



1990 - 2005

**CELEBRAZIONE
DELLA DICHIARAZIONE DEGLI INNOCENTI
SULLA PROTEZIONE,
PROMOZIONE E SOSTEGNO
DELL' ALLATTAMENTO MATERNO**

**Risultati ottenuti, sfide presenti
e la prospettiva futura per l'alimentazione del neonato e del bambino**



REGIONE TOSCANA

1990 – 2005

**CELEBRAZIONE
DELLA DICHIARAZIONE DEGLI INNOCENTI
SULLA PROTEZIONE,
PROMOZIONE E SOSTEGNO
DELL' ALLATTAMENTO MATERNO**

**Risultati ottenuti, sfide presenti
e la prospettiva futura per l'alimentazione del neonato e del bambino**

Novembre 2005



WHO

In collaborazione con

REGIONE TOSCANA



Ringraziamenti

Questo documento, al quale hanno contribuito molte persone, è stato curato da Penny Van Esterik. La collaborazione che lo ha reso possibile è stata coordinata da David Clark, con un'ulteriore revisione e contributi scritti di Miriam Labbok. Hanno contribuito anche Annelies Allain, Sarah Amin, Helen Armstrong, Arun Gupta, Yeong Joo Kean, Lida Lhotska, Alison Linnecar, Luann Martin, Chris Mulford, Audrey Naylor, Gabrielle Palmer, David Parker, Elaine Petitat-Côté, Randa Saadeh, Doris Storm, Constanza Vallenias e Nancy Wight.

Altre persone hanno fornito il loro aiuto in svariati modi, compresa la revisione del manoscritto. Li ringraziamo qui per la loro disponibilità: J.P. Allain, Naomi Bar-Yam, André Briend, Bernadette Daelmans, Maryam Farzanegan, Anwar Fazal, Ines Fernandes, Marina Ferriera, Judith Galtry, Fred Grant, Ted Greiner, Rainer Gross, Peggy Henderson, Sandra Kerr, Pamela Knight, Margaret Kyenkya, Michael Latham, Mun Tip Liew, Rebecca Magalhaes, Jose Martines, Amal Omer-Salim, Marina Rea, Felicity Savane e Susan Siew.

Le opinioni espresse nel testo sono quelle degli autori e non riflettono necessariamente le politiche o le posizioni dell'UNICEF o delle altre organizzazioni associate con questa pubblicazione.

Traduzione dall'originale inglese: Francesco Piccardi, Firenze

Impaginazione e fotocomposizione: Bernard & Co, Siena, Italia

Immagine di copertina: Cover image (c) 2003 Estate of Pablo Picasso/Artists Rights Society (ARS), New York

ISBN: 88-89129-38-7

© 2005 Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF)

Il Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF

Il Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF è stato istituito nel 1988 con sede a Firenze, in Italia, con il fine di potenziare le capacità del Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF) nell'attività di ricerca e di promozione di una nuova etica globale a favore dell'infanzia. Il Centro contribuisce all'individuazione e all'approfondimento analitico delle future aree di lavoro dell'UNICEF. I suoi obiettivi primari sono migliorare la comprensione internazionale dei problemi relativi ai diritti dei bambini e incoraggiare l'efficace applicazione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia, tanto nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo.

Le pubblicazioni del Centro contribuiscono al dibattito globale sui diritti dei bambini e accolgono una vasta gamma di opinioni. Per tale ragione, il Centro può produrre pubblicazioni che non riflettono necessariamente le politiche o la posizione dell'UNICEF su determinati argomenti. Queste pubblicazioni sono prodotte dal Centro come stimolo al dialogo sui diritti dei bambini.

Il Centro collabora con l'istituzione che lo ospita a Firenze, l'Istituto degli Innocenti, su selezionate aree tematiche. Il finanziamento di base per il funzionamento del Centro è fornito dal Governo italiano, mentre altri governi, istituzioni internazionali e donatori privati, tra cui i Comitati nazionali per l'UNICEF sostengono finanziariamente specifici progetti.

Si prega di indirizzare tutta la corrispondenza a:

Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF

Piazza SS. Annunziata, 12

50122 Firenze, Italia

Tel.: (+39) 055 20 330

Fax: (+39) 055 2033 220

E-mail (informazioni generali): florence@unicef.org

E-mail (ordinazione di pubblicazioni): florenceorders@unicef.org

Sito web: www.unicef.org/irc e www.unicef-irc.org

(Questa pubblicazione può essere scaricata in formato elettronico dal sito web del Centro)

INDICE

Premessa	7
La Dichiarazione degli Innocenti (1990)	8
Prefazione	13
Sintesi	15
 Capitolo 1 CELEBRAZIONE DELLA DICHIARAZIONE DEGLI INNOCENTI	19
Introduzione storica	19
L'evidenza scientifica	20
La Dichiarazione degli Innocenti	21
 Capitolo 2 I RISULTATI OTTENUTI	23
Attuazione della Dichiarazione degli Innocenti	23
Obiettivo 1: Coordinatori e comitati nazionali per l'allattamento materno	23
Obiettivo 2: Servizi di sostegno alla maternità	24
Obiettivo 3: Applicazione del Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno	27
Obiettivo 4: Protezione della maternità	30
 Capitolo 3 SFIDE	33
L'HIV/AIDS e l'allattamento materno	33
Le emergenze e l'alimentazione del neonato	35
L'emancipazione delle donne	36
La condizione dell'alimentazione del neonato e del bambino oggi	38
 Capitolo 4 NUOVE DIREZIONI	39
La Strategia globale per l'alimentazione del neonato e del bambino	39
Obiettivo 5: Una politica a tutto campo	39
Obiettivo 6: L'allattamento materno ottimale, con particolare attenzione al sostegno delle donne nella comunità	40
Obiettivo 7: L'alimentazione complementare e l'allattamento continuato	44
Obiettivo 8: L'alimentazione dei neonati in circostanze eccezionalmente difficili	45
Obiettivo 9: Nuove leggi e altre misure	47
 Capitolo 5 LAVORARE INSIEME PER I RISULTATI	49
Coordinamento e integrazione	49
Alimentazione dei neonati, allattamento materno e diritti umani	51
 Capitolo 6 LA PROSPETTIVA FUTURA	53
 Elenco delle abbreviazioni	56

PREMESSA

Nel 1990 la Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno gettava le basi di un programma internazionale con ambiziosi obiettivi operativi. Riuniti a Firenze, nel mese di luglio di quell'anno, i responsabili politici di oltre 30 paesi adottavano la Dichiarazione, poi approvata dalla quarantacinquesima Assemblea mondiale della sanità e dal Comitato esecutivo dell'UNICEF. La Dichiarazione degli Innocenti rifletteva sia lo spirito di una crescente mobilitazione in favore dell'allattamento materno, che il riconoscimento del diritto del neonato a ricevere un'alimentazione nutriente, affermato dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia del 1989. La Dichiarazione raccoglieva l'impegno e la visione pragmatica di quanti si erano riuniti a Firenze per dare maggiore visibilità pubblica alla causa dell'allattamento materno.

Negli ultimi quindici anni sono stati compiuti grandi progressi. Le modalità di allattamento materno sono migliorate, e le società ed i governi nazionali hanno fatto molto per promuovere e garantire il diritto ad allattare al seno. Anche il mondo è cambiato: oggi è caratterizzato dalla comunicazione globale e dall'impegno politico, diffuso in tutto il globo, in favore dell'Agenda del millennio e degli Obiettivi di sviluppo del millennio in essa contenuti. Di pari passo, gli anni trascorsi hanno registrato un crescente numero di emergenze, in particolare causate dall'uomo, e la diffusione dell'HIV/AIDS e di altre malattie infettive. Tutto ciò ha ulteriormente confermato l'esigenza di evidenziare e dare sostegno a tutti i comportamenti e pratiche relativi all'alimentazione neonatale utili per favorire la salute, lo sviluppo, la soddisfazione personale e la crescita.

La presente pubblicazione torna sui temi della Dichiarazione degli Innocenti analizzando i progressi

compiuti verso gli obiettivi stabiliti nel 1990. Intende illustrare le sempre nuove sfide per un'alimentazione ottimale per il neonato ed il bambino, e suggerire una via da seguire per raggiungere l'obiettivo globale del godimento universale del diritto del bambino ad un'alimentazione adeguata. Questo documento costituisce il prodotto di un consenso raggiunto da numerose istituzioni ed organizzazioni quali governi, organizzazioni multilaterali, bilaterali e ONG. Si propone di agire da catalizzatore per dare impulso alle iniziative a sostegno della Dichiarazione degli Innocenti e della Strategia globale per l'alimentazione del neonato e del bambino.

Il Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF produce conoscenze ed analisi per la formulazione di politiche e di iniziative in favore dei bambini; agisce da punto d'incontro e da catalizzatore per lo scambio delle conoscenze e per le riflessioni strategiche sui problemi dell'infanzia; potenzia il ruolo dell'UNICEF in quanto leader concettuale e difensore globale dei diritti dei bambini, e supporta lo sviluppo di programmi e la formazione di competenze. Gli studi del Centro propongono conoscenze e prospettive nuove su questioni critiche che interessano i bambini e la realizzazione dei loro diritti.

Nutriamo la speranza che la presente pubblicazione, con la sua valutazione dei risultati conseguiti negli ultimi quindici anni e della situazione attuale, possa contribuire a rinnovare l'attenzione, il sostegno e le iniziative in favore dell'alimentazione neonatale e infantile, sulla scia dei progressi conseguiti dopo l'approvazione della Dichiarazione degli Innocenti.

Marta Santos Pais
Direttore
Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF

DICHIARAZIONE

sulla protezione, promozione e

RICONOSCENDO che

l'allattamento al seno è un processo unico che:
● fornisce l'alimentazione completa ai neonati e contribuisce al loro pieno sviluppo e alla loro sana crescita;

● riduce i tassi di morbidità e mortalità infantile diminuendo l'incidenza e la gravità delle malattie infettive;

● giova alla salute delle donne riducendo i rischi di tumore al seno e alle ovaie e aumentando l'intervallo tra una gravidanza e l'altra,

● offre vantaggi economici e sociali sia a livello familiare che a livello nazionale;

● dà alla maggior parte delle donne un senso di soddisfazione se praticato con successo;
e poiché recenti studi hanno dimostrato che:

● tali vantaggi aumentano con un allattamento esclusivamente materno¹ durante i primi 6 mesi di vita del neonato e in seguito con una maggiore durata dell'allattamento integrato con alimenti complementari; e

● interventi programmati possono apportare positivi cambiamenti nell'atteggiamento verso l'allattamento al seno;

La "Dichiarazione degli Innocenti" è stata stesa e adottata dai partecipanti all'Incontro OMS/UNICEF: "L'allattamento al seno negli anni '90: un'iniziativa globale", con il patrocinio dell'Agenzia Statunitense per lo Sviluppo Internazionale (A.I.D.) e dell'Autorità Svedese per lo Sviluppo Internazionale (S.I.D.A.) tenutosi presso lo Spedale degli Innocenti, Firenze, Italia, dal 30 Luglio al 1 Agosto 1990. La Dichiarazione riflette il contenuto del documento originale di base dell'Incontro e le opinioni espresse in sessioni plenarie. Essa è rappresentativa del consenso generale emerso dall'Incontro ma non necessariamente delle opinioni individuali di ogni singolo partecipante.

DICHIARIAMO QUINDI che:

Per raggiungere l'obiettivo globale di una migliore salute e di una più corretta alimentazione della madre e del bambino, tutte le donne dovrebbero essere messe nella condizione di praticare l'allattamento esclusivamente al seno e tutti neonati dovrebbero essere nutriti soltanto con latte materno, dalla nascita fino ai 4-6 mesi di vita. I bambini dovrebbero continuare ad essere allattati al seno, ricevendo allo stesso tempo alimenti complementari adeguati, fin oltre i due anni di età. Questo ideale di nutrizione infantile deve essere raggiunto attraverso la creazione di un ambiente consapevole e che aiuti le donne consentendo loro di allattare in questo modo.

Per raggiungere l'obiettivo è necessario, in molti paesi, che si crei una "cultura dall'allattamento al seno" e la si difenda energicamente dalla "cultura dell'allattamento artificiale". Ciò richiede impegno e mobilitazione sociale e il totale coinvolgimento del prestigio e dell'autorità dei leader riconosciuti in tutti gli ambienti sociali. Devono essere compiuti sforzi per accrescere la fiducia delle donne nella loro capacità di allattare, attraverso l'eliminazione di restrizioni e di influenze che alterano le percezioni e il comportamento femminili, spesso con mezzi insidiosi e indiretti. Ciò richiede sensibilità, attenzione continua e una strategia delle comunicazioni ampia ed esauriente che coinvolga tutti i mass media e si rivolga a tutti i livelli della società. Inoltre dovrebbe essere eliminato qualsiasi ostacolo all'allattamento al seno presente all'interno del sistema sanitario, del mondo del lavoro e della comunità.

Dovrebbero essere prese misure adeguate per garantire alle donne una corretta nutrizione per

DEGLI INNOCENTI

e sostegno dell'allattamento al seno

uno stato di salute ottimale non solo per loro stesse ma anche per le loro famiglie.

Inoltre, la garanzia che tutte le donne abbiano accesso anche alle informazioni e ai servizi di pianificazione familiare permette loro di continuare ad allattare al seno ed elimina il verificarsi di gravidanze troppo ravvicinate, che comprometterebbero la salute e lo status nutrizionale di madri e figli.

Ogni governo dovrebbe sviluppare politiche nazionali di allattamento al seno, fissare obiettivi nazionali per gli anni '90 e istituire un sistema nazionale per il controllo del raggiungimento di tali obiettivi, elaborare indicatori che misurino il grado di diffusione dell'allattamento esclusivamente materno dopo la dimissione dai reparti maternità e la sua diffusione all'età di quattro mesi.

Le autorità nazionali sono inoltre sollecitate ad integrare le politiche nazionali relative all'allattamento al seno nelle loro politiche globali di sanità e sviluppo.

Nel far ciò esse dovrebbero rafforzare ogni intervento volto a proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento al seno con programmi di assistenza pre e perinatale, di nutrizione, di pianificazione familiare, di prevenzione e cura delle malattie infantili e materne comuni.

Dovrebbero far acquisire a tutto il personale sanitario le capacità necessarie ad applicare queste politiche sull'allattamento al seno.

OBIETTIVI OPERATIVI:

Per il 1995 tutti i governi dovrebbero aver:

- nominato un autorevole coordinatore nazionale per l'allattamento al seno e istituito un comitato nazionale multi-settoriale per l'allattamento al seno, i cui membri provengano dai dipartimenti governativi e dalle organizzazioni non governative interessate e dalle associazioni sanitarie professionali;
- garantito che ogni servizio ospedaliero di maternità applichi "Le dieci norme per realizzare l'allattamento al seno", contenute nella dichiarazione congiunta OMS/UNICEF- "L'allattamento al seno: protezione, promozione e sostegno - L'importanza del ruolo dei servizi di maternità"²;
- attuato il Codice internazionale di commercializzazione dei surrogati del latte materno e le conseguenti Risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità nella loro interezza; e
- emanato un'appropriata legislazione che protegga il diritto all'allattamento al seno delle donne lavoratrici e stabilito misure per la sua applicazione.

Ci rivolgiamo inoltre alle organizzazioni affinché:

- definiscano strategie d'intervento per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento al seno, compreso il controllo globale e la valutazione della loro applicazione;
- sostengano le analisi e le ricerche a livello nazionale e la elaborazione di obiettivi nazionali e di traguardi operativi;
- coinvolgano e sostengano le autorità nazionali nella pianificazione, attuazione e verifica delle loro politiche di allattamento al seno.

1 Esclusivo allattamento al seno significa che nessun altro alimento o liquido deve essere somministrato al neonato; il neonato dovrebbe essere nutrito frequentemente e senza orari rigidi.

2 Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra, 1989.

GOVERNI PARTECIPANTI

Professor Dr. M.Q.K. Talukder

Bangladesh

Dr. Marcos Candau

Brasile

Hon. Dr. Patricio Silva Rojas

Cile

Dr. Wang Feng-Lan

Cina

Dr. Guan Yuan Zi

Cina

Dr. Daniel Arenas Reyes

Colombia

Professor Dr. Joseph Andoh

Costa d'Avorio

Hon. Dr. Plutarco Naranjo Vargas

Ecuador

Hon. Col. Dr. Getachew Tadesse

Etiopia

Dr. Mámoun Máabreh

Giordania

Dr. Samir Awamlch

Giordania

Dr. Ruth de Arango

Guatemala

Hon. Teofilo Martel Cruz

Honduras

Mr. Jagdish C. Jetli

India

Ms. Mira Seth

India

Hon. Mrs. A. Sulasikin Murpratomo

Indonesia

Dr. Alireza Marandi

Iran

Dr. Mrs. J. Ramphul

Isole Mauritius

Hon. Ivo Butini

Italia

Professor Joseph S. Oliech

Kenia

Dr. Suzanne Bocoum

Mali

Dr. Yolanda Senties

Messico

* Hon. Professor Olikoye Ransome-Kuri

Nigeria

Dr. Adenike Grange

Nigeria

Hon. S.A.H. Kazmi

Pakistan

Dr. Syed Tariq Sohail

Pakistan

Hon. Piotr Mierzewski

Polonia

Dr. Petronella Clarke

Regno Unito

Dr. Andrey Hart Nora

Stati Uniti d'America

Hon. Dr. Fanny Friedman

Swaziland

Dr. Qhing Qhing Dlamini

Swaziland

Dr. Dhatchai Mungkandi

Tailandia

Dr. J.W. Temba

Tanzania

Professor Dr. Tomris Turmen

Turchia

Dr. Ngandu-Kabeya Dibandala

Zaire

Hon. Dr. Timothy Stamps

Zimbabwe

* *Presidente della riunione*

DICHIARAZIONE DEGLI INNOCENTI

UNICEF

Mr. James P. Grant
Dr. Nyi Nyi
Dr. James Himes
Dr. Urban Jonsson
Dr. J. Peter Greaves
Ms. Margaret Kyenkya-Isabirye
Ms. Agnes Aidoo

US A.I.D.

Dr. Nancy Pielemeier
Dr. Mary Ann Anderson
Dr. Nina Schlossman
Dr. James Shelton
Dr. Janet Tognetti
Dr. Miriam Labbok

UNFPA

Dr. Nafis Sadik

UNDP

Mr. Aldo Ajello

COMITATI NAZIONALI PER L'UNICEF

Mr. Arnoldo Farina

OMS

Dr. Hu Ching-Li (on behalf of
Dr. Hiroshi Nakajima)
Dr. Angèle Pétros-Barvazian
Dr. Mark Belsey
Dr. Elisabet Helsing
Ms. Randa Saadeh
Dr. Djamil Benbouzid
Dr. Jim Tulloch
Dr. Marina Rea

SIDA

Mr. Nils Öström
Mr. Ted Greiner
Professor Göran Sterky

UK ODA

Ms. Margaret Pollock

FAO

Mr. Paul Lunven

WFP

Ms. Judit Katona-Apte

BANCA MONDIALE

Mr. Alan Berg

sulla protezione,
promozione
e sostegno
dell'allattamento materno



1 Agosto 1990
Firenze, Italia

Per ulteriori informazioni:

UNICEF, Divisione Nutrizione (H-8F)

3 United Nations Plaza, New York, N.Y. 10017

PREFAZIONE

Verso la fine dello scorso millennio, la malnutrizione infantile minacciava di divenire una “vergogna globale”.¹ Nel nuovo millennio, la malnutrizione continua ad essere una delle cause di oltre la metà di tutte le morti di bambini. Grazie all’attuale diffusione dell’allattamento materno, si stima che ogni anno circa 6 milioni di bambini siano salvati dalla morte per polmonite o diarrea,² e che con un’alimentazione neonatale e infantile ottimale sarebbe possibile salvarne altri 2 milioni circa.³

Nel 1990, un gruppo di dirigenti sanitari e di consulenti tecnici di fama mondiale, preoccupati per i dati sulle morti infantili per malnutrizione e infezioni dovute all’assenza di un’alimentazione neonatale e infantile ottimale, si riunirono presso il Centro Internazionale per lo Sviluppo dell’Infanzia, oggi noto come Centro di Ricerca Innocenti dell’UNICEF, ospitato nello Spedale degli Innocenti a Firenze. Dopo due giornate di discussioni e dibattiti, essi redassero la Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione, promozione e sostegno dell’allattamento materno.

Nel novembre 2005 Firenze ritorna ad essere un luogo di incontro, dove si farà il bilancio dei progressi compiuti negli ultimi 15 anni e sarà rinnovato l’impegno in favore dell’allattamento materno e del miglioramento dell’alimentazione neonatale e infantile, con tutti gli aspetti collegati. La ricorrenza offre l’occasione di:

1. Valutare i progressi compiuti nella protezione, promozione e sostegno dell’allattamento al seno dal 1990 in poi.
2. Invitare i governi, la società civile e i donatori ad incrementare gli sforzi per mettere in pratica gli obiettivi enunciati nella Dichiarazione degli Innocenti, nonché quelli ulteriormente indicati nel 2002 dalla Strategia globale per l’alimentazione del neonato e del bambino.

3. Stimolare la consapevolezza del diritto di ogni bambino ad un’alimentazione adeguata e degli obblighi che ne derivano per tutti settori della società al fine di rendere possibile la realizzazione di tale diritto.
4. Promuovere le strategie, gli interventi e gli strumenti che si sono rivelati più efficaci, con particolare attenzione alla nuove politiche formulate nelle aree dell’HIV e dell’alimentazione neonatale nelle emergenze, e promuovere le azioni necessarie per incoraggiare la diffusione dell’allattamento esclusivo al seno.

Celebrando i progressi realizzati dopo la Dichiarazione degli Innocenti, questo documento indica il modo in cui raggiungere l’obiettivo globale: mettere le donne nella condizione di poter allattare il loro bambino sin dalla nascita, in modo esclusivo per sei mesi, e poi per due anni ed oltre, con un’alimentazione complementare adeguata all’età e rispondente alle esigenze del bambino.

La presente pubblicazione intende dare maggiore visibilità all’allattamento materno e a tutti gli aspetti relativi all’alimentazione neonatale e infantile, in quanto si tratta di fattori essenziali per aumentare il tasso di sopravvivenza, crescita e sviluppo dei bambini, nonché attirare nuovamente l’attenzione di governi e donatori sul tema. Per farlo, ripercorre la serie di azioni, eventi, documenti e pratiche che dalla Dichiarazione degli Innocenti conduce alla Strategia globale per l’alimentazione del neonato e del bambino,⁴ sulla base del consolidato Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno.⁵ Inoltre, analizza i principi enunciati dalla Convenzione sui diritti dell’infanzia e la centralità dell’alimentazione neonatale e infantile per il raggiungimento degli scopi dell’Agenda del millennio e degli Obiettivi di sviluppo

del millennio. Tutti i documenti citati, vere pietre miliari, affrontano il tema dell'alimentazione neonatale e infantile da prospettive diverse; ma in quanto anelli di una medesima catena si prefiggono obiettivi e processi che si sostengono reciprocamente. Quindi, anche se il presente testo è organizzato secondo una progressione dal passato al presente e poi al futuro – dalla Dichiarazione degli Innocenti alla Strategia globale, con il Codice come pietra angolare – il suo tema conduttore è il profondo collegamento e le sinergie esistenti fra tutti questi documenti in direzione di un traguardo comune.

Il lavoro preparatorio di questa pubblicazione è anche l'espressione di un altro tipo di sinergia: la cooperazione generosa e creativa fra sostenitori dell'allattamento materno multilaterali, bilaterali, delle ONG e

del mondo accademico. Basandosi su bozze di relazioni dell'UNICEF e dell'OMS sull'alimentazione neonatale e infantile, ed avvalendosi anche del contributo di più di una dozzina di persone provenienti da organizzazioni con prospettive, risorse e metodi di lavoro diversi, questo documento è anche una testimonianza della forza e ampiezza del movimento in favore dell'allattamento materno e della sua volontà di affrontare anche le vaste sfide dell'alimentazione del neonato e del bambino ad essa collegate.

Non si tratta perciò di un documento di programmazione politica, ma di un rapporto di consenso prodotto dalla collaborazione dei rappresentanti di numerose organizzazioni e istituzioni, che cerca di fornire un contributo affinché siano rinnovati gli sforzi a vantaggio dei bambini di tutto il mondo.

Note

- 1 Jonsson, U., 'Children's Right to Nutrition: Food, care and a healthy environment', in *Implementing the Convention on the Rights of the Child*, J. Himes, a cura di, L'Aia, Paesi Bassi: Martinus Nijhoff Publishers, 1995.
- 2 Saadeh, R. et al., 'Breast-feeding – The technical basis and recommendations for action', OMS, 1993, p. 2.
- 3 Jones, G. et al. e il Gruppo di studio di Bellagio sulla soprav-

vivenza dei bambini, 'How many child deaths can we prevent this year?', *The Lancet*, 2003; 362: 65–71.

- 4 OMS/UNICEF *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, OMS, Ginevra, Svizzera, 2003.
- 5 OMS/UNICEF *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*, OMS, Ginevra, Svizzera, 1981.

SINTESI

Molti studi hanno confermato che i comportamenti relativi all'allattamento materno cambieranno quando saranno messi in atto una serie di interventi coordinati. Assicurare appropriate cure e sostegno medico, la protezione legale, l'alimentazione materna, la salute e sopravvivenza, il sostegno da parte della famiglia e della società per provvedere al cibo e all'assistenza, sono tutte azioni essenziali per favorire una alimentazione ottimale nei primi due o tre anni di vita. Da solo, l'allattamento materno fornisce il nutrimento ideale per i neonati nei primi sei mesi di vita, poiché contiene l'acqua, le sostanze nutrienti, gli anticorpi e tutto quello che serve al neonato per crescere robusto. L'allattamento materno offre anche alla madre numerosi vantaggi, sia sanitari che psicologici. Per il bambino allattato al seno oltre i sei mesi è fondamentale anche un'alimentazione complementare, o cibi che integrino l'allattamento materno continuato per assicurarne la sopravvivenza e lo sviluppo.

La Dichiarazione degli Innocenti

Nel 1990, i rappresentanti riuniti di 30 paesi e di partner bilaterali e multilaterali stabilirono che era giunto il momento di dare vita ad un piano d'azione globale per invertire la tendenza al declino dei tassi di allattamento materno. Preceduta da sette incontri tecnici preliminari e da studi di esperti, che avevano preparato l'evento nell'arco di tre anni, la riunione si tenne presso il Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF, con la collaborazione dell'OMS, dell'UNICEF, dell'Agenzia degli Stati Uniti per lo sviluppo internazionale (USAID) e dell'Agenzia svedese per la cooperazione internazionale allo sviluppo (Sida). La forza trainante dell'iniziativa fu una collaborazione tra tecnici, informalmente conosciuta con il nome di

Gruppo ad hoc interagenzia per l'azione sull'allattamento materno (IGAB). Per la riunione furono fondamentali anche due altre pubblicazioni: "Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno: Il ruolo dei servizi per la maternità, Una dichiarazione congiunta OMS/UNICEF, 1989" e "Allattamento materno: Proteggere una risorsa naturale", con il relativo video, a cura dell'USAID. Alla riunione (30 luglio – 1 agosto 1990) furono presentate conclusioni e raccomandazioni derivate dalle riunioni e dalle relazioni tecniche. Il risultato della riunione di Firenze fu l'adozione della Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione, promozione e il sostegno dell'allattamento materno, successivamente approvata dalla quarantacinquesima Assemblea mondiale della sanità (AMS) e dal Comitato esecutivo dell'UNICEF. La Dichiarazione fu anche immediatamente incorporata nella Dichiarazione del Vertice mondiale delle Nazioni Unite per l'infanzia.

La Dichiarazione degli Innocenti indicava i seguenti quattro obiettivi operativi, che tutti i governi avrebbero dovuto raggiungere entro il 1995:

1. Designare un coordinatore nazionale per l'allattamento materno, dotato di adeguati poteri, ed istituire un comitato nazionale multisettoriale per l'allattamento materno, composto dai rappresentanti dei ministeri competenti, da ONG e dalle associazioni di professionisti della salute.
2. Assicurare che tutte le strutture fornitrici di servizi di maternità mettano pienamente in pratica tutti i "Dieci passi per allattare al seno con successo", illustrati nella dichiarazione congiunta OMS/UNICEF sulla "Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno: Il ruolo speciale dei servizi di maternità".

3. Intraprendere azioni volte ad attuare nella loro integrità i principi e gli obiettivi di tutti gli articoli del Codice internazionale sulla commercializzazione dei prodotti sostitutivi del latte materno e delle successive e relative risoluzioni adottate dall'Assemblea mondiale della sanità (AMS).
4. Emanare leggi all'avanguardia per tutelare il diritto all'allattamento al seno delle donne che lavorano, ed istituire meccanismi per la loro applicazione.

I risultati ottenuti dopo la Dichiarazione

La Dichiarazione degli Innocenti ha preparato il terreno per l'impostazione programmatica in favore dell'allattamento materno applicata durante gli anni novanta e poi ribadita nella Strategia globale per l'alimentazione del neonato e del bambino, sottoscritta nel 2002 dall'AMS e dal Comitato esecutivo dell'UNICEF. La Dichiarazione ha anche ispirato l'Iniziativa Ospedali amici dei bambini (BFHI). Invitava tutti i paesi ad applicare il Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno e a seguire i Dieci passi, al fine di migliorare i servizi per la maternità e di garantire pieno sostegno alle madri che intendono allattare al seno.

L'approccio fondato sui diritti dell'uomo adottato nella Dichiarazione degli Innocenti ha conquistato ampi riconoscimenti come uno dei migliori esempi del concetto di condivisione delle responsabilità a sostegno degli sforzi individuali e delle comunità per promuovere la realizzazione del diritto del bambino al miglior livello di salute possibile. Poco dopo, anche la Convenzione sui diritti dell'infanzia (1990) affermò un ulteriore riconoscimento dell'importanza della protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno.

Le sfide

Gli obiettivi della Dichiarazione degli Innocenti erano estremamente ambiziosi. Anche se non sono stati pienamente raggiunti entro la scadenza fissata per il 1995, e nemmeno entro il 2005, su ciascuno di essi sono stati compiuti grandi progressi. In base ai dati più recenti, circa 80 paesi hanno istituito una qualche forma di autorità nazionale, circa 19.000 ospedali in 150 paesi sono stati certificati e designati come amici dei bambini, più di 80 paesi si sono dotati di leggi o regolamenti che recepiscono, totalmente oppure parzialmente, il Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti al latte materno, e 59 paesi hanno ratificato almeno una delle tre convenzioni sulla tutela della maternità a sostegno delle madri che lavorano.

In dieci anni dall'adozione della Dichiarazione degli Innocenti, la tendenza al declino dell'allattamento al seno si era invertita. L'allattamento esclusivo al seno era aumentato del 15 per cento a livello mondiale.⁶ Oggi ci rendiamo conto che l'allattamento al seno è il primo dono salva-vita che la madre fa al suo bambino e che esso già salva 6 milioni di bambini l'anno dalle malattie infettive comuni.⁷ Ma questo

non è tutto. Si stima che il 13 per cento dei circa 10 milioni di decessi al di sotto dei cinque anni di età, che si verificano nei 42 paesi dove si concentra il 90 per cento delle morti di bambini di tutto il mondo, potrebbe essere evitato con l'allattamento esclusivo al seno nei primi sei mesi di vita. Ed un'ulteriore riduzione di quasi il 6 per cento dei decessi potrebbe essere ottenuta con una migliore alimentazione complementare.⁸ Un'alimentazione ottimale di questo tipo potrebbe salvare altri 2 milioni di vite l'anno.

■ Nuovi indirizzi:

l'applicazione della Strategia globale per l'alimentazione del neonato e del bambino

Rispetto al 1990, oggi nel 2005 è possibile proteggere, promuovere e sostenere migliori pratiche alimentari per il neonato e per il bambino, per le seguenti ragioni:

- l'esistenza di nuove prove scientifiche sulle proprietà benefiche del latte materno;
- l'esperienza programmatica acquisita nei programmi di allattamento materno su vasta scala e basati sulle comunità, che hanno dimostrato l'efficacia di una combinazione di interventi nel modificare i comportamenti;
- la disponibilità di corsi di formazione, di materiale informativo, di linee guida per le politiche, di aiuti all'occupazione, di strumenti di stima, monitoraggio e valutazione, e di altre risorse a sostegno della promozione delle migliori pratiche per l'alimentazione neonatale e infantile;
- una maggiore visibilità dell'allattamento al seno nella comunità sanitaria internazionale, considerato ormai un aspetto essenziale per la sopravvivenza neonatale e infantile, grazie anche alla Serie sulla sopravvivenza neonatale e infantile del *Lancet* e agli articoli apparsi in altre pubblicazioni.

Gli Obiettivi Innocenti si sono arricchiti nel corso degli anni novanta con ulteriori accordi sui migliori strumenti per proteggere i diritti relativi alla nutrizione del neonato e del bambino. La Strategia globale invoca iniziative urgenti da parte dei governi, nonché da parte di altri partner, per mettere in pratica tutti e quattro gli Obiettivi Innocenti, nonché altri cinque obiettivi, con un'attenzione particolare da dedicare al sostegno alle madri, all'azione delle comunità, all'alimentazione complementare ed alle situazioni particolari.

Nonostante l'alimentazione complementare non fosse il punto centrale, la Dichiarazione ha affermato con chiarezza la sua importanza come questione vitale per i bambini allattati al seno oltre i sei mesi. Sfortunatamente, in tutto il mondo ci sono ancora troppi bambini denutriti, problema che si manifesta con ritardi della crescita, deperimento e carenza di micronutrienti. I deficit nutrizionali subiti nei primi anni di vita sono quasi impossibili da recuperare in seguito, con la conseguenza di uno scarso rendimento scolastico. E oggi anche l'obesità rappresenta un problema crescente.

Azione congiunta

È ormai chiaro che per ottenere un cambiamento globale dei comportamenti e gli obiettivi indicati

dalla Strategia globale è necessaria un'impostazione a tutto campo, coordinata e fondata sulla salute e sui diritti. Numerose organizzazioni hanno unito le forze nella redazione della Dichiarazione degli Innocenti e della Strategia globale; molte altre dovranno essere coinvolte se vogliamo raggiungere gli obiettivi che ci siamo posti. Ciò esigerà una mobilitazione a livello globale e anche sul piano delle politiche nazionali, in campo sanitario ed in quello didattico, agricolo e negli altri settori che influenzano i comportamenti normativi, nonché, ovviamente, a livello delle comunità e delle famiglie, in modo da creare globalmente un ambiente favorevole.

La prospettiva futura

Nonostante il ruolo vitale svolto da adeguate pratiche nutrizionali nella riduzione della mortalità infantile, gli investimenti destinati agli interventi per migliorare l'alimentazione del neonato e del bambino sono apparentemente diminuiti, e ben pochi paesi attuano programmi di ampio respiro e su grande scala per migliorare le pratiche di allattamento al seno e di alimentazione complementare, nonché l'alimentazione materna.

Siamo chiamati a fare tesoro delle esperienze e a mettere a frutto le conoscenze acquisite per creare un ambiente globale nel quale tutti i bambini possano crescere sani e sviluppare tutte le loro potenzialità.

Note

- 6 Labbok, M. et al., 'Trends in Breastfeeding 1990–2000', *JHL*, in corso di stampa.
- 7 Saadeh, R. et al., 'Breast-feeding – The technical basis and recommendations for action', OMS, 1993, p.2.
- 8 Jones, G. et al., op cit.

1

CELEBRAZIONE DELLA DICHIARAZIONE DEGLI INNOCENTI

Introduzione storica

La riunione Innocenti e la Dichiarazione del 1990 furono una risposta alle condizioni esistenti all'epoca: il riconoscimento della necessità di un cambiamento basato sulla validità scientifica e sociale dell'allattamento materno fornì l'impulso per l'azione.

Lo sviluppo dei prodotti sostitutivi del latte materno

All'inizio del ventesimo secolo, l'industria della trasformazione alimentare commercializzava latte condensato zuccherato e latte vaccino trasformato come sostituti al latte materno, sia all'interno dei propri paesi sia all'estero. Già nel 1920 esistevano aziende produttrici di alimenti specifici per i neonati. Nello stesso periodo, la cura della maternità stava subendo una trasformazione: da esperienza vissuta nell'ambito familiare a evento affidato ai professionisti della medicina, e i medici cercarono sempre di più di offrire alla propria clientela soluzioni da loro ritenute "scientifiche". Anche se molti di loro continuavano a scrivere sull'importanza dell'allattamento materno, altri promuovevano prassi che lo rendevano complicato e provocavano la riduzione del flusso di latte nelle madri. Idee sbagliate e pratiche dannose, causate da disinformazione, errate percezioni e una limitata metodologia scientifica, sono accettate e divulgate ancora oggi, anche perché molti altri fattori vi hanno contribuito. Ad esempio, l'ingresso di grandi numeri di donne nel mondo del lavoro - come avvenne negli Stati Uniti durante gli anni quaranta, - fece aumentare la richiesta di prodotti sostitutivi del latte materno poiché partecipare allo sforzo bellico era diventato quasi un dovere civico. La crescente medicalizzazione del parto creò ostacoli all'avvio dell'allattamento materno; aumentò la produzione e la

vendita di alimenti in polvere commerciali, con marche in concorrenza fra di loro; le conoscenze tramandate sulla pratica dell'allattamento materno andarono perdute e un modello sociale di allattamento artificiale divenuto ormai la norma si affermò in molti paesi industrializzati, diffondendosi poi in tutto il mondo. In molti paesi, l'idea che l'allattamento artificiale implichi meno rischi persiste ancora oggi.⁹

Nei decenni che hanno condotto allo sviluppo del Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno, le aziende produttrici di prodotti alimentari per l'infanzia hanno condotto in tutto il mondo campagne pubblicitarie sempre più aggressive e dirette. I nuovi mezzi di comunicazione, come la televisione e la radio, hanno agevolato una promozione su larga scala e priva di vincoli di molti prodotti. La pubblicità dei prodotti alimentari per l'infanzia dell'epoca non menzionava la superiorità dell'allattamento materno, e anzi in molti casi suggeriva che i sostituti erano altrettanto validi, se non migliori, del latte della mamma. Negli anni ottanta si diffuse l'epidemia dell'HIV, con la conseguente paura del contagio e la chiusura delle banche di latte materno, mentre aumentava la disponibilità di integratori per adattare il latte umano ai bambini prematuri, nonché quella di alimenti in polvere "speciali".

La crescita di una consapevolezza pubblica

Nel 1939, la Dottoressa Cicely Williams, epidemiologa e pediatra di salute pubblica internazionalmente nota, tenne un discorso al Rotary Club di Singapore dal titolo "Latte e assassinio". La Dottoressa Williams denunciava le inutili morti di neonati causate dalla promozione commerciale del latte condensato e zuccherato, affermando: "La fuorviante propaganda sull'alimentazione dei neonati dovrebbe essere punita come

Box 1 - La protezione fornita dall'allattamento al seno

- Oltre a fornire cibo e nutrimento, esistono molti ulteriori e ben noti vantaggi nell'allattare esclusivamente al seno i bambini nati a termine.¹¹
- La ricerca attuale indica che il latte umano può apportare particolari vantaggi ai neonati prematuri.^{12, 13}
- Il latte umano fornisce alimentazione, enzimi digestivi, fattori immunologici di diverso tipo, fattori di crescita, ormoni ed altri fattori bioattivi, e nuovi componenti che sono regolarmente scoperti dalla ricerca.
- Il latte delle madri di bambini nati prematuri contiene concentrazioni più elevate di immunoglobuline, di altri fattori antinfettivi quali il lisozima, la lattoferrina e l'interferone, più antinfiammatori e componenti immunomodulanti,¹⁴ assicurando così una protezione dalle infezioni a questi neonati particolarmente vulnerabili.
- I bambini allattati al seno soffrono in misura minore degli altri di enterocoliti necrotizzanti,¹⁵ di sepsi¹⁶ e di altre infezioni come quelle del tratto urinario;
- Sia il latte umano fresco sia quello pastorizzato aiutano a ridurre i tassi di infezione.¹⁷
- I bambini nutriti al seno tendono ad avere un livello di QI più alto¹⁸ e un migliore sviluppo visivo,¹⁹ con meno casi di retinopatia da nascita prematura.²⁰
- Gli enzimi contenuti nel latte materno aiutano i neonati immaturi ad assorbire ed utilizzare gli elementi nutritivi in modo più efficace.

La ricerca più recente indica che l'allattamento al seno è un rimedio a basso costo per il problema dell'obesità infantile.^{21, 22}

la peggiore forma criminale di sedizione, e queste morti dovrebbero essere considerate degli omicidi.”¹⁰

Nel 1979, l'OMS e l'UNICEF ospitarono congiuntamente un convegno internazionale dedicato all'alimentazione neonatale e infantile, nel quale fu invocato un codice internazionale che imponesse un'etica a questo commercio. Vi parteciparono rappresentanti governativi, esperti tecnici, ONG – tra cui La Leche League International (LLLI) ed il Comitato internazionale delle infermiere – l'industria dei prodotti alimentari per neonati e studiosi che si occupavano di nutrizione infantile. La Rete internazionale di azione per l'alimentazione dei neonati (IBFAN) fu fondata proprio in quell'occasione. Il convegno portò alla stesura del Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno, che fu adottato da tutti gli Stati membri, ad eccezione di due. Si tratta di uno straordinario precedente e di una delle iniziative chia-

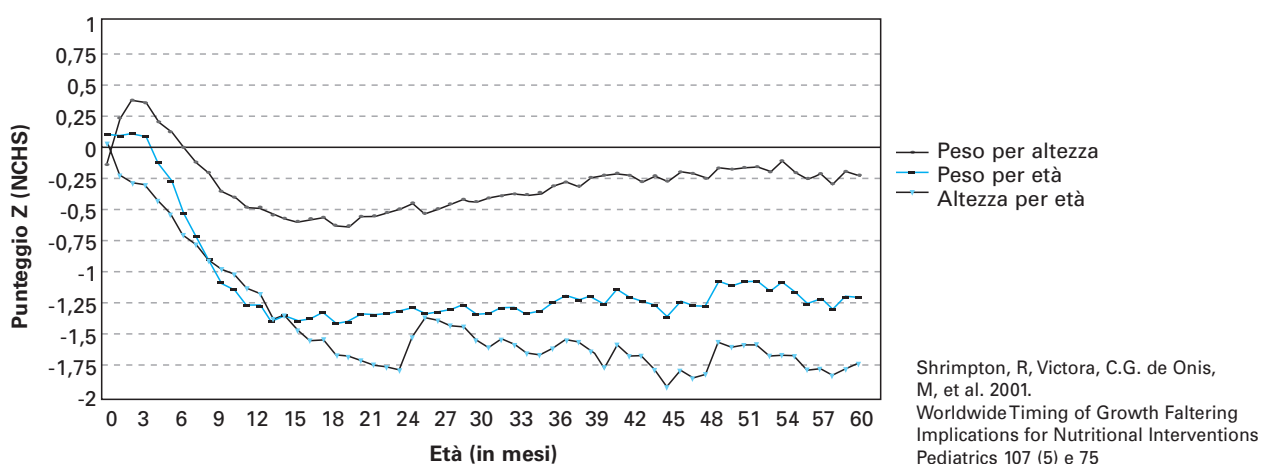
ve discusse nel Capitolo 2, dedicato ai progressi realizzati dopo la Dichiarazione degli Innocenti.

L'evidenza scientifica

L'allattamento al seno

Numerosi studi hanno confermato che le dinamiche dell'allattamento al seno cambiano quando si realizza una serie di interventi a tutto campo. Gli aspetti essenziali per favorire l'alimentazione ottimale nei primi due o tre anni di vita sono: adeguate cure e assistenza medica, protezione legale, alimentazione della madre, salute e sopravvivenza, sostegno della famiglia e della collettività per cibo e assistenza. Inoltre, incoraggiare intervalli adeguati fra un parto e l'altro aiuta ad assicurare il tempo sufficiente a nutrire ed accudire un bambino e a tutelare la salute della donna.

Grafico 1 - Media globale peso/età, altezza/età e peso/altezza



Il peso per altezza si riduce di 0,9Z dai 3 ai 12 mesi e poi recupera 0,4Z entro i 48 mesi.
La crescita di peso della popolazione totale si riduce di 1,3Z tra i 4 e 12 mesi di età.
L'aumento dell'altezza diminuisce di un totale di 1,6Z dalla nascita ai 24 mesi.
La crescita di altezza e di peso è sostanzialmente normale dopo i 24 mesi di età.

L'allattamento esclusivo al seno fornisce l'alimentazione ideale per il neonato nei primi sei mesi di vita poiché contiene tutti gli elementi, acqua, sostanze nutritive e anticorpi, necessari al bambino per crescere sano. Il latte materno si adatta costantemente alle esigenze ed ai mutamenti ambientali, che incontra il bambino.

L'allattamento al seno comporta anche molti vantaggi sanitari ed emotivi per la madre, come un miglior recupero dopo il parto, la riduzione delle emorragie post-partum, ritarda il ritorno della fertilità e riduce il rischio di tumore alla mammella e alle ovaie. L'immediato avvio dell'allattamento dopo il parto rafforza il legame tra madre e bambino, diminuendo gli abbandoni.²³

Alimentazione complementare

È ormai appurato che l'alimentazione complementare è fondamentale per il bambino allattato al seno oltre i sei mesi di vita. I dati delle analisi sulla crescita nei paesi in via di sviluppo hanno sempre confermato un forte calo dopo i primi mesi, e la ricerca ha dimostrato che si può fare ben poco per il recupero delle carenze della crescita dopo i primi due o tre anni (*vedere il Grafico 1*).

Perciò, l'alimentazione complementare, o il nutrimento somministrato in aggiunta all'allattamento al seno continuato, è essenziale per la sopravvivenza. Secondo la Serie sulla sopravvivenza del neonato e del bambino di *Lancet*, l'allattamento al seno continuato con un'alimentazione complementare adeguata potrebbe salvare circa 600.000 vite ogni anno.

Il grafico che segue mostra il calo del peso medio in base all'età, all'altezza per l'età, e al peso per l'altezza, osservato dai 6 mesi ai 2-3 anni di età. I dati sottolineano l'importanza della prosecuzione dell'allattamento al seno associato ad un'alimentazione complementare adeguata all'età.

La Dichiarazione degli Innocenti

Nel 1990, i rappresentanti di 30 paesi e partner bilaterali e multilaterali, stabilirono che era giunto il momento di dare avvio ad un piano di azione globale volto ad invertire la diminuzione dei tassi di allattamento materno. Nel corso dei tre anni precedenti si erano tenuti sette incontri tecnici preliminari in preparazione dell'evento, che fu ospitato dal Centro Innocenti con la collaborazione di OMS, UNICEF, l'A-

genzia degli Stati Uniti per lo sviluppo internazionale (USAID) e l'Agenzia svedese per la cooperazione internazionale allo sviluppo. La forza trainante dell'iniziativa fu rappresentata da una collaborazione tra tecnici, informalmente conosciuta con il nome di Gruppo ad hoc interagenzia per l'azione sull'allattamento materno (IGAB). Inoltre, per la riunione furono fondamentali anche altre due pubblicazioni: "Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno: Il ruolo dei servizi di maternità, una Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF, 1989" e "Allattamento materno: Proteggere una risorsa naturale", con il relativo video, a cura dell'USAID. Alla riunione (30 luglio – 1 agosto 1990) furono presentate conclusioni e raccomandazioni derivate dalle riunioni e dalle relazioni tecniche. Il risultato della riunione di Firenze fu l'adozione della Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno, successivamente approvata dalla quarantacinquesima Assemblea mondiale della sanità (AMS) e dal Comitato esecutivo dell'UNICEF. La Dichiarazione fu anche immediatamente incorporata nella Dichiarazione del Vertice mondiale delle Nazioni Unite per l'infanzia.

La Dichiarazione degli Innocenti individuava quattro obiettivi operativi. Entro il 1995, tutti i governi erano tenuti a realizzare quanto segue:

1. designare un coordinatore nazionale per l'allattamento materno, dotato di adeguati poteri, ed istituire un comitato nazionale multisettoriale per l'allattamento materno, composto dai rappresentanti dei ministeri competenti, da ONG e dalle associazioni di professionisti della salute;
2. assicurare che tutte le strutture fornitrici di servizi di maternità mettessero pienamente in pratica tutti i "Dieci passi per allattare al seno con successo", illustrati nella dichiarazione congiunta OMS/UNICEF sulla "Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno: Il ruolo speciale dei servizi di maternità";
3. intraprendere azioni volte ad attuare nella loro integrità i principi e gli obiettivi di tutti gli articoli del Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno e delle successive e relative risoluzioni adottate dall'Assemblea mondiale della sanità (AMS); e
4. emanare leggi per tutelare il diritto all'allattamento al seno delle donne che lavorano, ed istituire meccanismi per la loro applicazione.

Note

- 9 Per informazioni più dettagliate, vedere Palmer, G., *The Politics of Breastfeeding*, seconda edizione, Londra: Harper-Collins/Pandora, 1993. Van Esterik, P., *Beyond the Breast-Bottle Controversy*, New Brunswick: Rutgers University Press, 1989. Chetley, A. *The Baby Killer Scandal*. London: War on Want, 1979.
- 10 Baumslag, N., 'Breastfeeding: The passport to life', Comitato delle ONG sull'UNICEF, New York, 1989.
- 11 Accademia americana di pediatria, Gruppo di lavoro sull'allattamento al seno. 'Breastfeeding and the Use of Human Milk', *Pediatrics*, 2005; 115(2): 496-506.
- 12 Schanler, R., 'The use of human milk for premature infants',

in R. Schanler (a cura di), *Breastfeeding 2001: Pediatr. Clin. North Am.*, 2001; 48: 207-220.

- 13 Comitato permanente sull'alimentazione dell'Associazione pediatrica britannica, 'Is Breastfeeding Beneficial in the UK?', *Arch. of Dis. Child*, 1994; 71: 376-380.
- 14 Atkinson, S.A., 'The Effects of Gestational Age at Delivery on Human Milk Components', in R. Jensen (a cura di), *Handbook of Milk Composition*, San Diego, California: Academic Press, 1995, 222-237.
- 15 Lucas, A. e T.J. Cole, 'Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis', *The Lancet*, 1990; 336:1519-1523.

- 16 Furman L. et al., 'The effect of maternal milk on neonatal morbidity of very low-birth-weight infants', *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 2003; 157:66–71.
- 17 McGuire W. e M.Y. Anthony, 'Donor human milk versus formula for preventing necrotizing enterocolitis in preterm infants: Systematic review', *Arch. Dis. Child Fetal Neonatal Ed.*, 2003; 88(1): F11–14, Rassegna.
- 18 Eidelman, A.I. e R. Feldman, 'Positive effect of human milk on neurobehavioral and cognitive development of premature infants', in L. Pickering et al. (a cura di): *Protecting infants through human milk: Advancing the scientific evidence*, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004; 359–364.
- 19 Faldella, G. et al., 'Visual evoked potentials and dietary long chain polyunsaturated fatty acids in preterm infants', *Arch. Dis. Child Fetal Neonatal Ed.*, settembre 1996; 75(2): F108–F112.
- 20 Hylander, M.A. et al., 'Association of Human Milk Feedings With a Reduction in Retinopathy of Prematurity Among Very Low Birthweight Infants', *J. Perinatol.*, 2001; 21: 356–362.
- 21 Dietz, W., 'Breastfeeding may help prevent childhood obesity', *JAMA*, 2001; 285:2506–2507.
- 22 Dewey, K., 'Is breastfeeding protective against child obesity?' *J. Human Lact.*, 2003; 19:9–18.
- 23 Kramer, M. et al.

2

I RISULTATI OTTENUTI

Attuazione della Dichiarazione degli Innocenti

In retrospettiva, è evidente il carattere visionario della Dichiarazione degli Innocenti, in quanto la scadenza di cinque anni era troppo ambiziosa per gli obiettivi in questione. Quindici anni dopo, è ormai chiaro quanto siano vasti i cambiamenti sociali necessari a dare pieno sostegno all'allattamento materno ed all'alimentazione infantile. Il mondo non può essere cambiato in cinque anni – e nemmeno in quindici! Ma di tale portata erano i cambiamenti invocati dalla Dichiarazione degli Innocenti.

La Dichiarazione ha introdotto un nuovo ed importante linguaggio nel dibattito sull'alimentazione neonatale. Il quadro concettuale che sottende alla Dichiarazione degli Innocenti è quello della protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno. È importante distinguere fra questi tre livelli di intervento.²⁴ La **protezione** dell'allattamento materno tutela le donne che già stanno allattando da influenze e pressioni che potrebbero scoraggiarle nella pratica, come ad esempio la promozione dei sostituti del latte materno. Le attività **promozionali** per convincere le donne ad allattare il proprio bambino, coinvolgono spesso i mezzi di comunicazione di massa e campagne di rieducazione, ma anche attraverso interventi di promozione e sostegno a tutti i livelli.

Le attività di **sostegno** aiutano le donne a nutrire i loro bambini in modo ottimale con le tecniche appropriate, stimolando la loro fiducia nelle proprie capacità di produrre latte. Il sostegno include anche l'aiuto fornito da consulenti dell'allattamento addestrati per superare le difficoltà e per fornire assistenza nelle condizioni che rendono l'allattamento diffici-

le, come talune pratiche controproducenti applicate in alcune strutture sanitarie oppure le situazioni in cui la donna lavora. Insomma, tutte le donne, e non solo quelle con un problema specifico, meritano di essere protette, sostenute e anche di ricevere informazioni incoraggianti da più fonti, per rafforzare in loro la fiducia di poter nutrire il proprio bambino in modo ottimale. I consulenti dell'allattamento sono un aiuto prezioso per le madri che allattano. L'impegno dedicato a ciascuna di queste attività dipende dalle condizioni correnti del paese interessato.²⁵

La Dichiarazione ha inoltre consolidato la visione dell'allattamento materno e dell'alimentazione infantile come diritti umani, pertinenti sia ai paesi in via di sviluppo che a quelli industrializzati. L'impatto prodotto sul dibattito sui diritti, come su quello relativo ai comportamenti, può essere valutato sulla base dei progressi realizzati e delle lezioni tratte da ciascuno dei quattro obiettivi operativi della Dichiarazione.

Coordinatori e comitati nazionali per l'allattamento al seno

Obiettivo Operativo n. 1: Designare un coordinatore nazionale per l'allattamento al seno, dotato di adeguati poteri, ed istituire un comitato nazionale multisettoriale per l'allattamento al seno, composto dai rappresentanti dei ministeri competenti, da organizzazioni non governative e da associazioni di professionisti della salute.

I comitati nazionali multisettoriali per l'allattamento materno descritti in questo primo obiettivo della Dichiarazione degli Innocenti esistono in molti paesi, e, all'interno di questi comitati oppure indipendente-

Figura 1 - Numero di Comitati nazionali sull'allattamento materno e di coordinatori suddivisi per regione, OMS (1998)

	Comitati nazionali per l'allattamento materno	Coordinatori nazionali per l'allattamento materno
Regione Africa	58	84
Regione Mediterraneo orientale	65	71
Regione Europa	74	76

mente da essi, una vasta percentuale di paesi ha individuato un coordinatore nazionale per l'allattamento materno e l'alimentazione infantile. Questo ha un ruolo di supervisione, orientamento e coordinamento delle iniziative in atto nel paese in favore dell'allattamento materno. Tuttavia, sia il numero che il livello delle attività è stato variabile nel corso degli anni.

Nel 1998, l'OMS riferiva in merito ai coordinatori e ai comitati nazionali, nei termini illustrati dalla Figura 1.²⁶

Nel 2005, un sondaggio ha interpellato 127 persone in posizioni chiave negli 80 paesi per i quali si trovava un riferimento nella sede centrale dell'UNICEF.²⁷ I paesi che hanno risposto sono stati 43, ma cinque di essi non sono stati inclusi perché non avevano istituito un comitato nazionale, né designato un coordinatore nazionale. Dodici dei 43 paesi erano fra i 30 presenti alla firma della Dichiarazione degli Innocenti.

Dei paesi che hanno risposto, 28 hanno comunicato di aver designato dei coordinatori nazionali per l'allattamento al seno. In tutti i paesi in cui esiste il coordinatore nazionale, fatta eccezione per tre, il principale finanziatore del comitato nazionale è il governo. Se il fatto di aver incaricato un coordinatore nazionale è positivo per gli sforzi di promozione dell'allattamento materno, le risposte fornite nel sondaggio indicano che il suo ruolo non si è rivelato essenziale, dato che risultati significativi sono stati ottenuti anche dai comitati nazionali privi di coordinatore.

Che il primo degli Obiettivi Innocenti invitasse tutti governi ad istituire dei comitati nazionali multisettoriali per la promozione dell'allattamento al seno indica che le agenzie internazionali finanziatrici ed i rappresentanti dei 30 governi riuniti a Firenze nel 1990 avevano ben compreso la complessità della promozione dell'allattamento materno e la fondamentale importanza della trasparenza, nonché della cooperazione e della collaborazione multidisciplinare e a tutto campo per ottenere dei risultati. La Dichiarazione sembra aver agito da stimolo essenziale per lo sviluppo dei comitati nazionali: nel decennio successivo sono stati istituiti altri 31 comitati nazionali, e altri 3 paesi ne hanno segnalato l'istituzione dopo il 2000.

Nella maggioranza dei casi, il sondaggio ha rilevato che i governi avevano un'influenza e un ruolo centrale nelle attività dei comitati. La maggior parte di questi ultimi, inoltre, fungeva da consulente per le politiche e l'attività legislativa, e partecipava alle campagne promozionali. Circa la metà dei comitati era parte attiva nello sviluppo di gruppi di sostegno e nei rapporti con gli imprenditori al fine di aiutare le lavoratrici a proseguire l'allattamento materno anche

dopo il rientro dal congedo di maternità. Tutti questi sforzi hanno maggiori possibilità di successo se sono ufficialmente sostenuti dal governo.

Tutti gli interpellati hanno segnalato il finanziamento come una costante preoccupazione per il proseguimento delle attività. In genere, i comitati nazionali che hanno risposto al sondaggio sono:

- designati o approvati dal rispettivo governo;
- considerati l'autorità nazionale per l'allattamento materno;
- collaborano con l'UNICEF, laddove esiste un ufficio dell'UNICEF, ma solo raramente l'UNICEF è ufficialmente membro del comitato;
- responsabili della supervisione e/o della realizzazione a livello nazionale delle attività della BFHI (valutazioni, designazioni e rivalutazioni);
- finanziati, almeno in parte, dai rispettivi governi, ma incerti e preoccupati per il sostegno futuro;
- attivi nello sviluppo di politiche e leggi nazionali, compreso il Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno;
- impegnati in misura significativa, attualmente o in passato, nell'attività necessaria a mettere in pratica i Dieci passi e la BFHI come norma nelle strutture di assistenza perinatale alla madre e al bambino.

Tutti hanno riferito di aver partecipato alla Settimana mondiale dell'allattamento materno (SAMS), e per l'occasione, la maggioranza ha pubblicato del materiale informativo. Alcuni hanno anche partecipato al monitoraggio delle pratiche commerciali delle aziende produttrici di alimenti per l'infanzia. Un numero significativo di risposte ha sottolineato che la promozione dell'allattamento al seno e la Strategia globale per l'alimentazione del neonato e del bambino dovrebbero diventare materia di una **politica nazionale**, che riservi particolare attenzione agli sforzi per far crescere il numero di ospedali amici dei bambini nel paese. Nelle loro risposte, molti hanno anche menzionato l'importanza della collaborazione organizzativa fra le diverse agenzie ed istituzioni per conseguire un successo a lungo termine.

In considerazione del contributo che i comitati nazionali danno alla protezione, promozione e sostegno all'allattamento materno, è essenziale continuare a perseguire questo Obiettivo Innocenti, continuando a sostenere i comitati già esistenti e incoraggiando altri paesi a designare i coordinatori e ad istituire i comitati. È opportuno che le attuali responsabilità dei comitati siano estese, fino a comprendere i nuovi obiettivi della Strategia globale per l'alimentazione del neonato e del bambino, e che le loro attività siano pienamente integrate nei bilanci nazionali, in modo da garantirne la continuazione e per rendere disponibile a tutti i bambini del mondo un'alimentazione neonatale e infantile ottimale.

Servizi di sostegno alla maternità

Obiettivo operativo n. 2: Assicurare che tutte le strutture fornitrici di servizi di maternità mettano pienamente in pratica tutti i "Dieci passi per allattare al seno con successo".

Box 2 - Dieci passi per allattare al seno con successo

1. Definire un protocollo scritto per la promozione dell'allattamento materno e farlo regolarmente circolare presso tutto il personale sanitario.
2. Fornire a tutto il personale sanitario le competenze necessarie per l'attuazione completa della linea di condotta adottata.
3. Informare tutte le donne in gravidanza sui benefici e sulla gestione dell'allattamento materno.
4. Aiutare le madri ad avviare l'allattamento entro mezz'ora dal parto.
5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la lattazione, anche in caso di separazione dal neonato.
6. Non somministrare al bambino alimenti o liquidi diversi dal latte materno salvo indicazioni mediche.
7. Praticare il *rooming-in*, consistente nel permettere alle madri di stare insieme ai bambini per 24 ore al giorno.
8. Incoraggiare l'allattamento a richiesta.
9. Non utilizzare biberon o succhiotti per i bambini allattati al seno.
10. Favorire la creazione di gruppi di sostegno all'allattamento al seno ed indirizzarvi le madri al momento della dimissione dall'ospedale o dalla clinica.

Nel 1989 l'OMS e l'UNICEF hanno pubblicato "Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno: Il ruolo particolare dei servizi di maternità". Questo documento metteva in evidenza "Dieci passi per allattare al seno con successo". Queste raccomandazioni pratiche sono state approvate nella Dichiarazione degli Innocenti e sono divenute la base per la BFHI, inaugurata dall'OMS e dall'UNICEF nel 1991. Gli obiettivi della BFHI erano:

- aumentare la pratica dell'allattamento al seno nei reparti maternità del sistema sanitario;
- formare tutti gli addetti ai lavori all'interno di queste strutture sull'importanza e sulle nozioni base del sostegno all'allattamento materno; e
- mettere in pratica, all'interno delle strutture, i principi del Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti al latte materno.

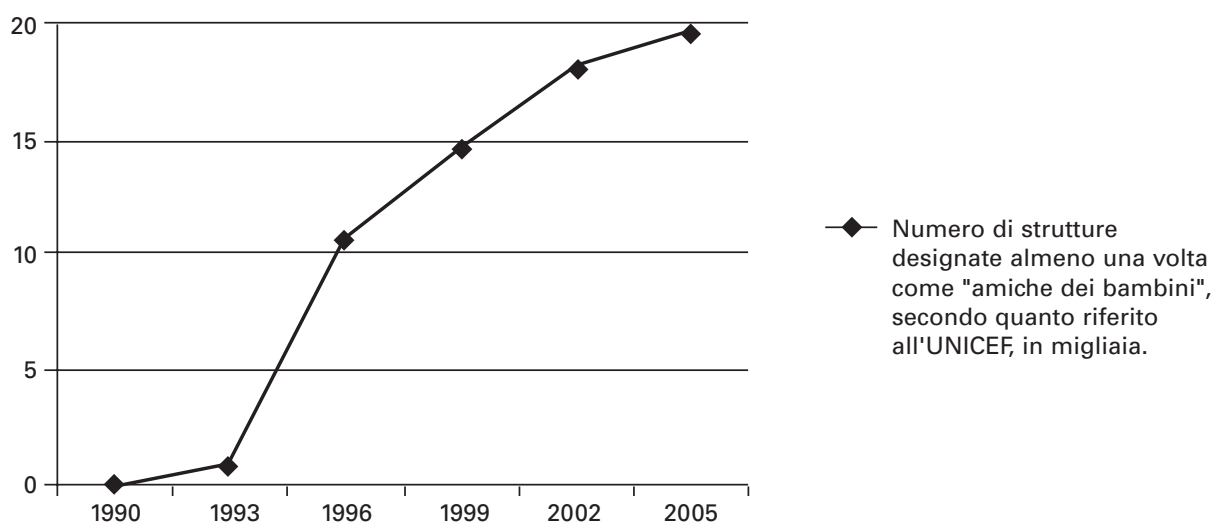
La BFHI ha messo l'inserimento dell'allattamento all'ordine del giorno della politica sanitaria della maggior parte dei paesi del mondo. L'approccio della BFHI si è rivelato estremamente efficace ed ha favorito l'incremento dei tassi di allattamento esclusivo al

seno in molte regioni, anche laddove sono presenti invadenti pubblicità di alimenti commerciali per neonati e si registra un aumento della prevalenza dell'HIV. Secondo l'Alleanza mondiale di azione per l'allattamento materno (WABA): "La BFHI è stata evidentemente l'iniziativa giusta nel momento giusto. Ha galvanizzato molte risorse disponibili a livello mondiale, facendo da catalizzatore per la volontà politica ai massimi livelli come mai accaduto in precedenza."²⁸ La BFHI continua ad essere una componente centrale delle iniziative di sostegno all'allattamento materno e al suo avvio precoce, oltre che della formazione del personale sanitario.

Oltre 19.000 strutture in 150 paesi sono state definite "amiche dei bambini". Per ottenere questo riconoscimento, la struttura deve sottoporsi ad un processo di valutazione. Anche dove il riconoscimento non è ottenuto, l'esistenza di ospedali amici dei bambini può influenzare positivamente le pratiche di tutta la comunità, grazie alla diffusione delle relative competenze presso gli operatori sanitari di recente formazione e alla richiesta da parte delle madri e delle famiglie.

Nel 2000, l'UNICEF, in collaborazione con Well-

Grafico 2 - Numero globale delle strutture designate "amiche dei bambini", in migliaia (fonte: Relazioni nazionali dell'UNICEF)



start International e con il Progetto LINKAGES finanziato da USAID, ha condotto numerosi studi di caso sulla BFHI in diverse regioni del mondo.²⁹ Questi studi, relativi a paesi così diversi come Cina, Perù o Zambia, dimostrano la applicabilità dei Dieci passi e illustrano i drastici cambiamenti verificatisi in coincidenza con la diffusione della BFHI.

Inoltre, nel 2002 l'UNICEF ha effettuato una valutazione delle esperienze nazionali nell'applicazione delle attività degli obiettivi Innocenti.³⁰ La valutazione è giunta alla conclusione che soluzioni formulate "a pacchetto" come i Dieci passi sono di facile comprensione e di efficace richiamo. L'ovvia conclusione è stata tuttavia che, per ottenere un cambiamento durevole dei comportamenti, questi pacchetti trovano migliore applicazione quando fanno parte di un approccio a tutto campo, che comprenda anche i livelli politici e legislativi, ampie riforme del sistema sanitario e interventi presso le comunità.

Le sfide

La valutazione ha individuato varie sfide cruciali per l'attuazione della BFHI. Queste dovranno essere affrontate, se si vuole che la BFHI evolva dalla fase di iniziativa isolata a quella di prassi corrente dell'assistenza, pienamente integrata nella pratica clinica. Affinché questo accada, servono una impegnata leadership a tutti i livelli; uno sforzo continuo e coerente; risorse di tempo, finanziarie ed umane; e assunzione di responsabilità. Le sfide principali sono sette: impegno, conformità e controllo qualità, costi, comunità, incertezze e preoccupazioni per l'HIV, migliore continuità dell'assistenza, e integrazione del concetto di "amico dei bambini" in altre iniziative.

1. **Impegno:** in alcune delle strutture designate si è verificata una riduzione delle pratiche BFHI dovuta ai turni del personale, al trasferimento di coloro che sostengono la BFHI, oppure ad interessi concorrenti.
2. **Conformità e controllo qualità:** molte strutture, dopo essere state designate amiche dei bambini, non hanno mantenuto la piena conformità. Quando il controllo è ridotto o assente la qualità ne soffre. La formazione è un meccanismo importante per il mantenimento della qualità delle attività BFHI, ma è spesso troppo breve o prevalentemente teorica, e non si basa su sufficienti esperienze di messa in pratica delle competenze necessarie ad aiutare le madri ad allattare con efficacia. È necessario migliorare la formazione, inclusa quella dei formatori e l'applicazione pratica delle competenze, in modo da garantire che gli operatori sanitari degli ospedali amici dei bambini siano provvisti di buone competenze di assistenza alle madri.
3. **Costi:** laddove la BFHI non è integrata come voce ordinaria nei bilanci della sanità nazionale, è facile che sia dimenticata.
4. **Comunità:** in molti paesi il Passo numero 10 – coinvolgimento delle comunità – non è stato messo in opera attivamente o non è stato mante-

nuto. Tuttavia, l'esigenza di rafforzare il sostegno da parte della comunità alle attività per l'allattamento al seno è riconosciuta da tutti. L'esperienza ha dimostrato che il Passo 10 deve tradursi in solide reti di sostegno sociale, se si vuole che i gruppi di sostegno prosperino. Un'iniziativa per sviluppare comunità amiche dei bambini ha avuto grande successo. In Gambia, la partecipazione maschile ha permesso di rafforzare il messaggio che l'alimentazione materna e neonatale è un problema di tutti. Molte madri incontrano difficoltà vere o presunte nell'allattamento e vi rinunciano nelle prime due-quattro settimane dopo il parto, anche in regioni con ospedali amici dei bambini, perché non vi è nessuno capace di fornire loro un aiuto competente e di rassicurarle sulla loro capacità di superare le normali difficoltà. L'accompagnamento delle madri da parte degli operatori sanitari e dei membri della comunità è fondamentale per assicurare il corretto avvio dell'allattamento nelle prime settimane.

5. **Incertezze e preoccupazioni per l'HIV:** la pandemia di AIDS e HIV ha generato incertezze e preoccupazioni sull'allattamento al seno e su altre attività collegate al concetto di "amico del bambino". (L'argomento sarà affrontato più in profondità nel Capitolo 3).
6. **Migliorare la continuità dell'assistenza:** sono emerse preoccupazioni per il fatto che la BFHI non fornisce una piena continuità dell'assistenza a tutte le madri ed a tutti i bambini. Gli autori di *Impact of Birthing Practices on Breastfeeding* [Pratiche della Nascita e dell'Allattamento al Seno]³¹ affermano che le attuali pratiche della maternità possono andare a detrimento dell'esperienza fisica ed emotiva materna e possono influire negativamente anche sull'esito dell'allattamento materno. L'inclusione dell'assistenza alla madre nel concetto BFHI, che potrebbe quindi diventare "amico della madre e del bambino", potrebbe contemplare un sostegno continuo alla madre da parte di una persona presente al travaglio e al parto, che aiuti la madre durante le doglie e gestisca il dolore senza ricorrere a farmaci.
7. **Diffusa integrazione del concetto:** i concetti "amico delle madri" e "amico dei bambini" possono anche essere integrati in altre iniziative. Incorporare le prassi ospedaliere amiche dei bambini in tutte le attività in corso per il conseguimento degli Obiettivi di sviluppo del millennio numero 1 (Eliminazione della fame e della povertà estrema), numero 4 (Riduzione della mortalità infantile) e numero 5 (Migliorare la salute materna)³² è una possibilità per assicurarne la sostenibilità e per garantire la continuità sanitaria madre – neonato – bambino. In tal modo, tutti i Dieci passi della BFHI fanno parte della qualità dell'assistenza al neonato, insieme all'immediato contatto pelle a pelle nel momento successivo al parto e all'assistenza per avviare l'allattamento materno entro la prima ora dalla nascita.

Applicazione del Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno

Obiettivo Operativo n. 3: Attuare efficacemente nella loro integrità i principi e gli obiettivi degli articoli del Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno, nonché delle successive risoluzioni adottate dall'Assemblea mondiale della sanità.

Il Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno (il Codice) è stato adottato dalla AMS nel 1981 con la raccomandazione agli Stati membri di recepirlo nella legislazione nazionale, nei regolamenti o nelle altre misure confidenti (*Per una sintesi del Codice, vedere il Box 3*).

Il Codice è una raccomandazione globale che:

- ribadisce che l'allattamento al seno deve essere attivamente protetto ed incoraggiato in tutti i paesi;
- sottolinea che l'adozione e il rispetto del Codice sono requisiti minimi;
- invita tutti gli Stati membri a recepire il Codice nell'ordinamento nazionale.

In particolare il Codice:

- protegge tutti i bambini, sia allattati al seno sia alimentati artificialmente;
- regola la distribuzione dei sostituti del latte materno nel tentativo di evitare che bambini che trarrebbero giovamento dall'allattamento materno ne siano privati (protezione dal fenomeno del "traboccamento" o "spillover");
- protegge i neonati nutriti artificialmente garantendo che le etichette dei prodotti contengano le necessarie avvertenze ed istruzioni per una sicura conservazione, preparazione ed uso;
- mira ad assicurare che la scelta di un prodotto sia fatta in base a libero parere medico e non in seguito ad influenze commerciali;
- garantisce che la qualità dei sostituti al latte

materno rispetta le norme vigenti, raccomandate dal Codex Alimentarius e dal Codice sulle pratiche igieniche degli alimenti per neonati e bambini.

Invece, il Codice non:

- cerca di impedire che gli alimenti per neonati o altri sostituti del latte materno siano disponibili, o venduti e usati nei casi in cui sono necessari;
- proibisce ai governi di fornire sostituti del latte materno alle madri sieropositive da HIV, gratuitamente o a costo convenzionato, quando i governi li hanno acquistati. Ma questi prodotti devono essere affidabili nel breve termine e sostenibili nel lungo termine.

In ogni caso, il Codice tenta di impedire ai produttori di donare forniture di sostituti al latte naturale, o di fornirli a prezzo ridotto, a qualsiasi reparto della sanità pubblica.

Il testo definitivo del Codice ha rappresentato una soluzione di compromesso fra governi, specialisti della sanità, produttori e ONG. Per tale motivo, non è privo di punti deboli, ambiguità ed espedienti. Però a partire dal 1981, l'AMS si è occupata in varie occasioni dei problemi relativi al Codice, adottando una dozzina di risoluzioni che hanno chiarito o rafforzato argomenti controversi. Poiché lo stesso Codice è stato adottato in forma di risoluzione della AMS, tutte le successive risoluzioni riguardanti il Codice hanno il medesimo valore giuridico e sono da considerare parte integrante dell'interpretazione del testo originario.

Il Codice è stato adottato come livello minimo di riferimento. Si presume che gli Stati membri ne applichino i principi di base e ne rafforzino le disposizioni a seconda delle esigenze delle loro rispettive società. Gli Stati membri possono rendere più stringenti le disposizioni del Codice in qualsiasi modo desiderino, al fine di meglio tutelare la salute e la sopravvivenza dei neonati e dei bambini, ma non possono indebolirle o ometterne alcuna.

Il Codice si rivolge specificamente ai produttori e ai distributori, nonché a tutti gli altri interessati, e afferma che questi devono rispettarlo, indipendentemente da eventuali altre norme. In uno Stato membro che ignora il Codice, ci si aspetta che le aziende

Box 3 - Principali disposizioni del Codice

- nessuna pubblicità al pubblico di prodotti sostitutivi del latte materno, biberon e tettarelle;
- nessuna distribuzione di campioni gratuiti alle madri;
- nessuna attività promozionale nelle strutture sanitarie, incluse le forniture gratuite o a prezzo agevolato;
- il personale dei produttori non deve contattare le madri;
- nessun regalo personale o omaggio di campioni al personale sanitario. Il personale sanitario non deve mai cedere campioni alle madri;
- nessuna immagine di neonato, o altre diciture o immagini che idealizzino l'alimentazione artificiale, sulle etichette o sul materiale propagandistico relativo ai prodotti;
- le informazioni sull'alimentazione artificiale, comprese quelle contenute sulle etichette, devono spiegare i vantaggi e la superiorità dell'allattamento al seno e i costi e rischi associati all'alimentazione artificiale;
- le informazioni fornite agli operatori sanitari devono essere scientifiche e fattuali;
- prodotti inadatti, quali il latte condensato e zuccherato, non devono essere promossi per i bambini.

lo attuano anche in assenza di leggi o regolamenti emanati dal governo. I produttori che hanno preso parte al processo di redazione si sono trovati d'accordo su questo punto.

Applicazione del Codice nel periodo successivo alla Dichiarazione degli Innocenti

Nel 1990, all'epoca dell'adozione della Dichiarazione degli Innocenti, solo nove governi avevano recepito il Codice nel proprio ordinamento. Ma nel 1991 il Centro internazionale di documentazione sul Codice (ICDC) dell'IBFAN cominciò ad organizzare una serie di corsi sull'applicazione del Codice con l'intento di dare assistenza ai governi nella redazione di leggi basate sul Codice e sulle successive risoluzioni dell'AMS. Nel 1995, l'UNICEF istituì un impiego a tempo pieno per un giurista che aveva il compito di prestare assistenza tecnica ai governi nell'attuazione degli obiettivi legislativi Innocenti. L'UNICEF ha assicurato il suo supporto ai corsi di formazione dell'IBFAN, ed entro il 2005 oltre 60 governi hanno emanato leggi attuative di tutte le disposizioni del Codice o della maggioranza di esse, e di tutte le successive e pertinenti risoluzioni dell'AMS. Più di 20 paesi hanno redatto disegni di legge che sono in attesa di essere adottati.

Elementi cruciali per l'efficace applicazione del Codice

Con il passare degli anni, sono stati individuati alcuni interventi cruciali che hanno contribuito all'efficace adozione, entrata in vigore e applicazione delle leggi e norme previste dal Codice.

- **Creazione di una massa critica di sostenitori del Codice tramite attività di formazione per l'acquisizione di consapevolezza sul Codice:** nel 2000, l'UNICEF ha iniziato ad organizzare laboratori di sensibilizzazione al codice della durata di tre o

quattro giorni, che potrebbero essere replicati a livello nazionale per produrre il forte sostegno necessario perché il processo sia completato.

- **Formazione approfondita per politici e giuristi,** compresa la formazione sulla redazione di leggi basate sul Codice. Il corso di formazione annuale di nove giorni ICDC e quello regionale di una settimana hanno avuto successo, essendo riusciti a stimolare circa 70 paesi all'azione (vedere la Figura 3). L'ICDC offre anche corsi di formazione a livello nazionale.
- **Le norme basate sul Codice devono essere redatte con chiarezza** e comprendere come minimo tutte le disposizioni previste dal Codice e dalle successive risoluzioni, e includere tutte le necessarie misure applicative ed attuative, identificando un organismo indipendente responsabile per il monitoraggio, una persona o organismo al quale debbano essere riferite le violazioni, un forum per l'aggiudicazione, ed efficaci sanzioni e processi normativi con funzione deterrente.
- **Monitoraggio indipendente** esente da interessi commerciali sulla base di protocolli standard per documentare le violazioni e mantenere una banca dati a livello mondiale.
- **Regolari rapporti di monitoraggio.**

Tra i principali ostacoli per l'applicazione del Codice ci sono: la mancanza di sufficienti competenze in favore della causa; insufficienti capacità di esecuzione e di monitoraggio dei governi; scarsa consapevolezza dei responsabili politici, del personale sanitario e del pubblico in generale; la mancanza di competenze e di capacità redazionali; e programmi di attività legislativa sovraccarichi; nonché l'esistenza di pressioni da parte dei gruppi commerciali di interesse.

Le risoluzioni adottate dal 1981 hanno ribadito

Figura 2 - Progressi nell'applicazione del Codice

Situazione giuridica del Codice per paese dal 1991 all'agosto 2005

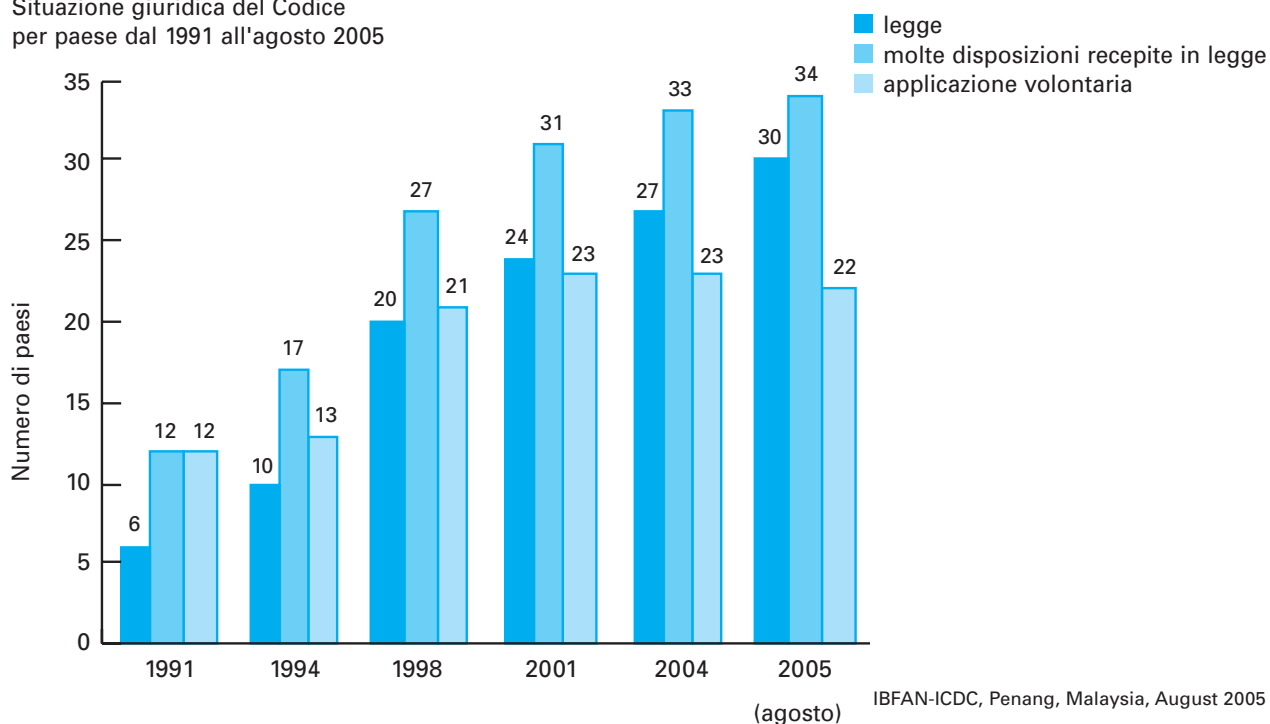
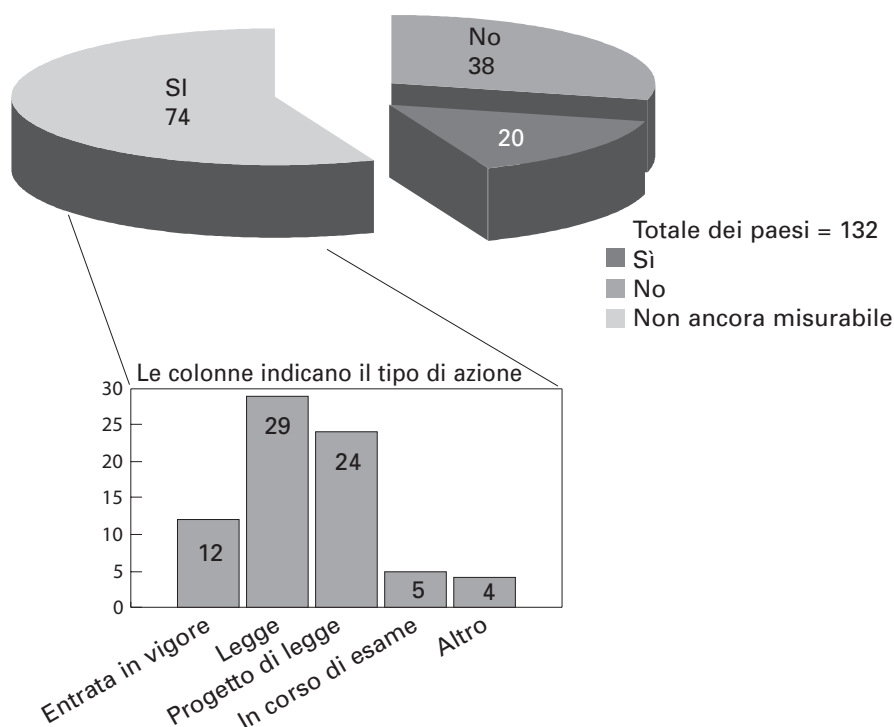


Figura 3 - Formazione ICDC e applicazione del Codice a livello nazionale, 2005

Questo grafico illustra i 28 Corsi di formazione sull'applicazione del Codice organizzati dall'ICDC tra il 1991 e il 2005

● Sono stati formati oltre 638 funzionari dei governi di 132 paesi.

● In 74 di questi paesi, i 28 corsi sono stati messi in relazione all'applicazione del Codice.



l'urgenza che i governi diano applicazione a livello nazionale al Codice e alle relative risoluzioni. Nel 1986 una risoluzione ha affermato che i prodotti a base di latte da utilizzare come proseguimento dell'allattamento non sono necessari; mentre la risoluzione 47.5 del 1994 dell'AMS ha chiarito le ambiguità riguardo alle forniture gratuite e a basso costo, sottolineando che queste forniture di prodotti sostitutivi del latte materno, di biberon e di tettarelle non devono essere ammesse in nessun settore del sistema sanitario. Risoluzioni più recenti si sono occupate della durata ottimale dell'allattamento esclusivo al seno (sei mesi) ed hanno raccomandato che gli alimenti complementari non siano commercializzati o utilizzati in modo tale da sfavorire l'allattamento esclusivo e continuato al seno.

Altre aree problematiche affrontate comprendono la raccomandazione di un monitoraggio trasparente e libero da interessi commerciali del Codice, e di evitare che il sostegno finanziario e gli altri incentivi rivolti ai programmi e ai professionisti della sanità che operano nel campo della salute dei neonati e dei bambini piccoli siano fonte di conflitto di interessi.

Impatto del Codice sulla promozione dell'allattamento materno

L'adozione del Codice è stata messa in relazione con importanti riduzioni di alcune forme di pubblicità e promozione in tutto il mondo. I cambiamenti sono stati più evidenti nei paesi nei quali i governi hanno attuato i regolamenti con leggi forti. Le rigorose leggi dell'India hanno posto fine alla maggior parte delle attività promozionali dei prodotti sostitutivi del latte materno e il Brasile registra un numero di violazioni minore della maggioranza degli altri paesi, anche se

suscitano particolare preoccupazione le attività di promozione del latte intero e la sponsorizzazione delle associazioni del personale sanitario.³³

Nel 1996, il Gruppo interagenzia per il monitoraggio sull'allattamento materno ha realizzato uno studio su quattro paesi. Il Bangladesh, l'unico paese oggetto dello studio che possiede leggi per regolamentare la commercializzazione dei sostitutivi del latte materno, aveva la minore quantità di campioni gratuiti distribuiti. La Polonia non possedeva, invece, un codice giuridico o volontario per regolamentare i vari aspetti della commercializzazione dei prodotti sostitutivi del latte materno e a Varsavia si è registrato il maggior numero di strutture sanitarie nelle quali erano disponibili per gli operatori della sanità informazioni in contrasto con il Codice, nonché la più alta percentuale di personale sanitario che riceveva campioni gratuiti di questi prodotti.³⁴

Il Codice è ancora più significativo nel contesto dell'HIV/AIDS e delle situazioni di emergenza, dove può sussistere l'esigenza di un approvvigionamento di questi prodotti e gli orientamenti forniti dal Codice si rivelano essenziali (*vedere il Capitolo 3*). La questione della contaminazione dei preparati in polvere è stata recentemente oggetto di una maggiore attenzione in seguito alla pubblicazione di una serie di studi. Uno studio del 1988 ha rilevato la presenza di batteri in oltre il 50 per cento di 141 preparati in polvere in 35 paesi.³⁵ La presenza dell'*E. sakazakii*, causa di malattie spesso gravi e fatali specialmente per i neonati negli ospedali o per i bambini con problemi immunitari, è stata rilevata in 20 di questi prodotti, vale a dire nel 14 per cento dei campioni. Nel 2003, la Commissione del Codex Alimentarius ha definito questa contaminazione come "rischio noto per la

salute pubblica" con "un forte impatto in termini di gravità per un'ampia gamma di consumatori e per popolazioni particolarmente sensibili."³⁶ Nel 2004, uno studio basato su di un raffinato metodo di isolamento e individuazione è giunto alla conclusione che la diffusione di questo microrganismo deve essere presa in considerazione nella concezione delle misure di controllo preventivo.³⁷

Data questa situazione, è necessario mettere in guardia i genitori e tutti coloro che accudiscono i bambini: "I preparati in polvere per neonati che rispondono alle attuali norme non sono un prodotto sterile e possono occasionalmente contenere agenti patogeni."³⁸ La FAO e l'OMS hanno dichiarato: "Con le attuali tecnologie di miscelazione a secco non appare possibile produrre preparati commerciali in polvere che siano sterili o escludere totalmente la possibilità di una contaminazione."³⁹ Nel maggio 2005⁴⁰ una risoluzione dell'AMS ha affermato "... l'esigenza di informare pienamente i genitori e tutti coloro che si occupano dei neonati in merito ai provati rischi per la salute pubblica a causa della contaminazione intrinseca dei preparati in polvere e alla possibilità di una contaminazione introdotta, nonché l'esigenza di preparare, manipolare e conservare in maniera sicura questi prodotti," notando che è responsabilità degli Stati membri decidere se mettere in guardia i genitori e gli operatori sanitari tramite esplicite avvertenze apposte sulle confezioni.

Protezione della maternità

Obiettivo operativo numero 4: Emanare leggi per tutelare il diritto all'allattamento materno delle donne che lavorano, ed istituire meccanismi per la loro applicazione.

La protezione del diritto all'allattamento materno delle donne che lavorano era un obiettivo ambizioso, data la varietà delle situazioni lavorative. Sia l'allattamento materno che il lavoro assorbono un'importante parte del tempo e delle energie di una donna. È necessario alleviare il carico di lavoro delle madri che hanno bambini piccoli per consentir loro di trovare il tempo e le energie per allattare. Questa non dovrebbe essere considerata una responsabilità della sola madre, ma piuttosto dell'intera collettività. Per mantenere il flusso di latte materno è necessario allattare, oppure estrarre il latte, con frequenza. In molti posti di lavoro, alle donne non è lasciato il tempo sufficiente per fare delle pause e rispondere a questa esigenza.

La Convenzione sui diritti dell'infanzia (CDI) e la Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne (CEDAW) forniscono una solida base per questa responsabilità collettiva: la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno come modo di assicurare il diritto del bambino al miglior stato di salute possibile, sancito dalla CDI. La CEDAW afferma il diritto della donna ad essere sostenuta nel proprio ruolo di madre ed il suo diritto a non subire discriminazioni sul lavoro a causa della gravidanza o della maternità. Con l'attuale interesse per l'uguaglianza di genere, alcuni sollevano obiezioni rispetto all'uso della parola "protezione". Il concetto attuale di protezione della maternità si riferisce alla

protezione dalla discriminazione a causa della gravidanza e della maternità, una condizione preliminare dell'uguaglianza tra gli uomini e le donne sul lavoro.⁴¹

L'Organizzazione internazionale del lavoro (OIL) stabilisce norme internazionali per l'adeguamento delle mansioni lavorative delle donne alle loro esigenze, nell'occupazione formale. Sul tema della protezione della maternità esistono tre Convenzioni OIL (n. 3, 1919; n. 103, 1952; e n. 183, 2000) e due Raccomandazioni (n. 95, 1952 e n. 191, 2000). Anche vari altri documenti dell'OIL si riferiscono alla protezione della maternità, come le Convenzioni numero 156, sui Lavoratori con responsabilità familiari, e la numero 184, sulla Salute e sicurezza nell'agricoltura.

Come stabilito nella più recente convenzione dell'OIL, la C-183 (2000), la protezione della maternità comprende la tutela della salute, del posto di lavoro e la non discriminazione delle lavoratrici in gravidanza, puerpere e in allattamento; 14 settimane di congedo maternità con salario sostitutivo (pari ad almeno i due terzi della retribuzione); e il diritto ad una o più interruzioni giornaliere retribuite per accudire i figli, oppure ad una riduzione retribuita dell'orario di lavoro per le madri in allattamento che riprendono il lavoro dopo il congedo di maternità. Anche le donne occupate in forme atipiche di lavoro dipendente rientrano nel campo di applicazione della C-183.

Anche se la protezione della maternità è stata oggetto dell'attenzione dell'OIL sin dal 1919, i progressi verso il rispetto delle sue norme sono stati lenti. Cinquantanove paesi hanno ratificato almeno una delle tre convenzioni; 11 paesi hanno ratificato la C-183. La maggior parte dei paesi del mondo, comunque, si è dotata di leggi che garantiscono alle donne lavoratrici un congedo retribuito prima e/o dopo il parto. (vedere la Figura 4⁴²).

Idealmente, la separazione tra madre e bambino a causa del lavoro può essere evitata o ridotta al minimo in virtù di una serie di opzioni, quali congedi più lunghi, orari di lavoro flessibili o ridotti fino a quando

**Figura 4 - Protezione della maternità per regione
Congedo di maternità, in settimane**

	<12	12	13	14	15	16	17	>26
Africa (39 paesi)	5	15		18	1			
Pacifico occidentale (13 paesi)	7	5		1				
Sud-est asiatico (7 paesi)	1	6						
Continente americano (31 paesi)	3	18	3	1		2	1	3
Europa (28 paesi)	2	4	1	3	1	9		8
Mediterraneo orientale (20 paesi)	12	5		2		1		

i figli sono piccoli, opportunità di lavorare da casa, disponibilità di strutture di custodia dei bambini sul luogo di lavoro, oppure la possibilità per il bambino di andare a trovare la madre ed essere allattato sul luogo di lavoro. Se non è possibile assicurare un regolare contatto con il bambino, alla donna lavoratrice deve essere concesso il tempo e uno spazio dove estrarre e conservare il suo latte mentre si trova al lavoro.

L'aspetto più problematico della protezione della maternità è trovare soluzioni sistematiche per le donne occupate in impieghi o luoghi di lavoro di carattere meno formale, che sono la maggioranza. Negli ultimi anni, i sindacati internazionali e l'OIL hanno cercato il modo di estendere le misure di protezione anche alle donne occupate nell'economia informale. L'ulteriore carico di lavoro delle donne, dovuto alla differenza di ruoli tra i generi radicata nelle tradizioni culturali che assegnano loro la principale responsabilità della casa e della famiglia, rappresenta un problema, tuttora irrisolto, che può gravare pesantemente sull'esito dell'allattamento. Anche se alcuni gruppi di donne ritengono che attribuire un prezzo al latte materno comporti una perdita di dignità per le donne, ignorarlo significa suggerire che è privo di valore economico.⁴³ I governi e le società sarebbero maggiormente disposti ad investire in misure di sostegno all'allattamento se lo riconoscessero come lavoro produttivo dotato di un valore economico. Mentre il principio della solidarietà collettiva o responsabilità sociale è accettato in tutto il mondo, la concreta organizzazione di un sistema che garantisca alle donne adeguate agevolazioni per la maternità è molto più complessa. L'OIL è favorevole ad una ripartizione dei costi della protezione della maternità: la C-183 afferma che i costi delle agevolazioni devono essere sostenuti dal sistema di sicurezza sociale (fondi pubblici o assicurazione sociale obbligatoria) e non dal singolo datore di lavoro. Sono stati proposti sistemi di assicurazione della comunità che offrano ai lavoratori autonomi la possibilità di consociarsi in un sistema di mutua assistenza. Assumendosi le proprie responsabilità, la comunità potrebbe organizzare un sistema di raccolta dei contributi da ogni membro, per poi erogare fondi ai membri della comunità nel momento del bisogno. In ogni caso, esiste l'esigenza di elaborare strategie creative e alternative per sostenere le donne che lavorano ed alleggerire il loro carico di lavoro.

La Strategia globale individua nella pesantezza del lavoro delle donne occupate in agricoltura e nell'incertezza occupazionale dei poveri urbani i due principali ostacoli al raggiungimento di un'alimentazione adeguata, e indica le cooperative per l'assistenza all'infanzia e le altre strutture di custodia dei bambini come partner particolarmente importanti per la protezione dell'allattamento materno.

La Coalizione per la protezione della maternità (MPC)

I gruppi di attivisti che promuovono l'allattamento hanno dato vita ad una coalizione informale per favorire lo sviluppo di contatti con nuovi interlocutori, come i sindacati internazionali. La Coalizione ha prodotto un pacchetto d'azione al fine di aiutare i

gruppi per l'allattamento a comprendere la protezione della maternità e di mettere a loro disposizione materiali su temi che vanno da come organizzare una campagna per spingere il proprio governo a ratificare la Convenzione e a migliorare la legislazione per la protezione della maternità, a come favorire il coinvolgimento dei sindacati. Il pacchetto è disponibile in lingua inglese e in lingua spagnola, ed è stato utilizzato nei programmi di formazione di vari paesi.

Seguono alcune indicazioni utili per azioni volte a favorire la protezione della maternità.

- Incorporare nel prodotto interno lordo (PIL) il valore finanziario del latte materno e quello del lavoro nel settore informale, per affermare l'importanza economica dell'allattamento materno.
- Incoraggiare gli uomini, qualunque sia il loro ruolo, ad agevolare il lavoro delle donne in gravidanza e in allattamento, sia in casa che nella comunità.
- Includere l'allattamento materno tra le questioni del femminismo e sviluppare rapporti con il movimento delle donne.
- Attribuire la massima priorità alla ricerca di soluzioni sistematiche e durevoli per sostenere le donne che lavorano nel settore informale.
- Favorire i collegamenti con il settore della custodia e dell'istruzione infantile, per istituire asili nido che promuovano e sostengano attivamente l'alimentazione ottimale del neonato.
- Calcolare i vantaggi economici dell'allattamento materno per i datori di lavoro, quali la riduzione dell'assenteismo e la fedeltà all'azienda da parte delle dipendenti.
- Concepire agevolazioni per le madri sul luogo di lavoro in un contesto di neutralità di genere con benefici destinati ai genitori o collegati alla famiglia.
- Dare pubblicità ai luoghi di lavoro che rispettano le esigenze delle madri e che difendono le proprie lavoratrici in allattamento.

Molti interrogativi rimangono ancora senza una risposta. Quali sono le leggi più efficaci per sostenere nelle varie situazioni le madri che allattano? Le madri primipare hanno sufficiente capacità di difendere il proprio diritto all'allattamento? Che cosa offre protezione alle donne in allattamento che lavorano nelle situazioni più difficili, come le madri con una bassa retribuzione che sono capofamiglia, le donne migranti che vivono da sole, le lavoratrici informali che hanno posti di lavoro non sicuri e sono prive di protezione giuridica? La Strategia globale estenderà il novero dei potenziali alleati che possano aiutare a trovare una risposta a questi importanti interrogativi.

Gli Obiettivi Innocenti hanno prodotto risultati?

Stimando in base a diversi presupposti i benefici dell'allattamento esclusivo al seno, si può concludere che grazie all'impegno internazionale in favore dell'alimentazione neonatale e infantile stimolato

quindici anni fa dalla Dichiarazione degli Innocenti, è stata salvata la vita di milioni di bambini. Questo risultato può essere attribuito all'aumento della prevalenza dell'allattamento esclusivo al seno nei primi sei mesi di vita e all'allungamento dell'intervallo tra gravidanze successive.

Nessun gruppo che si adoperi per ridurre la malnutrizione dei neonati e dei bambini può concentrar-

si su di un unico obiettivo. Ne consegue l'esigenza di un approccio integrato di portata più ampia, come quello proposto dalla Strategia globale, che ha affiancato a quella dell'allattamento materno una serie di questioni collegate: l'allattamento continuato con un'adeguata alimentazione complementare, l'alimentazione e la salute delle madri, e le situazioni come l'HIV/AIDS e le emergenze.

Note

- 24 Greiner, T., *Infant Feeding Policy Options for Governments. Report to the USAID funded Infant Feeding Study Consortium*, Cornell University, Ithaca, N.Y., 1982.
- 25 Latham, M., *Human Nutrition in the Developing World*, Roma: FAO, 1997.
- 26 Registro epidemiologico settimanale dell'OMS, numeri 5, 13 e 19, gennaio, marzo e maggio, 1998.
- 27 L'indagine è stata condotta da Audrey Naylor, Presidente e Direttore esecutivo della Wellstart International, ed ha fatto in parte uso di contatti per le attività BFHI forniti dalla sede centrale dell'UNICEF.
- 28 Opuscolo della Settimana mondiale per l'allattamento materno, WABA, Penang, 2000.
- 29 Sede centrale dell'UNICEF /uffici regionali dell'UNICEF, Wellstart International e LINKAGES. *Baby-Friendly Hospital Initiative: Case Studies and Progress Report*, Divisione della programmazione dell'UNICEF, New York, marzo 1999.
- 30 Armstrong H., 'UNICEF Country Office Assessment of Progress and Issues in addressing the Innocenti Goals and Targets', documento interno, UNICEF New York, 2002.
- 31 Kroeger, M. e L. Smith, *Impact of Birthing Practices on Breastfeeding*, Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, 2004.
- 32 Vedi <http://www.un.org/millenniumgoals/>
- 33 Rapporto internazionale IBFAN 2003: 'Using International Tools to Stop Corporate Malpractice – Does it work?'
- 34 'Violations of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: Prevalence in four countries', *BMJ*, 11 aprile 1998; 316:1117–1122.
- 35 Muytjens, H.L. et al., 'Analysis of eight cases of neonatal meningitis and sepsis due to *Enterobacter sakazakii*'. *J. Clin. Microbiol.*, 1983; 18: 115–20.
- 36 Programma congiunto FAO/OMS per le norme nell'alimentazione: 'Development of Process, Procedures and Criteria to Establish Priorities for the Work of the Codex Committee on Food Hygiene', documento CX/FH/ 04/5 Add. 2, dicembre 2003.
- 37 Chantal Kandhai, M. et al., 'Occurrence of *Enterobacter sakazakii* in food production environments and households', *The Lancet*, gennaio 3, 2004: 363.
- 38 '*Enterobacter sakazakii* and other microorganisms in powdered infant formula', Rapporto dell'incontro FAO/OMS, Serie dell'OMS sulla valutazione del rischio microbiologico n. 6, 2004.
- 39 Ibid.
- 40 'Infant and young child nutrition', Rapporto all'AMS, A 58/15, Ginevra, Svizzera, 4 maggio 2005.
- 41 OIL, *Maternity Protection at Work: Revision of the Maternity Protection Convention (Revised), 1952 (No. 103), and Recommendation, 1952 (No. 95) Report V (1)*, Ginevra, Svizzera: Organizzazione internazionale del lavoro, 1997, 16.
- 42 OIL, 'Conditions of Work', Vol. 13, 1994.
- 43 Smith, J.P. e L.H. Ingham, 'Mothers' milk and measures of economic output', *Feminist Economics*, 2005, Vol. 11, n. 1.

3

SFIDE

Da molti punti di vista, il mondo del nuovo millennio è diverso da quello del 1990. Questo capitolo prende in esame alcune delle condizioni che hanno determinato la vita e le politiche nel quindicennio successivo alla firma della Dichiarazione degli Innocenti.

Le decisioni sull'alimentazione dei neonati non sono prese isolatamente, ma sono determinate anche dal contesto sociale, culturale, economico e politico. In uno studio che illustra alcune tendenze, l'OMS riconosce che le pratiche di alimentazione dei neonati "... hanno alla base una serie di fattori che non rientrano tra gli obiettivi primari del presente lavoro, quali la cessazione prematura dell'allattamento e il momento più adatto per l'introduzione dei cibi complementari, la povertà, le politiche alimentari, la stabilità politica e le condizioni ambientali."⁴⁴ Anche i sistemi sanitari e i settori sociali sono cambiati, e l'inserimento della protezione, promozione e sostegno dell'allattamento nell'ambito più ampio della sopravvivenza delle madri e dei bambini o della salute e alimentazione, rappresenta una sfida per le politiche e per la programmazione.

Questo capitolo presenta il clima diffuso all'epoca dello sviluppo della Strategia globale, illustrando alcune delle sfide che essa si prefigge di affrontare. Queste sfide confermano l'esigenza di agire rapidamente in favore dell'alimentazione dei neonati e dei bambini.

L'HIV/AIDS e l'allattamento materno

Negli anni ottanta si è scoperto che il virus dell'HIV può essere trasmesso attraverso il latte materno, e si stima che attualmente il 5 – 20 per cento dei nati da donne sieropositive subisca il contagio attraverso l'allattamento. Rinunciare all'allattamento può ridurre il rischio di contrarre l'HIV ma fa anche aumentare il

rischio di morte a causa di altre malattie. Per esempio, in alcuni paesi l'assenza di allattamento materno nei primi due mesi di vita è associata ad un aumento di sei volte della mortalità dovuta alle malattie infettive. Quando è praticato esclusivamente, l'allattamento fornisce una protezione ancora maggiore dalle malattie e dalla morte per le infezioni comuni. Esistono inoltre indicazioni del fatto che l'allattamento esclusivo nei primi mesi di vita possa anche associarsi ad una riduzione della trasmissione dell'HIV attraverso il latte materno ed a maggiori tassi di sopravvivenza indenne da HIV, in comparazione con l'alimentazione mista.^{45,46}

Le raccomandazioni dell'OMS/UNICEF per le donne che hanno ricevuto una diagnosi di sieropositività sono le seguenti:

- Laddove l'alimentazione sostitutiva è **accettabile, praticabile, economicamente accessibile, sicura e sostenibile**, si raccomanda di evitare totalmente l'allattamento.⁴⁷
- In assenza di queste condizioni, si raccomanda l'allattamento esclusivo al seno per i primi mesi di vita.
- La donna sieropositiva che sceglie di allattare al seno deve avere accesso alle informazioni, nonché ricevere accompagnamento e sostegno, compresa la pianificazione familiare e il sostegno nutrizionale. Recenti studi indicano che l'allattamento esclusivo, piuttosto che misto, può ridurre significativamente la trasmissione.^{48, 49}

Quindi, per la maggioranza di donne che non conoscono la propria condizione o che sono risultate sieronegative, è raccomandato l'allattamento esclusivo al seno per i primi sei mesi.

Solamente la madre, sostenuta da consigli adeguati, può decidere quale sia la migliore soluzione nella

sua specifica situazione. Per mettere in atto la propria decisione, ha bisogno di accompagnamento e di sostegno individuale. Per sondare la fattibilità di un sistema di accompagnamento mirante a prevenire la trasmissione da madre a bambino, l'UNICEF ha assistito i governi che hanno chiesto assistenza per la fornitura di preparati alimentari per neonati alle madri sieropositive, procurando loro prodotti con etichetta generica da usare nel contesto di alcuni progetti pilota.

I responsabili politici e i governi devono soppesare tutti i rischi e i vantaggi. In tal senso, deve essere dedicata attenzione anche ai problemi che sono stati rilevati nell'impiego dei prodotti alimentari per neonati.⁵⁰ Tra questi:

- Consulenti privi di adeguate conoscenze e competenze che hanno consigliato alle madri di nutrire i loro bambini con prodotti per neonati senza tener conto della loro specifica situazione.
- In alcuni luoghi, alle donne non è stato mostrato come preparare il prodotto in modo sicuro, oppure esse non erano in grado di farlo. Nel Durban, in Sudafrica, dove le dimostrazioni si rivolgevano a donne con una buona istruzione, il 64 per cento dei campioni di latte esaminati contenevano *E. coli* e il 26 per cento contenevano *Enterococchi*. Inoltre, una grande percentuale delle madri diluiva eccessivamente il prodotto.
- A causa delle difficoltà logistiche molte donne non riuscivano a ricevere regolarmente il prodotto, dovendo ricorrere a sostituti di qualità inferiore o all'alimentazione mista. Un'altra causa del ricorso all'alimentazione mista era la difficoltà di preparare il prodotto durante la notte.
- La mancanza di un'adeguata consulenza ha impedito a molte donne che avevano scelto l'allattamento di capire l'importanza che questo fosse esclusivo, con la conseguenza che esse somministravano un'alimentazione mista ai loro bambini.
- Le pressioni sociali in favore dell'allattamento materno hanno spinto molte donne a fare inizialmente uso dei prodotti, per poi passare all'alimentazione mista.
- Altre donne, che non avevano effettuato il test dell'HIV per paura del contagio, non allattavano, lo facevano per un breve periodo, oppure usavano l'alimentazione mista. Questo fenomeno è chiamato "traboccamento" ("*spillover*").
- La fornitura gratuita di prodotti per l'alimentazione dei neonati ha influenzato le decisioni delle madri, dato che non era fornito un equivalente sussidio per l'alimentazione di quelle che avevano scelto di allattare al seno.

Sulla base di questi risultati e di quelli di altri studi, esiste oggi un ampio consenso sul fatto che la questione dell'HIV e dell'alimentazione dei neonati debba essere affrontata nel contesto della promozione di un'adeguata alimentazione per tutti i neonati e i bambini.⁵¹ La promozione dell'allattamento esclusivo al seno come regola d'oro incoraggerebbe il migliore inizio possibile nella vita della maggioranza di neonati di madri sieronegative. Ma produrrebbe anche minori rischi per la salute e la sopravvivenza dei figli di madri che non

conoscono la propria condizione rispetto all'HIV, e per i quali la predominante alimentazione mista rappresenta l'opzione peggiore, indipendentemente dal fatto che la madre sia sieropositiva oppure no.

Il documento "L'HIV e l'alimentazione dei neonati: Un quadro di azione prioritaria" illustra cinque interventi fondamentali per l'alimentazione dei neonati e dei bambini nel contesto delle particolari circostanze associate alla presenza dell'HIV/AIDS. Nove organizzazioni delle Nazioni Unite hanno dato il loro sostegno al Quadro: l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura (FAO), l'Agenzia internazionale per l'energia atomica, il Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS), l'Ufficio dell'alto commissario delle Nazioni Unite per i rifugiati (UNHCR), il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA), l'UNICEF, il Programma alimentare mondiale (WFP), l'OMS e la Banca Mondiale. L'obiettivo è di creare e conservare un ambiente che incoraggi pratiche di alimentazione adeguate per tutti i neonati, e allo stesso tempo intensificare gli interventi volti a ridurre la trasmissione dell'HIV.

I cinque interventi prioritari sono i seguenti:

1. Sviluppare oppure rivedere (secondo quanto più opportuno) una politica integrata nazionale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini che includa il tema dell'HIV e l'alimentazione dei neonati.
2. Ricepire e applicare il Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno e le relative successive risoluzioni della AMS.
3. Intensificare gli sforzi volti a proteggere e sostenere adeguate pratiche per l'alimentazione dei neonati e dei bambini in generale, pur riconoscendo l'HIV come una delle situazioni eccezionalmente problematiche.
4. Fornire adeguato sostegno alle donne sieropositive per metterle in grado di scegliere la migliore opzione nutrizionale per se stesse e per i loro bambini, e per poi riuscire a mettere in pratica la loro decisione.
5. Sostenere la ricerca sull'HIV e l'alimentazione dei neonati con interventi di analisi, apprendimento, monitoraggio e valutazione a tutti i livelli, con ampia diffusione dei risultati.

A sostegno di tutto ciò, è in corso un riesame delle attività degli Obiettivi Innocenti per assicurare che tengano conto degli interessi delle madri sia sieropositive che sieronegative. Per esempio, si sta aggiornando la BFHI in considerazione dell'HIV e delle situazioni di emergenza. L'analisi dei Dieci passi mostra la loro rilevanza nel contesto dell'HIV e il sostegno che forniscono alle madri sieropositive. Il diritto delle madri all'informazione è rispettato dalla accessibilità pubblica della politica dell'ospedale (passo 1), dalla presenza di personale competente (passo 2) e da una informazione non commerciale sull'allattamento materno in occasione dell'assistenza pre-parto (passo 3). Tutti i neonati, allattati al seno o nutriti artificialmente, hanno bisogno di sentirsi protetti grazie al saldo legame con la madre che si instaura con il contatto pelle a pelle subito dopo la nascita (passo 4) e alla condivisione della camera da letto o del letto con la madre (passo 7). Anche le prati-

che dell'alimentazione a richiesta (passo 8) degli ospedali amici dei bambini e l'uso di una tazzina per l'alimentazione al posto del biberon (spesso prevista come parte del passo 9), possono giovare al neonato nato a termine che è alimentato artificialmente.

Altre linee guida dell'OMS/UNICEF/UNAIDS per le politiche sull'HIV e l'alimentazione dei neonati mirano a contribuire a ridurre il rischio di una trasmissione dalla madre al bambino (MTCT) pur sostenendo allo stesso tempo l'alimentazione ottimale per tutti. Le linee guida consistono di tre principali documenti:

- "L'HIV e l'alimentazione del neonato: Un quadro di azione prioritaria" (vedere sopra).
- "L'HIV e l'alimentazione del neonato: Linee guida per i responsabili politici".
- "L'HIV e l'alimentazione del neonato: Una guida per i dirigenti e i supervisori dell'assistenza sanitaria".

Oltre agli strumenti di guida alle politiche, l'OMS ha prodotto molte rassegne, corsi di formazione e altri documenti sull'argomento.

Le emergenze e l'alimentazione del neonato

Nel 2005 il mondo è stato colpito da situazioni di instabilità e di emergenza, sia per cause naturali che antropiche, ancora più gravi di quanto non succedesse nel 1990. Per esempio, più di 50 uffici regionali dell'UNICEF affermano di prevedere una qualche forma di instabilità ogni anno. Ma anche durante guerre, uragani o ondate di marea, i neonati e i bambini devono essere comunque nutriti. Una donna che si trova in una situazione di grave emergenza è doppiamente penalizzata se oltre a tutto deve anche rinunciare all'allattamento materno.

Nelle crisi naturali e umanitarie, come il terremoto e l'ondata di marea del 2004 in Asia, le malattie e le morti tra i bambini al di sotto dei cinque anni di età sono in genere superiori a quelle di qualunque altro gruppo di età, a causa della maggiore incidenza delle malattie trasmissibili, della diarrea e dei tassi di malnutrizione che crescono vertiginosamente. Quindi, nelle situazioni di emergenza e di gestione delle crisi l'allattamento materno ha un'importanza fondamentale perché salva la vita dei neonati e dei bambini.

In tali situazioni, l'alimentazione artificiale è difficile da praticare e aumenta il rischio di malnutrizione, malattia e morte dei neonati. In genere scarseggiano le risorse di base necessarie per l'alimentazione artificiale, come acqua pulita, un ambiente non inquinato, e sufficienza di combustibili e di tempo. È impossibile assicurare la pulizia e la sterilizzazione degli utensili. Non è possibile garantire condizioni di sicurezza per il trasporto e la conservazione dei preparati commerciali per neonati, e ciò rappresenta un'ulteriore minaccia per la sicurezza dell'alimentazione del bambino. Inoltre, i prodotti sostitutivi del latte materno donati come aiuto umanitario spesso finiscono per essere messi in circolazione sul mercato locale e possono favorire la diffusione dell'alimentazione artificiale presso neonati che invece potrebbero godere dei benefici dell'allattamento materno.

Anche se un quadro politico comune esiste ("Guida operativa per il personale degli interventi nelle emergenze e per i Direttori dei programmi", 2001), questo deve ancora essere applicato su larga scala. Questo documento, approvato finora da oltre 30 organizzazioni tra cui l'UNICEF e l'OMS, si rivolge a tutte le agenzie, i governi, le ONG nazionali e internazionali e i donatori. Propone una serie di azioni concrete per ridurre al minimo i rischi dell'alimentazione artificiale con indicazioni per l'approvvigionamento, la gestione, la distribuzione e l'impiego dei prodotti sostitutivi del latte materno in conformità con il Codice per la commercializzazione dei sostituti del latte. La prevenzione delle donazioni non richieste di sostituti del latte materno è una delle più importanti disposizioni della Guida.

La preziosa protezione dalle infezioni e dalle loro conseguenze offerta dall'allattamento materno è ancora più importante in circostanze in cui mancano acqua pulita e servizi igienici. Tuttavia, è diffusa la falsa idea che nelle emergenze molte madri non siano in grado di allattare a causa dello stress o della malnutrizione, e che quindi sia necessario fornire preparati per neonati e altri prodotti del latte. In realtà, lo stress può temporaneamente ostacolare il flusso del latte, ma non è probabile che ne blocchi la produzione, a condizione che i bambini e le madri rimangano insieme e ricevano adeguato sostegno per avviare l'allattamento dopo il parto o per proseguirlo in seguito. Anzi, l'allattamento si è rivelato un fattore di riduzione dello stress nelle madri.⁵² Quello che serve alle madri per aiutarle ad allattare è un maggiore apporto di liquidi e di cibo.

Spesso il personale delle spedizioni umanitarie e delle ONG non è consapevole del ruolo cruciale svolto dall'allattamento nelle emergenze e non possiede le conoscenze e le competenze necessarie a proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento. Il Gruppo centrale interagenzia per l'alimentazione dei neonati nelle emergenze (IFE), composto dalla Rete per il nutrimento nelle emergenze (ENN), IBFAN, Care USA, Terre des Hommes, UNICEF, UNHCR, OMS e WFP, si è fatto carico del compito di migliorare le competenze in questo settore. Il suo mandato prevedeva lo sviluppo di due moduli di formazione.

Il Modulo 1 è un corso di due - tre ore che si rivolge a tutto il personale delle spedizioni umanitarie, sia internazionali che locali. Il corso illustra l'essenziale ruolo svolto dall'allattamento materno per la sopravvivenza dei neonati e dei bambini, e fornisce conoscenze e competenze di base per rispondere a varie situazioni critiche nelle emergenze. Dopo essere stato sperimentato sul campo, all'inizio del 2002 ne è stata messa a punto una seconda versione, per ulteriore sperimentazione che è stata distribuita ad agenzie e istituzioni desiderose di formare il proprio personale. È stato messo definitivamente a punto anche il Modulo 2, un corso di quattro - cinque ore concepito soprattutto per dare al personale incaricato dei servizi sanitari e nutrizionali migliori conoscenze tecniche e competenze pratiche per sostenere adeguate prassi di alimentazione dei neonati nelle emergenze. Il personale sanitario e nutrizionale deve aver completato il Modulo 1 prima di passare al Modulo 2. Una copia cartacea oppure su CD-Rom dei due moduli è disponibile presso l'ENN o anche all'indirizzo www.ennonline.net.

L'OMS, l'UNICEF, il Comitato internazionale della Croce rossa e la Federazione internazionale della Croce rossa e delle Società della mezzaluna rossa hanno rilasciato una dichiarazione congiunta per attirare l'attenzione su questi problemi e sui rischi dell'importazione del latte in polvere e dei preparati per neonati da distribuire nelle emergenze (http://www.who.int/child-adolescent-health/Emergencies/IYCF_emergencies.pdf).

L'emancipazione delle donne

L'allattamento al seno è una questione che trascende di gran lunga gli interessi dei bambini: riguarda anche le donne e il loro mondo. La posizione e la condizione delle donne, la loro alimentazione, salute e sopravvivenza, sono fattori determinanti per il benessere di tutti i bambini. L'attenzione alla salute e all'alimentazione delle donne porta benefici a tutta la famiglia. Save the Children USA ha elaborato un Indice delle madri per documentare il rapporto esistente tra il benessere delle madri e quello dei loro bambini. Inoltre, l'Indice dello sviluppo in base al genere (GDI) riflette le disuguaglianze tra uomini e donne sulla base di dati quali l'aspettativa di vita alla nascita, l'alfabetizzazione degli adulti e il reddito stimato da lavoro. La misura di emancipazione di genere (GEM) valuta le opportunità esistenti per le donne misurando la loro partecipazione politica, economica e il loro potere di disporre delle risorse economiche. Questo ultimo indice è importante perché la Dichiarazione degli Innocenti è il primo documento internazionale a sottolineare l'aspetto di emancipazione delle donne insito nell'allattamento materno anziché indicarlo come un semplice dovere. Il testo della Dichiarazione recita "... devono essere compiuti sforzi per rafforzare la fiducia delle donne nella loro capacità di allattare. Questa emancipazione richiede l'eliminazione dei vincoli e delle influenze che, spesso in modo sottile e indiretto, distorcono la percezione e manipolano i comportamenti delle donne nei confronti dell'allattamento al seno... Devono essere abbattuti tutti gli ostacoli all'allattamento materno nei sistemi sanitari, nei luoghi di lavoro e nelle comunità."

Alcune delle difficoltà che le donne devono affrontare quando allattano dipendono dal loro stato di salute e condizione nutrizionale. Nel ruolo di coloro che si prendono cura della famiglia, spesso le donne sono le ultime a mangiare e ricevono una quantità minore di cibo degli altri, il che le rende vulnerabili all'anemia e alla malnutrizione. Circa 450 milioni di donne nei paesi in via di sviluppo soffrono le conseguenze di una carenza di proteine e della malnutrizione subite nell'infanzia (Banca Mondiale, 1993). Il 75 per cento delle donne in gravidanza dell'Asia del sud, ed il 51 per cento di quelle dell'Africa subsahariana, sono anemiche.⁵³ Nel 1992, l'OMS ha riferito che più del 50 per cento delle donne in gravidanza in tutto il mondo soffriva di anemia. Una recente analisi sui programmi per i micronutrienti ha rilevato che esisteva ancora un'alta prevalenza dell'anemia, in generale superiore al 40 per cento. Tutti i programmi per fornire un'integrazione di ferro dipendevano da finanziamenti esterni.⁵⁴ Grazie all'apporto integrativo di ferro, però, alcuni paesi come la Thailandia hanno avuto una riduzione dell'anemia grave tra le donne. Anche se le donne che allattano

hanno spesso alti livelli di anemia, in realtà lo stesso allattamento, specialmente quando è esclusivo e prolungato, le aiuta a ricostituire le proprie riserve di ferro poiché ritarda il ritorno del ciclo mestruale.⁵⁵

La condizione nutrizionale di una madre alla sua nascita, all'età di due anni e prima della gravidanza, determinano la condizione del suo neonato alla nascita: il basso peso alla nascita (LBW) e la scarsità di riserve di sostanze nutritive sono collegate ad una cattiva condizione nutrizionale della madre. Durante la gravidanza e la lattazione le madri dovrebbero ricevere circa 500 calorie in più al giorno e consumare quantità aggiuntive di tutti i micronutrienti. Anche se dagli studi risulta che anche le donne malnutrite possono allattare in maniera adeguata i propri bambini, lo stato nutrizionale della madre può soffrirne, specialmente quando l'intervallo tra parti è ridotto. L'allattamento materno, e in particolare quello esclusivo, aiuta molte donne ad allungare gli intervalli tra parti successivi. Se una madre segue determinati comportamenti di allattamento e dedica attenzione ai segnali, può fare uso del metodo dell'amenorrea da allattamento (LAM) per ritardare in maniera sicura e sana la ripresa della fertilità e per sapere quando adottare un'altra forma di pianificazione familiare.⁵⁶

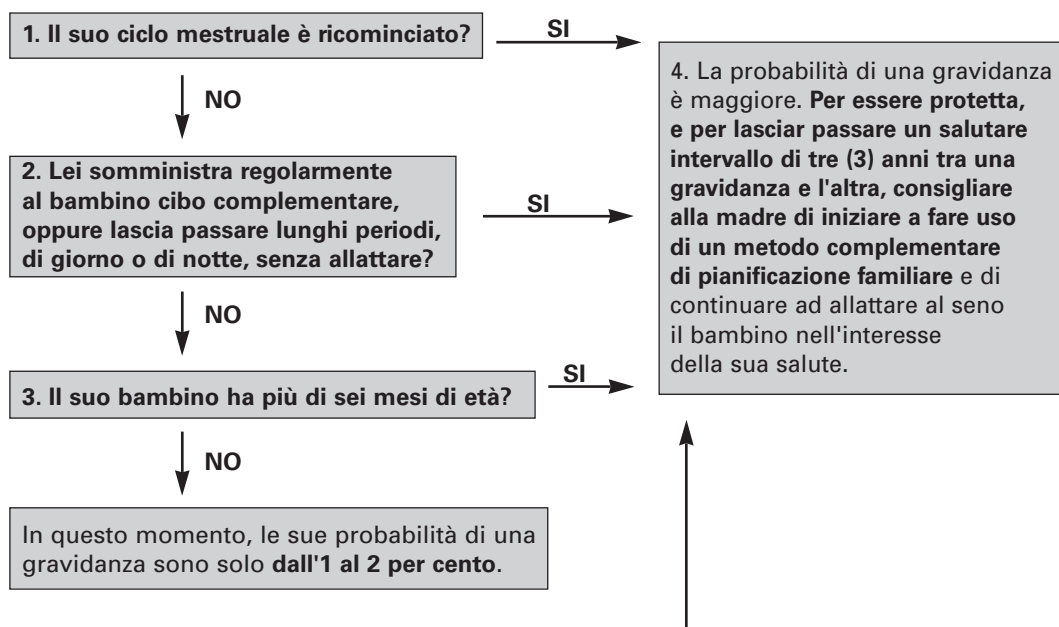
I primi messaggi promozionali dell'allattamento materno spesso evitavano di trattare l'argomento del deperimento della madre perché si sapeva che alcuni produttori di alimenti per neonati avevano fatto uso di questo argomento per promuovere l'alimentazione artificiale. I più recenti messaggi in favore dell'allattamento, ed anche la Strategia globale, mettono invece in risalto l'esigenza di una migliore alimentazione e salute per le madri che allattano, senza avallare la falsa idea che le madri abbiano bisogno di cibi costosi per poter produrre un buon latte materno. Il benessere delle bambine e delle ragazze adolescenti, molte delle quali spesso soffrono di anemia, continua a richiedere attenzione. Se i sostenitori dell'allattamento materno si occupano della salute e delle esigenze nutrizionali delle donne, i gruppi per la salute delle donne e i gruppi per il genere e lo sviluppo potranno più facilmente integrare il sostegno dell'allattamento materno nei propri programmi. Vedere per esempio i materiali sviluppati dal Progetto LINKAGES sull'alimentazione materna.⁵⁸

Un altro problema è che molte donne, specialmente se sono povere, devono affrontare anche ostacoli come l'inferiore posizione sociale, la violenza, carichi di lavoro eccessivi, e la mancanza di controllo sulla propria vita riproduttiva. Per esempio, in India il censimento del governo nel 2001 ha rivelato che 1,5 milioni di bambine di età inferiore ai 15 anni erano già sposate, e il 20 per cento, o 300.000, di queste aveva avuto almeno un figlio. Quasi 2,7 milioni di donne al di sotto dei 24 anni di età avevano già avuto sette bambini o più.⁵⁹ I risultati di quasi 50 studi demografici in tutto il mondo mostrano che il 10-50 per cento delle donne ha subito una violenza domestica, il che rende questa la forma prevalente di violenza in base al genere, seguita dalla violenza sessuale.⁶⁰

I sostenitori dell'allattamento al seno hanno iniziato a occuparsi delle donne sopravvissute alla violenza o agli abusi sessuali durante l'infanzia che possono avere par-

Figura 5 - Il metodo dell'amenorrea da allattamento⁵⁷ per la pianificazione familiare

Porre alla madre, o chiederle di porsi, le seguenti tre domande:



Quando la risposta a una di queste domande diventa **SI**...

particolari difficoltà nell'allattare al seno.⁶¹ Anche se occorrono la violenza e di altre manifestazioni della disparità di genere non fa parte del mandato in favore dell'alimentazione dei neonati e dei bambini, la Dichiarazione degli Innocenti affermava che l'allattamento materno deve verificarsi in condizioni di uguaglianza di genere e che le donne devono poter esercitare i loro diritti in questo contesto. Ciò significa che tra le attività di promozione dell'allattamento possono rientrare anche iniziative a sostegno dell'emancipazione delle donne, che sia nella salute, nell'istruzione, nel lavoro o nella politica, e di una migliore posizione sociale ed economica delle donne. Tale ampia mobilitazione per i diritti delle donne rende più probabile che il movimento delle donne sostenga le iniziative in favore dell'alimentazione dei neonati, con un suo più efficace coinvolgimento.

La condizione dell'alimentazione del neonato e del bambino oggi

Per decenni sono stati raccolti dati sull'alimentazione dei neonati attraverso una varietà di indagini nazionali e sistemi di informazione sanitaria. Le Figure 6 e 7 offrono una panoramica della situazione attuale. La prevalenza globale dell'allattamento esclusivo e della tempestiva introduzione dell'alimentazione complementare è aumentata tra il 1990 e il 2000/2004. In generale, le analisi indicano che la prevalenza globale dell'allattamento esclusivo al seno per i primi sei mesi è aumentata, passando dal 34 al 39 per cento, con i maggiori incrementi concentrati nei primi mesi di vita e nelle aree urbane.⁶² Un aumento del 22 per cento è stato registrato nel gruppo di età 0-1 mese, mentre i tassi sono

Figura 6 - Banca dati globale dell'OMS 2004 Sintesi sulla base di 195 studi sull'alimentazione neonatale

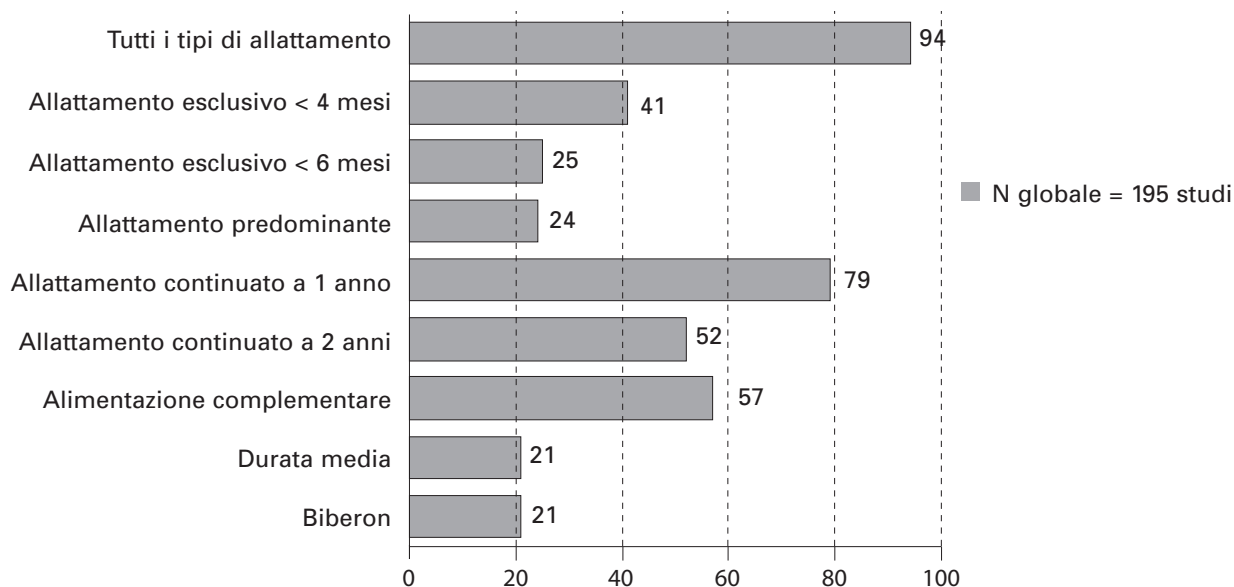
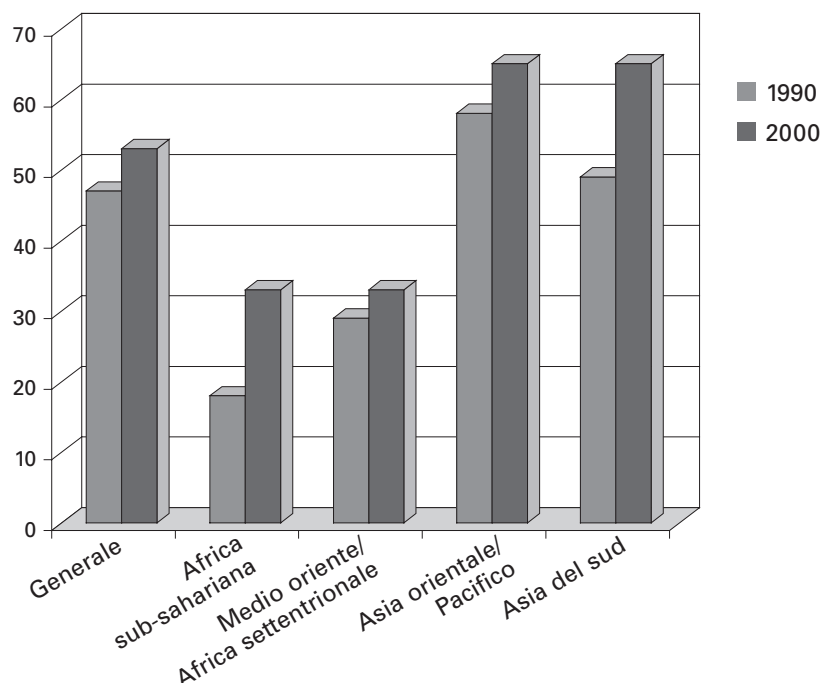


Figura 7 - Tendenze dell'allattamento esclusivo al seno (0<4 mesi d'età) per regione (in base ai dati di 38 paesi che coprono il 66 per cento della popolazione mondiale del mondo in via di sviluppo)⁶³



(Nota: Per l'America del sud e centrale il numero di paesi che hanno fornito dati è insufficiente ad estrapolare una tendenza.)

rimasti approssimativamente gli stessi per i neonati di età da 4 a 5 mesi. Gli aumenti dei tassi di allattamento esclusivo tendono ad essere molto maggiori nelle aree urbane rispetto a quelle rurali, con un generale incremento del 40 per cento per le aree urbane. Non sono state rilevate differenze statisticamente significative in base al genere del neonato, anche se i dati indicano un aumento della parità tra i sessi nel corso del decennio.

Tali tendenze sembrerebbero riflettere gli interventi messi in atto nel corso del decennio per migliorare l'allattamento materno e l'alimentazione complementare: la BFHI, la Convenzione sulla protezione della maternità

e le Raccomandazioni per la protezione della maternità, il Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno, e la Strategia globale per l'alimentazione del neonato e del bambino.^{64,65,66} È tuttavia possibile che i livelli nazionali siano stati influenzati anche da altri aspetti, quali la sicurezza alimentare della famiglia, la prevenzione e il controllo delle infezioni, oppure l'instabilità e la povertà. Capire le influenze individuali e cumulative di questi fattori è importante per riuscire ad interpretare le tendenze. La disponibilità dei dati utili a valutare con precisione l'associazione tra il miglioramento osservato e i vari interventi realizzati è purtroppo limitata.

Note

- 44 Saadeh, R. e P. Mala, *Breastfeeding and Complementary Feeding: Global and regional trends 1990–2002*, Ginevra, Svizzera, OMS, 2005.
- 45 Coutoudis, A. et al., 'Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children 15 months of age: Prospective cohort study from Durbin, South Africa', *AIDS*, 2005, 15(3):379–387.
- 46 Iliff, P.J. et al., 'Early exclusive breastfeeding (EBF) reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-free survival', *AIDS*, 2005, 19(7): 699–708.
- 47 OMS/UNICEF, 'HIV and Infant Feeding: Guidelines for Policy Decision-Makers', OMS, Ginevra, Svizzera, 2004.
- 48 Coutoudis A, et al., op cit.
- 49 Iliff, P.J. et al., op cit.
- 50 De Wagt, A. e D. Clark, 'UNICEF's Support to Free Formula for Infants of HIV-infected Mothers in Africa: A review of UNICEF experience', LINKAGES Serie Arte e scienza della presentazione dell'allattamento al seno, Washington, D.C., aprile 2004.
- 51 ONU, 'HIV and Infant Feeding: Framework for priority action', OMS, Ginevra, Svizzera, 2003.
- 52 Tu, M.T., S.J. Lupien e C.D. Walker, 'Measuring Stress in Postpartum Mothers', *Stress* 8(1):19–34.
- 53 Programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo, *Human Development Report 2000*.
- 54 Deitchler, M. et al. 'Lessons from Successful Micronutrient Programs: Program initiation', *Food and Nutrition Bulletin*, 2004, 25(1): 5–29.
- 55 Greiner, T., 'Are Lactating Women a Risk Group for Iron Deficiency Anaemia?' in Z. Lukmanji (a cura di), Atti del Primo seminario nazionale sul controllo dell'anemia nutrizionale in Tanzania, Dar es Salaam: Centro per l'alimentazione e la nutrizione della Tanzania, 1992, pp. 114–120.

- 56 Labbok, M., 'Guidelines for Family Planning during Breastfeeding', Istituto per la salute riproduttiva, Georgetown University, Washington D.C., 1990.
- 57 Labbok et al., Istituto per la salute riproduttiva, Georgetown University, Washington D.C., 1990.
- 58 'Breastfeeding and Maternal Nutrition: Frequently asked questions'. Scheda FAQ 4, Progetto LINKAGES, luglio 2004.
- 59 *The Times of India*, 'Cradle snatching census reveals shocking child marriage data'. Mumbai, India, 14 maggio 2005.
- 60 OMS, 'Violence Against Women', Nota informativa n.239, riveduta giugno 2000.
- 61 Kendall-Tackett K., 'Breastfeeding and the Sexual Abuse Survivor', *Breastfeeding Abstracts*, 17(4), 1998: 27–28. Vedere anche *Innocenti Digest* n. 2, Children and Violence, UNICEF, Firenze, Italia. 1997.
- 62 Labbok, M. et al., in corso di stampa, op cit.
- 63 Ibid.
- 64 OMS, 'Report on Childhood Nutrition and Progress in Implementing the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes', Ginevra, Svizzera, 19 marzo 2002.
- 65 OMS, 'Report of the Global Consultation on Complementary Feeding', Ginevra, Svizzera, 10–13 dicembre 2001.
- 66 OMS, 'Report on Infant and young child nutrition: Global strategy on infant and young child feeding', Ginevra, Svizzera. 16 aprile 2002. .

4

NUOVE DIREZIONI

La Strategia globale per l'alimentazione del neonato e del bambino

La Strategia globale è stata elaborata nell'arco di un periodo di due anni, con un'ampia partecipazione di molti gruppi interessati al tema. Dovunque ciò sia possibile, la Strategia incoraggia il passaggio dai progetti pilota e dagli interventi circoscritti ad una programmazione su grande scala. La Strategia globale si fonda sul presupposto che l'alimentazione non è una questione a sé stante, ma fa parte di molte altre tematiche globali. Definendo le responsabilità e gli obblighi di tutte le parti coinvolte, la Strategia globale offre l'opportunità unica di attribuire un'elevata priorità all'alimentazione del neonato e del bambino nei programmi pubblici per la sanità, con la condizione nutrizionale considerata non solamente come il prodotto degli investimenti, ma anche come un fattore per lo sviluppo.

Progetti riusciti e nuove ricerche scientifiche hanno fornito una solida base su cui compiere ulteriori progressi. Forse in conseguenza di ciò, l'alimentazione del neonato e del bambino, e in particolare l'allattamento esclusivo al seno, è stata menzionata tra gli obiettivi del Programma del millennio, nelle dichiarazioni dell'AMS, nelle politiche relative all'HIV e nelle dichiarazioni dell'UNICEF. Allo stesso tempo, però, le risorse destinate all'alimentazione dei neonati e dei bambini non hanno seguito lo stesso ritmo di sviluppo. È improbabile che gli obiettivi concordati a livello internazionale per la salute dei bambini possano essere raggiunti, a meno che non si facciano rilevanti investimenti negli interventi di sostegno ad un'adeguata alimentazione dei neonati e bambini, in modo da spingere i responsabili politici ad adottare le iniziative adeguate a livello sia nazionale sia internazionale.

La Strategia globale definisce le aree operative e descrive un nucleo centrale di attività che i governi e i loro interlocutori devono mettere in atto per assicurare un'alimentazione adeguata e per migliorare la nutrizione, la salute e lo sviluppo dei bambini di tutto il mondo. Gli obiettivi della Strategia globale sono:

- Creare sensibilizzazione sui principali problemi che gravano sull'alimentazione del neonato e del bambino, identificando possibili soluzioni, e mettendo a disposizione un contesto di interventi essenziali;
- Aumentare l'impegno di governi, organizzazioni internazionali e altre parti in causa a favore della diffusione di pratiche nutrizionali ottimali per i neonati e bambini.
- Creare un ambiente che consenta alle madri, alle famiglie e alle altre persone che si occupano del bambino di compiere, e mettere in atto, scelte consapevoli in relazione alle ottimali pratiche nutrizionali.

La Strategia globale riafferma i quattro obiettivi della Dichiarazione degli Innocenti descritti nel Capitolo 2, e aggiunge a quelli altri cinque obiettivi operativi.

Una politica a tutto campo

Obiettivo operativo numero 5: Sviluppare, applicare, monitorare e valutare una politica a tutto campo per l'alimentazione del neonato e del bambino, nel contesto delle politiche e dei programmi nazionali per l'alimentazione, la salute infantile e riproduttiva, e la riduzione della povertà.

Una politica coordinata per l'alimentazione del neonato e del bambino deve dare centralità alla salute e allo sviluppo dell'infanzia, concentrandosi sui

vari fattori che determinano la condizione nutrizionale dei bambini. Gli interventi volti a migliorare l'alimentazione sono un aspetto essenziale della cura dei bambini e possono essere integrati dagli sforzi miranti a prevenire e a gestire le malattie infantili, a promuovere lo sviluppo dell'infanzia (incluso il prenderne cura) e a migliorare l'alimentazione materna. Costituiscono uno stimolo a riesaminare quanto è stato fatto dopo la Dichiarazione degli Innocenti, a potenziare le aree di lavoro e le attività correnti, e a lanciare nuove attività in base alle esigenze.

Una politica nazionale per l'alimentazione del neonato e del bambino è essenziale per fornire la ragione e il contesto degli interventi. Raggiungere un consenso multisettoriale nell'ambito di una politica nazionale può richiedere del tempo, ma ciò non deve rallentare la realizzazione di quegli interventi che si sono dimostrati utili a migliorare l'alimentazione dei bambini.

La valutazione della situazione attuale e l'identificazione delle azioni future

Esistono diversi strumenti di ausilio per le valutazioni nazionali. In seguito all'adozione della Strategia globale, l'OMS in collaborazione con il Progetto LINKAGES finanziato dalla USAID, ha sviluppato uno strumento per la valutazione delle pratiche, delle politiche e dei programmi nazionali che si concentra in maniera specifica sulla valutazione dei progressi realizzati in relazione agli obiettivi e ai traguardi definiti nella Dichiarazione degli Innocenti e nella Strategia globale. Inoltre, altri strumenti utili sono la valutazione a livello di distretto elaborata da BASICS, lo strumento di valutazione BFHI dell'OMS/UNICEF, il quadro di riferimento comune e di valutazione dell'OMS (CREF) per la valutazione dell'applicazione del Codice internazionale di commercializzazione dei prodotti sostitutivi del latte materno, la lista di controllo dell'UNICEF per la programmazione degli interventi, e i PROFILES sviluppati dall'Accademia per lo sviluppo educativo.

L'allattamento materno ottimale, con particolare attenzione al sostegno delle donne da parte della comunità

Obiettivo operativo numero 6: Assicurare che il settore della sanità e gli altri settori rilevanti proteggano, promuovano e sostengano l'allattamento esclusivo al seno per sei mesi e l'allattamento al seno continuato fino ai due anni di vita e oltre, fornendo allo stesso tempo alle donne il sostegno che serve loro, nella famiglia, nella comunità e sul posto di lavoro, per raggiungere questo obiettivo.

La Strategia globale mette l'accento sull'allattamento precoce come aspetto integrale dell'allattamento esclusivo al seno, e affianca a questo i temi correlati dell'allattamento materno continuato con alimentazione complementare adeguata, nonché l'alimentazione e la salute della madre.

Inizio precoce dell'allattamento materno

Avviare precocemente l'allattamento materno, mettendo il neonato a contatto con la pelle della madre subito dopo il parto, consente al neonato di fare la

prima poppata con il sostegno della madre. Questo spesso ha come risultato un migliore aggancio iniziale del capezzolo e produce un effetto di emancipazione per la madre, che acquista fiducia in sé stessa e nel suo bambino. Gli studi hanno confermato che questo primo contatto è collegato ad una migliore regolazione termica e ad una maggiore durata dell'allattamento esclusivo al seno e dell'allattamento in genere, e che gli operatori sanitari possono facilmente acquisire le relative conoscenze e pratiche.^{67, 68, 69} Tutte le altre operazioni neonatali, come la cura degli occhi, la pesatura, la somministrazione di vitamina K, eccetera, possono essere rimandati a dopo questa prima essenziale interazione.

Gli studi hanno mostrato come un bambino appena nato, se lasciato in contatto con la pelle della madre senza essere disturbato, in media, avrà bisogno di 55 minuti per iniziare a poppare. Quindi, oggi si raccomanda di iniziare l'allattamento al seno entro la prima ora di vita invece che entro i primi 30 minuti (*vedere* BFHI News, marzo/aprile 1999). Questo contatto iniziale è anche alla base di un allattamento riuscito^{70, 71}, del miglioramento della regolazione termica⁷², del miglioramento del tenore di glucosio nel sangue, di una minore tendenza del bambino al pianto e di un elevato livello di contatto tattile ed affettivo con la madre⁷³. Altri studi hanno mostrato che nonostante queste conoscenze, molti operatori del settore non sono consapevoli della necessità di dedicare attenzione a questi aspetti.⁷⁴

Allattamento esclusivo al seno

Una pratica ottimale di alimentazione del neonato prevede sei mesi di allattamento esclusivo al seno, iniziando da subito dopo il parto, e un allattamento al seno continuato con adeguata alimentazione complementare per due anni e oltre, nonché un'adeguata alimentazione e accompagnamento della madre. È bene rimandare la gravidanza successiva fino a che il bambino non allatta più al seno ed è svezzato, e la madre ha ricostituito le proprie riserve nutrizionali.

Durante il periodo esaminato, uno dei più importanti cambiamenti introdotti sulla base delle evidenze è stata la raccomandazione di allattare esclusivamente al seno per sei mesi, al fine di ottenere un esito ottimale. Mentre nel preambolo la Dichiarazione degli Innocenti parlava di un allattamento esclusivo al seno per sei mesi, il testo della Dichiarazione stessa parlava di quattro – sei mesi. Nel 2001 un gruppo di esperti ha riveduto per conto dell'OMS tutti i dati disponibili ed è arrivato alla conclusione che non esistono indicazioni di un vantaggio della somministrazione di alimenti diversi dal latte materno prima dei sei mesi di vita.⁷⁵ È prevedibile che questo cambiamento dalla raccomandazione dell'OMS, da quattro - sei mesi a sei mesi di allattamento esclusivo al seno, avrà notevole influenza sugli sforzi in favore dell'allattamento esclusivo al seno, poiché aumenta del 50 per cento l'età ritenuta adatta per l'introduzione dell'alimentazione complementare.

Negli ultimi quindici anni sono stati registrati molti successi nella diffusione dell'allattamento esclusivo al seno. Nel 1990, solo circa il 34 per cento delle madri intervistate con bambini da 0 a 6 mesi di età allattava esclusivamente al seno. Estrapolando i dati per i paesi nei quali sono disponibili dati sulle tendenze di sviluppo, le analisi dell'UNICEF registrano un aumento fino al 39 per cento.⁷⁶ I dati più recen-

Box 4 - L'allattamento esclusivo al seno presenta vantaggi aggiuntivi. È infatti associato a:

- Aumento della sopravvivenza: studi compiuti sui paesi in via di sviluppo e industrializzati confermano i vantaggi dell'allattamento materno per salvare la vita, in particolare grazie alla prevenzione della diarrea, della polmonite e della sindrome della morte improvvisa infantile (SIDS).^{79,80,81,82,83,84,85}
- Riduzione della morbidità: le malattie infettive e croniche sono ridotte dall'allattamento esclusivo al seno, più di quanto non faccia l'allattamento semplice.^{86,87,88,89,90}
- Miglioramento dei parametri di crescita: l'allattamento esclusivo al seno aiuta a superare la scarsità di peso alla nascita e riduce i ritardi dello sviluppo.^{91,92,93,94,95,96}
- Riduzione dei fattori di rischio cardiaco: l'allattamento precoce al seno, specialmente se esclusivo, è associato alla riduzione dell'obesità e ad altri fattori correlati alle patologie cardiache.^{97,98,99,100,101}
- Adeguatezza: la quantità di latte umano mediamente assunta fornisce energia e proteine sufficienti alle normali esigenze dei primi sei mesi di vita. Dato che la produzione di latte materno è regolata dalla potenzialità di crescita del bambino, la distribuzione delle poppate probabilmente corrisponde alla distribuzione del fabbisogno di energia e di proteine. La presenza di alcuni micronutrienti dipende dalle riserve della madre.¹⁰²

ti di tutti i paesi analizzati nel rapporto *Lo stato dei bambini del mondo nel 2005* indicano un livello del 38 per cento.⁷⁷ Mentre l'incremento generale dell'allattamento esclusivo al seno è stato di circa il 5 – 6 per cento, alcuni paesi hanno raddoppiato, triplicato e anche quadruplicato i tassi di allattamento esclusivo, soprattutto nelle aree urbane più a rischio, e i livelli di allattamento materno continuato fino a circa due anni di età sono aumentati di circa il 5 per cento.

In questo intervallo di quindici anni, sono emerse nuove indicazioni scientifiche sull'allattamento esclusivo al seno. Negli ultimi anni la ricerca ha fatto progressi soprattutto nello studio dei componenti immunologici contenuti nel latte materno e dei benefici a lungo termine sulla salute.⁷⁸ Molti studi hanno confermato che l'allattamento esclusivo può salvare la vita ai bambini nel periodo subito dopo il parto e nei primi mesi di vita, e anche in seguito. Sarebbe impossibile passare qui in rassegna la sterminata letteratura esistente, ma alcune delle più importanti aree di ricerca sono sintetizzate nel Box 4.

La scienza riconosce sempre di più l'importanza dell'allattamento al seno per la sopravvivenza, la crescita e lo sviluppo di tutti i bambini, con crescenti indicazioni del fatto che l'allattamento esclusivo al seno può avere un'importanza anche maggiore per i neonati di basso peso alla nascita (LBW). Anche se l'argomento non è stato studiato altrettanto a fondo del latte materno, la ricerca dimostra che il latte materno pastorizzato di donatori può fornire molti dei componenti e benefici del latte umano riducendo allo stesso tempo il rischio di trasmissione di agenti infettivi. Anche se il trattamento di pastorizzazione (riscaldamento del latte a 62,5°C per 30 minuti) può avere un effetto sui fattori immunologici, esso disattiva o distrugge i patogeni contenuti nel latte.¹⁰³ Le componenti nutrizionali sono in qualche modo alterate, producendo una crescita dei neonati lievemente più lenta di quella dei neonati allattati con latte umano non pastorizzato.¹⁰⁴

Esistono ormai evidenze sia di ricerca che cliniche che indicano un chiaro vantaggio nell'alimentare i neonati LBW con latte umano, e crescenti indicazioni dell'importanza dell'allattamento esclusivo per i neonati sottopeso nati a termine. Con il miglioramento dei tassi di sopravvivenza dei neonati LBW prematuri e a termine, si dedica maggiore attenzione al miglioramento della qualità della sopravvivenza tramite una gestione nutrizionale ottimale. I ricercatori e i clinici riconoscono

in misura sempre maggiore che in periodi critici della primissima infanzia il tipo di alimentazione può modificare la struttura o la funzione di organi e tessuti.¹⁰⁵ Un neonato può aver bisogno di essere alimentato con un sondino gastrico invece che per via orale, ma l'impiego del latte materno consente di ridurre la morbidità, i tempi di ospitalizzazione, di migliorare la salute generale e gli esiti a lungo termine dei neonati con peso molto basso alla nascita (VLW).^{106,107,108}

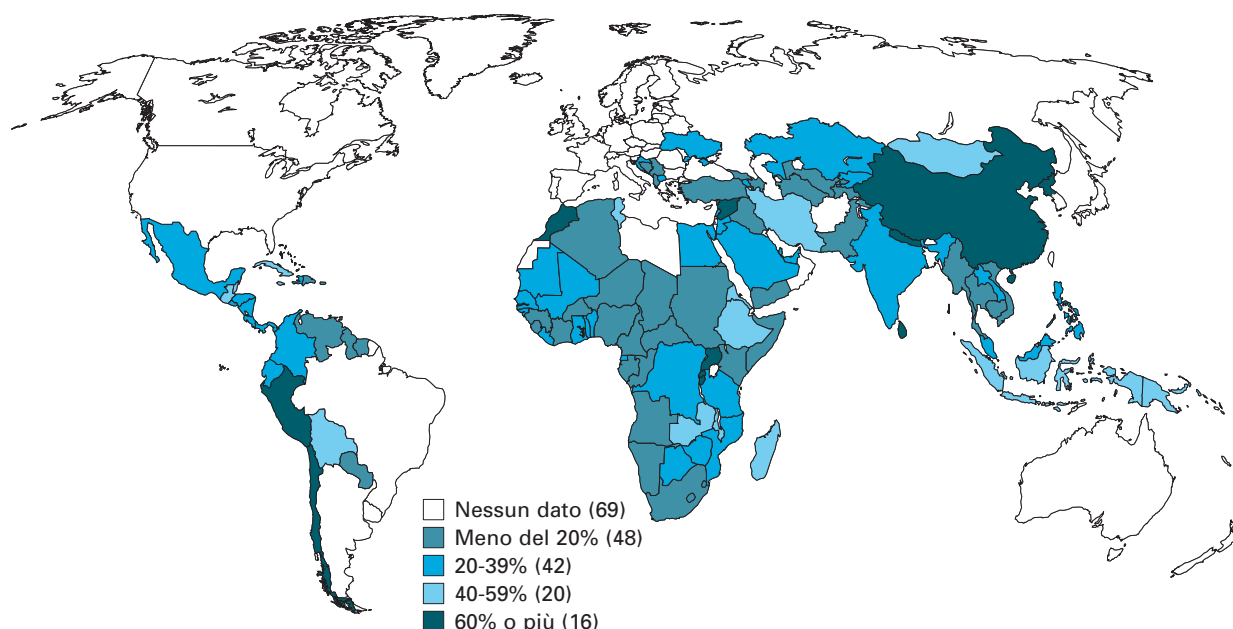
Le ricerche più recenti si concentrano sulla gestione dell'allattamento materno dei neonati LBW: come aiutare le madri dei neonati LBW e prematuri a costituire una riserva di latte, come gestire il latte estratto senza rischi,¹⁰⁹ come effettuare la transizione nell'alimentazione del bambino dal sondino all'allattamento completo al seno,¹¹⁰ e come proseguire l'allattamento completo ed esclusivo al seno dopo la dimissione dall'ospedale. La crescente diffusione della posizione del canguro (il precoce contatto pelle a pelle tra madre e bambino) è associata ad un aumento della produzione di latte materno e ad una maggiore durata del periodo di allattamento dopo la dimissione,¹¹¹ nonché alla protezione dalle infezioni.¹¹²

I medici, le infermiere e gli altri operatori sono sempre più consapevoli che le precedenti idee riguardo all'allattamento al seno dei neonati sottopeso (per esempio, quando è opportuno dare inizio all'alimentazione per via orale) erano fondate su ricerche compiute presso i neonati alimentati con il biberon oppure non avevano alcuna ricerca come fondamento. È adesso accertato che nel caso di questi bambini le poppate possono dover essere più frequenti e possono richiedere più tempo rispetto ai neonati di peso maggiore.

Oggi gli obiettivi dell'allattamento esclusivo al seno non sono stati ancora raggiunti, lasciando milioni di neonati esposti ad un'inutile rischio di malattia e di morte. La mappa che segue mostra come pochi paesi abbiano raggiunto il 60 per cento di allattamento esclusivo al seno. Il raggiungimento di questo obiettivo richiederebbe una intensificazione delle attività e degli interventi nella maggior parte dei paesi del mondo.

Nel 2006 saranno disponibili nuove tabelle di crescita dei bambini di vari paesi che hanno ricevuto un'alimentazione ottimale. Calcolati dall'OMS, questi nuovi valori di riferimento confermeranno i dati della crescita dei bambini allattati esclusivamente al seno e contribuiranno a far riconoscere il fatto che l'allat-

Figura 8 - Gli obiettivi non sono ancora stati raggiunti: Livelli di allattamento materno esclusivo per i bambini tra 0 e 6 mesi di età.¹¹³



tamento precoce ed esclusivo al seno è la regola di riferimento per esiti ottimali di sopravvivenza, crescita e sviluppo per i nostri bambini - il nostro futuro.

Dare nuovo impulso all'Iniziativa ospedali amici dei bambini

La BFHI, analizzata nel Capitolo 2, ha avuto un importante ruolo di catalizzatore per gli interventi in favore dell'allattamento al seno negli ultimi dieci anni. Grazie alla volontà politica e ad un forte impegno di mobilitazione, in molti paesi è stato possibile migliorare la qualità dell'allattamento materno per le madri e i bambini. Adesso la sfida è di intensificare la BFHI, estendendola ad attività che vadano oltre il periodo immediatamente successivo al parto, e fornire sostegno a domicilio e presso le comunità.

I principi di base della BFHI rimangono universalmente validi. Necessitano di alcuni adattamenti per aggiungervi orientamenti utili nelle circostanze nelle quali esiste una prevalenza dell'HIV. Negli ospedali che hanno ottenuto la certificazione di "amico del bambino", è essenziale il monitoraggio della qualità per garantire adeguati livelli di assistenza e dovrebbero essere compiuti sforzi per rafforzare la componente di valutazione ripetuta dell'iniziativa.

È venuto il momento di adottare questa iniziativa nel sistema sanitario come strumento fondamentale per l'assicurazione della qualità e il miglioramento dell'assistenza, e assicurare che i bilanci nazionali comprendano una linea dedicata ai costi del mantenimento della qualità dell'assistenza. Ciò è fattibile e può essere fatto se la BFHI sarà considerata come una delle varie attività necessarie per potenziare il sistema sanitario e per mettere in grado le comunità di fornire adeguato sostegno alle madri e ai neonati allattati al seno. Rafforzare gli esistenti gruppi di sostegno presenti nella comunità è importante per migliorare le competenze e la tempestività del sostegno alle madri.

Migliorare le competenze del personale sanitario

Anche se sono le madri e le famiglie ad avere la diretta responsabilità dell'alimentazione dei bambini giorno per giorno, il personale sanitario esercita comunque un'influenza importante in occasione delle consultazioni e del trattamento di eventuali problemi. Pur avendo un'importanza fondamentale, la formazione nella consulenza all'allattamento materno è un'area quasi completamente trascurata nella formazione di base della maggior parte degli operatori della sanità di tutto il mondo. Il corso della BFHI non è concepito per preparare il personale sanitario alla molteplicità di casi problematici che si possono presentare. È quindi necessario investire nel miglioramento delle conoscenze e delle competenze, tramite la formazione sul lavoro e quella preparatoria alla professione. Probabilmente, il modo migliore per colmare le attuali carenze di formazione consiste nell'includere conoscenze e competenze essenziali nel programma di formazione di base delle professioni mediche e paramediche. Ma per sviluppare una migliore formazione preparatoria di base è necessario rafforzare le competenze del personale sanitario già attivo nel servizio sanitario.

L'OMS, l'UNICEF e altri partner hanno sviluppato una serie di strumenti per migliorare le capacità e le competenze del personale sanitario nel proteggere, promuovere e sostenere l'alimentazione del neonato e del bambino. La BFHI, con il suo corso di 18 ore (che adesso è di 20 ore), è concepita per fornire al personale delle maternità una minima formazione con le conoscenze di base e per metterlo in grado di prestare assistenza nel tempestivo avvio e consolidamento dell'allattamento al seno. Da solo, il corso non fornisce le competenze cliniche necessarie al mantenimento dell'allattamento esclusivo al seno. È necessaria una formazione ulteriore per definire precisi criteri di qualità per la formazione, migliorare il rapporto tra le sessioni pratiche cliniche e le successive attività nella comunità da una parte, e le sessioni di insegnamento teorico dall'altra. Inoltre, serve un costante monito-

raggio per mantenere la qualità della formazione. Il “Corso di formazione alla consulenza all’allattamento al seno dell’OMS/UNICEF”, chiamato anche “Corso delle 40 ore”, risponde a queste esigenze. Si rivolge al personale sanitario che assiste le madri e i neonati, fornendo adeguate competenze di consulenza all’allattamento al seno per aiutare tutte le madri ad avviare l’allattamento nei primi giorni di vita del neonato, e per risolvere i problemi che possono eventualmente emergere in seguito. Il corso fornisce anche formazione di formatori che poi siano in grado di insegnare in altri corsi. Inoltre, sono disponibili anche nuovi corsi integrati per le regioni che hanno la specifica esigenza di una consulenza mirata all’HIV/AIDS.

La strategia della Gestione integrata delle malattie infantili (IMCI) fornisce gli strumenti per la formazione di operatori della sanità di primo livello. Questi strumenti integrano un livello minimo di consulenza nutrizionale nella formazione per la gestione delle principali malattie infantili. Perciò, già esistono risorse che si sono rivelate efficaci per aiutare il personale sanitario a dare un sostegno di qualità all’alimentazione del neonato e del bambino, ma queste risorse non sono ancora pienamente sfruttate.

Gli operatori di recente formazione hanno bisogno di essere sostenuti per apportare i necessari cambiamenti al proprio ambiente di lavoro e per iniziare a mettere in pratica le conoscenze e le competenze acquisite. Ciò significa che la definizione delle loro mansioni deve corrispondere alla politica di formazione, in modo che il loro piano di lavoro comprenda del tempo da dedicare all’assistenza alle madri. Spesso gli stessi operatori hanno bisogno di essere assistiti per l’allattamento al seno e le pratiche di alimentazione dei loro stessi bambini piccoli, come scoperto in occasione della SMAS 1993 della WABA, dedicata al tema dei posti di lavoro rispondenti alle esigenze delle madri.¹⁴ Nel corso del loro lavoro, gli operatori della sanità possono anche trovarsi in situazioni problematiche che non hanno imparato a gestire e quindi possono avere bisogno di farsi aiutare da un collega dotato di maggiore esperienza. Hanno quindi bisogno di ricevere almeno una visita di un supervisore esperto entro quattro – sei settimane dalla conclusione del corso di formazione. Questo dovrebbe fare parte degli obblighi imposti dalla formazione, poiché spesso i corsi sono troppo brevi per consentire l’acquisizione di un’adeguata pratica delle nuove competenze.

Nella concezione dei piani didattici per la formazione sul posto di lavoro, oppure di preparazione alla professione, dovrebbero essere esplorati metodi alternativi. Opzioni da prendere in considerazione sono per esempio l’insegnamento a distanza, l’istruzione permanente e l’apprendimento con il sostegno dei pari. Tuttavia niente può sostituire l’esperienza pratica della consulenza all’allattamento. Sia per la formazione sul lavoro che per quella preparatoria, nella maggior parte dei paesi è essenziale la costituzione di squadre di formatori esperti nella promozione e nell’assistenza all’allattamento al seno. Alcuni paesi, come il Brasile, le Filippine, il Vietnam e lo Zimbabwe, sono riusciti a creare un sistema nazionale di formazione di consulenti all’allattamento al seno grazie ad un’opera sistematica di sviluppo della capacità dei dirigenti dei distretti sanitari e dei clinici anziani nell’organizzare e condurre le attività di formazione.

Sviluppare le competenze e il sostegno della comunità

La Strategia globale comprende il rafforzamento del sostegno da parte della comunità all’alimentazione dei neonati e dei bambini, come hanno fatto le ONG attraverso la SMAS e nel corso di tutto l’anno con i loro programmi basati sulle comunità. Le famiglie e le comunità sono indispensabili per il sostegno all’alimentazione dei neonati e dei bambini. L’esperienza insegna che i gruppi di sostegno tra madri, consulenti esterni o pari, e operatori della comunità, possono essere molto efficaci per aiutare le madri ad avviare e mantenere l’allattamento esclusivo al seno per due anni ed oltre. Sviluppare le competenze di questi gruppi e persone di sostegno è una parte essenziale degli sforzi per migliorare l’alimentazione del neonato e del bambino. Se necessario, il corso delle 40 ore di formazione alla consulenza può essere adattato alle esigenze di partecipanti con un minore livello di alfabetizzazione. Questi gruppi sono efficaci anche per produrre e diffondere informazioni e consigli.

La consulenza individuale all’alimentazione del neonato è un intervento cruciale che si è rivelato molto efficace. Può essere prestata da un pari ben informato, da un esperto sanitario in visita, da un volontario della comunità, oppure da un membro della famiglia estesa che abbia ricevuto un’adeguata formazione. Il consulente deve possedere accurate conoscenze e competenze, deve essere in grado di far fronte a una limitata serie di operazioni praticabili, e deve essere in grado di trasmettere alla madre fiducia nelle proprie capacità. Visite a domicilio, incontri di gruppo, visite di controllo della crescita e lezioni di cucina rappresentano diverse buone opportunità per trasmettere le conoscenze e prestare assistenza individuale. Può essere molto efficace anche il metodo della devianza positiva, con il quale si identificano esempi di buone pratiche all’interno della comunità e si agevola l’interazione tra le madri con figli che crescono bene e quelle che hanno difficoltà nell’accudire i propri bambini.

L’assistenza all’alimentazione del neonato e del bambino basata sulle comunità deve essere inserita in un più ampio contesto di attività di comunicazione che trasmettano frequentemente e ripetutamente informazioni coerenti e pertinenti agli incaricati dell’assistenza primaria e alle relative strutture di sostegno. I programmi e i progetti che si sono dimostrati efficaci nel modificare i comportamenti sono quelli che agiscono attraverso molteplici canali e combinano diversi metodi, come consulenza individuale da parte di operatori delle strutture sanitarie e delle comunità, sessioni di gruppi della comunità e condivisione delle informazioni tramite i mezzi di informazione di massa.

L’analisi degli interventi basati sulle comunità rivela che questi sono più efficaci quando si fondano sulle strutture esistenti integrandole nel sistema sanitario e coinvolgendo interlocutori di varie provenienze e settori. Gli interventi devono essere complementari all’assistenza fornita a domicilio dal sistema sanitario alla famiglia e devono essere creati meccanismi di riferimento per le madri in difficoltà. La BFHI raccomanda l’istituzione di gruppi di sostegno alle madri come requisito essenziale per ogni ospedale amico dei bambini. La Strategia globale si spinge anche oltre, affrontando questo problema tramite il sostegno alle iniziative delle comunità. Un approccio possibile è quello di sviluppare dei criteri nazionali di riferimento per la designazione di “comunità amiche dei bambini” (e “amiche delle madri e dei bambini”).

In Gambia, è stato formulato un piano nazionale per comunità amiche dei bambini che vadano oltre tutti i criteri globali applicabili per la BFHI (i Dieci passi). Le iniziative nazionali dovrebbero basarsi sulle esigenze emerse dal dibattito nelle comunità e includere almeno uno dei seguenti elementi:

- un sistema sanitario, o centro sanitario locale, designato amico dei bambini, che sostenga attivamente l'allattamento al seno sia precoce sia esclusivo;
- accesso a una struttura di riferimento con assistenza qualificata per l'allattamento al seno precoce, esclusivo e continuato, disponibile ed approvata dalla comunità;
- sostegno ad una alimentazione complementare frequente e adeguata alle esigenze del bambino e all'età in concomitanza con l'allattamento continuato.
- l'esistenza di un sistema di sostegno da madre a madre, o simile;
- assenza di pratiche, distributori, negozi o servizi che violino i criteri del Codice internazionale applicabili alla specifica comunità;
- asili nido e centri di custodia diurna dotati di spazi dedicati all'allattamento materno.

La decisione nazionale di creare un'iniziativa di comunità amiche dei bambini dovrebbe essere accentrata sull'inclusione delle comunità, degli enti locali o della società civile. Molti interventi presso le comunità si rivolgono alle singole madri oppure a gruppi di esse, spesso con l'assistenza di volontari. Si sono rivelati utili anche eventi quali rappresentazioni teatrali della comunità, manifestazioni espositive sulla salute, concorsi per bambini sani, sceneggiati in tv, spettacoli radiofonici con partecipazione del pubblico e attestati di buona nutrizione per le famiglie di bambini con una corretta alimentazione.¹¹⁵

Il miglioramento delle pratiche di alimentazione dei neonati non avviene spontaneamente, perché queste fanno parte della vita quotidiana delle famiglie nelle varie società.¹¹⁶ L'allattamento esclusivo al seno richiede madri che abbiano fiducia nel proprio corpo e attribuiscono valore alla propria capacità di produrre latte, contando sul solo latte materno per porre fine al ciclo di malnutrizione infantile e di morte tristemente noto a tante famiglie. Cambiamenti della mentalità di questa portata richiedono il sostegno delle famiglie, delle comunità e dello Stato, e hanno bisogno di tempo: da qui l'esigenza di programmi di ampio respiro basati sulle comunità.

Alcuni degli insegnamenti appresi con i programmi di promozione dell'allattamento materno su larga scala e basati sulle comunità sono: la consapevolezza che la promozione dell'allattamento materno attraverso programmi integrati piuttosto che isolati e verticali può estendere la copertura e moltiplicare l'impatto; molteplici contatti, messaggi e canali di comunicazione offrono maggiori probabilità di produrre il cambiamento dei comportamenti; un'efficace opera di mobilitazione e di sviluppo di coalizioni a livello nazionale, regionale e locale con vari gruppi che si occupano dell'alimentazione o di altri settori è utile per ampliare la base di sostegno per l'allattamento materno. Inoltre, le collaborazioni a livello locale offrono il vantaggio della rapidità di intervento, costi ridotti, estesa diffusione del programma e aiutano a mantenere l'attività di sostegno all'allattamento materno. In tutte queste attività, interlocutori importanti possono essere i personaggi più in vista e i giorna-

listi. L'esistenza di un sistema di formazione pratica e di breve durata per un grande numero di operatori della sanità e di promotori della salute nella comunità assicura alla comunità la presenza di difensori dell'allattamento materno e aiuta a creare un ambiente in cui ogni madre si senta sostenuta e informata. È anche importante combinare le strategie a breve con quelle a lungo termine, fondarsi sui gruppi o le organizzazioni delle comunità che già esistono per assicurare la sostenibilità, e monitorare regolarmente le attività raccogliendo dati per registrare i progressi nell'alimentazione dei neonati, e per utilizzarli nella gestione dei programmi.

Inoltre, grazie alla collaborazione nazionale ed internazionale è stato possibile dare sostegno alle comunità per la promozione dell'alimentazione del neonato e del bambino. Per esempio, gli Stati Uniti e l'Unione europea hanno prodotto progetti di azione sull'allattamento materno. Il Progetto dell'Unione europea per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno in Europa: Un progetto di azione (2004) ha passato in rassegna gli interventi in favore dell'allattamento al seno. Alcuni degli insegnamenti presentati dal Progetto europeo, ed alcuni degli interventi negli Stati Uniti per promuovere l'allattamento materno, registrati nel National Guideline Clearinghouse (2003), sono i seguenti.

- l'informazione, l'educazione e la comunicazione sono aspetti essenziali per recuperare una cultura dell'allattamento materno in paesi nei quali per decenni l'alimentazione artificiale e mista sono state considerate la norma;
- l'uso di soli materiali stampati relativi all'allattamento materno è lo strumento di minore efficacia tra quelli presi in esame;
- gli interventi sul luogo di lavoro sono più efficaci laddove le madri hanno la possibilità di optare per formule di lavoro a tempo parziale;
- i programmi che combinano l'educazione all'allattamento con attività di tutoraggio registrano un aumento dei tassi di allattamento e il suo proseguimento fino a tre mesi;
- azioni di accompagnamento continuato delle madri attraverso visite personali o contatti telefonici hanno fatto aumentare la proporzione di donne che proseguono l'allattamento fino a sei mesi.

Quello che è forse l'insegnamento più utile del progetto dell'Unione europea si applica sia ai paesi in via di sviluppo che a quelli industrializzati: "L'impegno politico è l'aspetto fondamentale per la riuscita degli interventi in favore dell'allattamento, più di quanto non lo siano altri aspetti come la fattibilità o i costi."¹¹⁷

Allattamento continuato e alimentazione complementare

Obiettivo operativo numero 7: Promuovere un'alimentazione complementare tempestiva, adeguata e sicura da affiancare all'allattamento continuato

La Dichiarazione degli Innocenti promuove un'alimentazione complementare a partire dai sei mesi di età, che prevede oltre all'allattamento materno continuato per due anni e più la somministrazione di alimenti complementari adeguati. La Strategia globale sottolinea in modo particolare questa raccomandazione.

I bambini dai 6 ai 18 mesi di età sono particolarmente vulnerabili alla malnutrizione. Per non vanificare i progressi della promozione dell'allattamento esclusivo al seno per i primi sei mesi di vita, gli interventi devono rivolgersi anche alla seconda metà della prima infanzia ed oltre, quando i bambini devono ricevere cibi complementari sicuri e adeguati pur continuando a poppare frequentemente. Quest'esigenza può in genere essere soddisfatta con alimenti disponibili localmente, se adeguatamente preparati, e in alcune aree con l'aggiunta dei microelementi mancanti.

Nel 1998, l'OMS ha raccolto le migliori conoscenze di queste nuove indicazioni in un importante articolo,¹¹⁸ che affermava:

- sia i risultati degli studi longitudinali sulla crescita che i dati registrati nelle attività di monitoraggio nutrizionale indicano che i ritardi dello sviluppo si verificano in una "finestra di età" piuttosto limitata, da diversi mesi dopo la nascita a circa 2 anni di età, nel periodo in cui in genere nella dieta del bambino si introducono cibi diversi dal latte materno;
- gli studi basati sulle osservazioni e le analisi sugli interventi indicano l'importanza dell'allattamento esclusivo al seno nei primi mesi di vita e i potenziali rischi di una introduzione dei cibi complementari eccessivamente precoce;
- i dati quantitativi pubblicati di recente sull'adeguata densità energetica degli alimenti per i bambini piccoli forniscono utili orientamenti per la giusta composizione dei cibi complementari;
- presso molte popolazioni, il contenuto e la biodisponibilità di determinati elementi nutritivi della dieta (qualità dietetica), possono avere un effetto più limitante sulla crescita dell'assunzione di energia in sé;
- sia l'attenzione e la risposta alle esigenze del bambino (alimentazione recettiva) da parte di chi lo accudisce, che la capacità del bambino, legata al suo grado di sviluppo, di assumere cibo sono aspetti eccezionalmente importanti.

Linee guida aggiornate sull'alimentazione complementare

I "Principi guida per l'alimentazione complementare del bambino allattato al seno",¹¹⁹ pubblicati in seguito ad una consultazione globale dell'OMS sull'alimentazione complementare nel 2001/2002, offrono orientamenti aggiornati sull'alimentazione dei bambini di età tra 6 e 24 mesi. Il documento descrive 10 principi per un'adeguata alimentazione complementare e le motivazioni per ciascuno di essi, illustrati nel Box 5. Rappresenta un'utile guida per la definizione di raccomandazioni adeguate alle condizioni locali e offre consigli sulle potenziali esigenze di valutazione e azioni da parte dei programmatori.

Secondo la Strategia globale, l'alimentazione complementare deve essere introdotta al momento giusto, e deve essere adeguata e sicura. A tal fine, la Strategia raccomanda:

- " una competente opera di informazione e di sostegno;
- " una consulenza nutrizionale sana e specifica per ogni cultura, per favorire il massimo impiego possibile di prodotti indigeni e per assicurare che siano preparati e somministrati cibi locali;

" alimenti complementari di prezzo conveniente, preparati con ingredienti disponibili localmente utilizzando processi di trasformazione di scala ridotta nel contesto della comunità;

" anche i cibi prodotti dall'industria alimentare possono costituire una valida opzione per alcune madri che si possono permettere di acquistarli e hanno le conoscenze e l'attrezzatura necessaria per cucinarli e somministrarli in sicurezza. Questi alimenti devono rispondere alle norme Codex;

" possono essere utili anche gli integratori alimentari e i supplementi nutritivi;

" l'accento è posto sulla disponibilità locale in modo da poter rispondere alle esigenze dei più vulnerabili.

Quando esiste un'interazione attiva con il bambino, l'alimentazione recettiva si è rivelata la più efficace per la crescita e lo sviluppo.

La sfida per le politiche e i programmi è di fondarsi sugli insegnamenti appresi e di estendere la protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno in più ampie strategie per l'alimentazione dei bambini. Mentre a livello delle politiche e dei sistemi sanitari il sostegno all'allattamento al seno è stato molto efficace, i programmi per l'alimentazione complementare non hanno riscosso la stessa popolarità o successo. Piwoz, Huffman e Quinn¹²⁰ si chiedono se gli stessi programmi di sostegno all'allattamento continuato possano essere rivolti alla promozione di una maggiore frequenza e qualità dei cibi complementari. L'OMS ha elaborato un processo per definire indicatori di valutazione dell'alimentazione complementare, come condizione preliminare per un'azione programmatica sostenibile, e sta mettendo a punto un corso di tre giorni sulla consulenza all'alimentazione complementare per il personale sanitario di primo livello.

Oggi sono disponibili nuove informazioni su quello che serve per integrare l'allattamento al seno. Le nuove analisi mostrano l'importanza dell'allattamento continuato e anche che il fabbisogno in termini di energia non è così elevato come ritenuto in precedenza. Altri componenti, come i cibi con un elevato tenore di ferro, possono essere più necessari di quanto ritenuto finora. Anche se gli sforzi per migliorare l'alimentazione complementare attraverso integratori alimentari hanno suscitato interesse a livello internazionale, gli aspetti cruciali per migliorare la crescita e lo sviluppo sono la sufficiente frequenza e la varietà di cibi adatti all'età del bambino, somministrati in modo ricettivo da chi si occupa del bambino. Il materiale illustrativo prodotto nel 2005 dalla WABA tratta dell'alimentazione complementare e può motivare gli attivisti dell'allattamento al seno a dedicare maggiore attenzione all'alimentazione complementare nei loro programmi.

L'alimentazione dei neonati in circostanze eccezionalmente difficili

Obiettivo operativo numero 8: Fornire orientamenti sull'alimentazione dei neonati in circostanze eccezionalmente difficili, e sul sostegno necessario per le madri, le famiglie e altri che si occupano del bambino.

Box 5 - Principi guida per l'alimentazione complementare

1. **DURATA DELL'ALLATTAMENTO ESCLUSIVO AL SENO ED ETÀ DI INTRODUZIONE DELL'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE.** Praticare l'allattamento esclusivo dalla nascita ai sei mesi di età e introdurre l'alimentazione complementare a sei mesi (180 giorni) di età pur continuando ad allattare al seno.
2. **MANTENIMENTO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO.** Continuare ad allattare frequentemente a richiesta fino a 2 anni di età ed oltre.
3. **ALIMENTAZIONE RECETTIVA.** Praticare l'alimentazione recettiva, applicando i principi della cura psicosociale dei bambini. In particolare: a) imboccare i bambini e aiutare i bambini più grandi che mangiano da soli con attenzione ai segnali di fame e di sazietà da parte loro; b) alimentare con lentezza e pazienza, e incoraggiare i bambini a mangiare senza forzarli; c) se il bambino rifiuta molti tipi di cibo, provare con altre combinazioni, sapori, consistenze e metodi di incoraggiamento; e) ridurre al minimo le distrazioni durante i pasti se il bambino perde facilmente interesse; f) ricordare che i pasti sono momenti di apprendimento e di amorosa attenzione. Parlare con il bambino mentre mangia, mantenendo il contatto degli occhi.
4. **PREPARAZIONE E CONSERVAZIONE DEGLI ALIMENTI COMPLEMENTARI IN SICUREZZA.** Fare attenzione all'igiene e alla corretta manipolazione e conservazione dei cibi: a) lavando le mani del bambino e della persona che lo accudisce prima della preparazione del cibo e prima di mangiare; b) conservare i cibi in maniera sicura e servirli subito dopo averli cucinati; c) usare utensili puliti per preparare e servire il cibo; d) usare stoviglie pulite per i pasti del bambino; ed e) evitare l'uso dei biberon, che sono difficili da tenere puliti.
5. **QUANTITÀ DI CIBO COMPLEMENTARE NECESSARIA.** Iniziare a 6 mesi di età con piccole quantità di cibo, aumentando gradualmente la quantità via via che il bambino cresce, pur continuando ad allattare di frequente. Nei paesi in via di sviluppo, il fabbisogno energetico di cibi complementari per un bambino con un apporto "medio" di latte materno è di circa 200 kcal al giorno a 6-8 mesi di età, 300 kcal al giorno a 9-11 mesi, e 550 kcal al giorno a 12-23 mesi. Nei paesi industrializzati, queste stime sono lievemente diverse (rispettivamente: 130, 310 e 580 kcal/giorno a 6-8, 9-11 e 12-23 mesi) a causa della differenza di assunzione giornaliera media di latte materno.
6. **CONSISTENZA DEL CIBO.** Aumentare gradualmente la consistenza e la varietà del cibo via via che il bambino cresce, adattandole alle sue richieste e capacità. Dai 6 mesi di età in poi, i bambini piccoli possono mangiare alimenti preparati in purea, tritati e semisolidi. Entro gli 8 mesi di età, la maggior parte dei bambini è in grado di mangiare del cibo da prendere con le mani (spuntini che possono essere mangiati autonomamente dal bambino). Entro i 12 mesi di età la maggior parte dei bambini può mangiare gli stessi alimenti che sono consumati dal resto della famiglia (tenendo presente l'esigenza di alimenti nutrienti, come spiegato nel punto 8 più sotto). Evitare i cibi che possono causare soffocamento (cioè, cibi che per la loro forma e/o consistenza rischiano di rimanere incastrati nella trachea, come nocchie, acini d'uva, carota cruda, ecc.).
7. **FREQUENZA E DENSITÀ ENERGETICA DEI PASTI.** Con il progredire della crescita, aumentare il numero di volte che il bambino è alimentato con cibo complementare. Il numero adeguato di pasti dipende dalla densità energetica dei cibi locali e dalla quantità abitualmente consumata ad ogni pasto. Per il bambino sano e normalmente allattato al seno, le assunzioni di cibo complementare dovrebbero essere due o tre volte al giorno all'età di 6-8 mesi, e tre o quattro volte al giorno a 9-11 mesi e a 12-24 mesi di età, con spuntini nutrienti (un frutto, oppure un pezzo di pane o chapati con crema di arachidi) proposti una o due volte al giorno a piacere. Per spuntino s'intende cibo di facile e rapida preparazione, consumato tra i pasti, che in genere il bambino può mangiare da solo. Se la densità energetica o la quantità di cibo per ogni pasto è ridotta, oppure il bambino non è più allattato, potrebbero essere necessari pasti più frequenti.
8. **CONTENUTO NUTRIZIONALE DEGLI ALIMENTI COMPLEMENTARI.** Dare al bambino una varietà di cibi per essere certi di soddisfare le sue esigenze nutrizionali. La carne, il pollame, il pesce e le uova dovrebbero essere consumati tutti i giorni, o almeno il più spesso possibile. Le diete vegetariane non possono soddisfare le esigenze nutrizionali dei bambini di questa età, a meno che si faccia uso di integratori alimentari o alimenti arricchiti (vedere il punto 9 più in basso). La frutta e la verdura, ricche di vitamina A, devono essere consumate quotidianamente. La dieta del bambino deve inoltre contenere un adeguato tenore di grassi. Evitare la somministrazione di bevande di scarso valore nutritivo come il tè, il caffè e le bevande contenenti zucchero. Limitare la quantità di succhi per evitare di togliere l'appetito a scapito di alimenti più nutrienti.
9. **IMPIEGO DI INTEGRATORI VITAMINICO-MINERALI OPPURE DI ALIMENTI ARRICCHITI PER IL BAMBINO E LA MADRE.** Al bambino possono essere dati cibi complementari arricchiti oppure integratori vitaminico-minerali, secondo le esigenze. In alcune popolazioni, anche le madri che allattano possono aver bisogno di integratori vitaminico-minerali o di alimenti arricchiti, sia per la loro stessa salute sia per assicurare che il loro latte contenga le normali concentrazioni di determinate sostanze nutritive (in particolare le vitamine). [Questo tipo di alimenti può essere vantaggioso anche per le donne che sono incinte o si preparano ad una gravidanza].
10. **L'ALIMENTAZIONE DURANTE E DOPO UNA MALATTIA.** Durante le malattie, aumentare l'assunzione di liquidi, anche con poppate più frequenti, e stimolare il bambino a mangiare cibi morbidi, variati, appetitosi, e che preferisce. Dopo una malattia, alimentare il bambino più spesso del solito e incoraggiarlo a mangiare di più.

L'HIV e l'alimentazione del neonato (vedere anche il Capitolo 3)

Non si deve permettere che il rischio di trasmissione dell'HIV da una madre sieropositiva al suo bambino attraverso il latte materno vada a detrimento del sostegno in favore dell'allattamento per la maggior parte delle madri e dei neonati, le cui possibilità di sopravvivenza dipendono da esso. Il Codice internazionale di commercializzazione, le successive relative risoluzioni dell'Assemblea mondiale della sanità e la BFHI sono diventate ancora più importanti in questo contesto come strumenti per proteggere l'allattamento esclusivo al seno e garantire l'uso adeguato dei prodotti sostitutivi del latte materno, quando questi sono necessari, oppure quando una madre sieropositiva decide consapevolmente di ricorrervi.

L'alimentazione dei neonati nelle emergenze (vedere anche il Capitolo 3)

La Strategia globale sull'alimentazione del neonato e del bambino ha rinnovato l'attenzione al tema dell'alimentazione del neonato e del bambino in circostanze particolarmente difficili, come le emergenze e le crisi umanitarie. La Strategia afferma che gli operatori sanitari devono essere in possesso di informazioni accurate e aggiornate sulle politiche e pratiche per l'alimentazione, e possedere le specifiche conoscenze e competenze necessarie ad aiutare chi si occupa dei bambini e i bambini stessi in tutti gli aspetti della loro alimentazione nelle circostanze particolarmente difficili. Raccomanda anche alle ONG di fornire ai propri membri informazioni accurate e aggiornate sull'alimentazione dei bambini, di integrare esperti negli interventi basati sulle comunità e di assicurare efficaci collegamenti con il sistema sanitario.

La risoluzione 47.5 (1994) dell'Assemblea mondiale della sanità fornisce ulteriori indicazioni specifiche per le situazioni di emergenza: "Nelle operazioni di assistenza alle emergenze, l'allattamento al seno dei neonati deve essere protetto, promosso e agevolato. Qualunque donazione di prodotti sostitutivi del latte materno, o altri prodotti che rientrano nel campo di applicazione del Codice, può essere effettuata solamente in base a condizioni rigorose: se il bambino deve essere alimentato con i sostituti del latte materno, la fornitura sarà proseguita per il tempo necessario al bambino e non sarà utilizzata per stimolarne l'acquisto."

Le linee guida per le emergenze, approvate da OMS, UNICEF, da molte ONG e organizzazioni bilaterali, raccomandano la immediata protezione dell'allattamento materno tramite la creazione di spazi sicuri o luoghi protetti destinati alle donne in gravidanza o in allattamento, in modo che esse possano ricevere razioni alimentari speciali e assistenza per la lattazione e la ri-lattazione. Queste disposizioni devono essere previste anche in tutti i centri di assistenza alimentare che abbiano lo scopo terapeutico di combattere situazioni di malnutrizione da moderata a grave, oppure per una generica distribuzione di cibo.

Inoltre, queste linee guida indicano le procedure da seguire per l'impiego dei prodotti sostitutivi del latte materno nelle situazioni di emergenza:

- I sostituti del latte materno non devono **mai** fare parte di una distribuzione generale di cibo.

- Le donazioni di sostituti del latte materno, biberon, tettarelle e cibi confezionati per neonati devono essere rifiutate. Il Codice proibisce di effettuare donazioni a qualsiasi settore del sistema sanitario.
- Quando sono necessari, i sostituti del latte materno devono essere acquistati dalle organizzazioni responsabili per i programmi di alimentazione, in seguito ad un'attenta analisi e valutazione della situazione (e solo su approvazione), e in congiunzione con l'organo di coordinamento designato per gli interventi sanitari e alimentari e con il consulente sanitario/nutrizionale di più alto grado a livello di quartiere generale.
- I sostituti del latte materno acquistati devono essere di preferenza dotati di un'etichetta generica.
- In caso di distribuzione di sostituti del latte materno, la distribuzione e l'impiego devono avvenire sotto attento controllo, e le condizioni di salute dei neonati devono essere tenute sotto sorveglianza da personale sanitario competente.
- La distribuzione deve interessare unicamente i bambini con un'evidente esigenza di ricorrere ai sostituti del latte materno e solo per il periodo necessario (fino ad un anno di età oppure fino a che non è possibile riprendere l'allattamento).
- I prodotti sostitutivi del latte materno devono essere etichettati in conformità con il Codice nella lingua locale, le istruzioni e le avvertenze devono essere conformi alle disposizioni del Codex Alimentarius, e i prodotti devono avere una data di scadenza di almeno sei mesi posteriore alla data in cui sono distribuiti.
- I biberon e le tettarelle non devono **mai** essere distribuiti e il loro impiego deve essere scoraggiato. Al loro posto deve essere incoraggiata la somministrazione con tazzina.

Esistono ulteriori indicazioni in merito all'impiego di forniture non necessarie, e la possibilità di incorporarle come componente, mescolandole con alimenti di base, dei cibi complementari o degli alimenti destinati ai bambini più grandi.

Nuove leggi e altre misure

Obiettivo operativo numero 9: Valutare quali nuove leggi o altre misure adeguate possano essere necessarie nel contesto di una politica coordinata per l'alimentazione del neonato e del bambino, per dare applicazione ai principi e agli obiettivi del Codice internazionale di commercializzazione dei prodotti sostitutivi del latte materno e alle successive risoluzioni dell'Assemblea mondiale della sanità.

Una politica coordinata dovrebbe porsi in relazione anche con gli strumenti politici esistenti, come il Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno, la Convenzione dell'OIL sulla protezione della maternità, e il Codex Alimentarius, sviluppando una politica che vada oltre anche rispetto alla Dichiarazione degli Innocenti. La nuova politica potrebbe definire con un certo grado di dettaglio le azioni da intraprendere per potenziare le capacità dei servizi sanitari e delle comunità di rispondere alle esigenze nutrizionali dei neonati e dei

bambini piccoli. Potrebbe indicare come i programmi esistenti possano essere potenziati al meglio e incorporare interventi a sostegno dell'alimentazione del neonato e del bambino, specificando gli interventi che hanno un carattere specifico e richiedono soluzioni applicative mirate. In particolare, questo obietti-

vo operativo ribadisce l'intento originale della Dichiarazione degli Innocenti di sostenere lo sviluppo di politiche coordinate, ma sottolinea anche che c'è l'esigenza di prendere in esame misure **aggiuntive** che possano rafforzare le attività relative al Codice e altre rilevanti iniziative.

Note

- 67 Carfoot, S., P. Williamson e R. Dickson, 'A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding', *Midwifery*, marzo 2005; 21(1): 71-9.
- 68 Davanzo, R., 'Newborns in adverse conditions: issues, challenges, and interventions', *J. Midwifery Women's Health*, luglio-agosto 2004; 49(4 Suppl. 1): 29-35.
- 69 Dragovich, D. et al., 'Thermal Control of the Newborn: Knowledge and practice of health professionals in seven countries', *Acta Paediatr.*, giugno 1997; 86(6): 645-650.
- 70 de Chateau, P. e B. Wiberg, 'Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. III. Follow-up at one year', *Scand. J. Soc. Med.*, 1984; 12(2): 91-103.
- 71 Widstrom, A. et al., 'Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour', *Early Hum. Dev.*, marzo 1990; 21(3): 153-163.
- 72 Jonsson, U. et al., 'The effects of medically-orientated labour ward routines on prefeeding behaviour and body temperature in newborn infants', *J. Trop. Pediatr.*, dicembre 1995; 41(6):360-363.
- 73 Anderson, G. et al., 'Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants', *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2003; (2):CD003519.
- 74 Dragovich, D. et al., op cit.
- 75 Kramer, M. e R. Kakuma, 'The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: A systematic review', OMS/NHD/01.08, OMS/FCH/CAH/01, 23, 2002.
- 76 Labbok, M. et al., in corso di stampa, op cit.
- 77 UNICEF, *Lo stato dei bambini del mondo 2005*, UNICEF, New York, 2005.
- 78 Labbok M., D. Clark e A. S. Goldman, op cit.
- 79 Jonville-Ber, A. et al., 'Sudden unexpected death in infants under 3 months of age and vaccination status - A case-control study', *Br. J. Clin. Pharmacol.*, marzo 2001; 51(3): 271-276.
- 80 McVea, K.L., P. D. Turner e D.K. Peppler, 'The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome', *J. Hum. Lact.*, febbraio 2000; 16(1): 13-20.
- 81 Schellscheidt, J., A. Ott e G. Jorch, 'Epidemiological features of sudden infant death after a German intervention campaign in 1992', *Eur. J. Pediatr.*, agosto 1997; 156(8): 655-660.
- 82 Chen, A., e W. Rogan, 'Breastfeeding and the Risk of Post-neonatal Death in the United States', *Pediatrics*, maggio 2004, 113(5): 435-439.
- 83 Butz, W.P. et al., 'Environmental Factors in the Relationship between Breastfeeding and Infant Mortality: The role of sanitation and water in Malaysia', *Am. J. Epidemiol.*, 1984; 119 (4): 516-525.
- 84 Arifeen, S. et al., 'Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums', *Pediatrics*, 2001; 108(4): E67.
- 85 Betran, A.P. et al. 'Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America', *BMJ*, 11 agosto 2001; 323(7308):303-306.
- 86 Cushing, A. H. et al., 'Breastfeeding reduces risk of respiratory illness in infants', *Am. J. Epidemiol.*, 1998; 147(9): 863-870.
- 87 Perera, B. J. et al., 'The Impact of Breastfeeding Practices on Respiratory and Diarrhoeal Disease in Infancy: A study from Sri Lanka', *J. Trop. Pediatr.*, aprile 1999; 45(2): 115-1188.
- 88 Clemens, J. et al., 'Early initiation of breastfeeding and the risk of infant diarrhea in rural Egypt', *Pediatrics*, 1999; 104(1): e3.
- 89 Kramer, M. S. et al., 'Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus', *JAMA*, 2001; 285(4): 413-420.
- 90 Wright, C.M., K. N. Parkinson e R. F. Drewett, *Arch. Dis. Child.*, 2004; 89(9): 813-816.
- 91 Piwoz, E.G. et al., 'Feeding practices and growth among low-income Peruvian infants', *Int. J. Epidemiol.*, 1996; 25(1):103-114.
- 92 Villalpando, S. e M. Lopez-Alarcon., 'Growth Faltering is Prevented by Breastfeeding in Underprivileged Infants in Mexico City', *J. Nutr.*, 127(3): 436-43.
- 93 Zadik, Z. et al., 'Adult height and weight of breast-fed and bottle-fed Israeli infants', *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, ottobre 2003; 37(4): 462-467.
- 94 Arifeen, S. et al., 'Determinants of Infant Growth in the Slums of Dhaka: Size and maturity at birth, breastfeeding and morbidity', *Eur. J. Clin. Nutr.*, 2001; 55(3): 167-178.
- 95 Kramer, M. et al., 'Breastfeeding and Infant Growth: Biology or bias?', *Pediatrics*, 2002; 110(2 Pt 1): 343-347.
- 96 Froozani, M., et al., 'Effect of breastfeeding education on the feeding pattern and health of infants in their first 4 months in the Islamic Republic of Iran', *Bollettino dell'Organizzazione mondiale della sanità.*, 1999; 77(5): 381-385.
- 97 Grummer-Strawn, L., e Z. Mei, 'Does Breastfeeding Protect Against Pediatric Overweight?: Analysis of longitudinal data from the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System', *Pediatrics*, febbraio 2004; 113(2): e81-86.
- 98 Martin, R. et al., 'Does breast-feeding in infancy lower blood pressure in childhood?', *Circulation*, 2004; 109:1259-1266.
- 99 Thorsdottir, I. et al., 'Association of birth weight and breast-feeding with coronary heart disease risk factors at the age of 6 years', *Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis.*, ottobre 2003; 13(5):267-272.
- 100 Singhal, A. et al., 'Breast milk-feeding and Lipoprotein Profile in Adolescents Born Preterm: Follow-up of a prospective randomised study', *The Lancet*, maggio 15 2004; 363 (9421): 1571-1578.
- 101 Rich-Edwards, J.W. et al., 'Breastfeeding during infancy and the risk of cardiovascular disease in adulthood', *Epidemiology*, 1 settembre 2004; 15(5): 550-556.
- 102 Butte, N.F., M. G. Lopez-Alarcon e C. Garza, 'Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life', OMS, Ginevra, Svizzera 2002.
- 103 Lawrence, R.A. e R.M. Lawrence *Breastfeeding: A guide for the medical profession*, Sesta edizione, St. Louis, Ms.: Elsevier/Mosby, 2005: Capitolo 21.
- 104 Stein, H., et al., 'Pooled Pasteurized Breast Milk and Untreated Own Mother's Milk in the Feeding of Very Low Birth Weight Babies: A randomized controlled trial', *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 1986; 5: 242-247.
- 105 Lucas, A., 'Long-Term Programming Effects of Early Nutrition: Implications for the preterm infant', *J. Perinatol.*, 2005; 25: S2-S6.
- 106 Schanler, R., R. Shulman and C. Lau, 'Feeding Strategies for Premature Infants: Beneficial outcomes of feeding fortified human milk versus preterm formula', *Pediatrics*, 1999; 103(6): 1150-1157.
- 107 Adamkin, D., 'Pragmatic approach to in-hospital nutrition in high-risk neonates', *J. Perinatol.*, 2005; 25: S7-S11.
- 108 California Perinatal Quality Care Collaborative, *Toolkit: Improving nutrition of the VLBW infant*, Parte 1 e 2: www.cpqcc.org
- 109 Associazione del Nord America per la conservazione del latte umano, 'Best Practice for Pumping, Storing and Handling of Mother's Own Milk in Hospital and at Home', 2005, consultabile in: <http://www.hmbana.org/pubs.htm#pub>
- 110 Nyqvist, K., 'Breastfeeding Support in Neonatal Care: An example of the integration of international evidence and experience', *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 2005; 5(1):34-48.
- 111 Blaymore-Bier, J. et al., 'Comparison of skin-to-skin contact in low-birth-weight infants who are breast-fed', *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 1996; 150: 1265-1269.
- 112 Kleinman, R. e W. Walker, 'The Enteromammary Immune System: An important new concept in breast milk host defense', *Dig. Dis. Sci.*, novembre 1999; 24(11): 876-882.
- 113 Mappa fornita dall'UNICEF utilizzando DevInfo.
- 114 Van Esterik, P., 'Breast-Feeding e Work: The situation of midwives and other women health care providers' in S. Murray (a cura di), *International Perspectives on Midwifery*, Londra: Mosby-Wolfe, 1996, pp.77-88.
- 115 Quinn, V., et al., 'Improving Breastfeeding Practices on a Broad Scale at the Community Level: Success stories from Africa and Latin America', *Journal of Human Lactation*, 2005; 21(2): 345-354.
- 116 Ibid., p. 351.
- 117 'EU Project on Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in Europe: A blueprint for action', Commissione europea, Direzione per la salute pubblica e la valutazione del rischio, Lussemburgo, 2004, p.15.
- 118 Brown, K., K. Dewey e L. Allen, 'Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: A review of current scientific knowledge', OMS, Ginevra, Svizzera, 1998.
- 119 Ibid.
- 120 Piwoz, E., S. Huffman e V. Quinn, 'Promotion and Advocacy for Improved Complementary Feeding: Can we apply the lessons learned from breastfeeding?', *Food and Nutrition Bulletin*, 2003; 24(1): 29-44.

5

LAVORARE INSIEME PER I RISULTATI

Coordinamento e integrazione

Dalla Dichiarazione degli Innocenti in poi sono stati realizzati molti progressi grazie alla collaborazione tra le organizzazioni delle Nazioni Unite con i governi e le ONG. Spesso, gruppi con obiettivi molto diversi hanno unito le forze per migliorare la nutrizione dei neonati e dei bambini. Condividono l'idea che un'ottimale alimentazione dei bambini è il modo più efficace per ridurre i problemi sia individuali sia mondiali della malnutrizione, delle malattie e della mortalità infantile.

In seguito all'incontro degli Innocenti presero avvio una serie di attività per assicurare un coordinamento tra tutti gli aspetti degli Obiettivi operativi e fu creata l'Alleanza mondiale per l'azione in favore dell'allattamento materno (WABA). Questa è un prodotto della Dichiarazione Innocenti, e il suo obiettivo divenne la mobilitazione di un sostegno popolare in favore dell'allattamento materno. Tra i primi partecipanti alla WABA c'erano la American Public Health Association (APHA), La Leche Ligue International (LLLI), la Rete internazionale di azione per l'alimentazione dei neonati (IFBAN), l'Associazione internazionale dei consulenti all'allattamento (ILCA), l'Associazione internazionale dei sindacati dei consumatori (IOCU), la Wellstart International e il Consiglio mondiale delle chiese. A queste organizzazioni si sono in seguito aggiunti il Progetto LINKAGES (gestito dall'Accademia per l'istruzione allo sviluppo), e l'Accademia della medicina dell'allattamento materno (ABM), mentre alcuni dei partecipanti iniziali lasciarono la rete.

Qui sotto sono elencate alcune delle iniziative prodotte dalle collaborazioni sviluppatesi dalla Dichiarazione degli Innocenti in poi.

Mobilitazione sociale

La mobilitazione sociale e delle comunità è stata da tempo uno degli aspetti centrali delle attività di soste-

gno di molte associazioni partecipanti e negli ultimi quindici anni si è sviluppata una notevole attività.

La Settimana mondiale dell'allattamento al seno (SMAS)

Nel 1992 la WABA e i suoi partner hanno organizzato la campagna SMAS come primo loro intervento di mobilitazione per sensibilizzare e stimolare iniziative in tutto il mondo in favore dell'allattamento materno. La SMAS ha coinvolto governi, vari ministri, organizzazioni delle Nazioni Unite, organizzazioni della società civile e i media in una mobilitazione in favore dell'allattamento materno. Ogni anno, durante la Settimana mondiale dell'allattamento al seno, oltre 100 paesi organizzano numerosi eventi: dalle attività di tipo tradizionale come conferenze, seminari, punti d'informazione nei luoghi pubblici, petizioni e articoli stampa, ad attività più creative come teatro di strada, marce, opere teatrali, esposizioni di manifesti in centri commerciali e locali della metropolitana, e il lancio di nuove leggi e norme sull'allattamento al seno. L'UNICEF ha incoraggiato i propri uffici nazionali a sfruttare l'occasione per proporre piani di azione da mettere in atto nel corso dell'anno successivo alla Settimana.

Nella maggior parte dei paesi, la Settimana dell'allattamento al seno si tiene ogni anno dal 1 al 7 agosto, in coincidenza con la data della ricorrenza della Dichiarazione degli Innocenti, il 1 agosto. Nei primi anni, la Settimana era dedicata a favorire la concentrazione degli interventi pubblici sugli Obiettivi Innocenti. Anno dopo anno, anche se i temi cambiano, nuovi gruppi continuano a organizzare attività relative alla BFHI nel corso della Settimana. L'IFBAN ha sviluppato attività sul tema del 1994, l'UNICEF ha organizzato una campagna, chiamata Golden Bow, intorno all'evento, e l'OMS sfrutta la Settimana per dare pubblicità alle sue nuove iniziative. L'influenza della Settimana è esempli-

ficata dal fatto che, nel 2004, in Zambia ci sono stati eventi in 72 distretti, mentre nel 1996 in Brasile, un totale di mille città ha partecipato agli oltre 100 eventi organizzati nei 27 Stati. Alcuni dei temi annuali sono stati, per esempio: 1992: BFHI; 1995: Emancipazione delle donne; 1998: Il migliore investimento; 2000: Allattamento al seno: è un tuo diritto; 2004: L'allattamento al seno esclusivo: sicuro, sano e sostenibile.

I diversi argomenti trattati dalla Settimana hanno consentito di incorporare il tema dell'allattamento materno in altre aree tematiche non tradizionali, come l'ecologia, l'economia, i diritti, lo sviluppo, la globalizzazione e la pace. Per esempio, il tema scelto per la Settimana del 1995, Emancipazione delle donne, ha messo a frutto le attività preparatorie della Quarta conferenza mondiale sulle donne di Pechino, del settembre 1995. Ciò ha offerto la possibilità di un'alleanza tra i difensori dell'allattamento materno e vari movimenti femminili. Altre Settimane mondiali, come quella dedicata alla Via della natura o al Miglior investimento, hanno offerto l'occasione per sviluppare contatti con gruppi che si occupano di ambiente e di sviluppo economico alternativo. La LLLI, per esempio, ha avviato un dialogo con Greenpeace International sul sostegno all'allattamento materno nel corso della Settimana del 1997. Il tema scelto per la Settimana del 2000, Allattamento al seno: è un tuo diritto, ha avuto un ruolo decisivo nel fare luce sulla complessità di un inserimento dell'allattamento nel dibattito sui diritti umani, diffondendo la consapevolezza su come l'allattamento materno possa essere considerato come un diritto umano, e su come i gruppi possano sostenere il diritto delle donne all'allattamento naturale. In quell'anno, la rete in favore dell'allattamento materno ha messo in risalto e favorito una migliore comprensione della Convenzione sui diritti dell'infanzia e di altre convenzioni a sostegno dei diritti.

La Settimana mondiale ha avuto successo per diverse ragioni, tra cui la sua diffusione, l'impatto, creatività e compartecipazione. Tutti, governi e numerosi gruppi locali, rivendicano la Settimana come un'iniziativa che appartiene a loro e nel corso degli anni hanno organizzato eventi e prodotto materiali localizzati. La traduzione dei materiali della Settimana mondiale in oltre 15 lingue nel corso dei vari anni è testimonianza della popolarità e diffusione dell'iniziativa. Nel 2004 sono state prodotte più di 20 versioni linguistiche da parte di vari gruppi partecipanti, anche se il Segretariato della Settimana mondiale continua a sostenere la produzione dei materiali di base, come l'opuscolo di azione WABA, il calendario e i manifesti, in quattro lingue: cinese, inglese, francese e spagnolo.

Il fiocco d'oro per l'impegno

L'allattamento esclusivo al seno è considerata la regola d'oro per l'alimentazione dei neonati. Riconoscono l'importanza, l'UNICEF e la WABA hanno lanciato campagne di mobilitazione che utilizzano il simbolo del Fiocco d'oro, ispirato ad un simbolo simile della National Alliance for Breastfeeding Action (NABA) degli Stati Uniti, un'immagine visiva della regola d'oro che serve a trasmettere messaggi sul tema, oltre che rappresentare un visibile invito all'impegno per tutti coloro che lo indossano.

Ulteriori informazioni possono essere reperite all'indirizzo: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/bow.htm>

Influenzare le politiche globali: partenariati multilaterali, bilaterali e delle ONG

I partenariati multilaterali, bilaterali e di ONG sono stati molto utili per sviluppare strategie e politiche. Grazie alla loro partecipazione a incontri internazionali su argomenti quali le donne, la popolazione e lo sviluppo, l'alimentazione, l'ambiente e l'assistenza sanitaria primaria, per esempio, le ONG che difendono l'allattamento al seno hanno potuto lavorare in stretta collaborazione con agenzie e donatori internazionali per assicurare l'inserimento del tema dell'allattamento nei programmi relativi a questi temi. I difensori dell'allattamento delle multilaterali, bilaterali e delle ONG hanno fatto un'azione di pressione per fare includere una serie di importanti dichiarazioni sull'allattamento materno nelle seguenti conferenze internazionali:

- La Conferenza internazionale sull'alimentazione (ICN) di Roma, nel 1992, ha adottato una Dichiarazione mondiale ed un Piano di azione per l'alimentazione che presentava la promozione dell'allattamento al seno come una delle sue nove strategie e azioni.
- La Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo (ICPD), tenutasi al Cairo nel settembre 1994. Grazie ad una serie di sforzi coordinati in occasione della Conferenza, questa ha riconosciuto l'allattamento materno come un aspetto importante della salute delle donne, della sopravvivenza dei bambini, della pianificazione familiare e della parità di genere. L'ICPD è stato il primo forum internazionale nel quale l'allattamento al seno è stato riconosciuto come tema di portata che trascende la salute dei bambini.
- Il Vertice mondiale per lo sviluppo sociale (WSSD) di Copenhagen in Danimarca, nel 1995. I difensori dell'allattamento al seno sono riusciti ad inserire il tema nella sezione sulla salute del Capitolo III intitolato "Eliminazione della povertà". Questa inclusione nel documento del WSSD conferisce riconoscimento globale all'allattamento come pratica salutare nel contesto della povertà.
- La Quarta conferenza mondiale sulle donne (FWCW) di Pechino, in Cina, del 1995. Una coalizione di organizzazioni in favore dell'allattamento materno – la WABA con LLLI, ILCA, IBFAN, l'Istituto per la salute riproduttiva, ARUGAAN (una ONG filippina) e la Wellstart International – hanno esercitato pressioni perché in due importanti capitoli della Piattaforma di azione – Donne e salute e Donne e economia – fossero incluse enunciazioni a sostegno dei diritti all'allattamento.
- Il Vertice mondiale sull'alimentazione (WFS) di Roma, nel 1996. Continuano gli sforzi per ampliare la prospettiva globale sull'allattamento materno includendolo tra i temi della sicurezza alimentare. Comunque, l'allattamento è stato posto al centro dell'attenzione in vari eventi preparatori e inserito nel Piano di azione WFS.
- Le Conferenze sulla protezione della maternità dell'OIL del 1999 e del 2000. La Coalizione per la protezione della maternità si è adoperata in favore dell'adozione della nuova Convenzione 183 e della Raccomandazione 191 dell'OIL, individuando nell'allattamento al seno uno dei diritti delle donne lavoratrici, e rafforzando varie disposizioni.
- L'UNGASS 2002: Un mondo a misura di bambino.

Il suo documento contiene il seguente testo: "Proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento esclusivo al seno per i neonati per sei mesi e il proseguimento dell'allattamento al seno fino ai due anni di età ed oltre integrato da un'alimentazione complementare sicura, adeguata e adatta. Fornire consulenza sulla nutrizione dei bambini alla madri affette da HIV/AIDS in modo che possano compiere scelte libere e consapevoli."¹²¹

Attivismo, diffusione e costituzione di alleanze

Il mandato della WABA è di costruire alleanze sia all'interno del movimento per l'allattamento al seno sia all'esterno. A tal fine, la WABA ha organizzato due conferenze globali sull'allattamento al seno, il Forum WABA 1 in Thailandia (Bangkok, 1996), e il Forum 2 nella Repubblica unita della Tanzania (Arusha, 2002), che hanno riunito diverse centinaia di partecipanti con dettagliate discussioni sull'argomento in sessioni plenarie, seminari e altri eventi creativi. La Conferenza IBFAN Asia e Pacifico sull'allattamento al seno, tenutasi in India (Nuova Delhi, 2003) ha riunito oltre 500 partecipanti provenienti da 38 paesi ed ha condotto ad azioni diffuse. Alcune di queste alleanze sono elencate qui sotto:

- Gruppi ambientali: nel processo che ha portato all'adozione della Convenzione di Stoccolma hanno prodotto una dichiarazione congiunta e una strategia comune di comunicazione per la sensibilizzazione pubblica su temi relativi alle sostanze inquinanti nel latte materno.
- Il movimento femminile: anche se il coinvolgimento del movimento delle donne è iniziato con la ICPD e le Conferenze di Pechino, con una recente iniziativa la WABA ha lanciato un programma di genere mirante a sensibilizzare i difensori dell'allattamento sulla situazione e le esigenze delle donne, mostrando loro come inserendo l'allattamento nei programmi per le donne, e in particolare nel contesto dei diritti alla salute riproduttiva e sessuali, sia possibile sviluppare un più efficace collegamento con il movimento delle donne.
- I gruppi degli uomini: nel 2002, è stata creata l'Iniziativa globale per il sostegno ai padri (GIFS) per rispondere all'esigenza che gli uomini sostengano le donne nell'allattamento, nel parto e nella cura dei bambini.
- Le organizzazioni dei lavoratori e i sindacati: la Campagna per la protezione della maternità continua a produrre collaborazioni con i sindacati per promuovere la ratifica e l'applicazione della disposizione dell'OIL C-183, mentre l'Iniziativa per posti di lavoro amici delle donne (MFWI) mette in risalto le esigenze in termini di tempo, spazi e sostegno delle madri lavoratrici.
- Pratiche di parto: il Forum globale 2 della WABA, tenutosi nel corso dell'anno (2002) in cui il tema della Settimana era Madri e bambini in salute, ha contribuito allo sviluppo di nuovi collegamenti con il movimento in favore di pratiche di parto più umane ed ha messo in risalto il tema attraverso la rete per l'allattamento per gli anni successivi.
- Le organizzazioni che si occupano di HIV/AIDS: la WABA e i suoi principali partecipanti hanno svolto un ruolo essenziale nell'influencare il documento programmatico delle Nazioni Unite "L'HIV e l'alimentazione dei neonati: un contesto di azione prioritaria"

L'integrazione degli interventi per l'alimentazione del neonato e del bambino nei programmi e nelle attività in corso

Per rendere possibile un'azione completa e sostenibile, la Strategia globale non dovrebbe essere uno sforzo isolato. Dovrebbe invece essere integrata per quanto possibile nei programmi e nelle attività esistenti. Da questo punto di vista, sono particolarmente importanti i programmi nazionali per la vaccinazione, la salute delle madri e dei bambini, l'alimentazione e la prevenzione e il controllo dell'HIV/AIDS. Per esempio, la strategia di Gestione integrata dell'UNICEF/OMS delle malattie infantili (IMCI) combina la gestione delle malattie infantili più comuni con interventi di prevenzione, compresa la consulenza sull'alimentazione. L'IMCI è applicata in oltre 100 paesi e costituisce un approccio unico nel suo genere per la formazione di conoscenze e competenze di base sull'alimentazione del neonato e del bambino presso il personale sanitario, gli operatori nelle comunità e le famiglie. L'approccio Azioni essenziali per l'alimentazione (ENA) promuove fondamentali interventi per l'alimentazione associati con il miglioramento dei risultati sanitari presso i più importanti centri di assistenza sanitaria. Anche altri settori possono svolgere un ruolo importante nella creazione di condizioni favorevoli al miglioramento dell'alimentazione del neonato e del bambino. Per esempio, è importante coinvolgere i settori dell'istruzione, dell'agricoltura, del lavoro e dell'industria/commercio.

Anche se l'integrazione costituisce un aspetto essenziale, c'è l'esigenza di attività specifiche, come la BFHI, il monitoraggio dell'applicazione del Codice, il miglioramento dell'accesso ai centri di consulenza o ai punti di contatto con i consulenti dell'alimentazione dei neonati. Inoltre, l'integrazione richiede ancora la presenza di un forte coordinatore nazionale e di un gruppo dedicato all'alimentazione del neonato e del bambino che sia competente e disponibile a promuovere le attività e possa produrre risultati dimostrabili.

Alimentazione dei neonati, allattamento materno e diritti umani

Dalla fine della Seconda guerra mondiale, sono stati adottati diversi trattati, dichiarazioni e strumenti giuridici internazionali che difendono i diritti fondamentali di ogni essere umano, indipendentemente dall'età, sesso, razza, colore della pelle, cultura, religione, condizione economica o sociale. "I diritti umani sono giuridicamente garantiti dalle leggi sui diritti umani che proteggono le singole persone e i gruppi da azioni che interferiscono con la libertà e la dignità umana fondamentali. Essi comprendono quelli noti come diritti civili, culturali, economici, politici e sociali."¹²² L'allattamento al seno si situa nel punto di incontro di molti diritti umani enunciati in varie convenzioni internazionali sui diritti.¹²³ Tra queste, la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (1948), il Patto internazionale sui diritti civili e politici (1966), il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (1966), la Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne (1979) e la Convenzione sui diritti dell'infanzia (1989). Esistono numerose disposizioni sulla salute, l'alimentazione, l'istruzione e l'informazione, sui rischi ambientali, i servizi igienici, il lavoro e la discriminazione di genere, le quali, per estensione,

hanno implicazioni per i diritti all'allattamento e ad altre questioni collegate, come le strutture di custodia diurna dei bambini. La Strategia globale mette espressamente in collegamento i diritti umani con i problemi dell'alimentazione dei bambini.

La Convenzione sui diritti dell'infanzia (CDI)

Adottata nel 1989, la Convenzione è stata poi ratificata da 192 Stati. Uno dei suoi quattro principi di base è l'inerente diritto del bambino alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo, come sancito nei paragrafi 1 e 2 dell'articolo 6. Il Comitato della CDI interpreta tale disposizione come attribuzione di responsabilità agli Stati per ridurre la mortalità infantile, aumentare l'attesa di vita e eliminare la malnutrizione, le malattie e le epidemie. L'articolo 24 fa specifico riferimento all'importanza dell'allattamento al seno per garantire il diritto del bambino al miglior stato di salute possibile. L'articolo 24 si basa sull'articolo 6, e le sue varie disposizioni fanno riferimento alla definizione di salute dell'OMS: "...una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente assenza di malattie o di infermità, è un diritto umano fondamentale ...". La disposizione (e) è interpretata nel senso di un'attribuzione di responsabilità agli Stati parti nel diffondere informazioni positive sull'allattamento al seno e nella sua promozione attraverso il sistema sanitario, i mezzi di comunicazione di massa e la scuola, oltre che nel proteggere il pubblico dalla propaganda e la disinformazione con l'applicazione del Codice internazionale.¹²⁴

Ognuno degli Stati che hanno ratificato la Convenzione ha l'obbligo di riferire sull'attuale stato di applicazione (un rapporto iniziale due anni dopo la ratifica, e rapporti successivi ogni cinque anni). Si tratta di un processo a lungo termine condotto dall'organismo istituito dal trattato CDI, il Comitato sui diritti del bambino (18 esperti di diritti dell'infanzia eletti in tutte le regioni del mondo). Dopo ogni revisione della situazione in un determinato paese, il Comitato redige un elenco di osservazioni conclusive nelle quali espone le sue preoccupazioni e raccomandazioni, che lo Stato deve usare come punto di partenza per il prossimo rapporto di revisione.

Nel 1997, rappresentanti dell'UNICEF si sono incontrati con il Comitato della CDI per chiarire la questione dell'alimentazione del neonato e del bambino, le sue implicazioni in tutto il mondo e le sue conseguenze. L'IBFAN e il GIFA hanno avviato regolari relazioni di collaborazione con il Comitato, collaborazione che è cresciuta con gli anni. Con la presentazione di "rapporti alternativi sull'allattamento materno", il GIFA ha iniziato a fare da intermediario tra i gruppi degli attivisti in favore dell'allattamento nei paesi oggetto della revisione (che elaborano questi rapporti) e il Comitato (che li utilizza per valutare l'operato di ogni governo). L'IBFAN ha approfittato del contesto creato dalla Convenzione per istituire un sistema di rapporti sull'allattamento che si sta radicanando sempre più. Attualmente, il GIFA presenta e discute insieme ai membri del Comi-

tato informazioni aggiornate sull'alimentazione dei neonati e su questioni della salute, partecipa regolarmente alle riunioni e riferisce ai gruppi nazionali. Una recente valutazione interna ha dimostrato che ciò ha permesso al Comitato una migliore comprensione dell'importanza di un'adeguata alimentazione per i neonati e i bambini, e di conseguenza un aumento del numero di raccomandazioni fatte agli Stati parti.

Entro il 2005, il tema dell'alimentazione del neonato e del bambino è stato discusso in praticamente ciascuna delle revisioni sui paesi (industrializzati e in via di sviluppo). Di conseguenza, le raccomandazioni relative all'alimentazione del neonato e del bambino sono adesso più numerose e più specifiche. All'interno del movimento dei diritti dell'infanzia, l'alimentazione dei neonati ha acquisito visibilità. A livello nazionale, i gruppi acquisiscono esperienza nel seguire un approccio all'alimentazione dei neonati "basato sui diritti" e sono meglio equipaggiati per utilizzare le raccomandazioni del Comitato nelle loro attività e mobilitazioni quotidiane.

Tuttavia, ci sono alcune sfide sulla strada di coloro che si occupano del complesso tema dell'alimentazione dei neonati, della salute ottimale e dei diritti dell'infanzia. Nel più ampio contesto dei diritti umani, spesso la specificità dei diritti delle donne e dei bambini non è capita o apprezzata, e quindi è trascurata. Da ciò l'esigenza di accogliere i diritti dei bambini nel più generale programma dei diritti umani. Allo stesso tempo, nell'ambiente di coloro che si occupano dei diritti dei bambini, spesso l'importanza dell'alimentazione e dell'allattamento al seno non è compresa e non occupa un'elevata priorità. Ne deriva che l'allattamento e i relativi interventi per l'alimentazione, che sono il modo più efficace ed efficiente per ridurre la malnutrizione e la mortalità dei neonati e dei bambini, spesso passano in secondo piano rispetto a raccomandazioni, politiche e programmi più costosi e complessi.

Una *task force* sui Diritti umani e l'alimentazione dei neonati e dei bambini è stata istituita dal Comitato permanente del Gruppo di lavoro delle Nazioni Unite sull'allattamento al seno e l'alimentazione complementare nella sua sessione del marzo 2005 in Brasile. Avendo tra i suoi membri rappresentanti dell'UNICEF, dell'OMS e delle ONG, sembrerebbe opportuno che questa *task force* si incontrasse con il Comitato della CDI per presentare gli ultimi sviluppi delle politiche internazionali sull'alimentazione del neonato e del bambino.

In ultimo luogo, ma molto importante, un approccio fondato sui diritti richiede che sia riesaminata la posizione di alcune imprese produttrici di cibo per neonati le quali, con le loro pratiche commerciali, ostacolano la realizzazione del diritto del bambino ad una buona e sana alimentazione e al miglior stato di salute possibile. Secondo Stephen Lewis, ex Vicedirettore dell'UNICEF: "Coloro che in relazione ai prodotti alimentari per neonati fanno affermazioni che intenzionalmente minano le fiducia delle donne nell'allattamento al seno non devono essere considerati abili imprenditori che fanno il proprio lavoro, ma violatori dei diritti umani della peggior specie."¹²⁵

Note

121 'A World Fit for Children: The outcome of the United Nations General Assembly Special Session on Children, UNICEF, 2002, p.30.

122 OMS, 25 domande e risposte sulla salute e i diritti umani, *Health and Human Rights Publication Series, n. 1, OMS, 2002.*

123 Hofmeyr, A., *Breastfeeding and Human Rights: Towards a*

comprehensive rights approach, 2002.

124 Hodgkin, R. e P. Newell, *Implementation Handbook for the Convention on the Rights of the Child*: UNICEF, New York 2002.

125 'Malnutrition as a Human Rights Violation: Implications for United Nations-supported programmes', *SCN News*, n. 18, luglio 1999.

6

LA PROSPETTIVA FUTURA

In tutti i paesi in cui l'allattamento materno e l'alimentazione complementare sono migliorati, c'erano persone o gruppi che avevano attivamente deciso che valesse la pena di dedicare tempo e energie a salvare le vite dei bambini. In quei paesi esisteva la volontà politica di sostenere veramente le donne e le famiglie nel compiere scelte consapevoli e libere sull'alimentazione dei loro bambini, e poi di fornire loro il sostegno necessario per metterle in atto. In alcuni casi è stato il governo ad aprire la strada, mentre in altri si è affermata gradualmente una rivoluzione sociale dei comportamenti, talvolta grazie ad un ruolo di catalizzatore svolto dalle ONG. Comunque, per ottenere risultati sostenibili, il sostegno all'alimentazione del neonato e del bambino deve proseguire, in modo da mantenere e rafforzare i progressi già ottenuti. L'istituzionalizzazione della protezione, promozione e sostegno all'alimentazione dei bambini attraverso le normative sanitarie e sociali incoraggerà un cambiamento reale e consentirà ai bambini del mondo di realizzare tutte le loro potenzialità grazie all'ottimale alimentazione e custodia dei neonati e dei bambini.

Quindici anni dopo la presentazione della Dichiarazione Innocenti, è venuto il momento di ribadire con chiarezza la visione per il futuro:

“Un ambiente che consenta alle madri, alle famiglie e agli altri che si occupano dei bambini di compiere scelte consapevoli per l'alimentazione ottimale dei neonati e bambini, e di ricevere adeguato sostegno per mettere in atto quelle scelte, in modo da raggiungere il miglior livello possibile di salute e di sviluppo.”

Come può essere realizzata questa visione in maniera pratica, economicamente sostenibile e durevole?

Questi sono gli insegnamenti appresi negli ultimi quindici anni:

- Ogni madre merita e deve ricevere adeguato sostegno e consigli che la mettano in grado di compiere scelte consapevoli per l'alimentazione del suo neonato e di metterle in pratica. Laddove questo sostegno esiste, le pratiche ottimali dell'alimentazione del neonato e del bambino migliorano.
- Sono necessarie strategie multisettoriali e contatti per ottenere miglioramenti netti e sostenibili nell'alimentazione del neonato e del bambino, quindi anche nella salute, nella crescita e nello sviluppo dei bambini.
- Le strategie di sopravvivenza dei bambini devono comprendere l'attiva promozione e sostegno dell'allattamento al seno precoce, esclusivo e continuato con l'introduzione di alimenti complementari adeguati all'età del bambino, poiché queste pratiche prevengono fino al 19 per cento delle morti annuali di bambini al di sotto dei cinque anni di età nei paesi con i più alti tassi di mortalità infantile.
- Un cambiamento sostenibile dei comportamenti dipende da continui e ripetuti contatti con le madri e le comunità, e da strategie che agiscano su più fronti, come la protezione giuridica, il sostegno al sistema sanitario, e il coinvolgimento della comunità e dei pari. Questo può essere realizzato in maniera economicamente sostenibile e durevole.
- L'epidemia di HIV/AIDS non deve necessariamente interferire con la promozione delle pratiche ottimali di allattamento materno. Sostenere l'allattamento esclusivo presso la popolazione generale aiuta anche le donne affette da HIV che optano per l'allattamento esclusivo. Inoltre, i programmi di sostegno all'allattamento, come gli ospedali amici dei bambini, incoraggiano cure materne e assistenza ottimali, per i neonati allattati al seno e non.

- L'iniziativa ospedali amici dei bambini (BFHI) può essere estesa, modificata e incorporata in altri interventi, e continua ad essere un importante catalizzatore per l'azione in favore dell'allattamento. È essenziale un costante monitoraggio e controllo della qualità.
- Le iniziative indicate nella Dichiarazione degli Innocenti hanno dimostrato di funzionare laddove i paesi hanno scelto di metterle in atto. I tassi nazionali di allattamento esclusivo aumentano laddove si verifica una combinazione di interventi a livello delle politiche, dei sistemi sanitari e della comunità.
- Un impegno costante richiede che le relative spese siano incluse nei bilanci nazionali come voce permanente.

Dalla Dichiarazione degli Innocenti sono stati fatti grandi progressi, ma ancora non sono stati raggiunti tutti gli obiettivi stabiliti nel 1990. Oggi è possibile realizzare questa visione perché esistono opportunità che all'epoca della Dichiarazione degli Innocenti non esistevano, quali:

- **La Strategia globale per l'alimentazione del neonato e del bambino:** la Strategia globale ha riesaminato i fattori fondamentali che influenzano le pratiche di alimentazione del neonato e del bambino, ed invoca un rinnovato impegno negli interventi da parte di tutti, coerentemente con la Dichiarazione degli Innocenti. La Strategia globale è stata approvata all'unanimità dagli Stati membri dell'OMS nella cinquantacinquesima Assemblea mondiale della sanità, quando i governi hanno concordato di dare nuovo impulso agli sforzi per raggiungere gli scopi e gli obiettivi della Strategia garantendo il rispetto, la protezione e l'adempimento dei diritti dei bambini ad un'alimentazione adeguata e all'accesso a cibi sicuri e nutrienti, e dei diritti delle donne ad un'alimentazione adeguata, a decidere liberamente il metodo migliore di nutrire i propri bambini, ad una completa informazione e a condizioni di sostegno che consentano loro di mettere in pratica le proprie decisioni.
- **L'impegno dei governi e dei partner nel raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del millennio:** il Programma del millennio comprende gli Obiettivi di sviluppo del millennio (MDGs), consistenti in 8 obiettivi, 18 traguardi e oltre 40 indicatori. L'Assemblea generale delle Nazioni Unite li ha approvati nel contesto della *Road map* del Vertice del millennio del Segretario generale. Il Gruppo di lavoro sull'allattamento e sui cibi complementari del Comitato permanente delle Nazioni Unite per l'alimentazione ha riconosciuto che l'allattamento materno precoce ed esclusivo, l'alimentazione complementare e il nutrimento della madre, così come sono definiti nella Strategia globale, sono direttamente riferiti a sette degli otto obiettivi. In sintesi, un'alimentazione e un'assistenza ottimali per i neonati e i bambini:
 - riduce la povertà e la fame;
 - favorisce l'uguaglianza di genere dando a tutti le migliori opportunità all'inizio della vita;
 - previene la mortalità e la malnutrizione infantile;

- migliora la salute materna riducendo la perdita di sangue successiva al parto e contribuendo a regolare gli intervalli tra parti;
- può ridurre il tasso di trasmissione dell'HIV nell'allattamento, quando questo è praticato su base esclusiva; e
- favorisce la sostenibilità ambientale limitando gli sprechi e i rifiuti.

L'obiettivo MDG 4, relativo alla riduzione della mortalità infantile, potrà essere raggiunto solamente con drastici miglioramenti nell'alimentazione dei bambini, dato che la malnutrizione è una delle cause di fondo del 54 per cento delle morti di bambini, e l'allattamento materno potrebbe direttamente salvare un milione di vite all'anno. Infatti, il Progetto di sviluppo del millennio ha dichiarato che gli interventi volti a promuovere l'allattamento esclusivo sono una delle potenziali "soluzioni rapide" per la sopravvivenza dei bambini. Adottando nel 2000 gli Obiettivi di sviluppo del millennio, i capi di Stato e i leader del mondo hanno assunto il fermo impegno di combattere la malnutrizione dei bambini.

Queste strategie internazionali devono essere sostenute da meccanismi di responsabilizzazione, da collaborazioni e dalla partecipazione delle comunità nei sistemi sanitari.

• Meccanismi di responsabilizzazione

A livello sia internazionale che nazionale sono essenziali dei meccanismi di responsabilizzazione per misurare il grado in cui le **responsabilità** sono rispettate dai governi e da tutti i soggetti interessati attraverso, per esempio, lo sviluppo di leggi, politiche o programmi. La Strategia globale afferma che i governi, le organizzazioni internazionali e le altre parti interessate devono riconoscere e farsi carico delle proprie responsabilità nel migliorare l'alimentazione del neonato e del bambino e nel mobilitare le risorse necessarie.

• Partenariato

Per dare seguito agli impegni internazionali in favore del miglioramento della salute e dello sviluppo dei bambini, i partner nazionali ed internazionali costituiscono alleanze al fine di intensificare gli interventi nei paesi con un alto tasso di mortalità infantile. Il Partenariato globale per la sopravvivenza delle madri, dei neonati e dei bambini è stato creato per agevolare azioni coordinate e concertate tra i partner, nonché per stimolare un aumento delle risorse e il monitoraggio dei progressi.

• Partecipazione delle comunità come parte integrante del rafforzamento del sistema sanitario

Le esperienze degli ultimi anni hanno confermato che le comunità hanno un importante ruolo da svolgere nel migliorare l'alimentazione del neonato e del bambino, in particolare laddove i membri della comunità prendono parte alla progettazione degli interventi e contribuiscono a dare forma ai contenuti e al modo in cui essi sono messi in pratica. Le pratiche di alimentazione del neonato e del bambino fanno parte delle cure che i bambini ricevono a casa. Emerge sempre più chiaramente che coloro ai quali i bambini sono affidati hanno bisogno di sostegno qualificato nelle strutture

della comunità e del sistema sanitario, per sviluppare o rafforzare quelle qualità di sensibilità e di attenzione che consentano loro di percepire e rispondere in maniera adeguata ai bisogni dei bambini. Recenti studi hanno mostrato che lavorare con le comunità e i loro capi per sviluppare uno sforzo concentrato con molteplici fonti di contatti costituisce un modo fattibile ed efficace per diffondere l'allattamento esclusivo, migliorare le pratiche di alimentazione complementare, ridurre le malattie infantili e migliorare la crescita.

Una delle sfide è quella di massimizzare le opportunità di sostegno, in modo da raggiungere tutte le madri e i bambini. L'integrazione del sostegno ad un'alimentazione ottimale dei neonati e dei bambini piccoli in tutti i servizi sanitari esistenti per le madri e i bambini è essenziale per la sostenibilità e l'accesso. L'approccio Azione per l'alimentazione essenziale, sviluppato da USAID/BASICS e dal Progetto LINKAGES, identifica sette interventi nutrizionali e sei punti di somministrazione. L'OMS e l'UNICEF sono all'avanguardia nello sviluppo di strategie, come la Gestione integrata delle malattie infantili (IMCI) e la Gestione integrata della gravidanza e del parto (IMPAC), che combinano l'assistenza clinica con il sostegno all'alimentazione e alla nutrizione. Sono in corso di sviluppo anche linee guida cliniche che promuovono l'attenzione alla nutrizione e all'alimentazione dei bambini come parte delle linee guida per la prevenzione e assistenza ai malati di HIV e alle famiglie colpite dal virus. In combinazione con l'iniziativa ospedali amici dei bambini e con le azioni intersettoriali volte a migliorare la sicurezza alimentare e la qualità del cibo, queste strategie possono fare molto per migliorare la salute e l'alimentazione dei bambini.

In sintesi, questi insegnamenti confermano che esistono interventi ben consolidati, efficaci, a basso costo e a bassa tecnologia per migliorare l'alimentazione dei neonati, secondo quanto indicato dalla Dichiarazione degli Innocenti e approfondito nella Strategia globale.

Sarà necessario identificare tutte le difficoltà e trasformarle in opportunità. La scoperta che l'HIV può essere trasmesso attraverso il latte materno ha rischiato di annientare anni di lavoro per la protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento materno. Ma la crescente comprensione dell'equilibrio tra i rischi sta stimolando una nuova convergenza di interessi tra la sopravvivenza dei bambini e la prevenzione dell'HIV. Grazie alle nuove conoscenze sui fattori di rischio e sui tassi di trasmissione, sono state individuate pratiche per ridurre il rischio di contagio da parte delle donne affette da HIV che scelgono di allattare al seno. Ci sono molte speranze che il trattamento antiretrovirale, come profilassi per la madre e il bambino o come parte di un trattamento a lungo termine per la madre, possa notevolmente ridurre in futuro il rischio di trasmissione attraverso l'allattamento materno.

Inoltre, maggiore attenzione è oggi dedicata alla risposta alle emergenze; la protezione dell'allattamento nei primi giorni di un'emergenza rappresenta una nuova sfida e un'opportunità.

La speranza è che i nuovi meccanismi di pianificazione e di finanziamento, insieme a risultati di

ricerca chiarificatori, possano condurre ad un futuro sostenibile, fondato su di un valido sostegno agli interventi dimostratisi validi.

La prospettiva futura – Agire ora

Per realizzare la visione descritta sopra, l'elemento essenziale è rappresentato dall'impegno nazionale nel migliorare l'alimentazione dei neonati e dei bambini con l'adozione di leggi, norme, sistemi di controllo e monitoraggio; e anche dalla sostenibilità, con l'inserimento nei bilanci nazionali di una voce di finanziamento dedicata a queste attività. La strada per il futuro è chiaramente delineata nella Strategia globale per l'alimentazione del neonato e del bambino, e integrata dal "Quadro di azioni prioritarie per l'HIV e l'alimentazione dei neonati" delle Nazioni Unite e dai materiali prodotti dall'OMS/UNICEF e da Emergency Nutrition Network sul sostegno immediato all'allattamento materno nelle situazioni di emergenza e di instabilità. **Tutti questi strumenti segnalano l'esigenza di una consulenza qualificata sull'alimentazione dei neonati, di un sostegno alle madri nelle diverse circostanze, e di evitare tecniche di commercializzazione aggressiva e un'eccessiva offerta di preparati per neonati.**

Oggi, quindici anni dopo la Dichiarazione degli Innocenti, esistono nuove opportunità per migliorare le pratiche nutrizionali e quindi i problemi dell'alimentazione e della sopravvivenza dei bambini. Deve essere riconosciuto il fatto che la responsabilità fondata sull'impegno volontario può non bastare a far progredire la causa dell'alimentazione del neonato e del bambino.

- L'accettazione da parte dei governi dei loro obblighi giuridici ai sensi degli strumenti internazionali dei diritti umani ratificati, tra cui la Convenzione sui diritti dell'infanzia, e le responsabilità congiunte del sistema internazionale nell'aiutare i governi ad adempiere agli obblighi assunti, deve essere la base di un'intensificata mobilitazione per l'alimentazione del neonato e del bambino.
- È essenziale l'accettazione da parte dei professionisti della sanità delle loro responsabilità di "non arrecare danno" ed è necessario che essi garantiscano elevati standard di sostegno clinico e sociale all'allattamento.
- È fondamentale l'accettazione sociale e culturale del fatto che ogni bambino conta e ogni madre merita il sostegno della comunità e delle politiche pubbliche.

La visione presentata in questo capitolo, gli obiettivi e i traguardi della Strategia globale per l'alimentazione del neonato e del bambino, molti dei quali basati sulla Dichiarazione degli Innocenti, è stata oggetto della celebrazione del 2005. Quello che rimane da fare è che la comunità internazionale, i governi, i sistemi sanitari, la società e le famiglie mettano in pratica le azioni descritte, e che tutti gli attori, a tutti i livelli, diano il loro sostegno attivo agli sforzi. È in gioco il futuro di tutti i bambini: devono continuare a morire più di 5.500 bambini ogni giorno a causa della inazione e della disattenzione?

I bambini del mondo non possono aspettare. Il loro momento è adesso.

Elenco delle abbreviazioni

AIDS	Sindrome della immunodeficienza acquisita
AMS	Assemblea mondiale della sanità
BFHI	Iniziativa ospedali amici dei bambini
CDI	Convenzione sui diritti dell'infanzia
CEDAW	Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne
ENN	Rete per il nutrimento nelle emergenze
FAO	Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura
GIFA	Geneva Infant Feeding Association (membro dell'IBFAN)
HIV	Virus dell'immunodeficienza umana
IBFAN	Rete internazionale di azione per l'alimentazione dei neonati
ICDC	Centro internazionale di documentazione sul Codice (membro dell'IBFAN)
ICPD	Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo
IMCI	Gestione integrata delle malattie infantili
LAM	metodo dell'amenorrea da allattamento
LBW	basso peso alla nascita
LLLI	La Leche League International
MDG	Obiettivo di sviluppo del millennio
MPC	Coalizione per la protezione della maternità
MTCT	trasmissione (dell'HIV) da madre a bambino
OIL	Organizzazione internazionale del lavoro
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
ONG	Organizzazione non governativa
Sida	Agenzia svedese di cooperazione internazionale allo sviluppo
SMAS	Settimana mondiale dell'allattamento al seno
UNAIDS	Programma congiunto delle Nazioni Unite per l'HIV/AIDS
UNFPA	Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione
UNHCR	Ufficio dell'alto commissario delle Nazioni Unite per i rifugiati
UNICEF	Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia
USAID	Agenzia degli Stati Uniti per lo sviluppo internazionale
VLW	peso molto basso alla nascita
WABA	Alleanza mondiale di azione per l'allattamento materno
WFP	Programma alimentare mondiale

1990 - 2005

Celebrazione della Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno

Risultati ottenuti, sfide presenti e la prospettiva futura per l'alimentazione del neonato e del bambino



In collaborazione con **REGIONE TOSCANA**



ISBN: 88-89129-30-X

Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF

Piazza SS. Annunziata, 12

50122 Firenze, Italia

Tel.: (+39) 055 20 330

Fax: (+39) 055 2033 220

E-mail (informazioni generali): florence@unicef.org

E-mail (ordinazione di pubblicazioni): florenceorders@unicef.org

Sito web: www.unicef.org/irc e www.unicef-irc.org

(Questa pubblicazione può essere scaricata in formato elettronico dal sito web del Centro)