

Sperimentazione del Blueprint for Action. Un modello per le regioni.

Firenze, 21 Novembre 2005

Adriano Cattaneo, Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Salute Internazionale, Centro Collaboratore dell'OMS per la Salute Materno Infantile, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

I dati disponibili ci permettono di affermare che la prevalenza e la durata dell'allattamento al seno in Italia sono molto inferiori a quanto raccomandato dall'OMS e dall'UNICEF, ma anche da molte associazioni professionali quali l'Accademia Americana di Pediatria e la Società Italiana di Neonatologia. Questo vale sia a livello nazionale, come mostrano i dati del progetto PUER relativi al 1995 ed al 1999, che a livello regionale:

- In Friuli Venezia Giulia la situazione sta migliorando, confrontando i dati degli ultimi sei anni, più per quanto riguarda l'allattamento esclusivo alla dimissione che per quello alla seconda vaccinazione. Ma siamo ancora lontani da buoni livelli di allattamento esclusivo a sei mesi.
- Lo stesso discorso vale per l'Emilia Romagna alla prima ed alla seconda vaccinazione. I dati del 2002 mostrano un miglioramento rispetto al 1999, ma l'obiettivo è ancora lontano.
- Preoccupanti sono poi le differenze tra regioni, non certo giustificate da differenze biologiche. Ancora più preoccupanti le differenze tra classi sociali, come mostrano sia i dati del Progetto PUER, con differenze per livello d'istruzione, sia quelli dell'Emilia Romagna nel confronto tra donne italiane e non. Queste ultime sono non solo sfavorite, ma sembrano essere sfavorite in maniera differenziale a seconda della loro provenienza.

Il progetto Blueprint si propone di sviluppare e testare un modello di piano d'azione da usare per iniziative e piani nazionali e regionali. Il documento è disponibile in italiano e può essere scaricato dal sito del Ministero della Salute. È stato sviluppato con ampia partecipazione e sostegno, e con una solida base di prove d'efficacia. Fornisce indicazioni sui principali interventi e strategie, identifica i livelli di responsabilità, e suggerisce indicatori di output e di outcome a policy- e decision-makers. È basato sulla Strategia Globale per l'Alimentazione dei Lattanti e dei Bambini dell'OMS e su tutte le risoluzioni e le iniziative dell'OMS e dell'UNICEF che la precedono, compreso il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno, la Dichiarazione degli Innocenti e l'Iniziativa Ospedali Amici dei Bambini.

Il Blueprint for Action si fonda su un modello alla base del quale sta l'elaborazione di politiche e piani. Su questi si costruiscono strategie ed attività per l'informazione, l'educazione, la comunicazione e la formazione, sia di base sia continua. Queste basi permettono poi di sviluppare attività specifiche per la protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno e di realizzare anche i necessari monitoraggio e valutazione dei tassi di allattamento al seno e delle pratiche sociali e sanitarie destinate a promuoverlo. Le raccomandazioni del Blueprint for Action sono appropriate anche per l'Italia, sia a livello nazionale che regionale:

- Manca infatti una politica nazionale; un comitato tecnico del Ministero della Salute ne ha appena approntato una bozza, ma è impossibile dire se e quando sarà approvata e diffusa.
- Manca anche un piano nazionale; è ancora in vigore quello del 1998/2000, approvato nel 2001, ma non vi sono dati per sapere quanto e com'è stato attuato.
- È sicuramente necessario migliorare le attività di informazione, educazione e comunicazione, per passare da una cultura del biberon ad una cultura del seno e per rappresentare sempre l'allattamento al seno come "normale". Vi sono anche, tuttora, molte influenze commerciali nelle informazioni che arrivano alle donne, che sono perciò incapaci di prendere decisioni informate ed indipendenti.
- La formazione di base, universitaria, sta solo ora muovendo i primi passi per migliorare ed aggiornare curricula formativi, formatori, testi, metodi didattici e durata dell'insegnamento.

Molto di più si è fatto per l'educazione continua, ma non abbiamo dati di copertura e, soprattutto, di qualità: si usano sempre corsi di dimostrata efficacia, come sono quelli dell'OMS e dell'UNICEF? Sta crescendo anche il numero di consulenti professionali in allattamento, ma il numero è ampiamente insufficiente e quelle esistenti non sono certo utilizzate al meglio.

- La legge italiana, derivante dalle direttive europee, è lungi dall'accogliere tutte le indicazioni del Codice Internazionale e successive rilevanti risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Salute. Vanno meglio le cose per quanto riguarda la protezione delle donne che lavorano fuori casa; la nostra legge è tra e migliori a livello europeo. Ma purtroppo il mercato del lavoro femminile sta cambiando e molte madri lavoratrici non sono coperte dalla legge in vigore. È necessario estendere la legislazione per permettere a tutte le madri che lavorano di allattare esclusivamente i loro figli fino a sei mesi e, in seguito, fino a quando lo desiderano in modo complementare.
- Anche sul sostegno c'è molto da fare. Sia in ospedale, al momento del parto, come dimostra il numero ancora nettamente insufficiente di ospedali amici dei bambini. Sia sul territorio, dopo la dimissione, perché il numero di operatori competenti sembra essere ancora troppo scarso. E anche gli operatori tecnicamente competenti hanno ancora bisogno di migliorare nelle tecniche di counselling.
- Si sono creati, e continuano ad operare, i primi gruppi di sostegno mamma-a-mamma. La Lega del Latte continua col suo lavoro di peer counseling. Ma anche queste iniziative sono ancora insufficienti a fornire sostegno alla maggioranza delle madri che ne hanno bisogno: vi è urgente bisogno di estenderle.

Rispetto a una decina d'anni fa abbiamo sicuramente più dati sull'allattamento al seno, e di migliore qualità. Ma è necessario ed urgente trovare un accordo su definizioni e metodi comuni, che permettano di standardizzare e rendere comparabili i risultati. Non è pensabile che ogni regione proceda per suo conto su questa strada, col rischio di mettere in funzione sistemi che poi dovranno essere cambiati per adattarli agli standard nazionali ed europei. È compito del Ministero della Salute provvedere quanto prima a fornire delle direttive su questo tema. Senza dimenticare che il monitoraggio dei tassi di allattamento è insufficiente a prendere decisioni sul che fare: bisogna anche sapere perché i tassi non migliorano quanto si vorrebbe e, soprattutto, quali sono le classi ed i gruppi sociali che hanno bisogno del maggiore sostegno.

Il progetto pilota per l'applicazione del Blueprint for Action in 8 paesi si propone di testare l'utilità di questo strumento in situazioni molto diverse: paesi dove si allatta molto e poco, paesi dove si promuove l'allattamento da molto e poco tempo, paesi che hanno o non hanno un loro piano d'azione. Vogliamo sapere se il Blueprint si adatta a tutte queste situazioni, se aiuta a identificare problemi ed ostacoli e a superarli, se può essere migliorato, se ha bisogno di un libretto d'istruzioni. Ci siamo già riuniti una volta, abbiamo analizzato la situazione di ogni paese, abbiamo fatto un primo tentativo di identificazione delle priorità locali; stiamo ora pensando ad una griglia comune di valutazione (anche se ciò sembra particolarmente difficile per il monitoraggio dei tassi di allattamento). Nell'ambito di un altro progetto europeo, coordinato dal dipartimento di Public Health Nutrition del Karolinska Institute di Stoccolma, stiamo anche sviluppando un modello di raccomandazioni standard da proporre ai paesi dell'Unione Europea per adattamento locale e/o professionale. Abbiamo già completato la quinta bozza e l'abbiamo già inviata ad una serie di esperti per una revisione esterna. Queste raccomandazioni, una volta completate, saranno offerte in primo luogo ai paesi che stanno partecipando al test pilota del Blueprint for Action.

La Toscana ha tassi di allattamento al seno che si situano intorno alla media italiana; deve quindi migliorare, come tutte le altre regioni. Ha già realizzato numerose attività in direzione di una migliore protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno:

- Ha approvato una risoluzione regionale;

- Ha creato l'Osservatorio e la Commissione Tecnica regionali;
- Ha messo in piedi una rete di operatori interessati e l'ha allargata al mondo delle associazioni;
- Ha iniziato a formare gli operatori;
- Ha firmato un protocollo d'intesa con l'UNICEF per l'Iniziativa Ospedali Amici dei Bambini;
- Ha già portato a termine una prima autovalutazione degli ospedali interessati.

Vi sono poi numerosi progetti locali di vario tipo, che hanno solo bisogno di essere coordinati ed inseriti in un piano d'azione. L'elaborazione del quale dovrebbe avvenire nell'ambito del test pilota del Blueprint for Action, che prevede anche di:

- Elaborare delle raccomandazioni regionali;
- Mettere in atto un sistema di monitoraggio dei tassi di allattamento;
- Estendere le attività di formazione e l'Iniziativa Ospedali Amici dei Bambini;
- Migliorare le attività di informazione, educazione e comunicazione;
- Promuovere progetti di peer counseling;
- Effettuare un monitoraggio del rispetto del Codice Internazionale.

Anche le altre regioni presenti a questo evento sembrano essere impegnate sulla strada della protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno. Pur senza poter entrare a far parte del progetto per il test pilota, possono tutte usufruire del Blueprint for Action, uno strumento che è stato sviluppato per essere usato da chiunque lo voglia usare. La Toscana ed il sottoscritto, in quanto coordinatore del progetto europeo, sono disponibili a collaborare, se richiesti, ed a mettere a disposizione la loro esperienza. Nella speranza che anche l'Italia, fra qualche anno, riesca a recuperare dei tassi di allattamento come ha fatto la Norvegia.