubblicazione del resoconto è avvenuta per la fine di settembre 2018 e il lancio e la diffusione per il mese di novembre a Roma. Nel corso di questo evento, il resoconto è stato illustrato e discusso, con enfasi sulla necessità di proseguire e aggiornare il monitoraggio per verificare i cambiamenti e sviluppare nuove raccomandazioni. Sono state anche sollecitate idee concrete su come mettere in pratica le raccomandazioni, nel tentativo di coinvolgere quante più Istituzioni, associazioni, gruppi di professioniste e professionisti e di madri e genitori possibili. Si è pensato di poter ripetere la valutazione WBTi dopo 3-5 anni. Infine, sarebbe stato importante trovare un accordo a livello europeo tra Paesi che hanno aderito alla WBTi per discutere e possibilmente realizzare attività e monitoraggio a un livello più ampio.

Rapporto 2023

Sulla base dell'esperienza del rapporto 2018, delle lacune evidenziate e delle raccomandazioni ivi contenute, per prima cosa ci si è mossi per aumentare la presenza di personale sanitario nel gruppo centrale di redazione e di gruppi portatori di interessi, in modo che il rapporto WBTi, coerentemente con le indicazioni internazionali di OMS, UNICEF e IBFAN, rappresenti sempre di più una lente condivisa sulla Strategia Globale in più settori, in particolare istituzionali e accademici, come le università, enti purtroppo non privi di conflitti di interessi. Il rapporto WBTi anche in Italia deve diventare uno strumento strategico per valutare l'impatto delle politiche e dei programmi sui tassi di allattamento, considerati indici sintetici della salute materno-infantile, valutazione cui devono seguire specifici piani d'azione e il monitoraggio nazionale dei tassi di allattamento. La collaborazione con Enti di ricerca risulta quindi preziosa per sviluppare specifiche raccomandazioni e paragonare l'Italia ad altri Paesi.

Per raggiungere questi obiettivi, si è proceduto nel modo descritto di seguito. Nel luglio 2022, sono state formate 4 nuove persone provenienti dall'area salute e da ONG, con una formazione online promossa dal programma WBTi internazionale. Queste persone si sono aggiunte alle precedenti collaborazioni per un totale di 6 persone formate nel gruppo centrale di redazione (una persona formata non è più attiva). Queste persone formate hanno coordinato i sottogruppi di lavoro, insieme alle 3 persone dedicate alla redazione che hanno elaborato il rapporto del 2018. Tutte sono state formate sui nuovi strumenti e sulle linee guida dello strumento WBTi.

Un altro aspetto importante è il coinvolgimento di Istituzioni rappresentative per la salute e il mondo accademico. In questo Rapporto, oltre alla conferma delle precedenti organizzazioni, sono stati coinvolti l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ente di diritto pubblico e organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale in Italia, la Scuola Universitaria Superiore Sant'Anna di Pisa (coinvolgimento di più settori rispetto al precedente report) e due università, UNICamillus e LUMSA.

L'attività che ha portato all'elaborazione del Rapporto 2023 è iniziata alla fine del 2022 con l'attivazione del gruppo centrale di redazione ed è proseguita con il coinvolgimento degli enti partner in una riunione plenaria online il 27 marzo 2023 e poi nei vari sottogruppi che hanno lavorato fino agli inizi di agosto 2023. Il mese di agosto 2023 è stato usato per la condivisione dei punteggi e dei contenuti del gruppo centrale di redazione. La prima bozza è stata elaborata a settembre 2023 e la sua diffusione ai vari enti partner è stata programmata per ottobre 2023.

Durante la Settimana Mondiale dell'Allattamento, il 7 ottobre 2023 è stato organizzato un webinar online con la presentazione dei risultati e il confronto con quelli del 2018. Seguirà l'aggiornamento dei siti WBTi Italia (<https://wbt-italy.jimdofree.com/>) e IBFAN Italia (<https://www.ibfanitalia.org/>) e la presentazione nel Convegno della Rete BFHI a novembre 2023, nonché in vari eventi nel corso del 2024 con la collaborazione dei diversi enti partner che hanno aderito alla WBTi.

Lista dei partner per il processo di valutazione

Rapporto 2018

IBFAN Italia ha coordinato il processo del rapporto WBTi 2018 con l'aiuto di 12 organizzazioni:

- ACP - Associazione Culturale Pediatri
- AICPAM - Associazione Italiana Consulenti Professionali in Allattamento Materno
- Comitato Italiano per l'UNICEF
- Creattivamente ostetriche
- GIFA - Geneva Infant Feeding Association (Alessia Bigi)
- Il Melograno - Centri Informazione Maternità e Nascita
- LLL - La Leche League Italia
- MAMI - Movimento Allattamento Materno Italiano
- MIPPE - Movimento Italiano Psicologia Perinatale
- STC - Save the Children Italy
- SUSSA - Scuola Universitaria Superiore Sant'Anna, Pisa (Anna Murante)
- UPPA - Un Pediatra Per Amico

Rapporto 2023

IBFAN Italia odv ha coordinato il processo del rapporto WBTi 2023 con l'aiuto di 14 organizzazioni e la partecipazione di più di 30 persone (partecipanti alle riunioni, gruppo di revisione):

- ACP - Associazione Culturale Pediatri
- AICPAM - Associazione Italiana Consulenti Professionali in Allattamento Materno
- Comitato Italiano per l'UNICEF
- FNO/TSRM/PSTRP – Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione
- Il Melograno - Centri Informazione Maternità e Nascita
- ISS - Istituto Superiore di Sanità
- LLL - La Leche League Italia
- LUMSA - Università LUMSA Libera Università Maria Ss. Assunta
- MAMI ODV - Movimento Allattamento Materno Italiano
- MIPPE - Movimento Italiano Psicologia Perinatale
- STC - Save the Children Italy
- SUSSA - Scuola Universitaria Superiore Sant'Anna, Pisa
- UniCamillus - Università Medica Internazionale
- UPPA - Un Pediatra Per Amico

WBTi 2023

Coordinatori (gruppo centrale di redazione) e sottogruppi

Indicatori e Coordinatori	Sottogruppi di lavoro	Affiliazione
1. Politiche, programmi e coordinamento nazionale Simona Di Mario	Denise Amram Elise Chapin Simona Di Mario Monica Garraffa Arianna Saulini Carla Scarsi	SUSSA UNICEF Italia IBFAN Italia MAMI STC Italia LLL Italia
2. Iniziative Baby Friendly Maria Enrica Bettinelli	Maria Enrica Bettinelli Elise Chapin Stefania Solare	IBFAN Italia UNICEF Italia UNICEF Italia
3. Implementazione del Codice Internazionale Luisa Mondo	Maria Enrica Bettinelli Luisa Mondo Carla Scarsi	IBFAN Italia IBFAN Italia LLL Italia
4. Protezione della maternità Claudia Pilato	Maria Enrica Bettinelli Marco Evola Claudia Pilato	IBFAN Italia LUMSA IBFAN Italia
5. Sistema sanitario (sostegno dell'allattamento e dell'alimentazione di bambini e bambine) Francesca Marchetti	Alessandra Corocher Francesca Marchetti Arianna Parodi Carla Scarsi	FNO/TSRM/PSTRP UniCamillus AICPAM LLL Italia
6. Sostegno alle madri nella comunità Rosanna Piscione	Francesca Romana Marta Arianna Parodi Rosanna Piscione Patrizia Prosperi Porta Consuelo Puxeddu Carla Scarsi Monia Scarton Maddalena Ugoli	STC Italia AICPAM IBFAN Italia Il Melograno IBFAN Italia LLL Italia MAMI MIPPE
7. Supporto informativo Sergio Conti Nibali	Maria Enrica Bettinelli Sergio Conti Nibali Carla Scarsi Maddalena Ugoli	IBFAN Italia ACP/UPPA LLL Italia MIPPE
8. HIV e alimentazione infantile Luisa Mondo	Maria Enrica Bettinelli Luisa Mondo	IBFAN Italia IBFAN Italia
9. Alimentazione infantile nelle emergenze Francesca Zambri	Elise Chapin Angela Giusti Francesca Marchetti Francesca Zambri	UNICEF Italia ISS UniCamillus ISS
10-15. Meccanismi di monitoraggio e sistema di valutazione; pratiche di alimentazione Adriano Cattaneo	Maria Enrica Bettinelli Adriano Cattaneo Elise Chapin Serena Donati Amerigo Ferrari Enrica Pizzi Michele Antonio Salvatore	IBFAN Italia IBFAN Italia UNICEF Italia ISS SUSSA ISS ISS

Abbreviazioni

ACP	Associazione Culturale Pediatri
AICPAM	Associazione Italiana Consulenti Professionali Allattamento Materno
AINE	Alimentazione Infantile Nelle Emergenze
AMS	Assemblea Mondiale della Salute
ASL	Azienda Sanitaria Locale
BFCI	Baby Friendly Community Initiative
BFHI	Baby Friendly Hospital Initiative
BFI	Baby Friendly Initiatives
CEDAP	Certificato di Assistenza al Parto
CI	Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno
CNA	Comitato Nazionale Allattamento e alimentazione dei bambini
CSB	Centro per la Salute del Bambino
DM	Decreto Ministeriale
DPCM	Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri
FAO	Food and Agriculture Organization
FIMP	Federazione Italiana Medici Pediatri
FNCO	Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche
FNOPO	Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica
GU	Gazzetta Ufficiale
HIV	Virus dell'Immunodeficienza Umana
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant
IBFAN	International Baby Food Action Network
INPS	Istituto Nazionale Previdenza Sociale
IPASVI	Infermieri Professionali Assistenti Sanitari Vigilatrici d'Infanzia
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISEE	Indicatore Situazione Economica Equivalente
ISS	Istituto Superiore di Sanità
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LLL	La Leche League (Italia)
MAMI	Movimento Allattamento Materno Italiano
MS	Ministero della Salute
OIL	Organizzazione Internazionale del Lavoro
OMS	Organizzazione Mondiale della Salute
ONG	Organizzazione Non Governativa
PA	Provincia Autonoma
PAA	Progetto inter-societario di promozione della salute materno-infantile
PEC	Piano di Emergenza Comunale
PNE	Piano Nazionale Esiti
PNP	Piano Nazionale Prevenzione
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PRP	Piano Regionale Prevenzione
SAM	Settimana dell'Allattamento Materno
SGANB	Strategia Globale sull'Alimentazione di Neonati e Bambini
SIGO	Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia
SIN	Società Italiana di Neonatologia
SIP	Società Italiana di Pediatria
SLM	Sostituti del Latte Materno
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
TAS	Tavolo tecnico Allattamento al Seno
UE	Unione Europea
UNICEF	United Nations Children's Fund
WBTi	World Breastfeeding Trends initiative

Risultati della valutazione

Indicatore 1. Politiche, programmi, finanziamento e coordinamento

Domande chiave. C'è una politica nazionale su allattamento e alimentazione infantile e di bambine e bambini piccoli (d'ora in poi: alimentazione infantile) che protegga, promuova e sostenga l'allattamento e pratiche ottimali di alimentazione infantile? Questa politica è sostenuta da un programma nazionale? C'è un programma per la messa in atto di questa politica? Il programma è adeguatamente finanziato? C'è un meccanismo di coordinamento, come un Comitato nazionale allattamento e un coordinatore/una coordinatrice del Comitato?

Criteri per la valutazione e il punteggio

La Tabella mostra gli 8 criteri per la valutazione; il punteggio massimo è 10.

Politiche e finanziamento	√ Spuntare	
1.1 Il Governo ha adottato una strategia e/o una politica nazionale su allattamento e alimentazione infantile (isolata o integrata).	Sì=1√	No=0
1.2 Se sì, tale politica raccomanda l'avvio dell'allattamento entro un'ora dalla nascita e l'allattamento esclusivo per i primi 6 mesi, seguito da introduzione di alimenti complementari mentre l'allattamento continua fino 2 anni ed oltre.	Sì=1	No=0√
1.3 È stato approvato un piano d'azione nazionale con finalità, obiettivi, indicatori e cronoprogramma esplicitati.	Sì=2	No=0√
1.4 Il Governo (e altri enti) spende una quota minima definita per neonata/o su allattamento e interventi per l'alimentazione infantile. ¹ a. nessun finanziamento b. < 1 € per neonata/o dal Governo c. 1-2 € per neonata/o dal Governo d. 2-5 € per neonata/o dal Governo e. più di 5 € per neonata/o dal Governo e da donazioni	a=0√ b=0.5 c=1 d=1.5 e=2	
Coordinamento		
1.5 È stato istituito un CNA.	Sì=1	No=0√
1.6 Se sì, il CNA si riunisce regolarmente, monitora e rivede il piano e i progressi ottenuti.	Sì=2	No=0√
1.7 Se sì, il CNA interagisce efficacemente con gli altri settori come quello delle finanze, salute, nutrizione, informazione, lavoro, gestione delle emergenze, agricoltura, servizio sociali, ecc.	Sì=0.5	No=0√
1.8 Se sì, il CNA ha un coordinatore/una coordinatrice con chiari compiti e mandato, che regolarmente coordina azioni a livello nazionale e regionale e comunica le politiche e i piani.	Sì=0.5	No=0√
Punteggio totale	1/10	

Contesto

In applicazione alle Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno del 2007,[1] si istituisce nel 2008 il *Comitato nazionale multisettoriale per l'allattamento materno*, con Determina pubblicata in GU.[2] La Determina faceva riferimento al CI

¹ Enabling Women To Breastfeed Through Better Policies And Programmes – Global Breastfeeding Scorecard, 2018
<https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2018-methology.pdf?ua=1>

e alla BFHI e prevedeva il coinvolgimento di tutti i gruppi d'interesse rilevanti. Nel 2012 non si procede al rinnovo del CNA, ma si istituisce per la prima volta il TAS, con decreto del Direttore Generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione, Ufficio 5 Nutrizione e informazione ai consumatori (documento pubblicato sul sito del Ministero della Salute, ma mai in GU),[3] che progressivamente ma con chiarezza si distacca dal rispetto dello spirito del CI e dalla BFHI, pure richiamati in altri documenti ministeriali, come quello dell'Ufficio 8 della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria,[4] fino a farsi portavoce di una iniziativa di autocertificazione per gli ospedali che non fa riferimento al CI. L'iniziativa non è stata approvata per la sola opposizione della componente ONG all'interno del TAS, ed è poi stata assunta come progetto autonomo dalle associazioni pediatriche, ostetriche e infermieristiche. Per successivi rinnovi del TAS, si arriva a quello del 2021 (Tabella).[5] Il TAS dura in carica per tre anni. L'obiettivo è promuovere, facilitare e monitorare l'applicazione delle raccomandazioni indicate nelle "Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno", nonché elaborare proposte tecnico-scientifiche. Nel periodo dal 2018 a oggi il TAS produce 7 documenti.[6-12]

Tabella. Componenti del CNA (2008) e del TAS (2021).

CNA 2008	TAS 2021
Oltre ai 4 funzionari del MS e al rappresentante dell'ISS prevede: • 1 rappresentante del Comitato Italiano per l'UNICEF; • 1 rappresentante del centro collaborativo dell'OMS per la salute materno infantile c/o IRCSS Burlo Garofolo di Trieste; • 1 rappresentante della SIP; • 1 rappresentante della SIN; • 1 rappresentante della FIMP; • 1 rappresentante dell'ACP; • 1 rappresentante della SIGO; • 1 rappresentante della FNCO (oggi FNOPO); • 1 rappresentante della Federazione nazionale dei collegi IPASVI; • 1 rappresentante dell'AICPAM; • 1 rappresentante delle principali ONG per l'allattamento; • 1 rappresentante di IBFAN Italia.	• 4 funzionari/e del MS; • 1 rappresentante dell'ISS; • 3 rappresentanti delle regioni; • 1 rappresentante dei Medici pediatri; • 1 rappresentante dei Medici ginecologi-ostetrici; • 1 rappresentante della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO); • 1 rappresentante unico per LLLI, MAMI e Melograno per le ONG; 1 funzionaria/o per ognuno dei seguenti: • Ministero dell'Università e della Ricerca; • Ministero dell'Istruzione; • Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali; • Dipartimento per le Pari Opportunità.

Altre informazioni utili

1. Non ci sono finanziamenti per i progetti per l'allattamento. Ci sono due decreti per l'erogazione delle formule nei casi di figli di madri positive per HIV [13] e per le famiglie con basso ISEE e con madre che presenta una condizione che controindichi in maniera assoluta l'allattamento.[14] Il DM che regola l'applicazione del PNP prevede dei fondi per le varie progettualità, ma nessuno in particolare vincolato all'allattamento.[15] La Legge italiana tutela la maternità della donna lavoratrice con dei fondi, non esclusivamente vincolati all'allattamento.[16-18] Le tutele per le donne lavoratrici e padri/partner, seppure esistenti, e l'organizzazione dei servizi per le famiglie non facilitano la maternità in Italia.[19]
2. Il numero dei nuovi nati sta diminuendo: 400.249 nel 2021, 393.000 nel 2022.

3. L'industria dell'alimentazione infantile o suoi intermediari non partecipavano al CNA né partecipano al TAS; l'ufficio ministeriale in seno al quale opera il TAS è quello della Nutrizione, afferente alla Direzione Generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione, e non quello della Prevenzione Sanitaria.

Fonti di dati e informazioni usate

1. Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano deliberazione 20 dicembre 2007 Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano su «Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno». (GU Serie Generale n.32 del 07-02-2008 - Suppl. Ordinario n. 32).
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2008-02-07&atto.codiceRedazionale=08A02477&elenco30giorni=false
2. Ministero della Salute Decreto 15 aprile 2008 Istituzione del Comitato nazionale multisettoriale per l'allattamento materno. (GU Serie Generale n.163 del 14-07-2008)
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2008/07/14/08A04974/sg>
3. Direttore Generale per l'Igiene la sicurezza degli alimenti e la nutrizione, Ufficio 5 Nutrizione ed informazione ai consumatori del Ministero della Salute determina l'istituzione del *Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno, di seguito indicato come TAS*. 2012
<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2021&codLeg=83522&parte=1%20&serie=null>
4. Direzione Generale della Prevenzione sanitaria del Ministero della Salute Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita. 20 febbraio 2020. Documento di indirizzo.
https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3120
5. Direttore Generale per l'Igiene la sicurezza degli alimenti e la nutrizione, Ufficio 5 Nutrizione ed informazione ai consumatori del Ministero della Salute che rinnova il Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno, di seguito indicato come "TAS".
<https://www.salute.gov.it/portale/allattamento/dettaglioContenutiAllattamento.jsp?lingua=italiano&id=3894&area=allattamento&menu=vuoto>
6. Allattamento nelle emergenze (2018) https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2830_allegato.pdf
7. Position statement sull'uso di farmaci da parte della donna che allatta al seno gennaio (2018)
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2715_allegato.pdf
8. La formazione del personale sanitario sull'allattamento. Raccomandazioni del Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento (TAS), delle Società Scientifiche e degli Ordini Professionali (2020). https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2976_allegato.pdf
9. Allattamento e pandemia: ruolo del latte materno e raccomandazioni sull'alimentazione infantile (2021).
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3104_allegato.pdf
10. La continuità del rapporto madre-bambino e il mantenimento dell'allattamento in caso di ricovero ospedaliero (2021). https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3091_allegato.pdf
11. Commercializzazione degli alimenti per lattanti: violazione del DM 82/2009 (2022).
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3209_allegato.pdf
12. Allattamento e promozione della salute materno-infantile: focus sulla salute mentale (2023)
<https://www.salute.gov.it/portale/allattamento/dettaglioPubblicazioniAllattamento.jsp?lingua=italiano&id=3341>
13. DECRETO MINISTERO DELLA SANITÀ 8 giugno 2001 Assistenza sanitaria integrativa relativa ai prodotti destinati ad una alimentazione particolare. (GU Serie Generale n.154 del 05-07-2001)
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/07/05/001A7263/sg>
14. DECRETO MINISTERO DELLA SANITÀ 31 agosto 2021 Disposizioni per l'attuazione dell'articolo 1, commi 456 e 457, della legge 27 dicembre 2019, n. 160, in materia di contributo per l'acquisto di sostituti del latte materno (formule per lattanti) alle donne affette da condizioni patologiche che impediscono la pratica naturale dell'allattamento. (21A06104) (GU Serie Generale n.249 del 18-10-2021)
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/10/18/21A06104/sg>
15. Direzione Generale della Prevenzione sanitaria Ministero della Salute. Piano nazionale della prevenzione 2020 – 2025 adottato il 6 agosto 2020 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni
<https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?id=5772&area=prevenzione&menu=vuoto>
16. Decreto legislative 151 del 26 marzo 2001. Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53 (Pubblicato nella G.U. 26 aprile 2001, n. 96, S.O.) https://presidenza.governo.it/USRI/magistrature/norme/dlvo151_2001_n.pdf

17. LEGGE 28 giugno 2012, n. 92 Disposizioni in materia di riforma del mercato del lavoro in una prospettiva di crescita. (12G0115) (GU Serie Generale n.153 del 03-07-2012 - Suppl. Ordinario n. 136)note: Entrata in vigore del provvedimento: 18/07/2012 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2012/07/03/012G0115/sg>
18. LEGGE 30 dicembre 2021, n. 234 Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024. (21G00256) (GU Serie Generale n.310 del 31-12-2021 - Suppl. Ordinario n. 49) note: Entrata in vigore del provvedimento: 01/01/2022, ad eccezione delle disposizioni di cui ai commi 10, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 727 e 728 dell'art. 1 che entrano in vigore il 31/12/2021. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/12/31/21G00256/sg>
19. Save the children. Le equilibriste. La maternità in Italia nel 2022 (pubblicato nel 2023). <https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/le-equilibriste-la-maternita-in-italia-2023>

Conclusioni

La politica nazionale (Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno) è coerente con le linee guida della SGANB, ma non predispone di un piano operativo dettagliato, scadenziato e finanziato per la realizzazione dei principi enunciati. La politica riguarda solo l'allattamento, non si estende all'alimentazione infantile; raccomanda l'allattamento esclusivo per i primi sei mesi e l'allattamento continuato anche oltre l'anno di vita (e quindi in questo punto è lacunosa, non è coerente con le raccomandazioni della SGANB). Approvata nel 2007, non è stata più rivista né è stata monitorata nell'applicazione.

Il CNA istituito nel 2008 in applicazione alla politica nazionale, dal 2012 non è stato più rinnovato ed è sostituito dal TAS, con funzioni di consulenza e più orientato ad attività di promozione, che negli anni si è progressivamente distaccato, nei fatti, dalla SGANB, ignorando la protezione dell'allattamento e limitandosi alla sua promozione.

La promozione dell'allattamento è una indicazione presente nel PNP 2020-2025 per acquisire a livello regionale informazioni utili per pianificare eventuali programmi di sensibilizzazione e relative strategie. Non esiste però un'analisi nazionale su se e quanti finanziamenti vadano per i programmi relativi all'allattamento e per la formazione del personale sanitario, come dichiarato nella politica nazionale. I due unici DM pubblicati sul tema dell'allattamento sono quelli relativi alla fornitura gratuita di formule per i figli e figlie di madri sieropositive a HIV e di madri con basso ISEE e altre controindicazioni assolute all'allattamento.

Carenze e lacune

1. Raccomandazione su allattamento continuato oltre i 12 mesi, anziché oltre 24 mesi.
2. Mancanza di un piano nazionale d'azione, con risorse dedicate per realizzarlo.
3. Mancanza di un CNA che monitori l'applicazione del piano nazionale.
4. Insufficiente collegamento dell'attuale TAS con le autorità sanitarie regionali e territoriali.

Raccomandazioni

1. In assenza di un CNA, si raccomanda di creare un raccordo ufficiale e operativo fra TAS, l'organo tecnico, e PNP, che ha funzione di coordinamento e monitoraggio delle politiche a sostegno dell'allattamento.
2. È inoltre necessario definire un budget per la realizzazione degli interventi proposti da questo coordinamento (attualmente ogni regione può utilizzare i fondi del PNP in maniera discrezionale per ogni singolo progetto).
3. Rispetto al precedente monitoraggio è stato inserito UNICEF nel TAS, insieme alla rappresentante unica per LLL (che già era presente), MAMI e Melograno. Si raccomanda di continuare a riferirsi a questi attori informati per il Terzo Settore.

Indicatore 2. Iniziative Baby Friendly

Domande chiave. Quale percentuale di ospedali è accreditata per l'attuazione dei 10 passi negli ultimi 5 anni? Oppure, qual è la percentuale di madri che ha ricevuto un'assistenza come stabilita dai 10 passi negli ultimi 5 anni? Qual è la qualità della messa in pratica della BFHI?

Criteri per la valutazione e il punteggio

Le due tabelle mostrano il criterio quantitativo e i 9 criteri qualitativi per la valutazione; il punteggio massimo è 10.

Criterio quantitativo di valutazione

2.1 34 su 399 (8,5%) ospedali (sia pubblici sia privati)[1] che offrono servizi di maternità sono stati accreditati per la messa in pratica dei 10 passi negli ultimi 5 anni.

Criteri per la valutazione	√ Spuntare
0	0
0.1 – 20%	1√
20.1 – 49%	2
49.1 – 69%	3
69.1 – 89 %	4
89.1 – 100%	5
Punteggio	1/5

Criteri qualitativi di valutazione

Criteri per la valutazione	√ Spuntare	
2.2 Esiste un organismo/meccanismo di coordinamento nazionale per la BFHI/per attuare i 10 passi, con una persona responsabile chiaramente identificata.	Si=1	No=0√
2.3 I 10 passi sono stati integrati nella politica e negli standard nazionali/regionali/ospedalieri per tutto il personale coinvolto.	Si=0.5	No=0√
2.4) Un meccanismo di valutazione è usato per accreditare la struttura sanitaria.	Si=0.5	No=0√
2.5 Indicazioni per la rivalutazione[2] sono stati incorporati nei piani nazionali per l'attuazione di BFHI/10 passi.	Si=0.5	No=0√
2.6 Il processo di accreditamento per BFHI/attuazione dei 10 passi comprende la valutazione delle conoscenze e delle competenze del personale infermieristico e medico.	Si=1	No=0√
2.7 Il processo di valutazione si basa su interviste alle madri.	Si=0.5	No=0√
2.8 Il CI è integrato nel programma di accreditamento BFHI.	Si=0.5	No=0√
2.9 La formazione sui 10 passi e lo standard di assistenza sono inclusi nel curriculum <i>pre-service</i> per personale infermieristico, ostetrico, medico e altro personale coinvolto.	Si=0.5	No=0√
Punteggio	0/5	
Punteggio totale da 2.1 a 2.9	1/5	

Contesto

Le BFI, denominate in Italia “Insieme per l’Allattamento”,[3] si basano sulle omonime iniziative dell’OMS e dell’UNICEF e su azioni previste nella Politica Nazionale per l’allattamento[4] e nei Piani Nazionali e Regionali per l’assistenza nei primi 1000 giorni[5] nei servizi territoriali (BFCI),[6] nei punti nascita (BFHI)[7] e nella formazione *pre-service* (Corsi di Laurea e di Specializzazione Amici dell’Allattamento).[8] Si fondano inoltre su azioni basate su prove di efficacia (i 10 passi), confermati da 30 anni di esperienze e varie revisioni della letteratura, con una portata ad ampio raggio che dimostra l’importanza della sinergia nell’applicazione di tutti i 10 passi per ottenere i migliori risultati di salute per bambine e bambini, madri, padri e società.

In Italia ci sono attualmente 34 ospedali, 9 comunità e 4 corsi universitari (3 per ostetriche, 1 per infermieri pediatrici) accreditati.[9] Ci sono anche oltre 300 Baby Pit Stop (aree riservate alle famiglie per allattamento e cambio del pannolino)[10] riconosciuti da LLL, più di 1000 Baby Pit Stop riconosciuti da UNICEF Italia e un altro migliaio sorti spontaneamente.

La storia delle BFI in Italia dimostra che questo progetto necessita di un forte sostegno istituzionale, come quello rappresentato dal MS, con una cornice di riferimento e un orizzonte ben delineati. Lo stesso MS, attraverso una serie di documenti come i “Primi 1000 giorni”[5], il PNP 2020-2025[11] e i LEA,[12] raccomanda la messa in atto delle azioni previste dalle BFI, CI compreso.

Nel 2021 è stato siglato un Protocollo di Intesa, firmato dal MS con UNICEF Italia,[13] che prevede la promozione del riconoscimento di Struttura Amica delle Bambine e dei Bambini (UNICEF Italia) a livello istituzionale e la protezione dell’allattamento in ambito sociale ed economico, contrastando informazioni, atteggiamenti e pratiche che possano scoraggiarlo e/o contrastarlo, nel rispetto degli standard internazionali come il CI. Sempre nello stesso anno è stato sottoscritto un accordo di collaborazione tra UNICEF Italia e ISS finalizzato a realizzare un percorso congiunto nell’ambito della promozione della salute materno-infantile e nei primi 1000 giorni, con un focus sulla protezione, promozione e sostegno dell’allattamento secondo gli standard OMS/UNICEF, la salute delle popolazioni in condizioni di aumentata vulnerabilità e l’alimentazione infantile nelle emergenze.[14]

Nel 2022, sulla base dei documenti internazionali, il Comitato Italiano per l’UNICEF ha sviluppato una guida all’applicazione dei passi per proteggere, promuovere e sostenere l’allattamento nelle strutture del percorso nascita[15]. La guida propone gli stessi passi per la BFHI e la BFCI, con percorsi diversi in base al contesto di applicazione e una descrizione dettagliata dei passi e gli standard attesi. Inoltre, la guida adotta il kit per la verifica delle competenze di operatrici e operatori[16] nell’attuazione delle BFI per ospedali e per servizi territoriali, per garantire che il personale che lavora a contatto con le madri, i padri e le famiglie abbia le conoscenze, le abilità e gli atteggiamenti per proteggere, promuovere, e sostenere l’allattamento, nell’arco dell’intero percorso nascita e dei primi 1000 giorni.

Le BFI sono modelli organizzativi collaborativi, basati su prove di efficacia, che richiedono che il personale coinvolto abbia una visione integrata dei processi con l’obiettivo di garantire la migliore assistenza centrata sulla coppia mamma-bambina/o e la famiglia. Il forte orientamento comunitario a quest’obiettivo ha permesso agli ospedali BFHI di mantenere le buone prassi anche durante la prima ondata pandemica di COVID-19, rispetto ad altri ospedali non BFHI.[17]

Altre informazioni utili

Benché la BFHI e la BFCI siano citate in documenti ufficiali del MS come riferimenti per pratiche basate su prove di efficacia, non esiste un piano di attuazione su base nazionale, né un coordinamento come descritto nella Dichiarazione degli Innocenti,[18] né una formazione obbligatoria sull’allattamento di tutto il personale a contatto con gravide, madri, padri e bambine/i, né un sistema di monitoraggio nazionale e tanto meno un budget dedicato. L’accreditamento BFHI/BFCI non è obbligatorio per ospedali e aziende sanitarie territoriali. Vi sono però dei piani e dei programmi per promuovere e gestire l’accreditamento BFHI/BFCI a livello provinciale e

regionale sulla base di accordi tra UNICEF Italia e amministrazioni locali e regionali (per esempio, Provincia Autonoma di Trento nel 2018, Regione Veneto nel 2017, Regione Toscana nel 2014, Milano e Regione Liguria nel 2016). Attualmente si è diffuso a livello nazionale un progetto denominato PAA,[19] un'iniziativa privata ideata e promossa dalle associazioni professionali (SIP, SIN, FIMP e altre) che riprende solo una parte del primo Passo della BFHI (la politica) ed esclude la valutazione esterna, componente fondamentale per garantire qualsiasi percorso di certificazione di miglioramento della qualità, e il rispetto del CI, generando confusione con le BFI.[20] Gran parte delle associazioni firmatarie del PAA si erano impegnate fin dal 2004 a proporre al loro interno percorsi di informazione e formazione rivolti a promuovere gli obiettivi della Dichiarazione degli Innocenti del 1990,[21] BFHI e CI compresi.

È dimostrato che i conflitti di interessi derivanti dai rapporti con l'industria contribuiscono a ridurre i tassi di allattamento, considerato che il marketing della formula rappresenta il primario interesse delle ditte. Vari rapporti dell'OMS e dell'UNICEF nel 2022,[22,23] e una recentissima serie di articoli del Lancet,[24-26] hanno evidenziato il forte ruolo del marketing aggressivo e poco etico di un'industria che vi dedica ogni anno circa il 10% dei \$55 miliardi del suo volume d'affari, con un aumento di quasi 40 volte in 40 anni.

Il Nurturing Care Framework OMS-UNICEF del 2018 riporta il CI e le BFI quali modelli di riferimento per l'alimentazione infantile.[27] Il rapporto OMS/UNICEF del febbraio 2022 conclude che dobbiamo “mettere i bambini e le bambine al di sopra dei profitti”.[22] Ci preme ricordare a questo proposito che, in seguito alla pubblicazione di questo rapporto, alcune associazioni pediatriche italiane hanno sollecitato un intervento legislativo per regolamentare il marketing digitale aggressivo.[28]

In Italia, i recenti dati della Sorveglianza Bambini 0-2 anni hanno evidenziato elevati tassi di allattamento nelle Regioni e Province Autonome che seguono le BFI, diversamente da quanto avviene nelle Regioni dove esistono aziende sanitarie che hanno adottato solo politiche sull'allattamento.[29]

Fonti di dati e informazioni usate

1. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2021 A cura di Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica Anno 2022 Periodo di riferimento 2021 https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=3264
2. Promozione dell'allattamento e della salute materno-infantile: nuovo accordo tra Iss e Unicef https://www.iss.it/news/-/asset_publisher/gJ3hFqMQsykM/content/id/5715919
3. Comitato italiano per l'UNICEF Insieme per l'allattamento <https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/>
4. Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=25229>
5. Ministero della Salute. Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita: Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future. Roma: Ministero della Salute; 2019. https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3120
6. Comitato italiano per l'UNICEF Comunità Amica <https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/comunita-amica-bambini/>
7. Comitato italiano per l'UNICEF. Ospedale Amico <https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/ospedale-amico-bambini/>
8. Comitato italiano per l'UNICEF. Corsi di Laurea Amici dell'Allattamento <https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/corsi-di-laurea-allattamento/>
9. Mappa Italia Amica <https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/mappa-italia-amica/>
10. Comitato italiano per l'UNICEF. Baby Pit Stop <https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/baby-pit-stop/>
11. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. 2020. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf
12. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie Generale n. 65 del 18 marzo 2017. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/03/18/65/so/15/sg/pdf>

13. Promozione dell'allattamento, firmato Protocollo d'Intesa tra Ministero della Salute e UNICEF Italia
<https://www.unicef.it/media/promozione-dell-allattamento-firmato-protocollo-d-intesa-tra-ministero-della-salute-e-unicef-italia/>;
https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5701
14. Promozione dell'allattamento e della salute materno-infantile: nuovo accordo tra Iss e Unicef
https://www.iss.it/news/-/asset_publisher/gJ3hFqMQsykM/content/id/5715919
15. Comitato Italiano per l'UNICEF – Fondazione Onlus (2022) Insieme per l'allattamento: Guida all'applicazione dei Passi per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento nelle strutture del percorso nascita Edizione 2022
<https://www.datocms-assets.com/30196/1654092830-guida-bfi.pdf>
16. Comitato Italiano per l'UNICEF – Fondazione Onlus (2022) Insieme per l'allattamento: “Kit per la verifica della competenze di operatrici e operatori https://www.datocms-assets.com/30196/1648736407-kit_verifica_competenze_ita.pdf
17. Giusti A, Chapin EM, Spila Alegiani S, Marchetti F, Sani S, Preziosi J, Colaceci S, Zambri F. Prevalence of breastfeeding and birth practices during the first wave of the COVID-19 pandemic within the Italian Baby-Friendly Hospital network. What have we learned? *Ann Ist Super Sanita*. 2022 Apr-Jun;58(2):100-108. doi: 10.4415/ANN_22_02_05. PMID: 35722796 https://www.iss.it/documents/20126/0/ANN_22_02_05.pdf
18. Dichiarazione degli Innocenti 2005 sull'alimentazione dei neonati e dei bambini <https://www.unicef-irc.org/publications/441-dichiarazione-degli-innocenti-2005-sullalimentazione-dei-neonati-e-dei-bambini.html>
19. SIN, SIP, SIGO et al. Politica aziendale sull'allattamento (PAA): Un progetto inter-societario di promozione della salute materno-infantile. 2022 <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1664443327.pdf>
20. Guedes Araújo R, de Matos Fonseca V, Couto de Oliveira MI, Gonçalves Ramos E. External evaluation and self-monitoring of the Baby-friendly Hospital Initiative's maternity hospitals in Brazil. *Int Breastfeed J*. 2019;14:1 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30627208>
21. UNICEF, Organizzazione Mondiale della Sanità. Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno. (Eds.). WHO/UNICEF policymakers' meeting on “Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative” Spedale degli Innocenti, Florence, Italy, 30 July-1 August, 1990. 30 July-1 August, 1990. Ginevra: UNICEF/OMS; 1990 <https://www.unicef.it/publicazioni/unicef-irc-protezione-promozione-esostegno-dell-allattamento-al-seno/>
22. World Health Organization, UNICEF. How the marketing of formula milk influences our decisions on infant feeding. Geneva: World Health Organization and UNICEF; 2022 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044609>
23. World Health Organization. Scope and impact of digital marketing strategies for promoting breastmilk substitutes. 2022 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240046085>
24. Rollins N, Piwoz E, Baker P et al. Marketing of commercial milk formula: a system to capture parents, communities, science, and policy. *Lancet*. 2023;401:486-502 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36764314>
25. Baker P, Smith JP, Garde A et al. The political economy of infant and young child feeding: confronting corporate power, overcoming structural barriers, and accelerating progress. *Lancet*. 2023;401:503-524 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36764315>
26. Pérez-Escamilla R, Tomori C, Hernández-Cordero S et al. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *Lancet*. 2023;401:472-485 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36764313>
27. World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care per lo sviluppo infantile precoce: un quadro di riferimento per salvaguardare la salute di bambini e bambine, per promuovere la loro crescita e sviluppo e trasformare il futuro accrescendo il loro potenziale umano. 2018 <https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/materiali-bfi/>
28. Latte artificiale. Dopo la denuncia Oms su approccio promozionale aggressivo delle aziende, Pediatri e Neonatologi chiedono regole più stringenti per il marketing digitale. *Lavoro e Professioni* 2022 https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=104576
29. Istituto Superiore di Sanità. Sorveglianza bambini 0-2 anni: Indagine 2022: i risultati. 2023 <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/indagine-2022-risultati>

Conclusioni

L'iniziativa italiana Insieme per l'Allattamento si basa sui programmi dell'OMS e dell'UNICEF e su azioni previste nei piani sanitari nazionali e regionali. Prevede la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento e del rapporto genitore-figlio attraverso la collaborazione con i servizi sanitari, sociosanitari ed educativi pubblici per migliorare l'assistenza nel percorso nascita e nei corsi di laurea che formano il personale che lavorerà con le donne in gravidanza e le famiglie. Rappresenta un'azione integrata che coinvolge tutto il percorso nascita, in modo che i genitori e i loro bambini e bambine abbiano accesso tempestivo a una rete di sostegno continuativa tra il personale del punto nascita e dei servizi territoriali, i gruppi di sostegno e la comunità locale.

Questo obiettivo deve essere raggiunto attraverso la creazione di un ambiente consapevole, che permetta alle donne di allattare o di scegliere un sostituto in maniera informata.

Carenze e lacune

1. Non c'è un accordo ufficiale tra MS e UNICEF Italia per l'attuazione a livello nazionale delle BFI.
2. Non ci sono finanziamenti dedicati per le BFI in ospedali e comunità.
3. Non c'è un riconoscimento ufficiale da parte del Governo dello stato di struttura sanitaria Baby Friendly (per esempio, mediante l'inclusione dei passi BFI nei sistemi di accreditamento e valutazione della qualità, nei piani finanziari o in altri tipi di incentivi).
4. Ospedali, comunità e corsi di laurea Baby Friendly sono ancora pochi e ubicati prevalentemente al nord e al centro del Paese. Non ci sono ancora strutture Baby Friendly al sud, anche se molte hanno iniziato il processo di accreditamento e molte di più hanno espresso un interesse.

Raccomandazioni

1. C'è bisogno di un accordo nazionale tra MS e UNICEF Italia per mettere in pratica le BFI a livello nazionale.
2. È necessario un finanziamento nazionale dedicato per la messa in pratica delle BFI.
3. Nel PNE dovrebbero essere inclusi standard basati sui tassi di allattamento e sull'applicazione dei passi BFI per tutte le strutture sanitarie.
4. È essenziale modificare i curricula per la formazione pre- e post-laurea di tutto il personale della salute che si occupa di madri, padri, neonate e neonati e prima infanzia: professioni e specializzazioni di ambito medico, ostetrico, infermieristico (compresa infermieristica pediatrica), psicologico, nutrizionale, farmaceutico, ecc. Tale formazione deve essere in linea con le BFI e rispettare il CI e le successive risoluzioni.

Indicatore 3. Implementazione del Codice Internazionale

Domande chiave. Il Codice Internazionale e le successive pertinenti Risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Salute sono adottati e messi in pratica? È stata presa qualche nuova misura per attuare le disposizioni del Codice Internazionale?

Criteri per la valutazione e il punteggio

La Tabella mostra i 13 criteri per la valutazione; il punteggio massimo è 10.

Criteri per la valutazione (<i>misure legali in atto nel Paese</i>)	√ Spuntare
3a: Stato del Codice Internazionale	
3.1 Nessuna misura	0
3.2 Si sta considerando che misure prendere	0.5
3.3 Misure nazionali in attesa di approvazione (da non più di 3 anni)	1
3.4 Alcune disposizioni del Codice su base volontaria	1.5
3.5 Tutte le disposizioni del Codice su base volontaria	2
3.6 Direttive o circolari amministrative per la messa in pratica del Codice o di una sua parte nelle strutture sanitarie, con sanzioni amministrative	3
3.7 Alcuni articoli del Codice come Legge	4√
3.8 Tutti gli articoli del Codice come Legge	5
3.9 Disposizioni pertinenti delle Risoluzioni AMS incluse nella legislazione nazionale:*	
a) Disposizioni basate su almeno 2 Risoluzioni AMS	5.5
b) Disposizioni basate su tutte e 4 le Risoluzioni AMS	6
3b: Messa in pratica della legislazione sul Codice Internazionale	
3.10 La Legge prevede un sistema di monitoraggio	1√
3.11 La Legge prevede sanzioni e multe per le violazioni	1√
3.12 Il rispetto della Legge è verificato sistematicamente e le violazioni sono riportate alle autorità competenti	1
3.13 Le violazioni di Legge sono state sanzionate negli ultimi 3 anni	1
Punteggio totale (3a + 3b)	6/10

* Le seguenti Risoluzioni AMS dovrebbero essere incluse nella legislazione nazionale, o applicate per Decreto, per spuntare questi punteggi:

1. Forniture gratuite o a basso prezzo di sostituti del latte materno non permesse (AMS 47.5)
2. Alimenti complementari etichettati, raccomandati, commercializzati e rappresentati per uso dai 6 mesi in poi (AMS 49.15)
3. Affermazioni promozionali su salute e nutrizione degli alimenti per lattanti e bambine/i proibiti (AMS 58.32)
4. Etichette di formule in polvere con allerte sul rischio di contaminazione intrinseca e istruzioni standard FAO/OMS per la ricostituzione e l'uso (AMS 58.32, 61.20)

Contesto

La normativa italiana più recente è rappresentata dal DM 82/2009,[1] che però non recepisce interamente il CI e proibisce soltanto la pubblicità della formula infantile di tipo 1, per lattanti fino ai 6 mesi di età. La pubblicità di tutti gli altri tipi di formula, nonché quella di tisane, acqua, pappe, omogeneizzati, biberon, tettarelle, ciucci e qualsiasi altro prodotto relazionato con l'alimentazione di lattanti e bambine/i, è permessa. Il DL 84/2011 prevede le sanzioni per le violazioni del suddetto DM 82/2009.[2] In Italia, come anche in tutti gli altri Paesi dell'UE, sono in vigore anche i due regolamenti 127/2016 e 128/2016;[3,4] ciò non comporta alcuna differenza in termini di proibizione della pubblicità di prodotti relazionati con l'alimentazione di lattanti e bambine/i.

Le Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento stabiliscono che il MS lo riconosce come il modo di alimentazione fisiologica e normale nella prima infanzia, nonché portatore di benefici per la salute, riconoscendo che l'allattamento è un diritto fondamentale dei bambini, delle bambine, delle mamme e dei padri e impegnando quindi il Governo a sostenere le attività delle regioni per la formazione del personale sanitario e sociale, secondo le raccomandazioni dell'OMS e dell'UNICEF.[5] Le stesse Linee di indirizzo impegnano anche le regioni e le Istituzioni sanitarie a rispettare il CI, in contraddizione quindi con la legislazione sopra citata.

In Italia, individualmente o attraverso associazioni, si possono segnalare le violazioni seguendo il percorso di segnalazione/violazione del DM 82/2009 inserito sul sito del MS,[6] oppure contattando direttamente IBFAN Italia. Da oltre 20 anni questa associazione raccoglie le violazioni del CI e della Legge, le organizza, le trasmette al TAS e a IBFAN internazionale, e pubblica, con cadenza tri- o quadriennale, un'analisi delle medesime. IBFAN Italia, inoltre, scrive alle aziende produttrici e distributrici che violano CI e Legge. Ove necessario, alla segnalazione segue una denuncia alle autorità competenti.

Il documento OMS/UNICEF/IBFAN sullo stato di applicazione del CI nel mondo al 2022 assegna all'Italia, come a tutti gli altri Paesi dell'UE, un punteggio di 32/100, superiore solo a quello di Paesi che non hanno ancora una legislazione sul CI.[7]

Fonti di dati e informazioni

1. DM 9 Aprile 2009 n. 82 del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali in accordo con il Ministero dello Sviluppo Economico, in attuazione della Direttiva 2006/141/EC, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 7 luglio 2009 www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=29174
2. D.lgs. 19 Maggio 2011 n. 84, Sanzioni per le violazioni del DM 9 Aprile 2009, n. 82 www.altalex.com/documents/leggi/2011/08/30/decreto-legislativo-19-05-2011-n-84
3. COMMISSION DELEGATED REGULATION (EU) 2016/127 of 25 September 2015 supplementing Regulation (EU) No 609/2013 of the European Parliament and of the Council as regards the specific compositional and information requirements for infant formula and follow-on formula and as regards requirements on information relating to infant and young child feeding <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0127&from=EN>
4. COMMISSION DELEGATED REGULATION (EU) 2016/128 of 25 September 2015 supplementing Regulation (EU) No 609/2013 of the European Parliament and of the Council as regards the specific compositional and information requirements for food for special medical purposes, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0128&from=EN>
5. Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=25229>
6. Ministero della Salute. Marketing degli alimenti per l'infanzia: violazioni del D.M. 82/2009 www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2416_allegato.pdf
7. WHO/UNICEF/IBFAN. Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the International Code, Status report 2022. World Health Organization, Geneva, 2022 www.who.int/publications/i/item/9789240048799

Conclusioni

L'Italia, come tutti i Paesi dell'UE, applica solo i regolamenti UE. I Governi potrebbero andare oltre questi regolamenti, integrando tutte le disposizioni del CI nella loro legislazione nazionale. Non si prevede per il momento alcun miglioramento dei regolamenti UE in direzione di una maggiore adesione alle disposizioni del CI.

Carenze e lacune

1. Mancando una legislazione relativa al marketing dei prodotti che non siano la formula di tipo 1, spesso genitori e consumatori si confondono. Per i prodotti diversi dalla formula tipo 1 sono permesse affermazioni promozionali su salute e nutrizione. Il marketing degli alimenti complementari, dei biberon e delle tettarelle non è regolato. Al momento il Governo non

mostra alcuna intenzione di ampliare la Legge prendendo in considerazione di inserirvi altri prodotti coperti dal CI.

2. Non esiste un sistema pubblico e indipendente di monitoraggio della messa in pratica del CI, né un sistema strutturato per notificare e sanzionare le violazioni, e nemmeno un'indicazione su come pagare le multe, se applicate. Al momento di scrivere questo resoconto non si hanno notizie di sanzioni e multe applicate in base al DL 19 Maggio 2011 n. 84.
3. Le aziende produttrici e distributrici di prodotti coperti dal CI possono sponsorizzare eventi di formazione o educazione medica, e altre attività delle associazioni professionali.
4. In generale, chi detiene incarichi politici, le direzioni e amministrazioni e il personale della salute non sono consapevoli né informati né formati sul CI.
5. Le violazioni rilevate e segnalate, da genitori e personale attento e informato, in punti vendita e negozi, oppure online, sui mezzi di comunicazione (radio, televisione, internet), riguardano sia la Legge italiana che il CI. Sono prevalenti le violazioni dell'articolo 5: contatti diretti tra le donne/coppie e le ditte: attraverso applicazioni da scaricare sul telefono, vari *social media* e siti commerciali, le ditte creano relazioni a lungo termine, garantendosi la fiducia delle mamme, specie alla prima esperienza.

Raccomandazioni

1. Il Governo italiano dovrebbe integrare tutte le disposizioni del CI nella legislazione nazionale, far rispettare la sua applicazione in base alla guida OMS del 2016 su come porre termine alle promozioni inappropriate degli alimenti per l'infanzia, e creare un sistema pubblico e indipendente di monitoraggio delle violazioni.
2. Chi detiene incarichi politici, le direzioni e amministrazioni dovrebbero essere resi consapevoli dell'importanza del CI e del ruolo che devono giocare per la sua messa in pratica, compresa una migliore legislazione, con monitoraggio e finanziamenti.
3. Tutti i settori di Governo (salute, lavoro e commercio), il personale in ambito sanitario e le loro associazioni, nonché gli organismi investitori, dovrebbero assumersi le proprie responsabilità ed esercitare la loro influenza per insistere su pratiche che diano priorità a bambine e bambini e ai genitori e non agli interessi commerciali.
4. La formazione e la competenza tecnica sul CI dovrebbero essere estese a tutto il personale della salute coinvolto, compresa l'educazione pre- e post-laurea.
5. Il personale sanitario dovrebbe chiedere alle proprie associazioni professionali di eliminare tutti i legami finanziari con entità produttrici e distributrici di prodotti coperti dal CI, per evitare qualsiasi conflitto di interessi.
6. La partecipazione e il ruolo delle ONG nel TAS, e in un futuro e auspicabile CNA, dovrebbero essere rafforzati.

Indicatore 4. Protezione della maternità

Domanda chiave. C'è una legislazione e ci sono altre misure (politiche, regolamenti, pratiche) che soddisfino o vadano oltre gli standard dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL) per proteggere e sostenere l'allattamento per le madri e i padri, compresi i genitori che lavorano nel settore informale?

Criteri per la valutazione e il punteggio

La Tabella mostra i 10 criteri per la valutazione; il punteggio massimo è 10.

Criteri per la valutazione	√ Spuntare
4.1 Le donne coperte dalla legislazione nazionale sono tutelate con le seguenti settimane di congedo retribuito di maternità: a. inferiore a 14 settimane b. da 14 a 17 settimane c. da 18 a 25 settimane d. uguale o superiore a 26 settimane	a=0.5 b=1 c=1.5√ d=2
4.2 La legislazione nazionale prevede almeno una pausa di allattamento o una riduzione delle ore di lavoro? a. pausa non retribuita b. pausa retribuita	a=0.5 b=1√
4.3 La legislazione nazionale obbliga le persone datrici di lavoro del settore privato a: a. dare almeno 14 settimane di congedo di maternità retribuito b. pause di allattamento retribuite	a=0.5√ b=0.5√
4.4 La legislazione nazionale include disposizioni che prevedono spazi per l'allattamento e/o la custodia di bambine/i nei luoghi di lavoro nel settore formale. a. spazio per l'allattamento/spremitura del latte materno b. custodia di bambine/i	a=1 b=0.5√
4.5 Le donne nel settore informale/non organizzato e nel settore agricolo hanno: a. alcune misure di protezione b. la stessa protezione delle donne che lavorano nel settore formale	a=0.5 b=1
4.6 a. Informazioni accurate e complete su Leggi, regolamenti o politiche di protezione della maternità sono messe a disposizione dei lavoratori e delle lavoratrici dalle persone datrici di lavoro sin dall'inizio. b. Esiste un sistema per monitorare la conformità alla normativa e un modo per i lavoratori di sporgere denuncia se i loro diritti non sono forniti.	a=0.5 b=0.5√
4.7 Il congedo di paternità è concesso nel settore pubblico per almeno 3 giorni.	Si=0.5√ No=0
4.8 Il congedo di paternità è concesso nel settore privato per almeno 3 giorni.	Si=0.5√ No=0
4.9 Esiste una legislazione che prevede la protezione della salute delle lavoratrici in gravidanza e in allattamento: esse sono informate sulle condizioni di pericolo sul luogo di lavoro e svolgono un lavoro alternativo allo stesso salario fino a quando non sono più in stato di gravidanza o allattamento.	Si=0.5√ No=0
4.10 Esiste una legislazione che vieta la discriminazione in materia di occupazione e garantisce la protezione delle lavoratrici durante l'allattamento.	Si=1√ No=0
Punteggio totale	7/10

Note e osservazioni sui criteri di valutazione

4.2 Ci sono importanti differenze di trattamento tra le varie categorie di lavoratrici, e anche tra genitori appartenenti alla stessa categoria.

4.3 Ci sono discipline specifiche per vari tipi di impiego (lavoratrice autonoma, parasubordinata o indipendente). Per rendere più omogenea la protezione, chi legifera estende gradualmente le forme di protezione in atto ad altri tipi di lavoratrici; questa operazione, tuttavia, non sembra ancora conclusa e non sembra sufficiente a comprendere del tutto i bisogni dei genitori che appartengono a diverse categorie.

4.4 L'articolo 70 della Legge 448 del 2001 prevede la creazione di un fondo per realizzare nidi d'infanzia sui luoghi di lavoro al fine di facilitare i genitori nel conciliare esigenze di lavoro ed esigenze famigliari. In realtà, tuttavia, questa legislazione è scarsamente applicata a causa delle difficoltà nell'ottenere i limitati finanziamenti disponibili o i prestiti relativi a questo tipo di progetti.

4.7 Congedo di paternità significa che il padre può restare a casa con il bambino o bambina per l'intera durata del congedo di maternità o per la parte residua non goduta dalla madre lavoratrice in casi specifici. Al fine di promuovere una cultura di maggiore condivisione della cura all'interno della coppia, l'ultima riforma delle pensioni prevede che il padre lavoratore abbia il diritto di chiedere 10 giornate consecutive pagate di assenza dal lavoro durante i primi 5 mesi di vita del bambino. Anche il Decreto Legislativo n. 80/2015 (una delle 4 misure del *Jobs Act*) prevede la richiesta di congedo da parte del padre, anche se la madre è una lavoratrice autonoma.

4.8 La Legge si rivolge a tutte le persone datrici di lavoro, incluse quelle delle pubbliche amministrazioni e del settore privato, le lavoratrici parasubordinate e quelle con contratti di apprendistato o componenti di cooperative.

4.9 Ma solo fino a 7 mesi dopo la nascita; la proibizione del lavoro notturno copre solo il primo anno di vita.

4.10 Le lavoratrici non possono essere trasferite solo durante il primo anno di vita del bambino o bambina. Le pause allattamento raddoppiano in caso di nascita gemellare, adozione o custodia di almeno due bambine o bambini anche non gemelli e anche se entrano in famiglia in date diverse.

Contesto

Le donne hanno diritto a un sostegno adeguato a poter allattare i loro bambini e bambine. I Paesi sono obbligati ad applicare i diritti sanciti da Convenzioni internazionali, tra le quali assumono particolare importanza quelle dell'OIL. Nel 2020, a seguito della pandemia da Covid-19, sono stati più di settantamila i posti di lavoro persi dalle donne, a fronte di un aumento dell'occupazione maschile di sessantamila unità.[1] Anche alla fine del periodo pandemico, quando a giugno 2021 sono state rimosse le misure di contenimento emergenziali, le differenze di genere, pur ridotte, sono rimaste più alte rispetto al periodo pre-pandemia.[2] La maternità ha un impatto significativo anche sulla probabilità di ricoprire un ruolo dirigenziale, con una penalità in termini di opportunità di carriera delle madri rispetto alle donne senza figli o figlie.[3] In Italia le madri con un titolo di studio inferiore hanno maggiore probabilità di lasciare il mercato del lavoro all'arrivo di un figlio o figlia, mentre chi è maggiormente istruita rimane occupata pur vedendo la sua carriera rallentata.[4] Osservando l'occupazione per intervalli che rappresentano le fasce di reddito, c'è una maggiore concentrazione dell'occupazione femminile in alcuni settori (segnatamente quello dei servizi e quello pubblico), prestazioni di lavoro più contenute (minor numero di ore lavorate e maggiore part-time) e difficoltà di accesso a ruoli di responsabilità e di carriera.[5] Reddito basso (e lavoro part-time) sono legati anche al numero di figli e figlie: il 38,5% delle donne nel percentile di reddito più basso ne ha due o più, mentre per gli uomini la quota si ferma al 15%. Il legame tra lavoro sicuro e fecondità è cruciale; il lavoro a termine caratterizza maggiormente le donne senza figli e le giovani con due figli, per le quali prevalgono le dimensioni di inattività o disoccupazione. Divari salariali e precarietà contrattuale insieme penalizzano le giovani donne e creano un mercato del lavoro che poco favorisce la programmazione della genitorialità.

Il lavoro di cura, oltre ad essere prezioso per il benessere e la crescita di figli e figlie, ha anche una valenza economica. È stato incluso dall'OIL tra le componenti cruciali per il futuro economico del mondo, chiarendone l'equivalenza in termini di importanza rispetto al lavoro retribuito. Ci sono varie definizioni del lavoro di cura, a seconda delle mansioni che questo prevede. L'OIL distingue tra due attività, quelle dirette e quelle indirette. Tra le prime rientrano le attività di cura personale e relazionale, come allattare un bambino/a o prendersi cura di un partner ammalato; tra le seconde rientrano attività pratiche come cucinare e pulire. Secondo l'OIL, in Italia, le donne dedicano al giorno 5 ore e 5 minuti di lavoro non retribuito di assistenza e cura, mentre gli uomini solo 1 ora e 48 minuti. Il 74% del totale delle ore di lavoro non retribuito di assistenza e cura grava pertanto sulle spalle delle donne. Anche quando le donne contribuiscono al reddito e al lavoro tanto quanto gli uomini, sono loro a farsi carico della maggior parte del lavoro di cura. Le donne lavoratrici contribuiscono con 2,8 ore in più al giorno rispetto agli uomini, un divario che sale a 4,2 quando ci sono bambini o bambine in casa.[6]

Il netto squilibrio di genere che caratterizza da dieci anni le dimissioni volontarie post nascita è confermato, anche se è andato notevolmente a ridursi nel tempo.[7] Secondo l'indagine INAPP,[5] l'alternativa alla cura dei genitori per chi ha figli o figlie minori sono i nonni e le nonne, a cui ricorre il 57,9% dei genitori. Si tratta di una soluzione ritenuta economicamente vantaggiosa, altamente flessibile in termini di orari e adattabilità alle esigenze, anche legate alla mobilità. Un gruppo che merita attenzione sono le famiglie monogenitoriali, che in un terzo dei casi erano nel 2021 a rischio di povertà ed esclusione. Le famiglie monogenitoriali sono aumentate nel tempo da meno di 1,8 milioni nel 2000 a circa 2,9 milioni nel 2021, il 17% del numero totale di nuclei famigliari, e nell'80% dei casi sono composte da madri single.[8] Secondo uno studio comparato,[9] si stima che in Italia le madri single siano per il 44% in condizione di povertà, e questa ancora una volta cresce al variare del livello di istruzione. Le madri single sono equamente distribuite tra i livelli di istruzione, ma la povertà è diffusa al 65% in caso di basso livello di istruzione, 37% se il livello di istruzione è medio, 13% tra le madri single altamente istruite. Queste madri sono spesso doppiamente svantaggiate nel mercato del lavoro, in quanto la loro situazione occupazionale è limitata non solo dalla loro bassa istruzione, ma anche dalle difficoltà di combinare il lavoro retribuito con le responsabilità famigliari.[2]

Il PNRR identifica la parità di genere come obiettivo trasversale di tutte le misure in cui si articola. Un ruolo centrale è rappresentato dall'occupazione delle donne, avendo come obiettivo la rimozione delle disuguaglianze di genere, condizione che ha subito per le donne un deterioramento a causa della pandemia: bassa partecipazione al mondo del lavoro, più elevato tasso di disoccupazione, gap salariale, difficoltà nella progressione di carriera, difficile equilibrio tra il lavoro di cura nella famiglia e l'attività lavorativa, scarso numero di donne imprenditrici. E ancora, le donne subiscono diverse forme di discriminazione: bullismo, sessismo nei luoghi di lavoro, violenza e femminicidio. Occorre però rilevare come la nozione di genere usata dal PNRR riguardi esclusivamente le donne, mentre è noto come la discriminazione possa nascere non solo dal genere, ma da ulteriori identità che a quella si associano, come il colore della pelle, la disabilità, la migrazione. E invero, l'intersezionalità rappresenta una delle maggiori sfide al sistema di tutela dei diritti umani e uno dei passaggi cruciali della Strategia 2020-2025 dell'UE.

Altre informazioni utili

L'articolo 4, comma 24, lettera a), della Legge 28 giugno 2012, n. 92 ha istituito il congedo obbligatorio e il congedo facoltativo, fruibili dal padre lavoratore dipendente anche adottivo e affidatario, entro e non oltre il quinto mese di vita del figlio. La legge di bilancio 2022 ha stabilizzato entrambi i congedi del padre, pertanto, a partire dal 2021, i congedi non sono più sperimentali e i padri lavoratori dipendenti possono fruirne in caso di nascita, adozione, affidamento o collocamento temporaneo di minori, ma anche in caso di morte perinatale del figlio o figlia. L'idea è armonizzare i tempi di vita e quelli di lavoro, attuando la Direttiva UE 2019/1158.

La dotazione finanziaria per il congedo di paternità non incide su quello di maternità. In Italia possono fruire dei congedi i padri lavoratori dipendenti, anche adottivi, affidatari o collocatari entro e non oltre il quinto mese dalla nascita o dall'ingresso in famiglia, o in Italia in caso di adozione nazionale o internazionale, oppure dall'affidamento. Il congedo obbligatorio è fruibile dal padre entro il quinto mese di vita del bambino (o dall'ingresso in famiglia/Italia in caso di adozioni nazionali/internazionali oppure dall'affidamento o dal collocamento temporaneo) e quindi durante il congedo di maternità della madre lavoratrice o anche successivamente, purché entro il limite temporale sopra richiamato. Tale congedo si configura come un diritto autonomo e pertanto è aggiuntivo a quello della madre e spetta comunque indipendentemente dal diritto della madre al proprio congedo di maternità. Il congedo obbligatorio è riconosciuto anche al padre che fruisce del congedo di paternità ai sensi dell'articolo 28, Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151. Ai padri lavoratori dipendenti spettano dieci giorni di congedo obbligatorio, che possono essere goduti anche in via non continuativa, per gli eventi parto, adozione o affidamento avvenuti successivamente al 1° gennaio 2021. I congedi obbligatorio e facoltativo per il papà sono stati introdotti inizialmente per il triennio 2013-2015, poi per gli anni successivi fino al 2021 le misure sono state confermate e modificate annualmente dalla Legge di bilancio e infine con la Legge di bilancio 2022, i congedi sono stati introdotti in modalità stabile con Decreto Legislativo n. 105/2022.

Il Congedo parentale, in sintesi, è l'astensione facoltativa dei genitori, i mesi di congedo indennizzato totali tra i due genitori sono aumentati, passando dai 6 previsti dalla precedente normativa a 9 mesi. Al fine di aumentare i congedi usati dal padre, sono stati aumentati fino a 11 i mesi complessivi indennizzabili, nel caso in cui sia il padre a usufruirne per un periodo intero o frazionato non inferiore ai tre mesi (in caso di rinuncia dei tre mesi del padre questi non sono trasferibili). Il congedo parentale può essere richiesto dalla madre e dal padre lavoratore per un periodo continuativo o frazionato non superiore a 6 mesi. Può essere richiesto per la sua intera durata, in maniera frazionata o a ore. L'età della figlia o del figlio entro la quale i genitori, anche adottivi e affidatari, possono usufruire del congedo parentale è stata elevata da 6 a 12 anni. Il genitore solo aumenta il congedo da 10 a 11 mesi. Rimane la copertura del 30% dello stipendio per i congedi parentali, ma, a differenza del passato, senza riduzione di ferie, riposi, tredicesima mensilità o gratifica natalizia.

Diventa strutturale, dal 2022, il congedo di paternità sia obbligatorio che facoltativo, ed è confermata la durata pari, rispettivamente, a 10 giorni e a un giorno, retribuiti al 100%. Sono previste sanzioni per le aziende che adottano nei confronti del padre lavoratore comportamenti atti a ostacolare o a impedire la fruizione del congedo. Relativamente al congedo parentale nella Legge di bilancio 2023 è stato previsto un mese in più di congedo facoltativo e retribuito all'80%, usabile da uno dei due genitori (in via alternativa) fino ai sei anni di vita del figlio o figlia. È stato esteso il diritto all'indennità di maternità in favore delle lavoratrici autonome e delle libere professioniste ai due mesi antecedenti il parto in caso di gravidanza a rischio, e al congedo parentale per i padri lavoratori autonomi, per un massimo di tre mesi. Il decreto, inoltre, estende l'indennità al 30% della retribuzione per tutto il periodo di prolungamento del congedo in caso di figlie e figli con disabilità grave accertata.

Fonti di dati e informazioni usate

1. <https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-e-statistiche/Documents/Il%20mercato%20del%20lavoro%20dati%20e%20analisi%20-%20gennaio%202023/MLPS-Bankitalia-Anpal-gennaio-2023.pdf>
2. <https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/le-equilibriste-la-maternita-in-italia-2022>
3. <https://lavoce.info/archives/68034/donna-e-manager-la-parita-non-arriva-da-un-voucher/>
4. Cantalini S. Famiglia e disuguaglianza. Matrimonio, fecondità e posizione sociale nell'Italia contemporanea. Franco Angeli, Milano, 2019
5. https://oa.inapp.org/bitstream/handle/20.500.12916/3827/Bergamante_Mandrone_Rapporto-Plus2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_633135/lang--en/index.htm
7. <https://www.ispettorato.gov.it/attivita-studi-e-statistiche/monitoraggio-e-report/relazioni-annuali-sulle-convalide->

8. Guetto R, Pirani E, Lodetti P. The wellbeing of single parents in Italy before and after the COVID-19 pandemic. Rivista Italiana di Economia Demografia e Statistica; LXXV (4), Ottobre-Dicembre 2021
9. LIS data 2010–14, in Härkönen, J. Single-mother poverty: how much do educational differences in single motherhood matter? in The Triple Bind of Single-Parent Families, Bristol, UK: Policy Press, 2018

Conclusioni

La protezione delle lavoratrici è garantita per le madri che sono assunte come dipendenti, non allo stesso modo per le donne che lavorano come lavoratrici autonome, libere professioniste, imprenditrici. La legislazione nazionale non prevede la creazione di strutture di cura presso luogo di lavoro e/o scuole materne sul posto di lavoro. Pur garantendo la legislazione il congedo di paternità, spesso questo è considerato dai genitori complementare o alternativo a quello della madre. Questo indica come il lavoro di cura sia ancora poco considerato e valorizzato, per cui la normativa non riesce da sola a produrre i mutamenti culturali necessari.

Le tutele previste per la gravidanza si estendono anche alle lavoratrici e lavoratori stranieri che risiedono in Italia, poiché si segue la stessa disciplina valida per cittadine e cittadini italiani. In alcuni casi, gli strumenti a sostegno della famiglia sono messi a disposizione direttamente dall'INPS. Per il periodo di gravidanza e per quello immediatamente successivo sono riconosciute delle garanzie. Queste permettono, per esempio:

- di ricevere un trattamento economico per il periodo di assenza dal luogo di lavoro;
- il divieto di licenziamento, a causa della gravidanza, a meno di particolari ipotesi di comportamenti scorretti o per termine del contratto di lavoro;
- il divieto di lavoro notturno;
- l'assistenza delle figlie e dei figli fino al raggiungimento dei 12 anni di età, o quando dovessero essere portatori di handicap grave.

Per la lavoratrice in gravidanza è obbligatorio astenersi dal lavoro per un determinato periodo di tempo e lo Stato tutela la sua condizione garantendo questi diritti. Alcune delle tutele previste sono estese anche al padre. Un esempio è il congedo di paternità obbligatorio di 10 giorni, fruibile tra i due mesi precedenti alla data presunta del parto e i cinque mesi successivi.

Una lavoratrice straniera in Italia ha diritto allo stesso trattamento economico previsto per le lavoratrici italiane, anche se lavora da poco nel territorio nazionale e quindi non ha maturato contributi. C'è un'eccezione a questa regola: le lavoratrici agricole, domestiche e famigliari, che devono aver versato i contributi per avere diritto alla maternità. Le misure a favore dei genitori sono molte e coincidono spesso con quelle previste per i soggetti con cittadinanza italiana:

- astensione obbligatoria dal lavoro, per una durata di 5 mesi;
- assegno di maternità, la cui disciplina è recentemente stata modificata in ottica di un ampliamento della platea di beneficiari, con lavori atipici e discontinui; questo assegno è erogato per ogni figlia o figlio nato, per ogni minore adottata/o o in affidamento;
- congedi di maternità/paternità;
- concessione di permessi per visite mediche.

Nell'ottica di una maggiore tutela della madre e del/la nascituro/a, lo Stato prevede l'impossibilità dell'espulsione della cittadina priva del permesso di soggiorno in stato di gravidanza, fino a sei mesi dopo la nascita. Alla donna in gravidanza la Questura rilascia un permesso di soggiorno speciale, per effettuare le dovute cure mediche. Anche il padre del bambino o bambina ha diritto al permesso di soggiorno. Tutte le visite e le cure per la gravidanza, infine, sono gratuite, e quindi escluse dall'obbligo di pagamento del ticket, anche per le donne non in regola con il permesso di soggiorno.

Carenze e lacune

1. Sono ancora in via di adozione i Decreti attuativi del Family Act, in particolare le misure di sostegno all'educazione di figli e figlie, tra cui contributi alle famiglie per la copertura (anche

totale) del costo delle rette per la frequenza dei servizi educativi per l'infanzia e degli asili, rimborsi sull'acquisto dei libri e per le attività sportive-culturali.

2. Non sono ancora state assunte e normate le indicazioni presenti nella politica nazionale in materia di allattamento.
3. Non esistono campagne che valorizzino il lavoro di cura, in particolare femminile.
4. Non vi sono asili nido (per esempio nelle università) o aree per la spremitura e la conservazione del latte materno in ambienti di lavoro pubblici e privati, con la rara eccezione di alcune imprese, nonostante la Legge 448 del 28.12.2001 (Legge finanziaria del 2002) preveda un fondo a questo scopo su stime fornite dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (ex art. 70 – disposizioni relative agli asili nido). Questa Legge non è applicata perché le imprese pubbliche e private che potrebbero concorrere all'erogazione dei fondi sono poche (circa 20).
5. Vi è moltissimo lavoro nero non dichiarato, specialmente tra le donne.
6. Tutte le categorie di lavoratori e lavoratrici godono attualmente del diritto a congedo obbligatorio di maternità e paternità come misura di sicurezza sociale in caso di nascita di un bambino o bambina, ma anche di adozione o custodia. Persistono differenze tra differenti categorie di lavoratori e lavoratrici, e questa mancanza di omogeneità di regime tra le varie categorie di lavoratori e lavoratrici, nonché la vetustà del regime rispetto alle nuove tipologie contrattuali, non fa che incrementare disuguaglianze e mancanza di equità.
7. Non esiste protezione della maternità per studentesse di scuola superiore o università.
8. Spazi adeguati per allattare o prendersi cura del bambino o bambina comportano delle spese per i datori di lavoro. Potrebbe essere utile pensare a gruppi di ditte che mettono assieme le loro risorse per assicurare questo diritto a minor costo.
9. La proibizione di essere assegnate a incarichi pericolosi si applica solo ai primi 7 mesi dopo il parto, obbligando a volte le madri a interrompere l'allattamento (per esempio, in caso di contatto con sostanze tossiche).
10. La proibizione di essere assegnate a turni di notte si applica solo al primo anno dopo il parto.

Raccomandazioni

1. Secondo l'impegno assunto dal MS nella politica nazionale del 2007 in materia di allattamento, dovrebbero essere presi provvedimenti per consentire alle madri che lavorano di allattare fino a quando lo desiderano, adattando orari e metodi di lavoro appropriati per la prosecuzione dell'allattamento.
2. La tutela della maternità dovrebbe essere estesa anche alle lavoratrici atipiche e precarie al fine di evitare discriminazioni e aumentare le disuguaglianze.
3. In caso di ricovero del/la neonato/a, il congedo di maternità dovrebbe essere prolungato per incoraggiare la presenza della madre in reparto accanto al bambino o bambina, anziché a favorire il rientro della madre al lavoro.
4. In caso di ricovero della madre, dovrebbe esserci la possibilità di tenere il bambino o la bambina con lei, almeno nei primi sei mesi di vita.
5. Si dovrebbero pianificare e stabilire un maggior numero di ambienti e spazi accoglienti per l'allattamento, per spremere il latte materno e per prendersi cura del bambino o bambina, nonché di asili nido nei luoghi di lavoro e/o negli spazi per l'assistenza all'infanzia.

Indicatore 5. Sistema sanitario: sostegno dell'allattamento e dell'alimentazione di bambini e bambine

Domande chiave. Il personale sanitario è formato in termini di conoscenze e competenze e i programmi di formazione *pre-service* supportano un'alimentazione infantile ottimale? I servizi sanitari sostengono pratiche di assistenza alla nascita amiche della madre e dell'allattamento? Le politiche dei servizi sanitari sostengono madri e bambine/i? Il personale sanitario è formato sulle proprie responsabilità ai sensi del Codice Internazionale?

Criteri per la valutazione e il punteggio

La Tabella mostra i 7 criteri per la valutazione; il punteggio massimo è 10.

Criteri per la valutazione	√ Spuntare		
5.1 L'analisi dei percorsi formativi e dei programmi di formazione <i>pre-service</i> per personale sanitario, sociale e di comunità del Paese indica che i curricula e i programmi educativi relativi all'alimentazione infantile sono adeguati/inadeguati.*	> 20 su 25 contenuti/competenze sono inclusi = 2	5-20 su 25 contenuti/competenze sono inclusi = 1√	< 5 su 25 contenuti/competenze sono inclusi = 0
5.2 Standard e linee guida per un'assistenza <i>mother-friendly</i> sono stati diffusi a tutte le strutture e al personale che fornisce assistenza alla maternità.	Diffusione a >50% delle strutture = 2	Diffusione al 20-50% delle strutture = 1	Nessuna linea guida, o diffusione a <20% delle strutture = 0√
5.3 Sono disponibili programmi di formazione <i>in-service</i> che forniscono conoscenze e competenze relative all'alimentazione infantile per il personale sanitario interessato.	Disponibili per tutti gli interessati = 2√	Disponibilità limitata = 1	Non disponibili = 0
5.4 Il personale sanitario è formato sulle proprie responsabilità ai sensi del CI e delle normative nazionali, in tutto il paese.	In tutto il paese = 1	Copertura parziale = 0-5√	Nessuna formazione = 0
5.5 Le informazioni e le competenze relative all'alimentazione infantili sono integrate, se opportuno, in programmi di formazione che non rientrano nel punto 5.1,	Integrati in > 2 programmi di formazione = 1	1-2 programmi di formazione = 0.5	Nessuna integrazione = 0√

ma in cui il personale può avere contatti con famiglie con neonate/i e bambine/i (programmi di formazione quali controllo della diarrea, HIV, malattie non trasmissibili, salute delle donne, ecc.).			
5.6 I programmi di formazione <i>in-service</i> di cui al punto 5.5 sono erogati in tutto il paese.	In tutto il paese = 1	Copertura parziale = 0.5	Nessuna erogazione = 0√
5.7 Le politiche sanitarie prevedono che madri e neonate/i rimangano insieme quando uno dei due è ricoverato in ospedale.	Previsione che stiano insieme per entrambi = 1	Previsione che stiano insieme solo per uno dei due: madre o bambino = 0.5√	Nessuna previsione = 0
Punteggio totale	4/10		

* Il punteggio assegnato al criterio 5.1 è una stima determinata dall'impossibilità di analizzare nel dettaglio i singoli percorsi formativi e programmi di formazione *pre-service* per personale sanitario, sociale e di comunità del Paese.[1,2]

Contesto

Formazione *pre-service*

In merito alla formazione *pre-service* istituzionale in Italia, i curricula universitari presentano differenze consistenti a seconda del Corso di Studi e dell'Ateneo di appartenenza, e spesso non è possibile ottenere dati dettagliati sui programmi formativi specifici in tema di alimentazione infantile e allattamento. L'offerta formativa dei diversi Corsi di Studio (Medicina, Infermieristica, Infermieristica pediatrica, Ostetricia, Assistenza Sanitaria, Dietistica, Educazione Professionale, Logopedia, Terapia Occupazionale e altre Professioni sanitarie, nonché specializzazione in Pediatria, Ostetricia e Ginecologia e Master specifici in tema di Nutrizione e Allattamento), infatti, è definita in autonomia dai singoli Atenei, in conformità con le disposizioni ministeriali e in risposta al raggiungimento degli obiettivi formativi qualificanti le diverse professionalità.[1,2] L'impegno della/o studente in materia di protezione, promozione e sostegno di pratiche ottimali di alimentazione infantile è quindi definito dal Regolamento Didattico dei singoli Corsi di Studio.

Negli ultimi anni sono state portate avanti nel Paese alcune iniziative relative alla formazione *pre-service* del personale sanitario. Tra queste:

- Pubblicazione del documento di indirizzo “*Raccomandazioni del Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento (TAS), delle Società scientifiche e degli Ordini e delle Associazioni professionali*”,[3] contenente alcune raccomandazioni sulla formazione *pre-service* del personale sanitario, incluse indicazioni sul fabbisogno orario di formazione teorica e pratica (differenziato in base alla figura professionale in formazione) e sui contenuti minimi da trattare (in base al grado di coinvolgimento della figura professionale).
- Certificazione di un nuovo Corso di Laurea Amico dell'Allattamento, che si è aggiunto ai 3 precedentemente riconosciuti.[4]
- Implementazione del modello formativo “*Salute Primale e allattamento: i primi 1000 giorni*” (ISS - Ordine della Professione Ostetrica di Roma e Provincia, basato su modelli

OMS/UNICEF e aggiornato secondo le più recenti prove scientifiche e raccomandazioni) nei Corsi di Laurea in Ostetricia di tutte le Università di Roma.[5,6]

Nonostante la realizzazione di queste iniziative, molti aspetti risultano ancora carenti o poco definiti.

Ulteriore problematica relativa alla formazione *pre-service* è rappresentata dal fatto che spesso la formazione pratica degli/delle studenti ha luogo in strutture per le quali non è possibile certificare l'adeguatezza dell'assistenza erogata in relazione a protezione, promozione e sostegno dell'allattamento e delle pratiche ottimali di alimentazione infantile. Gli ospedali e le comunità Baby Friendly, infatti, hanno una distribuzione ancora molto carente sul territorio nazionale,[7] e non sono presenti, al momento attuale, altre strategie di certificazione delle strutture altrettanto affidabili. L'assenza di una formazione pratica in contesti adeguati può avere, purtroppo, un impatto negativo sulla formazione di base.

Formazione *in-service*

Attualmente in Italia la formazione *in-service* su alimentazione infantile e allattamento avviene nelle diverse modalità di formazione continua e permanente. Le raccomandazioni nazionali forniscono alcuni riferimenti sulla formazione *in-service*,[3] elencando le proposte formative disponibili sul territorio nazionale e differenziandole a seconda delle professionalità. Negli ultimi anni, infatti, diverse iniziative in merito sono state realizzate da parte di Ordini e Associazioni Professionali.[8-13] Alla data attuale, tuttavia, non esiste una strategia nazionale di monitoraggio dei corsi di formazione attivati e realizzati sul territorio italiano, né relativamente al pacchetto formativo OMS/UNICEF (principale riferimento formativo, anche da quanto riportato nel documento del TAS) né relativamente ad altre tipologie di corsi. Pertanto, l'unica effettiva garanzia di formazione e aggiornamento *in-service* sull'alimentazione infantile e l'allattamento è al momento riscontrabile in Italia nelle strutture che aderiscono alle BFI, per le quali sono previsti programmi formativi universalmente riconosciuti e un monitoraggio costante delle attività formative effettuate.[7] Nello specifico, in seguito alla recente revisione dei 10 Passi, nelle strutture accreditate si è passati da un focus sulla "formazione" a un focus sulla "verifica delle competenze", progettata per identificare le lacune nelle conoscenze o nelle competenze del personale e per facilitare la pianificazione di una ulteriore formazione che consentirà di sviluppare competenze efficaci, fornire messaggi coerenti e attuare gli standard.[14] In generale, spesso le proposte di formazione e aggiornamento non avvengono in maniera strutturata da parte della struttura/azienda di appartenenza né hanno carattere obbligatorio ai fini dell'attività professionale, se non all'interno delle strutture sanitarie accreditate o in corso di accreditamento Baby Friendly. Inoltre, la modalità educativa interprofessionale, che sarebbe vitale per garantire un'assistenza omogenea e continua tra i diversi livelli di assistenza, spesso non è utilizzata.

Relativamente alla formazione *in-service* e all'aggiornamento professionale del personale dedicato, al momento attuale in Italia il percorso formativo per IBCLC non è considerato come componente standard della formazione specialistica, pur rappresentando un riferimento di elevata qualità riconosciuto a livello internazionale.[15]

Servizi sanitari e politiche dei servizi

Le Cure Amiche della Madre sono citate nel recente documento di indirizzo *Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita* del MS che sottolinea la necessità di promuovere cure rispettose e interventi non invasivi durante la nascita, anche al fine di migliorare l'inizio della vita di neonate e neonati e facilitare l'allattamento.[16] Ma l'implementazione delle raccomandazioni internazionali, definite dall'OMS e confermate negli ultimi anni dal documento *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*,[17] risulta essere in Italia molto lenta e carente, sia per quanto riguarda i servizi offerti alle donne e alle coppie durante il travaglio/parto, sia per quanto riguarda politiche e procedure disponibili nelle strutture sanitarie.

Tuttavia, nelle strutture accreditate Baby Friendly, tali buone pratiche sono promosse, sostenute, e monitorate periodicamente. L'emergenza sanitaria causata dalla pandemia da SARS-Cov-2 ha avuto un impatto negativo sulla promozione delle Cure Amiche, contribuendo a rallentare processi di implementazione e, in alcuni casi, causando pratiche di cura non in linea con le raccomandazioni internazionali, quale la frequente esclusione del partner della donna durante travaglio, parto e post-partum.[18-20]

Per ciò che riguarda la continuità del rapporto mamma-bambina/o e genitori-bambina/o, un importante documento è stato elaborato dal Gruppo di Lavoro multiprofessionale del MS,[21] con l'obiettivo di permettere alla madre che allatta di stare con il proprio bambino o bambina in caso di ospedalizzazione, riducendo così il rischio di interruzione dell'allattamento. Le attuali raccomandazioni nazionali, pertanto, prevedono:

- In caso di ricovero ospedaliero del bambino o bambina, garantire la presenza di un genitore e la continuità della relazione con i genitori per tutta la durata della degenza come parte integrante delle cure, prevedendo un accesso illimitato nelle 24 ore al reparto di almeno uno e, per quanto possibile, di entrambi i genitori.
- Nel caso di ricovero ospedaliero della madre, facilitare la presenza del bambino o bambina e di un familiare/caregiver, implementando il rooming-in.

Ciononostante, al momento attuale tali raccomandazioni rappresentano in Italia ancora un obiettivo da raggiungere piuttosto che una realtà in consolidamento. Pur esistendo, infatti, alcune realtà locali virtuose, non sono state definite politiche nazionali che garantiscano la separazione-zero tra madre/genitori e bambini. Anche in tal senso, la recente pandemia da SARS-Cov-2 ha avuto un'influenza negativa, aggravando in molti casi la separazione del nucleo familiare.[22]

Altre informazioni utili

La presenza di un documento di indirizzo nazionale in materia di formazione rappresenta senza dubbio il punto di partenza per una futura evoluzione positiva.[3] Nonostante ciò, al momento attuale risulta carente una chiara definizione delle strategie di implementazione delle raccomandazioni ivi enunciate, nonché delle attività di monitoraggio e valutazione. Nonostante ci sia stato da parte di alcune categorie di professioniste e professionisti un recepimento positivo delle indicazioni del TAS, con la creazione di contenuti formativi specifici per categoria professionale,[23] al momento le raccomandazioni hanno un contenuto prevalentemente teorico o, comunque, un'implementazione non uniforme né garantita su tutto il territorio nazionale.

Relativamente all'offerta formativa dei diversi Corsi di Studio del personale sanitario, il documento di indirizzo del TAS raccomanda che i Crediti Formativi Universitari di tali Regolamenti siano modulati differentemente nei corsi i cui i discenti siano riconducibili all'ambito del personale *informato* (nucleo minimo di conoscenze), o piuttosto *coinvolto* (ruolo attivo previsto nel settore), o completamente *dedicato* alla cura di mamma, famiglia e bambina o bambino.[3] Il documento suggerisce inoltre una serie di contenuti minimi per la formazione sull'allattamento delle figure professionali sanitarie in base al grado di coinvolgimento nella cura della donna che allatta e della sua famiglia, che però sono enunciati con modalità molto generali e non menzionano in modo esplicito alcuni temi importanti, quali conoscenze/competenze su: CI, assistenza e sostegno durante il periodo prenatale, assistenza intra-partum e nell'immediato post-partum che promuova e sostenga un allattamento efficace, bisogni dietetici e nutrizionali delle donne in gravidanza e in allattamento, allattamento in bambini e bambine con bisogni speciali, inclusi neonati e neonate premature, e farmaci e trattamenti compatibili con allattamento.

Relativamente alla formazione *in-service*, la realizzazione, negli ultimi anni, di numerose iniziative di formazione a distanza è senza dubbio un segnale positivo di aumentata sensibilità al tema, nonché di utilizzo di strumenti formativi attuali e agili.[8-13] Permette inoltre una diffusione dei corsi a livello nazionale, contribuendo a uniformare le conoscenze e a ridurre le differenze tra le diverse realtà. Di contro, quello che appare carente nell'ambito di corsi di formazione a distanza sono le modalità di acquisizione di competenze e abilità pratiche, aspetto dal quale un'adeguata

formazione in materia di allattamento e alimentazione infantile non può prescindere. Inoltre, purtroppo, nella maggior parte dei casi la scelta di partecipare a tali proposte formative è demandata all'interesse individuale di operatori e operatrici.

Fonti di dati e informazioni usate

1. Autonomia degli Atenei: Legge 15/05/1997, n. 127 “Misure urgenti per lo snellimento dell’attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo”
2. D.M. 509/99; D.M. 270/2004 e Legge 30/12/2010, n. 240 “Norme in materia di organizzazione delle Università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l’efficienza del sistema universitario”
3. Raccomandazioni del Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell’Allattamento (TAS), delle Società scientifiche e degli Ordini e delle Associazioni professionali (2020)
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2976_allegato.pdf
4. Corsi di Laurea Amici dei Bambini <https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/corsi-di-laurea-allattamento/>
5. Giusti A, Rinaldi R, Colaceci S, Proietti P. Salute primale e allattamento. La formazione per la promozione, la protezione e il sostegno all’allattamento nei corsi di Laurea in Ostetricia delle Università di Roma. Lucina La Rivista dell’Ostetrica/o, 2017; 3.
6. Istituto Superiore di Sanità, Formazione universitaria, aggiornamento professionale sull’allattamento e promozione della salute nei primi 1000 giorni <https://www.epicentro.iss.it/allattamento/salute-primale-allattamento-2019>
7. UNICEF Insieme per l’allattamento - Ospedale Amico <https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/ospedale-amico-bambini/>
8. FAD Istituto Superiore di Sanità - UNICEF “Promozione della salute, dell’allattamento e della genitorialità responsiva nei primi 1000 giorni con un approccio transculturale”
<https://www.eduiss.it/theme/tcontinuum/infocourse.php?course=374&popup=1>
9. FAD SIN/SIP “Corso sull’allattamento al seno” https://www.sin-neonatologia.it/calendario-eventi/corso-sull-allattamento-al-seno_ii-edizione/
10. FAD SIN/SIP/SININF/SIPINF “Allattamento: teoria, pratica ed evidenze in ambito infermieristico”
<https://www.sininf.it/speciale-formazione-a-distanza-fad-allattamento-teoria-pratica-ed-evidenze-in-ambito-infermieristico/>
11. FAD SIGO/AOGOI “Patologia della mammella in allattamento” <https://www.aogoi.it/formazione-ecm-fad/patologia-mammella-allattamento/>
12. FAD FIMP “Corso di formazione: promozione, protezione e sostegno dell’allattamento nello studio del Pediatra di Famiglia” https://fadallattamentofimp.it/wp-content/uploads/2021/07/FAD_Allattamento_prog_210720.pdf
13. Accordo di collaborazione tra Istituto Superiore di Sanità e Ordine della Professione Ostetrica di Roma e Provincia, “Attività di supporto alla rete delle formatrici per la protezione, promozione e sostegno dell’allattamento e la promozione della salute della donna e del bambino”
<https://www.epicentro.iss.it/allattamento/salute-primale-allattamento-2019>; <https://oporp.it/news/corso--allattamento-e-biological-nurturing--lasciare-spazio-agli-istinti.htm>
14. WHO/UNICEF (2020). Competency verification toolkit: ensuring competency of direct care providers to implement the Baby-Friendly Hospital Initiative: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008854>
15. Position Paper on the Role and Impact of the IBCLC
https://portal.ilca.org/files/resources/ilca_publications/Role%20%20Impact%20of%20the%20IBCLC-webFINAL_08-15-11.pdf
16. “Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita” - Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future. Ministero della Salute - Tavolo tecnico in materia di tutela e promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita: dal concepimento ai due anni di età (2019):
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3120_allegato.pdf
17. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
18. Miani C, Wandschneider L, Batram-Zantvoort S, Covi B, Elden H, Nedberg IH et al. IMAGiNE EURO study group. Individual and country-level variables associated with the medicalization of birth: Multilevel analyses of IMAGiNE EURO data from 15 countries in the WHO European region. Int J Gynaecol Obstet 2022;159 Suppl 1:9-21
19. Corrections to “Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: Online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region”. Lancet Reg Health Eur 2022;19:100461. Erratum for: Lancet Reg Health Eur 2022;13:100268

20. Giusti A, Chapin EM, Spila Alegiani S, Marchetti F, Sani S, Preziosi J et al. Prevalence of breastfeeding and birth practices during the first wave of the COVID-19 pandemic within the Italian Baby-Friendly Hospital network. What have we learned? *Ann Ist Super Sanita* 2022;58(2):100-108
21. La continuità del rapporto madre-bambino e il mantenimento dell'allattamento in caso di ricovero ospedaliero, a cura del Gruppo di Lavoro multi-professionale 2020-2021, Ministero della Salute (2021): https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3091_allegato.pdf
22. Società Italiana di Neonatologia, "Zero Separation: No a separazione tra mamma e neonato, anche in epoca Covid-19" (2020) <https://www.sin-neonatologia.it/zero-separation-no-a-separazione-tra-mamma-e-neonato-anche-in-epoca-covid-19/>
23. Documento sulla formazione in allattamento a cura della FNO TSRM e PSTRP, 30 maggio 2020 <https://www.tsrp-pstrp.org/wp-content/uploads/2020/01/FNO-TSRM-e-PSTRP-Allattamento-Definitivo-conclusioni.pdf>

Conclusioni

Nonostante negli ultimi anni siano state realizzate iniziative relative alla formazione *pre-service* e *in-service* del personale sanitario sul territorio nazionale, i percorsi educativi e i programmi di formazione presentano ancora notevoli criticità e lacune. Da quanto emerso dall'analisi delle fonti, per la maggior parte dei percorsi formativi *pre-service* in Italia non è possibile certificare l'adeguatezza dei curricula e dei programmi educativi relativi all'alimentazione infantile. Inoltre, i Corsi di Laurea Baby Friendly sono realtà sporadiche e presentano una distribuzione irregolare, concentrandosi solamente al nord Italia. Le raccomandazioni nazionali in materia di formazione, infine, presentano un'implementazione scarsa e disomogenea sul territorio nazionale.

Relativamente alle politiche e ai servizi sanitari, le raccomandazioni internazionali in materia di Cure Amiche della Madre e continuità del rapporto madre/genitori-bambina/o sono spesso disattese, eccezion fatta per le strutture accreditate Baby Friendly, e non sono state tradotte in chiare politiche nazionali.

Carenze e lacune

1. Assenza di una pianificazione di implementazione, monitoraggio e valutazione delle raccomandazioni del MS su formazione *pre-service* e *in-service*.
2. Difficoltà a reperire dati dettagliati sui programmi formativi *pre-service* sul tema dell'alimentazione infantile e dell'allattamento per via dell'autonomia didattica degli Atenei nella definizione dei contenuti specifici dei Piani di Studio.
3. Carenza di strutture aderenti al programma "Insieme per l'Allattamento" (corsi di laurea, ospedali e comunità Baby Friendly) e distribuzione non omogenea sul territorio nazionale, con conseguenze su qualità della formazione pratica *pre-service* difficilmente tracciabile, disuguaglianze tra regioni e all'interno delle stesse, anche per quanto riguarda le proposte formative *in-service* e il loro monitoraggio/valutazione.
4. Poca chiarezza sulle modalità formative usate nell'ambito dei corsi di formazione a distanza per l'acquisizione di competenze e abilità pratiche.
5. Mancata attuazione delle raccomandazioni internazionali in materia di Cure Amiche della Madre.
6. Assenza di linee guida e politiche operative a livello nazionale, regionale e locale che permettano il ricovero congiunto di mamma e bambina/o durante il ricovero materno.

Raccomandazioni

1. Realizzare un intervento di revisione dei curricula universitari del personale sanitario, identificando i contenuti minimi per la formazione su alimentazione infantile e allattamento delle figure professionali in base al grado di coinvolgimento nella cura di madri, padri, famiglie e bambine/i (personale informato/coivolto/dedicato) e garantendo l'acquisizione di conoscenze, competenze e abilità di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento.

2. Uniformare la formazione *pre-service* del personale dedicato a livello nazionale, definendo per iscritto un curriculum formativo in allattamento univoco.
3. Definire strategie di implementazione delle raccomandazioni contenute nel documento d'indirizzo "*Raccomandazioni del Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento (TAS), delle Società scientifiche e degli Ordini e delle Associazioni professionali*", nonché pianificare strategie di monitoraggio e valutazione delle attività formative *in-service* e *pre-service*. Considerare la realizzazione dei percorsi formativi tra gli obiettivi di performance delle strutture sanitarie.
4. Garantire una formazione *in-service* interprofessionale.
5. Aggiungere come componente di formazione specialistica la formazione come IBCLC che dovrebbe essere riconosciuta come valore aggiunto per il personale sanitario che si occupa di allattamento.
6. Prevedere politiche ospedaliere e procedure sull'applicazione delle raccomandazioni contenute nel documento *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* (2018) e ribadite dal MS italiano.
7. Prevedere politiche ospedaliere e procedure sull'applicazione delle buone pratiche durante l'ospedalizzazione di mamma e/o bambina/o secondo le attuali evidenze scientifiche e secondo quanto riportato nel documento del Ministero della Salute "*La continuità del rapporto madre-bambino e il mantenimento dell'allattamento in caso di ricovero ospedaliero*". Inserire l'applicazione delle buone pratiche tra gli obiettivi di performance delle strutture sanitarie.

Indicatore 6. Servizi di consulenza e sostegno per le donne in gravidanza e le madri che allattano

Domanda chiave. Esistono servizi di *counseling* per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento e le pratiche ottimali di alimentazione di neonati e bambini a livello di strutture ospedaliere e di comunità?

Criteri per la valutazione e il punteggio

La Tabella mostra i 5 criteri per la valutazione; il punteggio massimo è 10.

Criteri per la valutazione	√ Spuntare		
6.1 Le donne in gravidanza ricevono servizi di consulenza per l'allattamento durante le cure pre-natali.	>90%=2	50-89%=1√	<50%=0
6.2 Le donne ricevono consulenza e sostegno per l'inizio precoce dell'allattamento e il contatto pelle a pelle entro un'ora dalla nascita.	>90%=2	50-89%=1√	<50%=0
6.3 Le donne ricevono <i>counseling</i> post-natale per l'allattamento esclusivo in ospedale o a casa.	>90%=2	50-89%=1√	<50%=0
6.4 Le donne/famiglie ricevono consulenza sull'allattamento e sull'alimentazione infantile a livello di comunità.	>90%=2	50-89%=1√	50%=0
6.5 Il personale volontario e sanitario di comunità è formato sulle abilità di <i>counseling</i> per allattamento e alimentazione infantile.	>50%=2√	<50%=1	No=0
Punteggio totale	6/10		

Contesto

In Italia l'allattamento resta a tutt'oggi una pratica la cui protezione, promozione e sostegno sono assicurati in maniera disomogenea per area geografica e condizione socio culturale. L'impatto di questa difformità di offerta si è reso particolarmente evidente in concomitanza di eventi straordinari come la recente pandemia da Covid-19. Questa situazione non garantisce il pieno godimento del diritto di ogni madre a informazioni aggiornate e fondate scientificamente, nonché libere da conflitti di interessi viepiù pervasivi e difficili da sanzionare soprattutto alla luce della circolazione delle informazioni sui nuovi *media*. Inoltre, va sottolineata l'estrema difficoltà a reperire i dati a livello nazionale rispetto all'attività di consulenza e sostegno dell'allattamento da mamma a mamma, consulenza individuale o di gruppo, visite domiciliari o altre misure e attività di sostegno pertinenti a livello locale che garantiscano alle donne l'accesso a servizi di informazione, assistenza, consulenza e sostegno adeguati e rispettosi per migliorare l'allattamento e le pratiche di alimentazione infantile.

In tutto il territorio nazionale, sono solo 8 le comunità riconosciute da UNICEF Italia come BFCI, dove cioè è stato attivato un percorso nascita integrato tra punti nascita e servizi territoriali, principalmente nei consultori famigliari, creando una rete integrata di sostegno all'allattamento che coinvolge attivamente personale medico (pediatria di famiglia compresa) e sanitario, farmacie e l'intera comunità, tra cui il sostegno alla pari. Queste si trovano tutte al centro nord del Paese: Milano, Sondrio, Ancona, Trieste, Roma B, Massa, Bergamo, Trento.

In ulteriore peggioramento rispetto alla situazione carente già evidenziata nel rapporto WBTi del 2018, i consultori famigliari in Italia continuano a diminuire, con numeri ben sotto la soglia di legge, operano in assenza di coinvolgimento della medicina generale/pediatria di famiglia e con

dotazioni finanziarie sempre più esigue. Come messo in evidenza dall'Indagine nazionale sui consultori famigliari 2018-2019 pubblicata dall'ISS, e a fronte di nuove soppressioni in questi ultimi anni, il sostegno alle madri e di conseguenza ai bambini e bambine è drammaticamente peggiorato in Italia, e soprattutto nelle aree più disagiate o isolate del Paese.[1] Le donne in gravidanza devono sempre più spesso rivolgersi a personale privato e questo rende impossibile, anche alla luce dei pervasivi conflitti di interessi di cui ormai si è dibattuto in sedi internazionali,[2] valutare se e quanto correttamente siano informate sull'allattamento.

Se nel rapporto del 2018 meno della metà delle donne in gravidanza partecipava a Incontri di Accompagnamento alla nascita, e l'accesso ai servizi non era facile per le donne di origine straniera e per quelle in condizioni economiche svantaggiate, con la pandemia da Covid 19 la situazione è mutata per certi versi in positivo, ma per altri in negativo. Se, ad esempio, molte strutture sanitarie o sociosanitarie, cliniche private, associazioni e persino riviste specializzate,[3] hanno messo a disposizione Incontri online di Accompagnamento alla nascita in questo periodo, questo però non fornisce indicazioni univoche e oggettive sulla reale utilità e sull'efficacia di queste nuove forme di sostegno alle madri in condizioni di fragilità e svantaggio economico e/o sociale, oppure per quelle di origine straniera. Inoltre, nonostante le indicazioni dell'ISS,[4] molto rassicuranti e a favore dell'allattamento anche in caso di positività, di fatto la situazione di estrema solitudine dentro e fuori i reparti ospedalieri, certamente non ha contribuito all'aumento dei tassi di allattamento: le mamme italiane che allattano fino al 6° mese sono solo il 30%, al Sud il 23,9%; solo il 65% dei neonati è allattato in modo esclusivo alla prima visita pediatrica (generalmente al primo mese di vita). L'allattamento esclusivo al sesto mese prevale nelle mamme lavoratrici (32,9% vs 21,6% delle casalinghe o disoccupate) e con un'istruzione universitaria (31,9%).[5] A conferma della grande disparità territoriale, durante la pandemia solo poche regioni in Italia hanno avviato esperienze positive di sostegno alle madri con personale sanitario a domicilio per l'assistenza al puerperio e all'allattamento: tra queste la Liguria,[6] il Friuli Venezia Giulia, la Lombardia. La pandemia ha certamente segnato uno spartiacque e un unicum anche in tema di allattamento, ma non ha contribuito a un miglioramento delle buone pratiche né delle politiche di promozione, protezione e sostegno all'allattamento.[7]

Analogamente al precedente rapporto WBTi, le competenze pratiche per la protezione e il sostegno all'allattamento sono insufficienti nelle strutture in cui il personale manca di una seria formazione di base (un corso di 20 ore OMS/UNICEF, per esempio) o non è stato intrapreso un percorso per l'accreditamento BFHI/BFCI. L'avvio di una formazione specifica appare a macchia di leopardo sul territorio nazionale, e non caratterizzata da regolarità; il personale che vuole formarsi ha però a disposizione una molteplicità di risorse messe a disposizione regolarmente anche su siti istituzionali, come il Corso base e il corso di approfondimento dell'ISS.[8] Per il personale sanitario, da menzionare è anche il Corso di formazione a distanza avanzato sull'allattamento, pensato e rivolto al personale infermieristico delle neonatologie, nato dalla collaborazione di 4 associazioni professionali (SIN, SIP, SIN infermiere/i e SIP infermiere/i), ideato per offrire a tutto il personale infermieristico e infermieristico pediatrico una formazione avanzata e aggiornata in tema di allattamento.

Analogamente al precedente rapporto WBTi, la distribuzione dei gruppi di sostegno alla pari nel territorio nazionale non è uniforme, e non è una prassi consolidata la loro collaborazione con strutture sanitarie, ospedaliere e di comunità. È da segnalare l'impegno costante e la crescente efficacia di questi gruppi di sostegno nella formazione delle mamme (e dei papà) alla pari e nella creazione di reti tra i servizi sanitari, le famiglie e le professionalità che gravitano attorno alla nascita, alla genitorialità e alla prima infanzia. Ancora oggi, non sempre vi è integrazione tra servizi ospedalieri e consultori famigliari. Non è mai stata realizzata una mappatura istituzionale ed esaustiva dei gruppi di sostegno alla pari, né è possibile stabilire univocamente l'affidabilità scientifica o la reale adesione alle linee guida OMS/UNICEF delle realtà associative. È ancora complesso il processo per comminare sanzioni efficaci a chi diffonde informazioni false, scientificamente infondate, dannose o comunque viziate da conflitti di interessi più o meno nascosti. Questo comporta che non solo le madri non hanno uniforme possibilità di sostegno nel territorio,

ma per di più non è escluso, soprattutto alla luce della sempre più diffusa tendenza a reperire informazioni, anche sanitarie, sui nuovi *media* e in particolare sui *social network* (tendenza oltremodo esplosa nell'ondata pandemica da Covid 19), che le madri in condizioni di vulnerabilità si affidino a reti o “consulenti”, se non a *influencer*, non esattamente idonei né formati per questo delicato ruolo. È ormai dilagante la tendenza delle *celebrities* che diventano genitori di condividere la propria esperienza genitoriale con i *followers*, generando un flusso di promozione di marchi di prodotti per la prima infanzia, dall'abbigliamento ai passeggini, dal biberon alle tettarelle, ai tiralatte, fino alle marche di formula e baby food: promozioni vere e proprie che sfuggono a ogni sanzione e aggirano il CI nel plauso generale dei click. Stessa sorte per i consigli su come, se e persino fino a quando allattare.[9]

Una nota positiva è il contributo che internet fornisce per rintracciare le principali realtà di sostegno alle madri: tra i siti istituzionali, quello dell'ISS (che mette a disposizione online un elenco delle principali realtà associative operanti nel settore, citando oltre al MS, il MAMI,[10] LLL, IBFAN Italia, UNICEF Italia, Il Melograno, il CSB, l'AICPAM).[11] Il MAMI fornisce una preziosa mappatura regione per regione dei gruppi di sostegno:[12] non pretendendo di essere esaustivo al 100%, fornisce un elenco di gruppi di auto-aiuto con più di 130 inserimenti, tra associazioni, consulenti, personale sanitario, farmacie. Il MAMI aggiorna periodicamente le informazioni inserite e verifica preventivamente che si tratti di organizzazioni/persone che abbiano una formazione specifica e aggiornata in allattamento; durante l'emergenza da Covid-19, ha messo a disposizione anche una mappa delle realtà di sostegno che fornivano il servizio di consulenza online e gratuitamente, con oltre 9.000 visualizzazioni.[13]

Tra le altre criticità va segnalata l'erogazione del Bonus Formula Artificiale:[14] subordinato a specifiche patologie e con durata limitata, anche sulla sua applicazione bisogna registrare disparità territoriale per cui ogni regione lo eroga in maniera differente e più o meno stringente.

Come in passato, resta gravemente carente il sostegno all'allattamento nei luoghi di lavoro e diventa sempre più difficile ottenere congedi per allattamento a rischio sia nel settore pubblico che in quello privato, inoltre continua a mancare un più ampio e integrato sostegno familiare e sociale. Si registra al massimo l'apertura di qualche Baby pit stop (o analoghi spazi, non necessariamente realizzati in collaborazione con LLL o UNICEF Italia) in aeroporti, centri commerciali, grandi sedi istituzionali,[15] sovente utili per costruire operazioni di facciata senza nessun cambiamento reale e pratico nelle politiche aziendali. In Italia il 74% del totale delle ore di lavoro non retribuito di assistenza e cura grava sulle spalle delle donne,[16] e la ripresa lavorativa costituisce un serio ostacolo per l'allattamento.

Fonti di dati e informazioni usate

1. <https://www.epicentro.iss.it/consultori/indagine-2018-2019>
2. <https://www.thelancet.com/series/Breastfeeding-2023>
3. https://www.uppa.it/corso-preparto-online/?gad=1&gclid=Cj0KCQjw1_SkBhDwARIsANbGpFvkxjgyz8-k_Gq70WfN66cjmJ4-VIBwa71iMXi7F1sKguLAanL--MMaAgLMEALw_wcB
4. Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19. Aggiornamento del Rapporto ISS COVID-19 n. 45/2020 https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+2_2021.pdf/73969e59-08d9-3257-5cbe-649528d61788?t=1613387397571
5. <https://cianb.it/non-cresce-la-percentuale-di-mamme-italiane-che-allattano-fino-al-6-mese-sono-solo-il-30-e-il-sud-e-fermo-al-239/>
6. <https://www.asl3.liguria.it/territorio/servizi/assistenza-consulenziale/item/123-percorso-nascita.html>
7. Giusti A, Chapin EM, Spila Alegiani S, Marchetti F, Sani S, Preziosi J et al. Prevalence of breastfeeding and birth practices during the first wave of the COVID-19 pandemic within the Italian Baby Friendly Hospital network. What have we learned? *Ann Ist Super Sanità* 2002;58:100-8
8. Corso base https://www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/Scheda%20FAD%20G-START-ISS-UNICEF%2026.01_def.pdf e corso di approfondimento <https://www.eduiss.it/pluginfile.php/740792/course/summary/Programma%20del%20Corso.pdf>
9. Il Codice violato. Ibfan Italia, edizione 2021 https://www.google.com/url?q=https://www.ibfanitalia.org/wp-content/uploads/2023/05/ICV_2021.pdf
10. <https://d2qoapb3mdmmc9.cloudfront.net/2023/07/report-2022-MAMI-Documenti-Google.pdf>

11. <https://www.epicentro.iss.it/allattamento/link-italia#:~:text=La%20Leche%20League%20Italia,anche%20consulenza%20elettronica%20alle%20mamme>
12. <https://mami.org/gruppi-di-sostegno/>
13. <https://mami.org/cerca-nella-mappa-chi-puo-aiutarti-a-distanza/>
14. <https://cianb.it/a-proposito-del-bonus-formula-artificiale/>
15. Inaugurato Baby pit stop presso la Camera di Commercio di Palermo, inaugurato a giugno 2023.
<https://livesicilia.it/baby-pit-stop-camera/>
16. <https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/le-equilibriste-la-maternita-italia-nel-2023.pdf>

Conclusioni

1. In Italia serve una reale mobilitazione sociale e istituzionale per creare una “cultura dall’allattamento”, come enunciato nella Dichiarazione degli Innocenti, e per difenderla energicamente dalla “cultura dell’alimentazione artificiale”.
2. La pandemia da Covid 19 ha evidenziato ancora più drammaticamente la difficoltà di accesso ai servizi soprattutto per le donne in condizioni di fragilità e svantaggio economico e/o sociale o per quelle di origine straniera.
3. Nonostante le nuove forme di sostegno messe a disposizione grazie ai nuovi *media*, di fatto molte madri sono costrette a rivolgersi a personale privato o, peggio, non hanno accesso ai servizi di assistenza e cura.

Carenze e lacune

1. Protezione, promozione e sostegno dell’allattamento sono assicurati in maniera disomogenea per area geografica e condizione socioculturale.
2. È complicato reperire dati a livello nazionale rispetto all’attività di consulenza e sostegno dell’allattamento da mamma a mamma, consulenza individuale o di gruppo, visite domiciliari o altre misure e attività di sostegno pertinenti a livello locale che garantiscano alle donne l’accesso a servizi di informazione, assistenza, consulenza e sostegno adeguati e rispettosi per migliorare l’allattamento e le pratiche di alimentazione infantile.
3. Sono numericamente esigue le comunità riconosciute da UNICEF Italia come BFCI, e si trovano tutte al centro nord del Paese, escludendo tutto il sud, caratterizzato da grave marginalità economica e sociale.
4. I consultori famigliari continuano a essere soppressi e quelli che seguitano a operare non sono integrati con i servizi ospedalieri né adeguatamente finanziati.
5. Il sostegno all’allattamento nei luoghi di lavoro è gravemente carente, soprattutto nelle forme contrattuali atipiche o irregolari, sia nel settore pubblico sia in quello privato, e continua a mancare un più ampio e integrato sostegno familiare e sociale.

Raccomandazioni

1. Mettere in atto le attività di protezione, promozione e sostegno dell’allattamento con una distribuzione omogenea su tutto il territorio nazionale, potenziandole in particolare nelle zone più disagiate del sud e delle isole.
2. Promuovere una mappatura istituzionale delle attività di consulenza e sostegno dell’allattamento sia a livello nazionale che a livello regionale e/o locale, garantendo realmente il diritto di accesso a servizi di informazione, assistenza, consulenza e sostegno adeguati e rispettosi per migliorare l’allattamento e le pratiche di alimentazione infantile.
3. Aumentare il numero delle comunità accreditate come BFCI da UNICEF Italia, con particolare attenzione alle regioni del sud.
4. Intervenire sulla normativa nazionale e invertire la rotta potenziando e aumentando i consultori famigliari, creando una rete integrata di sostegno all’allattamento che coinvolga attivamente la medicina e la pediatria di famiglia, farmacie e l’intera comunità.

5. Migliorare la normativa e sostenere le madri lavoratrici e le famiglie con congedi più lunghi e orari flessibili almeno fino al sesto mese di vita e, auspicabilmente, anche oltre.
6. Mettere in pratica il CI e comminare sanzioni efficaci per le violazioni, con particolare attenzione ai conflitti di interessi.

Indicatore 7. Supporto informativo accurato e imparziale

Domanda chiave. Si mettono in pratica strategie integrate di informazione, educazione e comunicazione (IEC) sull'allattamento e l'alimentazione complementare, per migliorare l'alimentazione infantile?

Criteri per la valutazione e il punteggio

La Tabella mostra i 6 criteri per la valutazione; il punteggio massimo è 10.

Criteri per la valutazione	√ Spuntare	
7.1 Esiste una strategia nazionale di IEC per migliorare l'alimentazione infantile.	Sì=2	No=0√
7.2 I messaggi vengono comunicati alle persone attraverso diversi canali e nei vari contesti locali.	Sì=1	No=0√
7.3 La strategia, i programmi e le campagne IEC, come la Settimana mondiale per l'allattamento, sono liberi da influenze commerciali.	Sì=1√	No=0
7.4 I materiali e i messaggi IEC sull'allattamento sono obiettivi, coerenti e in linea con le raccomandazioni nazionali e/o internazionali	Sì=2√	No=0
7.5 I programmi IEC (ad esempio la Settimana mondiale per l'allattamento) che includono l'alimentazione infantile sono in corso di attuazione a livello nazionale e locale.	Sì=2√	No=0
7.6 I materiali/messaggi IEC includono informazioni sui rischi dell'alimentazione artificiale in linea con le linee guida dell'OMS/FAO sulla preparazione e la manipolazione della formula in polvere per lattanti.	Sì=2√	No=0
Punteggio totale	7/10	

Contesto

Un'informazione adeguata e basata su dati concreti, priva di sponsorizzazioni commerciali e ben comunicata, è una parte importante del miglioramento delle pratiche di alimentazione infantile. In Italia esiste una politica nazionale sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento,[1] ma non una strategia di messa a punto e diffusione delle informazioni al personale e alle famiglie, con un adeguato finanziamento. Ci sono inoltre documenti ufficiali per famiglie e personale sanitario, oltre a campagne nazionali del MS per la promozione dell'allattamento. I documenti delle associazioni professionali concordano sulla durata dell'allattamento esclusivo, ma non aderiscono completamente alle raccomandazioni internazionali di OMS e UNICEF, in particolare sull'alimentazione complementare e sulla durata dell'allattamento.[2-9]

Alle donne in gravidanza sono offerti incontri di accompagnamento alla nascita sia in ospedale sia sul territorio, in cui, nella maggior parte dei casi, si tratta anche il tema dell'allattamento.[10] Non esistono dati nazionali che mostrino la copertura della popolazione delle donne in gravidanza: nelle regioni più virtuose, ad esempio l'Emilia-Romagna, i dati del CEDAP permettono di stimare una copertura intorno al 30%. Anche i consultori famigliari organizzano sessioni di informazione per gruppi di madri e genitori sul tema, ma l'offerta non è omogenea a livello nazionale. Solo circa il 10% della popolazione (nei luoghi dove sono presenti Ospedali e Comunità Baby Friendly con certificazione Unicef) è raggiunto da informazioni corrette e prive di interessi commerciali.

Sono attive diverse realtà di supporto da parte di mamme alla pari sparse nel territorio nazionale che forniscono sostegno e diffondono informazioni, ma anche in questo caso non c'è una copertura nazionale.[11] Di solito, sono i gruppi di mamme alla pari a organizzare gli eventi per la SAM e a diffondere, in modo rispettoso del CI, documentazione specifica al tema annuale.

Il SSN identifica nel/la pediatra di famiglia il personale che fornisce consigli ai genitori sull'alimentazione dei bambini e delle bambine. L'assistenza pediatrica è garantita a tutti i bambini

e bambine, ma il/la pediatra può non essere formato in base alle raccomandazioni della SGANB, per cui le madri possono ricevere consigli contraddittori sull'alimentazione infantile. Attualmente, in molte zone, non è inoltre possibile iscrivere i neonati e le neonate alla pediatria di famiglia perché molte pediatre e pediatri hanno già raggiunto il massimale o vi è carenza.

I rischi dell'alimentazione artificiale sono menzionati solo nella presa di posizione sull'allattamento della SIP. Non ci sono linee guida ufficiali sulla preparazione della formula in polvere che raccomandino di ricostituirla con acqua a non meno di 70°C, benché vi siano numerosi documenti che citano chiaramente questa indicazione. Non vi è un regolamento che imponga istruzioni standard sulle etichette delle formule in polvere per la loro ricostituzione, nonostante un articolo del DM 82/2009 richieda che le istruzioni siano coerenti con le linee guida OMS/FAO.

Le informazioni che circolano sui *media* (soprattutto digitali) sono non controllate e spesso in contrasto con quelle dei documenti ufficiali del MS; sono fortemente controllate dal marketing delle industrie delle formule artificiali e degli alimenti per l'infanzia.

Fonti di dati e informazioni usate

1. Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno
<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=25229>
2. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_303_allegato.pdf
3. Allattamento al seno e uso del latte umano. Position statement 13/09/2015
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2415_allegato.pdf
4. https://www.genitoripiu.it/sites/default/files/uploads/latte_artificiale_2016_0.pdf
5. Latte in polvere, istruzioni per l'uso: sta meglio il gatto o il figlio. In: Il Codice Violato 2014
<http://www.ibfanitalia.org/wp-content/uploads/2012/11/ICV2014-.pdf>
6. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_29_allegato.pdf
7. <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/792>
8. Ministero della Salute. Opuscolo per le madri. Mamma che latte
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_250_allegato.pdf
9. Ministero della Salute. Opuscolo per le madri. Allattare al seno: un investimento per la vita
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_303_allegato.pdf
10. Saperidoc. Corsi di accompagnamento alla nascita: chi li frequenta?
<https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/567>
11. Mami: distribuzione nazionale gruppi di sostegno. <https://mami.org/gruppi-di-sostegno/>

Conclusioni

1. A livello nazionale c'è una grande disomogeneità dell'offerta sia prenatale sia postnatale di informazioni per i genitori in merito all'allattamento e all'alimentazione infantile, che siano basate sulle prove di efficacia e prive di interessi commerciali. Non esiste una strategia di comunicazione e tanto meno un monitoraggio che l'informazione sia veicolata a livello delle strutture sanitarie e sociosanitarie.
2. Le strutture BFHI e BFCI offrono informazioni in linea con la SGANB, ma la copertura della popolazione è molto bassa. A livello locale, i gruppi di mamme alla pari suppliscono a questa carenza sostenendo le madri con informazioni per lo più coerenti con le indicazioni internazionali, ma anche in questo caso non esiste un monitoraggio di quale informazione sia fornita e quante madri si raggiungano.
3. Non esiste inoltre una normativa che regoli le informazioni sui siti web riducendo l'esposizione al marketing commerciale.

Carenze e lacune

1. Non c'è una politica nazionale sull'alimentazione infantile, ma solo sull'allattamento.
2. Non esiste una strategia nazionale per mettere in pratica questa politica, con adeguato finanziamento.

3. Non si diffondono ampiamente informazioni su come ricostituire in sicurezza la formula in polvere.
4. Mancano un'informazione e una comunicazione omogenee, anche in siti istituzionali.
5. Non esiste alcuna regolamentazione sulle informazioni veicolate attraverso i *media* digitali.

Raccomandazioni

1. Diffondere maggiormente il materiale promozionale già esistente del MS sull'allattamento.
2. Aggiornare le istruzioni sulla ricostituzione della formula in polvere e renderle obbligatorie per le etichette dei prodotti.
3. Aggiornare tutti i siti istituzionali con informazioni fornite dal MS e da altre Istituzioni con informazioni validate e prive di interessi commerciali.
4. Regolamentare le informazioni veicolate attraverso i *media* e prevedere sanzioni per chi diffonde messaggi in contrasto con quelli raccomandati e che violano la legge che regola la pubblicità dei SLM.

Indicatore 8. HIV e alimentazione infantile

Domanda chiave. Vi sono politiche e programmi per assicurare che le madri HIV positive ricevano sostegno per mettere in pratica le raccomandazioni nazionali sull'alimentazione infantile?

Criteri per la valutazione e il punteggio

La Tabella mostra i 9 criteri per la valutazione; il punteggio massimo è 10.

Criteri per la valutazione	√ Spuntare	
8.1 Il paese ha una politica aggiornata sull'alimentazione infantile e l'HIV, in linea con le linee guida internazionali sull'alimentazione dei bambini e dell'HIV.	Sì=2√	No=0
8.2 Le politiche su alimentazione infantile e HIV danno attuazione al Codice Internazionale/Legislazione nazionale.	Sì=1	No=0√
8.3 Il personale sanitario e gli operatori del programma HIV hanno ricevuto una formazione sull'alimentazione infantile e HIV, <i>counseling</i> compreso, negli ultimi 5 anni.	Sì=1	No=0√
8.4 Il test e il <i>counseling</i> per l'HIV, volontario e confidenziale, è disponibile ed è offerto di routine a tutte le donne in gravidanza e ai loro partner.	Sì=1√	No=0
8.5 Le madri HIV positive che allattano ricevono farmaci antiretrovirali in linea con le raccomandazioni nazionali.	Sì=1	No=0√
8.6 Il <i>counseling</i> per l'alimentazione dei bambini è fornito a tutte le madri HIV positive in base alle circostanze nazionali.	Sì=1√	No=0
8.7 Le madri HIV positive sono sostenute e seguite nell'applicazione delle raccomandazioni nazionali sull'alimentazione infantile.	Sì=1√	No=0
8.8 Il paese si sta impegnando per contrastare la disinformazione su HIV e alimentazione infantile e per proteggere, promuovere e sostenere 6 mesi di allattamento esclusivo e l'allattamento continuato nella popolazione.	Sì=1	No=0√
8.9 Si fa ricerca su alimentazione infantile e HIV per determinare gli effetti degli interventi per prevenire la trasmissione attraverso l'allattamento sulle pratiche di alimentazione infantile e gli esiti generali di salute per madri e neonati, compresi quelli HIV negativi o di status sconosciuto.	Sì=1	No=0√
Punteggio totale	5/10	

Contesto

In Italia i test di screening per la ricerca dell'infezione da HIV nella donna in gravidanza è raccomandato in tutte le donne/coppie alla prima visita prenatale e, nelle gestanti a rischio, anche nel terzo trimestre di gravidanza.[1]

Le madri/coppie sieropositive che desiderano allattare dovrebbero ricevere una consulenza personalizzata per arrivare a un processo decisionale condiviso: se le gestanti non sono state sottoposte a terapia antiretrovirale o presentano ancora una carica virale, occorre usare la formula o il latte umano pastorizzato da una banca del latte, mentre in caso di soppressione virale durante la gravidanza, il parto e il postpartum, il rischio di trasmissione, è inferiore all'1%, ma non ancora zero.

Fonti di dati e informazioni usate

1. Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1. Dicembre 2015 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2442_allegato.pdf

2. Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2021. Notiziario ISS 2022;35(11) https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3279_allegato.pdf

Conclusioni

1. L'Italia, in termini di incidenza delle nuove diagnosi di HIV, nel 2021 si colloca al di sotto della media stimata nei Paesi dell'UE (4,3 casi per 100.000 residenti).[2] La riduzione del numero di nuove diagnosi di HIV interessa tutte le modalità di trasmissione. Il numero più elevato di diagnosi è attribuibile alla trasmissione sessuale.
2. L'incidenza più elevata di nuove diagnosi di HIV si riscontra nella fascia di età 30-39 anni (7,3 nuovi casi ogni 100.000 residenti), a seguire nella fascia 25-29 anni (6,6 nuovi casi ogni 100.000 residenti). In queste fasce di età l'incidenza nei maschi è 3-4 volte superiore a quelle nelle femmine.
3. Dal 2016 si osserva una diminuzione del numero di nuove diagnosi di HIV in stranieri, sia maschi che femmine.

Carenze e lacune

1. Le linee guida nazionali non raccomandano l'allattamento per le madri HIV positive, per il rischio di trasmissione via latte materno.
2. Le linee guida nazionali non prendono in considerazione la possibilità che un neonato o neonata da madre HIV positiva, trattati entrambi con antiretrovirali, possa essere allattato per almeno 6 mesi con un rischio minimo di trasmissione.

Raccomandazioni

1. Il processo decisionale condiviso per l'alimentazione infantile in contesti con risorse elevate è necessario per riconoscere l'autonomia del/della paziente, soddisfare le sue richieste e affrontare la realtà mutevole della cura dell'HIV perinatale.
2. Le linee guida in vigore continuano a non raccomandare l'allattamento, una rinuncia spesso dolorosa per le madri che dovrebbero essere però informate con completezza sui rischi del caso ed eventualmente sulle pratiche per rendere l'allattamento più sicuro.
3. Un'informazione corretta e personalizzata, attenta alle condizioni cliniche e psicologiche delle donne, al loro contesto culturale, è una premessa indispensabile per consentire scelte autonome, consapevoli e condivise con le operatrici e gli operatori sanitari.
4. Considerare la possibilità che a una madre HIV positiva in terapia antiretrovirale controllata, e con sostegno e *follow-up* adeguati, inclusa terapia antiretrovirale per il neonato o neonata, sia permesso di allattare esclusivamente per 6 mesi, con possibile continuazione dell'allattamento per 1 o 2 anni.

Indicatore 9. Alimentazione infantile nelle emergenze

Domanda chiave. Vi sono politiche e programmi per assicurare che madri, neonate e neonati e bambine e bambini godano di un'adeguata protezione e di sostegno per un'alimentazione ottimale durante un'emergenza?

Criteri per la valutazione e il punteggio

La Tabella mostra i 6 criteri per la valutazione; il punteggio massimo è 10.

Criteri per la valutazione	√ Spuntare	
9.1 Il Paese dispone di una politica/strategia/linee di indirizzo completa sull'AINE, come da raccomandazioni internazionali, con indicatori misurabili.	Si=2	No=0√
9.2 A livello nazionale e regionale sono state nominate persone incaricate di coordinare e attuare la politica/strategia/linee di indirizzo di cui sopra.	Si=2	No=0√
9.3 Il piano di preparazione e risposta alle emergenze sanitarie e nutrizionali basato sulla raccomandazione globale comprende:		
a. Interventi di base e tecnici per creare un ambiente favorevole all'allattamento, compreso il <i>counseling</i> da parte di personale adeguatamente formato, e il supporto all'allattamento e alla ri-lattazione.	Si=0.5	No=0√
b. Misure per proteggere, promuovere e sostenere pratiche di alimentazione appropriate e complementari.	Si=0.5	No=0√
c. Misure per proteggere e sostenere neonate e neonati non allattati.	Si=0.5	No=0√
d. Spazio dedicato al sostegno all'alimentazione infantile attraverso pratiche di <i>counseling</i> .	Si=0.5	No=0√
e. Misure per ridurre al minimo i rischi dell'alimentazione con formula, tra cui una dichiarazione congiunta approvata per evitare donazioni di SLM, biberon e tettarelle, procedure standard per la gestione delle donazioni non richieste e per ridurre al minimo i rischi dell'alimentazione con formula, la gestione dell'approvvigionamento e l'uso di qualsiasi formula e SLM, in conformità con le raccomandazioni globali sulle emergenze.	Si=0.5	No=0√
f. L'esistenza di indicatori e strumenti di registrazione e reporting per monitorare e valutare da vicino la risposta all'emergenza nel contesto dell'alimentazione infantile.	Si=0.5	No=0√
9.4 Sono state stanziare risorse finanziarie e umane adeguate all'attuazione del piano di preparazione e risposta alle emergenze in materia di alimentazione infantile.	Si=2	No=0√
9.5 Un adeguato materiale di orientamento e formazione sull'AINE è stato integrato nella formazione <i>pre-service</i> e <i>in service</i> per la gestione delle emergenze e per il personale sanitario interessato.	Si=0.5	No=0√
9.6 L'orientamento e la formazione avvengono secondo il piano nazionale di preparazione e risposta alle emergenze e sono allineati con le raccomandazioni internazionali (a livello nazionale e regionale).	Si=0.5	No=0√
Punteggio totale	0/10	

Contesto

Neonate e neonati, bambine e bambini sono tra i gruppi più vulnerabili nelle emergenze. L'assenza o l'inadeguatezza dell'allattamento e un'alimentazione complementare inadeguata aumentano il rischio di denutrizione, malattia e mortalità. Nelle situazioni di emergenza e di soccorso umanitario, il Paese colpito e le agenzie deputate a rispondere all'emergenza condividono la responsabilità di proteggere, promuovere e sostenere pratiche ottimali di alimentazione infantile, e di ridurre al

minimo le pratiche dannose per tutte le donne, le famiglie e le bambine e i bambini colpiti. Una guida operativa concisa su come garantire un'alimentazione appropriata in situazioni di emergenza e rispettare gli standard internazionali è stata sviluppata da un gruppo di lavoro inter-agenzie (Infant Feeding in Emergencies Core Group).[1] Nel 2018, una risoluzione dell'AMS ha invitato tutti i Governi a garantire che l'AINE faccia parte delle loro politiche e dei loro piani e che il loro personale abbia le capacità necessarie per proteggere, promuovere e sostenere le pratiche di alimentazione infantile durante le emergenze.[2] Poiché non sono state messe in atto azioni per ottemperare alla risoluzione, il punteggio della Tabella, che si riferisce alla situazione nazionale, è pari a zero.

Altre informazioni utili

Il Piano di Emergenza Comunale (PEC) è uno strumento operativo per la tutela e la salvaguardia della cittadinanza e del territorio in caso di emergenza dovuta a calamità di impatto pubblico. Esso contiene le procedure necessarie per rispondere a una qualsiasi calamità attesa o improvvisa, consentendo alle autorità di attivare e coordinare i soccorsi a supporto della popolazione colpita. Considerata l'importanza di questo strumento, il Governo lo ha reso obbligatorio dal 2012 con la Legge 100/2012. Il PEC ha quindi una funzione pubblica: deve essere uno strumento fruibile dalla cittadinanza, comprensibile a chiunque e costantemente promosso, affinché ogni persona possa usarlo per fronteggiare le situazioni emergenziali con coscienza e divenirne promotore attivo, riducendo per quanto possibile i rischi per sé stessa e per le altre persone.

Nel 2016, la neo-insediata amministrazione comunale di Marino, presso Roma, ha ravvisato l'urgenza di ottemperare alla Legge 100/2012 e ha riconosciuto alle organizzazioni e associazioni locali di volontariato e impegno civico il loro ruolo fondamentale nella gestione delle emergenze. Per tale motivo, la redazione del PEC è avvenuta in forma partecipata tramite il coinvolgimento di circa 50 tra associazioni, comitati di quartiere, cittadine e cittadini, dipendenti del Comune e della ASL, Croce Rossa, nonché delle istituzioni locali deputate alla gestione delle emergenze e principalmente i/le vigili del fuoco e le forze dell'ordine. Il coordinamento è stato assunto da due associazioni del territorio, "Marino Aperta Onlus" e "Gruppo di Presenza Mons. Grassi", particolarmente preparate e sensibili al tema delle emergenze. Il PEC è stato redatto nell'ambito di incontri e scambi informativi su piattaforme web e di seminari formativi con esperti di settore che hanno affrontato diverse tematiche, utili all'elaborazione del documento. In particolare, l'organizzazione di volontariato "La Goccia Magica" ha proposto che nel PEC si prestasse attenzione a lattanti (0-12 mesi), a bambine/i sotto i due anni di età e alle donne in gravidanza e in allattamento, poiché presentano bisogni specifici ai quali durante le emergenze è necessario rispondere con immediatezza e in modo adeguato. Il PEC, approvato il 29 novembre 2016, consta di 8 allegati in cui sono elencati: le associazioni disponibili a prestare supporto nella gestione dell'emergenza sul territorio locale; i materiali e i mezzi immediatamente disponibili, oltre alle convenzioni stipulate dal Comune per la fornitura in tempi stretti; le procedure operative adottate per le possibili calamità che possano verificarsi sul territorio; la procedura da sperimentare e applicare per l'AINE.[3]

Coerentemente con lo scopo generale del PEC di promuovere l'efficienza dei soccorsi e rispondere in modo adeguato agli obiettivi della popolazione, in particolare dei gruppi ad aumentata vulnerabilità, l'obiettivo della procedura AINE è di regolamentare la fornitura e la gestione, con annesso norme di sicurezza igienica per la preparazione e la distribuzione, dei SLM, affinché siano garantiti a chi ne ha bisogno e non interferiscano con la protezione e la promozione dell'allattamento per gli altri. La procedura AINE è suddivisa in 8 sezioni, che riprendono i punti chiave della guida operativa per l'alimentazione infantile nelle emergenze, rilevanti per il contesto locale, e includono:

- la raccolta di informazioni chiave su donne in gravidanza o in allattamento e su lattanti e bambine/i nella popolazione, disaggregando l'informazione per età (0-6, 7-12, 13-24 mesi, 2-5

anni) e tipo di alimentazione (allattamento esclusivo, predominante, complementare, non allattamento);

- la previsione di aree di accoglienza dedicate a mamme, papà, bambine e bambini, che rispondano ai loro specifici bisogni;
- la valutazione iniziale di contesto, inclusi gli ambienti, la disponibilità di cibi adatti all'alimentazione complementare di bambine/i piccoli, la formazione del personale dedicato e coinvolto nell'assistenza alle madri e alle bambine e bambini;
- la risposta ai bisogni di bambine/i, adeguata per età e tipo di allattamento/alimentazione;
- la riduzione dei rischi legati all'uso non appropriato dei SLM, con riferimento alla legislazione vigente e a quanto previsto dal CI.

Nel 2021 la Protezione Civile della Regione Calabria ha recepito quanto previsto nella Guida Operativa per l'AINE, predisponendo un piano assistenziale per le fasce più fragili della popolazione attraverso un'azione sinergica tra chi a diverso titolo è dedicato o coinvolto nella preparazione, nella gestione e nel recupero dall'emergenza; tale piano promuove e sostiene l'alimentazione di lattanti, bambine e bambini che, in situazioni di emergenza, presentano un'aumentata vulnerabilità, privilegiando l'allattamento e fornendo loro spazi dedicati o in sostituzione, adeguata alimentazione complementare o sostitutiva.[4] In merito alle donazioni, la procedura insiste sulla necessità di informare i responsabili degli aiuti umanitari che le donazioni di formula sostitutiva per lattanti e altri SLM non sono necessarie e possono interferire con la gestione dell'emergenza e con l'allattamento. Ogni donazione non richiesta di formula e SLM dovrebbe essere raccolta dai punti di accesso e gestita dall'agenzia di coordinamento dell'emergenza. La distribuzione di SLM è subordinata alla valutazione clinica fatta da personale formato nell'AINE, che definisce per quali lattanti sia necessaria la fornitura (temporanea o a lungo termine) e ne garantiscono l'approvvigionamento.

Dall'inizio della pandemia, per rispondere alle emergenti esigenze di riorganizzazione della rete assistenziale in area materno-infantile, si è resa necessaria una revisione dei percorsi di presa in carico delle donne in gravidanza, delle madri, dei padri e dei neonati e neonate. La pressione epidemiologica iniziale, soprattutto nelle aree più colpite del Paese, ha portato i servizi sanitari regionali a definire percorsi assistenziali basati sulla disponibilità organizzativa e logistica del momento. Inoltre, nella fase iniziale dell'epidemia COVID-19, tra gennaio e marzo 2020, le prove scientifiche a supporto di tali decisioni erano ancora scarse e non sempre univoche. Attualmente, la letteratura a disposizione indica in maniera più consistente la possibilità di allattare, di praticare il contatto pelle-a-pelle e il rooming-in, e di aver vicino una persona a scelta della donna durante travaglio, parto e degenza ospedaliera secondo le raccomandazioni internazionali, oltre che di allattare durante le emergenze in generale, anche per le donne con infezione sospetta o confermata da SARS-CoV-2. Per questo motivo, l'ISS ha messo a disposizione del personale sanitario una selezione di risorse, letteratura e prove scientifiche disponibili su gravidanza, parto e allattamento, tra cui le *Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19*. [5]

Inoltre, l'ISS e UNICEF Italia hanno realizzato materiali divulgativi sull'allattamento e l'alimentazione infantile durante le emergenze per sostenere la protezione e la promozione della salute da parte del personale sanitario e dell'emergenza impegnato nell'accoglienza delle persone migranti e rifugiate. Le infografiche multilingue in italiano, inglese e ucraino evidenziano l'importanza di sostenere le madri ad avviare e proseguire l'allattamento, fondamentale per proteggere la salute e il benessere loro e dei loro bambini e bambine. I materiali mostrano inoltre come sostenere e proteggere i bisogni nutrizionali di bimbi e bimbe non allattate, per ridurre al minimo i rischi a cui sono esposte. [6,7]

Fonti di dati e informazioni usate

1. IFE (Infant Feeding in Emergencies) Core Group. L'alimentazione dei lattanti e dei bambini piccoli nelle emergenze. Guida Operativa per il personale di primo soccorso e per i responsabili dei programmi nelle emergenze. 2017. Edizione Italiana.

2. Infant and young child feeding. WHA Resolution 71.9, Geneva, 26 May 2018
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279517/A71_R9-en.pdf
3. Colaceci S, Raparelli I, Cericco M, Oliva C, Dibello A, Tiberi P e et al. Aderire e sviluppare strategie per l'alimentazione infantile nelle emergenze: l'esperienza del Comune di Marino (RM) per un piano di emergenza comunale partecipato. BEN, 2018 <https://www.epicentro.iss.it/ben/2018/settembre/alimentazione-infantile-emergenze-marino>
4. UOA Protezione Civile. Regione Calabria, Dipartimento Presidenza. Raccomandazioni generali e Indicazioni operative di protezione civile per fronteggiare eventi calamitosi che possono verificarsi contestualmente all'emergenza sanitaria COVID-19.
5. Giusti A, Zambri F, Marchetti F, Corsi E, Preziosi J, Sampaolo L et al. Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19. Aggiornamento del Rapporto ISS COVID-19 n. 45/2020. Versione 5 febbraio 2021. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2021)
6. Allattamento e alimentazione in emergenza: le card multilingue di ISS e Unicef https://www.iss.it/news/-/asset_publisher/gJ3hFqMQsykM/content/id/6937856
7. Iellamo A, Giusti A, Zambri F, Colaceci S, Possenti V, Brillo E et al. I 6 passi dell'alimentazione infantile nelle emergenze. BEN, 2018

Altre letture utili

8. Proteggere i bambini piccoli nelle emergenze: informazioni per i Media
<https://www.enonline.net/attachments/985/ife-media-guide-italiano.pdf>
9. Bomben J, Chapin EM, Colaceci S, Giusti A Scenari di simulazione di emergenza sismica: studi di caso su allattamento e alimentazione infantile. BEN, 2018
10. Giusti A, Brillo E, Zambri F, Pro E, Colaceci S. Le esperienze delle donne in gravidanza e in allattamento durante l'emergenza terremoto in Abruzzo: risultati di uno studio qualitativo descrittivo. BEN, 2018
11. UNICEF. Allattare durante le emergenze. <https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/allattamento-in-emergenza/#:~:text=%2D%20Nelle%20emergenze%2C%20l'UNICEF,quelli%20che%20dipendono%20dalla%20formula>
12. HIV and infant feeding in emergencies: operational guidance. Geneva: World Health Organization; 2018
13. Convegno ISS: emergenze umanitarie, catastrofi naturali e alimentazione nei primi 1000 giorni di vita
<https://www.epicentro.iss.it/allattamento/ConvegnoIss2018>
14. Alimentazione infantile nelle emergenze: lezioni apprese e prossimi passi: la International Conference ISS 2022
<https://www.epicentro.iss.it/allattamento/international-conference-iss-2022>
15. UNICEF Education Section. Risk-informed Education Programming for Resilience: Guidance Note. New York; 2019 <https://www.unicef.org/media/65436/file/Risk-informed%20education%20programming%20for%20resilience:%20Guidance%20note.pdf>
16. Emergency Nutrition Network, Infant and Young Child Feeding in Emergencies (IFE) Core Group. Operational Guidance on Breastfeeding Counselling in Emergencies. 2021
<https://www.enonline.net/breastfeedingcounsellinginemergencies>
17. Colaceci S, Giusti A. L'alimentazione dei lattanti e dei bambini piccoli nelle emergenze. Le nuove linee d'indirizzo per il personale di primo soccorso e per i responsabili dei programmi. EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica. 2018. <https://www.epicentro.iss.it/allattamento/GuidaAllattamentoEmergenze>
18. Dall'Oglio I, Marchetti F, Mascolo R et al. Breastfeeding Protection, Promotion, and Support in Humanitarian Emergencies: A Systematic Review of Literature. J Hum Lact 2020;36:687-98
19. UNICEF. Procurement and use of breastmilk substitutes in humanitarian settings. 2021.
<https://www.unicef.org/documents/procurement-and-use-breastmilk-substitutes-humanitarian-settings>
20. Avvio tempestivo dell'allattamento durante le emergenze. Una guida per operatori e operatrici dei punti nascita sul sostegno all'avvio tempestivo dell'allattamento <https://www.datocms-assets.com/30196/1647531411-allattamento-durante-le-emergenze-iss.pdf>
21. Giusti A, Marchetti F, Zambri F, Pro E, Brillo E, Colaceci S. Breastfeeding and humanitarian emergencies: the experiences of pregnant and lactating women during the earthquake in Abruzzo, Italy. Int Breastfeed J 2022;17:45
22. Marchetti F, Preziosi J, Zambri F, Tambascia G, Di Nolfi A, Scardetta P et al. Health needs and perception of health care quality among Asylum Seekers and Refugees in an Italian local health authority: A qualitative study. Front Public Health 2023;11:1125125
23. Australian Breastfeeding Association. 'Want to help the children? Help the parents': Challenges and solutions from the Babies and Young Children in the Black Summer (BiBS) Study. 2023
<https://www.breastfeeding.asn.au/sites/default/files/2023-06/BiBS%20Study%20Report%20Final.pdf>

Conclusioni

Donne, neonate e neonati, bambine e bambini sono soggetti particolarmente vulnerabili in condizioni di emergenza. La loro vulnerabilità è determinata da specifici bisogni nutrizionali e dall'immaturità del sistema immunitario. L'allattamento garantisce idratazione, apporto nutrizionale e sostegno immunitario. In condizioni di emergenza, le bambine e i bambini non allattati sono esposti a maggiori problemi di salute (infezioni, diarrea, disidratazione). In tali contesti, l'accesso ad acqua pulita e bollita per la ricostituzione della formula e per l'igiene degli ausili per l'alimentazione risulta difficoltoso. L'Italia è stata colpita, anche recentemente, da gravi emergenze (terremoti, alluvioni, pandemia da COVID-19). Inoltre, vi sono aree a forte pressione migratoria in cui madri, neonati e neonate, bambini e bambine presentano specifici bisogni nutrizionali e di salute, legati anche al contesto migratorio. Le linee guida internazionali sull'AINE, inclusa la protezione dell'allattamento, sono state tradotte in italiano. Nonostante ciò, spesso le raccomandazioni non sono applicate. Tra i principali attori nazionali per le emergenze, la Protezione Civile ricopre un ruolo fondamentale nella gestione delle principali criticità legate alla salute di madri, bambine e bambini. Sebbene a livello locale e/o regionale siano state applicate e integrate le linee di indirizzo operative per la gestione dell'AINE, manca un'implementazione a livello nazionale.

Carenze e lacune

1. Carenza di integrazione e implementazione delle linee di indirizzo operative a livello nazionale e locale sull'alimentazione infantile in situazioni di emergenza (naturale o causata dall'uomo).
2. Pratiche inappropriate di protezione dell'allattamento e scarsa applicazione delle raccomandazioni del CI.
3. Assistenza all'alimentazione di donne, neonate e neonati, bambine e bambini non culturalmente sensibile.
4. Carenze nella formazione sull'AINE per il personale sanitario e laico che si occupa di risposta alle emergenze.

Raccomandazioni

1. La Protezione Civile e gli altri enti che intervengono in situazioni di emergenza (Croce Rossa, Caritas, ONG, associazioni di volontariato, ecc.) dovrebbero adottare e condividere linee di indirizzo operative sull'AINE basate su prove scientifiche e standard internazionali, che includano strategie di preparazione e di gestione di eventuali donazioni di SLM. Dovrebbero poi assicurare che queste linee di indirizzo siano applicate al bisogno, garantendo il coinvolgimento di personale adeguatamente formato.
2. Le donazioni di formula dovrebbero essere proibite o quantomeno scoraggiate durante tutte le emergenze. A beneficio delle madri e dell'alimentazione infantile possono essere donati:
 - a. altri alimenti nutrienti, per esempio, alimenti di origine animale come pesce o carne in scatola;
 - b. altri prodotti, ad esempio vestiti, articoli da toilette per bambine e bambini, coperte, acqua, pannolini;
 - c. fondi per sostenere i programmi di alimentazione infantile.
3. La fornitura della formula ai bambini e bambine che ne hanno bisogno dovrebbe essere affiancata da consulenze sulla corretta preparazione, somministrazione e conservazione e da una fornitura di acqua pulita.
4. La formazione dovrebbe coprire personale locale e di sostegno, componenti di associazioni, e chiunque si occupi di AINE, volontarie e volontari compresi. I *media* e le persone che si occupano di donazioni dovrebbero essere informate dell'esistenza delle linee di indirizzo operative. L'obiettivo è proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento durante le

emergenze, e assicurare, mediante il rispetto del CI, che l'assistenza umanitaria non interferisca con l'allattamento.

5. Nelle emergenze, come nelle situazioni normali, restano valide le raccomandazioni di salute pubblica sull'allattamento esclusivo per i primi sei mesi e l'allattamento con cibi complementari per due anni e oltre.

Indicatore 10. Monitoraggio e valutazione

Domanda chiave. Sono in funzione dei sistemi di monitoraggio e valutazione che raccolgano, analizzino e usino di routine dati allo scopo di migliorare le pratiche di alimentazione infantile?

Criteri per la valutazione e il punteggio

La Tabella sottostante mostra i 5 criteri per la valutazione; il punteggio massimo è 10.

Criteri per la valutazione	√ Spuntare	
10.1 Il monitoraggio e la valutazione di programmi o attività (nazionali o sub-nazionali) su alimentazione infantile includono i seguenti indicatori: inizio dell'allattamento entro un'ora dalla nascita, allattamento esclusivo nei primi 6 mesi, allattamento continuato a 12-23 mesi, alimentazione complementare a 6-8 mesi.	Si=2	No=0√
10.2 Dati e informazioni sui progressi della messa in atto di programmi per l'alimentazione infantile sono usati per guidare la pianificazione e gli investimenti.	Si=1√	No=0
10.3 Dati e informazioni sui progressi della messa in atto di programmi per l'alimentazione infantile sono raccolti di routine o periodicamente a livello nazionale e sub-nazionale.	Si=3√	No=0
10.4 Dati e informazioni sui progressi della messa in atto di programmi per l'alimentazione infantile sono riferiti e presentati a coloro che prendono decisioni.	Si=1√	No=0
10.5 I dati sulle pratiche di alimentazione infantile sono generati almeno una volta l'anno dal sistema nazionale di sorveglianza sanitaria e nutrizionale o dal sistema nazionale di statistica sanitaria.	Si=3	No=0√
Punteggio totale	5/10	

Contesto

Il SSN italiano sta vivendo un processo sempre più accentuato di regionalizzazione che coinvolge anche i sistemi di monitoraggio e valutazione della salute, e non solo per l'alimentazione e lo stato di nutrizione di neonati e bambini. In alcune regioni (Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Provincia Autonoma di Trento) sono operativi da anni sistemi regionali di raccolta dati sull'allattamento, con relativa stima di alcuni indicatori usati a scopo di programmazione, valutazione e ri-pianificazione delle attività. Tuttavia, questi sistemi variano da regione a regione e, pur usando definizioni e metodi standardizzati sulla base delle indicazioni dell'OMS, sono tra loro incompatibili sia dal punto di vista metodologico (dati di routine vs indagini a campione, trasversali vs longitudinali) sia per gli indicatori usati (ospedalieri, di territorio, a diverse età).

Le stime nazionali per alcuni degli indicatori raccomandati dall'OMS derivano da un'indagine ISTAT sulla salute materna e infantile del 2013.[1] Questi dati sono stati usati per la stesura del rapporto WBTi del 2018, ma sono ormai obsoleti e non più utilizzabili a scopo di valutazione e programmazione. Più recentemente in Italia, è stata avviata la Sorveglianza Bambini 0-2 anni (Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino) promossa dal MS e coordinata dall'ISS in collaborazione con le Regioni e le PA. La Sorveglianza Bambini 0-2 anni permette di stimare a livello regionale e/o locale le prevalenze di alcuni comportamenti protettivi o rischiosi per la salute di bambine e bambini per produrre indicatori richiesti dall'OMS e/o da PNP e PRP, compreso l'allattamento. Questa sorveglianza, inserita nel DPCM del 2017 sui

Sistemi di Sorveglianza e i Registri Nazionali,[2] dopo una prima sperimentazione nel 2013 in 13 Distretti Sanitari,[3-4] nel 2018 ha coinvolto 11 Regioni,[5] e nella raccolta dati del 2022 la totalità delle Regioni, a eccezione del Molise e della PA di Bolzano.[6] La Toscana partecipa mettendo a disposizione i risultati dell'Indagine sul percorso nascita già attiva sul proprio territorio e coordinata dall'Istituto Superiore Sant'Anna di Pisa. Grazie a questa sorveglianza, per la prima volta sono tempestivamente disponibili stime accurate e precise, anche a livello regionale, per alcuni degli indicatori raccomandati dall'OMS. La disponibilità di questi dati, il monitoraggio degli indicatori nel tempo e l'analisi delle differenze territoriali e delle relazioni con i fattori socioeconomici, permettono alle autorità sanitarie nazionali e regionali di programmare azioni mirate in tutti i territori.

I risultati della raccolta dati della Sorveglianza Bambini 0-2 anni 2022

Il 46,7% di bambine e bambini di 2-3 mesi di età nel pool di regioni partecipanti è allattato in maniera esclusiva, con una variabilità regionale compresa tra il 29,6% in Sicilia e il 62,5% nella PA di Trento. L'allattamento esclusivo si riduce sensibilmente nella fascia di età 4-5 mesi interessando il 30,0% di bambine e bambini, con una variabilità compresa tra il 13,5% in Sicilia e il 43,2% nella PA di Trento e in Friuli-Venezia Giulia. Analizzando la diffusione dell'allattamento oltre l'anno di vita, continuano a ricevere latte materno nella fascia d'età 12-15 mesi il 36,2% di bambine e bambini (24,8% in Campania; 46,2% nelle Marche e 49,7% in Toscana). Il 13,0% del totale risulta non essere mai stato allattato, con quote comprese tra il 7,0% nelle Marche e il 17,2% in Sicilia. Nelle regioni del sud rispetto al centro-nord si osservano valori inferiori per tutti gli indicatori presi in considerazione.

Altre informazioni utili

L'Italia ha ottenuto una buona performance nei sotto-indicatori 10.2, 10.3 e 10.4 grazie alla Sorveglianza Bambini 0-2 anni che, ogni tre anni, fornisce informazioni che sono condivise con le persone responsabili delle decisioni strategiche, delle politiche e del management sanitario. Le informazioni raccolte forniscono una base solida a sostegno delle decisioni e delle politiche sanitarie nazionali, consentendo un approccio più informato alla pianificazione e alla gestione delle risorse per la salute di bambine e bambini. I PRP 2020-2025 usano infatti i dati della sorveglianza a scopo di pianificazione.

Al contrario, emerge una performance nazionale insufficiente nei sotto-indicatori 10.1 e 10.5. Va tuttavia precisato che i criteri di valutazione attuali non includono situazioni intermedie, in cui gli obiettivi dell'indicatore sono solo parzialmente raggiunti. La possibilità di attribuire un punteggio intermedio permetterebbe di riconoscere iniziative lodevoli quali le annuali indagini longitudinali sul percorso nascita della Toscana e della PA di Trento, la raccolta dati trasversale effettuata annualmente in Emilia-Romagna e quella sull'allattamento alla dimissione e alla seconda vaccinazione curata in modo continuo in Friuli-Venezia Giulia. La prossima sfida sarà uniformare i diversi sistemi informativi regionali e investire risorse per raccogliere dati su tutti gli indicatori raccomandati dall'OMS. Sarà importante iniziare inserendo le domande sul primo attacco al seno entro un'ora e sull'allattamento esclusivo a 48 ore nella revisione del tracciato nazionale del CEDAP in corso di definizione. Questo contribuirà a migliorare la valutazione della performance nazionale e a garantire un monitoraggio più accurato della salute e del benessere di neonate e neonati, di bambine e bambini in Italia.

Fonti di dati e informazioni usate

1. Istat. Gravidanza, parto e allattamento al seno. ISTAT, Roma, 2013
<https://www.istat.it/it/files/2014/12/gravidanza.pdf?title=Gravidanza%2C+parto+e+allattamento+al+seno+-+09%2Fdic%2F2014+-+Testo+integrale.pdf>

2. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 109, 12 maggio 2017.
3. Pizzi E, Spinelli A, Battilomo S et al. I determinanti di salute nella prima infanzia: la sperimentazione di un nuovo sistema di sorveglianza in Italia. *Epidemiol Prev* 2019;43(1):66-70
4. Pizzi E, Lauria L, Buoncristiano M et al. Il nuovo Sistema di Sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia. In: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2018. p. 352-3
5. Pizzi E, Salvatore AM, Donati S, Andreozzi S, Battilomo S, Privitera MG (a cura di). Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni finalità, metodologia e risultati della raccolta dati 2018-2019. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022
6. <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/indagine-2022>

Conclusioni

Rispetto al rapporto WBTi del 2018, è emerso un progresso importante grazie allo sviluppo della Sorveglianza Bambini 0-2 anni che nel 2018 aveva fornito dati parziali a causa dell'adesione della metà delle regioni. Nel 2022, con l'adesione di quasi tutte le regioni, i risultati possono essere considerati rappresentativi per l'intero Paese, con l'esclusione della PA di Bolzano e del Molise. La sorveglianza, raccogliendo dati durante le sedute vaccinali, permette di monitorare 3 dei 5 indicatori OMS: l'allattamento esclusivo a 2-3 e a 4-5 mesi e quello continuato a 12-15 mesi. L'inizio dell'allattamento entro un'ora dalla nascita e l'allattamento esclusivo nei primi due giorni di vita, potrebbero essere rilevati attraverso il flusso nazionale del CEDAP. L'alimentazione con biberon e l'alimentazione complementare a 6-8 mesi risultano attualmente di difficile rilevazione nel Paese e potrebbero giovare di un confronto sulla loro priorità a livello nazionale e internazionale.

Carenze e lacune

L'attuale sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni permette di stimare ogni 3 anni solo alcuni degli indicatori raccomandati dall'OMS. In particolare manca un sistema nazionale standardizzato per raccogliere dati sull'allattamento subito dopo la nascita e nei giorni di degenza nei reparti di maternità. È importante notare che queste criticità sono comuni a molti Paesi dell'UE. Sarebbe pertanto auspicabile considerare l'opportunità di affrontare queste sfide attraverso un'iniziativa comune.

Raccomandazioni

1. Inserire i dati per la stima degli indicatori OMS pertinenti nel CEDAP nazionale.
2. Promuovere un approccio uniforme per la raccolta e la registrazione dei dati relativi all'allattamento, secondo quanto raccomandato dall'OMS, in tutta l'UE per facilitare un monitoraggio più efficace e una pianificazione basata su evidenze.
3. Promuovere lo scambio di conoscenze e buone pratiche tra i Paesi dell'UE per migliorare la valutazione e il monitoraggio delle politiche.

Indicatore 11. Inizio dell'allattamento entro un'ora dalla nascita

Domanda chiave. Qual è la percentuale di neonate e neonati allattati entro un'ora dalla nascita? **36% (2013)**

Definizione

Percentuale di bambine e bambini tra 0 e 23 mesi di età che sono stati messi al seno entro un'ora dalla nascita.

Indicatore 11	Classificazione in base a criteri OMS	Punteggio	
Inizio dell'allattamento entro un'ora dalla nascita		Punteggio	Codice a colori
	0.1-29%	3	Rosso
	29.1-49%	6	Giallo
	49.1-89%	9	Blu
	89.1-100%	10	Verde

Fonti di dati

1. Istat. Gravidanza, parto e allattamento al seno. ISTAT, Roma, 2013
<https://www.istat.it/it/files/2014/12/gravidanza.pdf?title=Gravidanza%2C+parto+e+allattamento+al+seno+-+09%2Fdic%2F2014+-+Testo+integrale.pdf>

Commenti

Gli attuali sistemi di sorveglianza non forniscono dati per questo indicatore. L'unica stima disponibile è perciò quella già usata per il rapporto WBTi del 2018. La media nazionale del 36% nasconde differenze regionali (nord-ovest 40.8%, nord-est 52.0%, centro 36.4%, sud 22.9%). Un inizio precoce è associato a tassi più elevati di allattamento (94.8% contro 84.1% in madri con inizio dopo un'ora dal parto). È associato anche con una maggiore durata media di allattamento esclusivo (3.9 contro 3.6 mesi in madri con inizio dopo 24 ore) e non (6.6 contro 5.4 mesi). È probabile che la situazione sia migliorata tra il 2013 e il 2022, soprattutto nelle regioni dove si sono maggiormente estese le BFI (vedi Indicatore 2).

Indicatore 12. Allattamento esclusivo sotto i 6 mesi

Domanda chiave. Qual è la percentuale di bambine e bambini tra 0 e 6 mesi di età allattati in maniera esclusiva nelle ultime 24 ore? **46.7% (2022)**

Definizione

Percentuale di bambine e bambini tra 0 e 5 mesi di età (0-5 mesi significa 5 mesi e 29 giorni) che hanno ricevuto solo latte materno nelle ultime 24 ore (o nel giorno precedente; OMS, 2021).

Indicatore 12	Classificazione in base a criteri OMS	Punteggio	
Allattamento esclusivo in bambine e bambini tra 0 e 5 mesi di età		Punteggio	Codice a colori
	0.1-11%	3	Rosso
	11.1-49%	6	Giallo
	49.1-89%	9	Blu
	89.1-100%	10	Verde

Fonti di dati

- <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/indagine-2022>

Commenti

Il 46,7% di bambine e bambini di 2-3 mesi nel pool di regioni è allattato in maniera esclusiva, con una variabilità regionale compresa tra il 29,6% in Sicilia e il 62,5% nella PA di Trento. L'allattamento esclusivo nella fascia 4-5 mesi interessa il 30,0% con una variabilità compresa tra il 13,5% della Sicilia e il 43,2% di Trento e Friuli-Venezia Giulia. Dato che la prevalenza di allattamento esclusivo 0-1 mesi di età è sicuramente maggiore di 46,7%, il valore a 2-3 mesi potrebbe essere una buona approssimazione dell'indicatore raccomandato dall'OMS. Ciò che comunque non cambia è il punteggio: siamo sempre in fascia gialla (6 punti).

La media nazionale del 46.7% nasconde differenze regionali (valori più elevati nelle regioni di nord e centro, più bassi al sud) e sicuramente differenze per livello di istruzione materna (valori più elevati in madri con istruzione superiore rispetto alle altre). Il tasso di allattamento esclusivo diminuisce ovviamente col crescere dell'età di bambine e bambini.

Indicatore 13. A) Durata mediana dell'allattamento; B) Allattamento continuato a 12-15 mesi

Domande chiave. A) Qual è la durata mediana dell'allattamento? **8.3 mesi (2013)**. B) Qual è la percentuale di bambine e bambini allattati tra 12 e 15 mesi? **36.2% (2022)**

Definizioni

A) Mediana della durata dell'allattamento.

B) Percentuale di bambine e bambini tra 12 e 15 mesi di età che sono stati alimentati con latte materno nel giorno precedente.

Indicatore 13 A	Classificazione in base a criteri OMS*	Punteggio	
Durata mediana dell'allattamento		Valore	Codice a colori
	0-18 mesi	8.3	Rosso
	18.1-20 mesi		Giallo
	20.1-22 mesi		Blu
	22.1-24 mesi o più		Verde

Indicatore 13 B	Classificazione in base a criteri OMS*	Punteggio	
Allattamento continuato a 12-23 mesi		Punteggio	Codice a colori
	0.1-39.9%	36.2%	Rosso
	40-59.9%		Giallo
	60-79.9%		Blu
	80-100%		Verde

* Non esistono criteri OMS per assegnare un punteggio. I punteggi inseriti sono quelli usati nella *scorecard* del Global Breastfeeding Collective a 12 mesi, e non a 12-15 mesi; non dovrebbero esserci grandi differenze.

Fonti di dati

A. ISTAT. Gravidanza, parto e allattamento al seno. ISTAT, Rome, 2013

<https://www.istat.it/it/files/2014/12/gravidanza.pdf>

B. <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/indagine-2022>

Commenti

A) Non ci sono dati recenti per questo indicatore. Ci sono solo i dati del 2013, già usati nel rapporto WBTi del 2018. Inoltre, la durata mediana dell'allattamento non è più inclusa nella lista degli indicatori raccomandati dall'OMS nel 2021 per valutare le buone pratiche di alimentazione dei

bambini; è stato sostituito dal più facilmente interpretabile indicatore sull'allattamento continuato a 12-23 mesi di età.

B) L'Italia non ha dati per tutto il secondo anno di età, ma il Sistema di Sorveglianza 0-2 fornisce delle stime per il gruppo di età 12-15 mesi, quando i bambini ricevono alcuni vaccini e richiami. I dati sono stati raccolti tra giugno e ottobre del 2022 su un campione di 35.550 madri e bambini. La media nazionale di 36.2% di bambini allattati a questa età nasconde differenze regionali e probabilmente anche di livello di istruzione e classe sociale. Come per la maggior parte degli indicatori di salute, anche per questo si nota un gradiente nord-sud. I valori più elevati, tra 40% e 50%, si riscontrano nelle regioni del centro nord (Toscana 49,7%, Marche 46,2%), con l'eccezione di Veneto (37.4%) e Lombardia (36.5%). Quelli più bassi sono al sud: Sicilia (27.0%), Calabria (26.2%) e Campania (24.8%).

Indicatore 14. Alimentazione con biberon

Domanda chiave: Qual è la percentuale di bambine e bambini tra 0 e 23 mesi di età che sono alimentati (qualsiasi cibo o bevanda, anche latte materno spremuto) con biberon e tettarella? **Non disponibile**

Definizione

Percentuale di bambine e bambini tra 0 e 23 mesi di età che sono stati alimentati con biberon e tettarella nel giorno precedente.

Indicatore 14	Classificazione in base a criteri OMS	Punteggio	
Alimentazione con biberon (0-23 mesi)		Punteggio	Codice a colori
	29.1-100%	3	Rosso
	4.1-29%	6	Giallo
	2.1-4%	9	Blu
	0.1-2%	10	Verde

Fonti di dati

Non esistono dati su questo indicatore.

Commenti

È difficile raccogliere dati affidabili su questo indicatore, che anche l'OMS cataloga come poco o per nulla rilevante.

Indicatore 15. Alimentazione complementare (a 6-8 mesi)

Domanda chiave. Qual è la percentuale di bambine e bambini allattati che ricevono alimenti complementari a 6-8 mesi? **83% (2021)**

Definizione

Percentuale di bambine e bambini a 6-8 mesi di età che hanno consumato alimenti solidi, semisolidi o semiliquidi nel giorno precedente.

Indicatore 15	Classificazione in base a criteri OMS	Punteggio	
Alimentazione complementare (a 6-8 mesi)		Punteggio	Codice a colori
	0.1-59%	3	Rosso
	59.1-79%	6	Giallo
	79.1-94%	9	Blu
	94.1-100%	10	Verde

Fonti di dati (anno)

1. Nacamuli M et al. La nutrizione nei primi sei mesi di vita: un'analisi dei dati della coorte NASCITA. Ricerca e Pratica 2021;37:53-61

Commenti

I dati provengono da uno studio di coorte condotto dal gruppo di ricerca dell'Istituto Mario Negri di Milano in collaborazione con l'ACP. La coorte comprende 5153 bambine e bambini nati tra il 1° aprile 2019 e il 1 aprile 2020, assistiti da 139 pediatre e pediatri sparsi in tutto il territorio nazionale. I dati sull'alimentazione complementare riguardano 809 bambine e bambini che hanno già raggiunto l'età indicata. Al termine del settimo mese, l'83% di questi aveva già introdotto alimenti complementari. La media per questa introduzione è stata di 5.3 ± 0.8 mesi. Quasi il 10% aveva iniziato a 4 mesi, mentre il 51.4% prendeva già alimenti complementari al compimento del sesto mese.

Nota

La definizione OMS (2021) per questo indicatore sembra non includere i liquidi (acqua, altre bevande, latte animale, formula), ma quella di un indicatore successivo (minimum meal frequency) include vari tipi di latte animale e di formula. La guida WBTi dice che questo indicatore misura solo se gli alimenti complementari sono introdotti "in a timely manner", cioè dopo i 6 mesi e continuando con l'allattamento. Ma un bambino o bambina che consuma alimenti complementari tra 6 e 8 mesi potrebbe aver iniziato prima, e cioè non "in a timely manner", come risulta evidente dai dati della coorte italiana.

Riassunto e conclusioni

Parte I. Politiche e programmi per l'alimentazione di neonate e neonati, bambine e bambini

Indicatori	Punteggio 2018	Punteggio 2023
1. Politiche, programmi, finanziamento e coordinamento	2	1
2. Iniziative Baby Friendly	6	1
3. Implementazione del Codice Internazionale	6	6
4. Protezione della maternità	8	7
5. Sistema sanitario	5	4
6. Sostegno alle madri nella comunità	5	6
7. Supporto informativo	8	7
8. HIV e alimentazione infantile	6	5
9. Alimentazione infantile nelle emergenze	1	0
10. Monitoraggio e valutazione	5	5
Punteggio della parte I (sub-totale)	52 (su 100)	42 (su 100)

Classificazione di IBFAN Asia per la WBTi

Il punteggio totale per gli indicatori 1-10 è calcolato su base 100.

Punteggio	Codice a colori
0 – 30.9	Rosso
31 – 60.9	Giallo
61 – 90.9	Blu
91 – 100	Verde

Conclusioni

Rispetto al 2018, vi è stato un peggioramento del punteggio totale nel 2023. In particolare, sono diminuiti i punteggi per gli indicatori 1, 2, 4, 5, 7 e 9. Una parte di questo peggioramento potrebbe essere dovuto alla modificazione dei criteri per assegnare i punteggi. Nel 2018 c'era spesso la possibilità di assegnare mezzi punti quando un criterio era parzialmente rispettato, in termini sostanziali o geografici; nel 2023 i mezzi punti non sono previsti, soprattutto in termini di copertura geografica. Detto questo, l'unico indicatore con un leggero miglioramento è il numero 6. Da notare il punteggio 0 per l'indicatore 9, nonostante l'Italia sia un Paese frequentemente colpito da eventi che causano emergenze per le popolazioni affette. Il punteggio totale della Parte I colloca l'Italia a un livello leggermente più alto del minimo, ben lontano dal livello ottimale. Eccetto che per la protezione della maternità e il supporto informativo, che però non tiene conto dell'informazione sui *social media*, spesso a cura, direttamente o indirettamente, dell'industria di alimenti per l'infanzia, è necessario colmare carenze e lacune in tutte le altre aree, e in particolare per politiche e programmi,

iniziative Baby Friendly e alimentazione infantile nelle emergenze. Alcune delle azioni raccomandate richiedono solo volontà politica per essere messi in pratica (per esempio, il rispetto del Codice Internazionale). Altre necessitano di risorse umane, materiali e finanziarie (per esempio, le iniziative *Baby Friendly*). Si spera che questo rapporto stimoli i decisori politici, come pure gli amministratori e i professionisti della salute a livello nazionale, regionale e locale, a prendere impegni per cambiamenti in direzione di una migliore protezione, promozione e sostegno dell'alimentazione di neonati e bambini, e in particolare dell'allattamento.

Parte II: pratiche di alimentazione

Indicatori	2018		2023	
	Risultato	Punteggio	Risultato	Punteggio
11. Inizio dell'allattamento entro un'ora dalla nascita	36%	6	36%	6
12. Allattamento esclusivo sotto i 6 mesi	42.7%	6	46.7%	6
13. Durata mediana dell'allattamento/Allattamento continuato a 12-15 mesi	8.3	3	36.2%	3
14. Alimentazione con biberon	NA	0	NA	0
15. Alimentazione complementare (a 6-8 mesi)	73%	6	83%	9
Punteggio della Parte II (sub-totale)		21 (su 50)		24 (su 50)

Classificazione di IBFAN Asia per la WBTi

Il punteggio totale per gli indicatori 11-15 è calcolato su base 50.

Punteggio	Codice a colori
0 – 15	Rosso
16 - 30	Giallo
31 - 45	Blu
46 – 50	Verde

Conclusioni

Rispetto al 2018, vi è un lieve miglioramento del punteggio totale, attribuibile all'indicatore 15. Il codice a colori resta comunque giallo, piazzando l'Italia appena sopra il livello minimo. Il livello giallo, come nel 2018, richiede impegni per migliorare. Sono urgentemente necessari interventi per aumentare l'inizio precoce e l'esclusività dell'allattamento nei primi 6 mesi, ma anche l'allattamento continuato a 12-15 mesi. Più difficile è interpretare il dato sull'introduzione tempestiva e sicura di alimenti complementari adeguati. Inoltre, si deve migliorare il sistema nazionale di monitoraggio e valutazione. Ciò permetterà di migliorare gli attuali sistemi regionali e locali e di colmare il *gap* tra nord e sud.

Totale delle Parti I e II (indicatori 1-15)

I punteggi totali sono calcolati su base 150. I Paesi sono così classificati:

Punteggio	Codice a colori
0 – 45.5	Rosso
46 – 90.5	Giallo
91 – 135.5	Blu
136 – 150	Verde

Conclusioni

Il punteggio totale delle Parti I e II per l'Italia è **66/150**, cioè 7 punti in meno rispetto al 2018. Il bicchiere è ora più vuoto che pieno.

Principali carenze e lacune

Visti i risultati in precedenza esposti, è chiaro che carenze, lacune e raccomandazioni coincidono quasi completamente con quelle del 2018:

1. La politica nazionale è datata e dovrebbe essere aggiornata per coprire, oltre all'allattamento, altri aspetti dell'alimentazione infantile.
2. Manca un piano nazionale per la protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento e dell'alimentazione infantile.
3. Le risorse finanziarie assegnate all'alimentazione infantile sono scarse e mal distribuite.
4. L'attuale TAS non ha le funzioni di un Comitato Nazionale per l'Allattamento.
5. Le iniziative *Baby Friendly* non coprono tutto il Paese e continua a esserci un *gap* nord/sud.
6. La legislazione nazionale non include tutte le disposizioni del Codice Internazionale e la sua applicazione non è sottoposta a monitoraggio sistematico.
7. Non esiste alcuna regolamentazione sulle informazioni veicolate attraverso i *media* digitali.
8. Mancano informazioni omogenee, anche in siti istituzionali.
9. Le istruzioni per la ricostituzione, la gestione e l'uso della formula in polvere che si trovano nelle etichette variano da marca a marca e non garantiscono sicurezza.
10. Le attuali misure per la protezione della maternità non si applicano a tutte le lavoratrici e non sono applicate in tutti i luoghi di lavoro.
11. Gli attuali congedi di paternità dovrebbero essere aumentati in una prospettiva di parità di genere.
12. La quasi totalità dei corsi di laurea e specializzazione per personale sanitario fornisce una formazione insufficiente e inadeguata sull'alimentazione infantile, e in particolare sull'allattamento.
13. Mancano linee guida nazionali e locali per l'alimentazione infantile in situazioni di emergenza (naturali e causate dall'uomo), che siano basate su standard internazionali.
14. Manca un sistema nazionale di monitoraggio e valutazione dell'alimentazione infantile.

Principali raccomandazioni

1. Istituire un Comitato Nazionale Allattamento, come previsto dalla Dichiarazione degli Innocenti, che aggiorni le politiche attuali e stimoli l'elaborazione di un piano nazionale sull'alimentazione infantile, che sarà poi adattato e messo in pratica a livello regionale e locale, con adeguate risorse.
2. Includere le iniziative *Baby Friendly* nel piano nazionale ed estendere la loro copertura, in primo luogo, alle regioni del sud, con adeguati finanziamenti.
3. Integrare pienamente il Codice Internazionale nella legislazione nazionale e far rispettare la sua applicazione come previsto dalla guida OMS del 2016 sul porre fine alla promozione inappropriata di alimenti per neonati e bambini.
4. Standardizzare le istruzioni per la ricostituzione, la gestione e l'uso delle formule in polvere nelle etichette dei prodotti, sulla base degli standard OMS/FAO del 2006.
5. Mettere in atto una regolamentazione delle informazioni sull'alimentazione infantile sui *media digitali*.
6. Estendere le misure di protezione della maternità a tutte le lavoratrici e a tutti i luoghi di lavoro.
7. Aggiornare i *curricula* dei corsi di laurea e specializzazione per personale sanitario, e motivarlo a diventare *Baby Friendly*.
8. Adottare e mettere in pratica le raccomandazioni internazionali sull'alimentazione infantile in situazioni di emergenza.
9. Sviluppare e mettere in pratica un sistema nazionale di monitoraggio e valutazione dell'alimentazione infantile.