

## Settembre 2018

<b>Nota editoriale</b> .....	1
I 6 passi dell'alimentazione infantile nelle emergenze .....	3
Scenari di simulazione di emergenza sismica: studi di caso su allattamento e alimentazione infantile .....	6
Donne in gravidanza e in allattamento durante il terremoto in Abruzzo: uno studio qualitativo descrittivo .....	9
Un piano di emergenza comunale partecipato per le strategie per l'alimentazione infantile nelle emergenze .....	12

### Comitato scientifico, ISS

Antonino Bella, Chiara Donfrancesco, Carla Faralli, Antonietta Filia, Lucia Galluzzo, Cristina Giambi, Ilaria Lega, Luana Penna, Paola Luzi, Marina Maggini, Sandra Mallone, Lorenza Nisticò, Luigi Palmieri, Pierfrancesco Barbariol, Paola Scardetta, Stefania Spila Alegiani, Andrea Tavilla, Marina Torre

### Comitato editoriale, ISS

Paola De Castro, Carla Faralli, Marina Maggini, Angela Spinelli

### Sottometti un articolo

[www.epicentro.iss.it/ben/pubblica](http://www.epicentro.iss.it/ben/pubblica)

### Contattaci

[ben@iss](mailto:ben@iss)

### Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità

Legale rappresentante e Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità:  
Gualtiero Ricciardi

Direttore responsabile: Paola De Castro

Iscritto al n. 475 del 16 settembre 1988 (cartaceo)  
e al n. 117 del 16 maggio 2014 (online)

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2018

Numero chiuso in redazione il 4 ottobre 2018



ISSN 1827-6296

## Nota editoriale

Marie McGrath

Codirettore Emergency Nutrition Network  
e Coordinatore Infant Feeding in Emergency Core Group

*Dal 1999, un gruppo di agenzie internazionali (Infant Feeding in Emergency - IFE - Core Group) (1) ha unito le forze per sostenere la sicurezza e l'appropriatezza dell'alimentazione dei lattanti e dei bambini piccoli nelle emergenze. La prima versione della Guida Operativa per l'Alimentazione Infantile Nelle Emergenze (GO-AINE) è stata pubblicata nel 2001, in seguito alla crisi del Kosovo del 1999, con lo scopo di colmare la carenza di linee d'indirizzo per i referenti dei programmi di gestione delle emergenze.*

*Da allora la GO-AINE si è arricchita dei contributi derivati dalle esperienze sul campo ed è stata sostenuta da risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità nel 2010 (2) e ancora nel 2018 (3), fino a divenire la guida di riferimento. Gli aggiornamenti della guida operativa, gestiti dall'Emergency Nutrition Network, riflettono gli ultimi orientamenti tecnici, aiutano ad affrontare nuove sfide e integrano l'apprendimento derivante dalla pratica. La versione più recente (v3.0) (4) è stata pubblicata nel 2017 e i passaggi chiave sono riportati nell'articolo di Iellamo et al. pubblicato in questo fascicolo del BEN (cfr. p. 3-5). L'ultima versione della GO-AINE pone grande enfasi sulla preparazione alle emergenze, che è fondamentale per una risposta tempestiva e appropriata. Il governo è il primo responsabile in caso di emergenza e deve prendere in carico e rendere operative le disposizioni per la salvaguardia di neonati, bambini piccoli e madri.*

*La risoluzione 71.9 (3) dell'Assemblea Mondiale della Salute pone grande attenzione alla preparazione alle emergenze, esortando gli Stati membri "ad adottare tutte le misure necessarie per assicurare un'alimentazione dei lattanti e dei bambini piccoli basata sull'evidenza e appropriata durante le emergenze, anche attraverso piani di preparazione, rafforzamento delle capacità del personale che lavora in situazioni di emergenza e coordinamento di interventi intersettoriali".*

*L'Italia si è fatta carico di questa responsabilità e si sta ponendo, come si evince da questo fascicolo monografico, come esempio. Sono infatti necessarie azioni di preparazione a più livelli, che garantiscano in modo decisivo che le*

*politiche per le emergenze, e non solo, includano la presa in carico dell'alimentazione dei lattanti e dei bambini piccoli, e che siano presenti piani per l'implementazione supportati da un'adeguata capacità di risposta.*

*Nonostante i pianificatori e i soccorritori nazionali e sub-nazionali non abbiano una specifica conoscenza o esperienza in tema di AINE, la loro risposta è fondamentale per salvaguardare i lattanti e i bambini piccoli, specialmente quando tale risposta è tempestiva.*

*Bomben et al. (cfr. p. 6-8) descrivono un approccio innovativo in cui le famiglie con bambini piccoli sono state incluse in una simulazione di emergenza del 2018: il vero confronto con la realtà necessario a testare e migliorare la pianificazione per l'emergenza. Quando si tratta di risposta alle emergenze, le organizzazioni locali della società civile e i volontari sono i veri attori in prima linea, che hanno accesso immediato alle popolazioni colpite. La forza positiva di una tale risorsa che ha reso possibile la costruzione di politiche per l'AINE emerge nell'articolo di Colaceci et al. (cfr. p. 12-14), in cui il Comune di Marino (Roma) ha coinvolto le organizzazioni di volontariato e la società civile locale in un processo partecipativo per redigere il piano di emergenza comunale che, come risultato, ora riporta una procedura specifica sull'AINE.*

*L'esperienza più preziosa che possiamo trarre nelle emergenze per migliorare la risposta futura è quella delle madri e delle famiglie coinvolte nella crisi. L'articolo di Giusti et al. (cfr. p. 9-11) descrive le esperienze di allattamento di donne che erano in gravidanza durante l'emergenza a seguito del terremoto de L'Aquila del 2009. Le donne descrivono lo stress che hanno vissuto e il trauma della separazione dai loro partner, mettendo in evidenza anche la distribuzione non mirata di sostituti del latte materno, biberon e tettarelle. Le esperienze in molti contesti nel mondo hanno dimostrato che la distribuzione non mirata di sostituti del latte materno e ausili per l'alimentazione dei lattanti minano le pratiche di allattamento e non soddisfano i complessi bisogni dei bambini che al momento dell'emergenza non erano allattati (5).*

*Queste esperienze rinforzano le disposizioni della GO-AINE per quanto riguarda le donazioni/distribuzioni di sostituti del latte materno in situazioni di emergenza. Un'azione chiave di preparazione consiste nel deciso recepimento e nell'implementazione del Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno (6) e in chiare disposizioni in materia di gestione delle donazioni di sostituti del latte materno che arrivano in un contesto di emergenza.*

*Per essere significativi, gli indirizzi delle politiche internazionali devono essere contestualizzati. Le indicazioni fornite dovrebbero essere funzionali ai sistemi e ai servizi esistenti ed è incoraggiante vedere le azioni già intraprese a questo riguardo in Italia.*

*Questo fascicolo monografico del BEN non vuole contribuire solo alla preparazione e alla risposta alle emergenze in Italia, ma anche alla riflessione e alla crescita a livello internazionale, rappresentando un valido punto di riferimento per altri Paesi in contesti simili.*

## Riferimenti bibliografici

1. [www.enonline.net/ifecoregroup](http://www.enonline.net/ifecoregroup)
2. World Health Assembly. *Infant and young child nutrition. Resolution 63.23*. Geneva; 2010.
3. World Health Assembly. *Infant and young child feeding. Resolution 71.9*. Geneva; 2018.
4. Infant Feeding in Emergency Core Group. *Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Operational Guidance for Emergency Relief Staff and Programme Managers*. V3.0; 2017.
5. Scime NV. Supporting breastfeeding during humanitarian emergencies. *Univ West Ont Med J* 2017;86(1):12-3.
6. Organizzazione Mondiale della Sanità. *Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno*; 1981.

## I 6 passi dell'alimentazione infantile nelle emergenze

Alessandro Iellamo<sup>1</sup>, Angela Giusti<sup>2</sup>, Francesca Zambri<sup>3</sup>, Sofia Colaceci<sup>2</sup>,  
Valentina Possenti<sup>2</sup>, Eleonora Brillo<sup>3</sup>, Flaminia Cordani<sup>4</sup> ed Elise M. Chapin<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Save the Children Gran Bretagna;

<sup>2</sup>Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma;

<sup>3</sup>Scuola Dottorale in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Roma Tor Vergata;

<sup>4</sup>Save the Children Italia;

<sup>5</sup>Unicef Italia

**SUMMARY** (*The six steps of infant and young feeding in emergencies*) - The operational guidance on infant and young child feeding in emergencies provides a concise and practical guide on how to ensure adequate nutrition for infants and young children in an emergency, in order to reduce the risk of morbidity and/or mortality of the infant and young child associated with nutritional practices. The target populations for interventions include infants and children younger than two years (0-23 months) and pregnant and lactating women. The document is aimed at policy makers, decision makers and programmers working in emergency situations and emergency response, including governments, United Nations agencies, national and international non-governmental organizations, donors, groups of volunteers and private/commercial sector. Six practical steps summarize the core interventions that are considered a minimum standard to protect the mother-baby dyad's health in emergencies.

**Key words:** emergency; infant; breast feeding

[angela.giusti@iss.it](mailto:angela.giusti@iss.it)

### Guida operativa sull'alimentazione infantile nelle emergenze

La Guida Operativa per l'Alimentazione Infantile Nelle Emergenze (GO-AINE) è basata sugli standard internazionali dell'emergenza e sugli indirizzi-chiave prodotti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'Unicef sull'alimentazione nei primi 1.000 giorni di vita. Pubblicata per la prima volta nel 2001, è stata aggiornata a ottobre 2017 dall'Infant Feeding in Emergency (IFE) Core Group (1), un gruppo di lavoro sull'alimentazione infantile nelle emergenze, che dal 1999, mette in collegamento i professionisti del settore, sviluppa linee di indirizzo per le politiche e materiali formativi. Ne fanno parte agenzie delle Nazioni Unite (World Health Organization, World Food Program, Unicef, Emergency Nutrition Network, United Nation Refugee Agency, Global Nutrition Cluster), organizzazioni non governative (International Medical Corps, Save the Children, World Vision, Concern, International Baby Food Action Network, International Rescue Committee, International Orthodox Christian Charities, Action Contre la Faim, GOAL), università, agenzie indipendenti e singoli individui.

Dal 2007, l'Istituto Superiore di Sanità ha collaborato alla revisione della guida operativa e allo sviluppo di strumenti di comunicazione e formazione destinati agli operatori delle emergenze e ai professionisti della salute.

La protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento e dell'adeguata alimentazione infantile si estendono alle situazioni di emergenza, condizioni nelle quali gruppi di popolazione normalmente sani, come le mamme e i bambini piccoli, possono presentare specifiche vulnerabilità.

Le linee d'indirizzo contenute nella guida operativa si applicano in tutto il mondo alla previsione, prevenzione e mitigazione dei rischi, alla gestione delle emergenze e al loro superamento, per ridurre al minimo i rischi di morbosità e/o mortalità di lattanti e bambini piccoli associati alle pratiche nutrizionali e per ottenere i migliori esiti in termini di alimentazione, salute e sviluppo dei bambini. Le popolazioni target per gli interventi sono i lattanti e i bambini di età inferiore ai due anni (0-23 mesi) e le donne in gravidanza e che allattano.

I destinatari della guida sono i responsabili delle decisioni politiche, i dirigenti e il personale che lavora nei programmi di prevenzione in ordinario e di risposta alle emergenze, inclusi i governi, le agenzie nazionali dell'emergenza (in Italia la Protezione Civile), le agenzie delle Nazioni Unite, le associazioni e le organizzazioni non governative, i donatori, i gruppi di volontari e il settore privato/commerciale, con particolare attenzione alla prevenzione e alla gestione di eventuali conflitti di interessi.

Il documento è organizzato in 6 passi concreti, ognuno corredato di riferimenti bibliografici e definizioni.

Data la portata internazionale, sono inclusi aspetti che si applicano a diversi contesti e tipologie di emergenze; è compito dei singoli Paesi utilizzare gli orientamenti generali forniti dalla guida operativa declinandoli sulla base delle specifiche realtà d'intervento.

## **Guida operativa: i 6 passi per il personale di primo soccorso e i coordinatori**

### **PASSO 1**

#### **Aderire o sviluppare politiche**

I governi e le agenzie dovrebbero dotarsi di politiche aggiornate che soddisfino adeguatamente tutti i seguenti elementi nel contesto di un'emergenza:

- protezione, promozione e sostegno all'allattamento;
- gestione dell'alimentazione con formula;
- alimentazione complementare;
- esigenze nutrizionali delle donne in gravidanza o che allattano;
- rispetto del Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno (2);
- prevenzione e gestione delle donazioni di sostituti del latte materno;
- alimentazione infantile nel contesto delle emergenze di sanità pubblica e dei focolai di una malattia infettiva.

Le politiche e le strategie derivanti devono essere diffuse a tutti gli attori coinvolti nell'emergenza, inclusi i media.

### **PASSO 2**

#### **Formare il personale**

Tutto il personale coinvolto nelle situazioni di emergenza deve essere sensibilizzato: gli operatori direttamente o indirettamente coinvolti con la popolazione colpita, i decisori, chi gestisce le donazioni o l'allocazione delle risorse per la risposta all'emergenza. Il personale dovrebbe essere formato in ordinario e in emergenza, adattando i contenuti formativi e definendo le priorità sulla base dei bisogni identificati. Dovrebbero inoltre essere coinvolti gli enti preposti alla formazione curriculare universitaria e all'educazione continua dei professionisti già in servizio.

### **PASSO 3**

#### **Coordinare le operazioni**

Il governo è l'autorità di coordinamento principale, relativamente all'alimentazione infantile nelle emergenze (AINE). Il coordinamento fornisce

una direzione contesto-specifica e tecnicamente informata sugli aspetti dell'AINE a tutti i soccorritori, individua le vulnerabilità critiche e le lacune nella gestione di questi aspetti e le azioni per assicurare che queste siano gestite rapidamente, monitorando l'adeguatezza della risposta.

### **PASSO 4**

#### **Valutare e monitorare**

La valutazione riguarda i bisogni e le priorità di cui tenere conto negli interventi per garantire l'adeguatezza della risposta all'AINE e l'impatto degli interventi, dell'azione umanitaria e della non-azione. La raccolta dati prevede l'uso di strumenti qualitativi e quantitativi e riguarda sia la situazione pre-crisi e la rilevazione dei bisogni precoci. Il monitoraggio e la valutazione dovrebbero prevedere la disponibilità di dati disaggregati per età dei bambini <2 anni (0-5 mesi, 6-11 mesi, 12-23 mesi) e il numero di donne in gravidanza o che allattano. Il sistema di monitoraggio dovrebbe predisporre indicatori di processo, output ed esito, che includano la dimensione di genere, l'equità, l'aderenza al Codice internazionale e le eventuali violazioni.

### **PASSO 5**

#### **Proteggere, promuovere e sostenere l'alimentazione ottimale di lattanti e bambini piccoli con interventi multisetoriali integrati**

È necessario attivare una serie di azioni:

- agire per garantire che i bisogni nutrizionali della popolazione generale siano soddisfatti, prestando particolare attenzione all'accesso ad alimenti appropriati per i bambini non allattati e all'adeguatezza nutrizionale per i bambini in alimentazione complementare, per le donne in gravidanza o in allattamento;
- proteggere, promuovere e sostenere l'avvio precoce dell'allattamento esclusivo in tutti i neonati e limitare l'integrazione con sostituti del latte materno (SLM), riservandola a motivate indicazioni cliniche;
- proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento esclusivo nei lattanti di meno di sei mesi di età e l'allattamento continuato nei bambini tra sei mesi e due anni o più, accompagnato da un'alimentazione complementare adeguata;
- coordinarsi con altri settori per facilitare l'accesso ai servizi di supporto (ospedali, servizi territoriali, comunità);

- utilizzare e migliorare le competenze esistenti per fornire un supporto qualificato per l'allattamento;
- non inviare o accettare donazioni di cibi complementari che potrebbero non soddisfare i requisiti nutrizionali e di sicurezza.

È auspicabile una forte collaborazione multisettoriale da parte dei settori chiave che si occupano di alimentazione dei lattanti e dei bambini piccoli per garantire la sicurezza e l'adeguatezza alimentare e un valido supporto a donne e bambini.

## PASSO 6

### Ridurre i rischi dell'alimentazione artificiale

Per quanto riguarda le donazioni in caso di emergenza, è preferibile non accettare donazioni di SLM e non donarle, in quanto potrebbero essere di qualità variabile e non gestiti in maniera idonea. La gestione dell'alimentazione artificiale richiede una valutazione della necessità effettiva dell'utilizzo degli SLM. In caso di necessità, l'autorità di coordinamento deve identificare i fornitori di SLM appropriati. Le forniture riguardano essenzialmente la formula infantile, che può essere in polvere o pronta all'uso, rispettivamente non sterile e sterile; ne consegue, quindi, che deve essere gestita

con modalità diverse. È importante determinare la disponibilità di combustibile, acqua e attrezzature per la preparazione domestica sicura di SLM e se necessario fornire supporti aggiuntivi. Occorre, inoltre, scoraggiare l'utilizzo di biberon e tettarelle a causa di un elevato rischio di contaminazione e di difficoltà di pulizia, incoraggiando l'utilizzo di tazzine. Alle famiglie va illustrata la preparazione, la somministrazione e la conservazione degli SLM in sicurezza, accertandosi che abbiano ricevuto informazioni corrette.

### Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

### Riferimenti bibliografici

1. Infant Feeding in Emergency Core Group. *Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Operational Guidance for Emergency Relief Staff and Programme Managers*. V3.0; 2017.
2. Organizzazione Mondiale della Sanità. *Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno*; 1981.

## Scenari di simulazione di emergenza sismica: studi di caso su allattamento e alimentazione infantile

Julia Bomben<sup>1</sup>, Elise Chapin<sup>1</sup>, Sofia Colaceci<sup>2</sup> e Angela Giusti<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unicef, Italia;

<sup>2</sup>Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

**SUMMARY** (*Seismic emergency simulation scenarios: case studies on breastfeeding and infant feeding*) - Emergency simulations are management and training activities carried out to promote the correct behaviours to be adopted to respond to the needs of the affected population, with a focus on the groups with the greatest vulnerability. Simulations usually involve the elderly population and people with disabilities while the presence of mothers and babies is rare. During a civil simulation exercise held in Italy in 2018, parents of young children were involved in four different scenarios, with the aim of testing the ability to respond to the specific needs of this target population. The adequacy of care offered to the mother-infant dyad largely depends on the preparedness. There is the need for differentiated training experiences on infant feeding for emergency and first-line health personnel.

**Key words:** breast feeding; emergencies; disasters

[e.chapin@unicef.it](mailto:e.chapin@unicef.it)

### Introduzione

In Italia le attività attinenti alla prevenzione dei rischi, al soccorso delle popolazioni colpite da emergenze e al relativo superamento sono affidate al Servizio Nazionale della Protezione Civile, istituito con la Legge 225/1992 (1). Considerata la grande varietà di rischi a cui è esposto il nostro Paese, il sistema di Protezione Civile è diffuso in modo capillare su tutto il territorio nazionale, assicurando in ogni area la disponibilità di risorse umane, mezzi e capacità operative.

La Protezione Civile è solita organizzare esercitazioni con l'obiettivo di testare la capacità di gestire l'emergenza e di integrare con la pratica la formazione teorica di operatori, volontari e di quanti sono coinvolti nella risposta. L'importanza delle esercitazioni nell'ambito emergenziale è riconosciuta da decenni (2, 3). Le simulazioni sono utilizzate per descrivere l'evento e il suo impatto a breve termine e per preparare i soggetti interessati alla gestione delle emergenze e la popolazione ai corretti comportamenti da adottare (4, 5). La formazione per l'emergenza dovrebbe inoltre prevedere quanto più possibile la collaborazione tra i diversi stakeholder della comunità, affinché i soggetti coinvolti affinino le proprie competenze nel saper individuare e rispondere ai bisogni specifici delle persone, con un focus specifico sui gruppi a maggiore vulnerabilità (6-8).

Mentre la partecipazione della popolazione anziana alle esercitazioni è ormai una prassi consolidata, anche grazie al coinvolgimento della rete dei centri sociali per anziani, viceversa, la presenza di mamme e bambini piccoli è un evento raro, presumibilmente perché questa esperienza risulta faticosa e impegnativa per le famiglie. Ne consegue che spesso gli operatori e i volontari dell'emergenza hanno poche opportunità di sperimentare la propria capacità di risposta ai bisogni specifici di questo gruppo di popolazione. L'Infant Feeding in Emergency Core Group ha prodotto una Guida Operativa sull'Alimentazione Infantile Nelle Emergenze (GO-AINE) (9), sollecitando tutti i Paesi e le organizzazioni addette alla gestione dell'emergenza a recepirla e osservarne i 6 passi (*cfr.* p. 3-5).

Questo contributo descrive l'esperienza di un Comune italiano del nord Italia che, per la prima volta in un'esercitazione civile, ha coinvolto attivamente anche un gruppo di genitori, mamme e bambini piccoli con l'obiettivo di testare la capacità di risposta all'emergenza anche in questo target di popolazione.

### Metodi e descrizione degli scenari

Nell'ambito delle regolari esercitazioni organizzate dai gruppi locali di Protezione Civile, in un Comune italiano è stata organizzata una simulazione di emergenza per testare l'efficacia del

piano di emergenza comunale e delle procedure di allertamento, anche attraverso il coinvolgimento diretto della popolazione. L'esercitazione si è tenuta nel corso del 2018 e ha avuto una durata di 3 giorni; tutta la cittadinanza è stata invitata a partecipare. Sono stati coinvolti circa 300 operatori di Protezione Civile e oltre 240 famiglie.

### Scenario generale di emergenza

È stata simulata un'emergenza sismica che ha comportato l'evacuazione delle scuole (asili, scuole elementari e medie, alcune scuole superiori), di una casa di riposo, inclusi anziani non autosufficienti, e di numerose famiglie residenti nel centro storico. L'esercitazione prevedeva l'allestimento di un campo di prima accoglienza per ospitare i cittadini nelle prime 48 ore post emergenza, una tendopoli, una cucina da campo e l'attivazione del comitato operativo comunale (COC).

### Scenario specifico: allattamento e alimentazione dei lattanti e dei bambini 0-2 anni

In accordo con il responsabile della Protezione Civile locale, nell'ambito dell'esercitazione è stato concordato l'inserimento di mamme, bambini/famiglie in quanto gruppi soggetti a specifiche vulnerabilità. Obiettivo era testare la capacità di risposta all'emergenza per quanto riguarda i bisogni relativi all'AINE in situazione emergenziale simulata. Sulla base di obiettivi di apprendimento predefiniti, sono stati presentati 4 differenti casi:

1. una mamma di 2 bambine, rispettivamente di 2 anni e di 3 mesi. La mamma era senza carrozzina, portava la bambina più piccola in una fascia. Non riusciva a rintracciare il marito che aveva con sé l'altra bambina. La madre cercava un posto per allattare, ma la bimba poppava poco e dopo poche ore la mamma ha avuto un ingorgo mammario;
2. un bambino alimentato con latte materno spremuto e integrazioni con formula 1. La madre aveva necessità di spremere il latte, conosceva bene la tecnica, ma le occorreavano un luogo e un contenitore adatti;
3. un bambino di 4 mesi nutrito con una formula anti-reflusso. Il bambino era irrequieto e aveva fame. I genitori non avevano nulla con sé;
4. un bambino alimentato con latte materno e alimenti semisolidi. La cucina da campo avrebbe dovuto rispondere alla necessità di preparare alimenti semisolidi.

### Risultati

L'esercitazione aveva lo scopo di mettere in evidenza i punti di forza e gli ambiti di miglioramento del sistema sulla gestione specifica dei bisogni di mamme, papà e bambini di età inferiore a 2 anni, allattati e non.

La risposta degli operatori di primo soccorso è stata centrata sulla risoluzione dei diversi problemi presentati. Rispetto alla collocazione delle famiglie con lattanti e bambini piccoli arrivate al campo, constatata l'impraticabilità delle tende a causa dell'elevata temperatura, le famiglie sono state prontamente disposte all'aperto in un'area del campo ventilata e riparata da alberi. Per le mamme che dovevano allattare, la proposta iniziale è stata di utilizzare un'ambulanza in sosta, tuttavia in un'emergenza non sarebbe stato realistico avere a disposizione mezzi di soccorso da adibire a spazio per l'allattamento. Pertanto, anche per queste mamme, la soluzione migliore è stata l'allattamento in zona aperta e ben areata. Per la spremitura del latte è stato offerto lo spazio dell'ambulanza, dotando la mamma di contenitori puliti. Il caso di ingorgo è stato riferito ai professionisti sanitari presenti nel punto di prima accoglienza.

Il COC ha dato disposizione di far aprire la farmacia comunale per l'approvvigionamento dei sostituti del latte materno necessario. Per le esigenze di alimentazione complementare e la preparazione della "pappa", alla madre è stata fatta una doppia proposta: preparazione da parte del personale addetto alla cucina o prodotto preconfezionato. Gli operatori locali hanno dichiarato di preferire i cibi industriali, per la loro semplicità e sicurezza d'uso; anche le madri, non avendo il controllo diretto sul cibo, hanno preferito i prodotti preconfezionati. L'aver raggruppato insieme nuclei familiari con bisogni simili ha favorito il ricongiungimento, l'aiuto e il sostegno reciproco, anche per le diverse situazioni di allattamento e alimentazione infantile.

I punti critici emersi hanno riguardato la carenza di dotazioni adeguate ai bisogni specifici delle mamme e dei bambini, come sedie, tappetini per il sonno, fasce o passeggini per chi ne fosse sprovvisto, ausili per l'igiene (fasciatoio, acqua, pannolini). Le tende, inoltre, non erano praticabili a causa della temperatura elevata. Nei casi che hanno richiesto l'intervento di un professionista sanitario non è stato possibile verificare l'adeguatezza delle soluzioni proposte, in quanto non previsto dall'esercitazione.

## Discussione

Durante l'esercitazione è emersa la capacità di *problem solving* e di risposta da parte degli operatori del primo soccorso, nonostante lo scenario specifico di AINE fosse presente per la prima volta.

Pur essendo un sistema preparato a gestire i bisogni di alcuni gruppi vulnerabili, gli scenari esercitativi e gli stessi piani di emergenza comunale raramente prevedono i neonati, i lattanti e i bambini piccoli e, quando lo fanno, li considerano soggetti a rischio solo se esposti agli agenti esterni (ad esempio, ondata di calore, polveri sottili, emergenze radiologiche). La vulnerabilità intrinseca alla diade madre-bambino e alla condizione di lattante coinvolto in un'emergenza non sembra essere considerata.

La guida operativa (9) offre indicazioni sulle modalità di presa in carico dell'AINE, differenziando i bisogni sulla base delle modalità di allattamento e alimentazione. Un lattante alimentato con formula richiede un focus sull'approvvigionamento, mentre un bambino allattato richiederà sostegno da parte di personale competente per il mantenimento dell'allattamento e la risoluzione di eventuali problemi. L'adeguatezza dell'assistenza offerta alla diade madre-bambino dipende in larga misura dalla gestione in ordinario, ossia dal livello di cultura generale e competenza professionale sul tema dell'allattamento e dell'alimentazione infantile.

Per questo, tra le aree di miglioramento emerse grazie all'esercitazione, vi è la necessità di strutturare percorsi formativi sull'AINE per il personale dell'emergenza, ma anche percorsi formativi per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento e la gestione dei problemi più comuni per il personale sanitario di prima linea.

## Conclusioni

Questo è il primo esempio di esercitazione che ha incluso scenari sull'AINE. In questa prima esperienza sono stati inclusi solo pochi lattanti/bambini, ma in un'emergenza reale soggetti vulnerabili in questa fascia di età potrebbero essere molti di più, con una conseguente amplificazione dei problemi che si sono presentati, seppur ben

gestiti. Nonostante l'accurata capacità di risposta del sistema delle emergenze, il tema dell'AINE necessita di approfondimenti in termini di formazione e definizione di interventi specifici, inclusa la messa a disposizione di linee di indirizzo per il coordinamento e per rispondere ai bisogni di madre-bambino.

### Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

### Riferimenti bibliografici

1. Italia. Legge n. 225 del 24 febbraio 1992. Istituzione del Servizio Nazionale della Protezione Civile. *Gazzetta Ufficiale* n. 64, 17 marzo 1992.
2. Skryabina E, Reedy G, Amlôt R, *et al.* What is the value of health emergency preparedness exercises? A scoping review study. *Int J Disaster Risk Reduct* 2017;21:274-83.
3. Miller JL, Rambeck JH, Snyder A. Improving emergency preparedness system readiness through simulation and interprofessional education. *Public Health Rep* 2014;129(suppl. 4):129-35.
4. Pan American Health Organization. *Guidelines for Developing Emergency Simulations and Drills*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2011.
5. Jain S, Mclean C. *A framework for modeling and simulation for emergency response. Proceedings of the 2003 Winter Simulation Conference*, New Orleans (USA). Vol. 1. pp. 1068-76.
6. European Commission - European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations. ECHO Factsheet-European Disaster Risk Management; gennaio 2018.
7. European Commission. Communication from the Commission to the European Parliament, The Council And The Committee of the Regions. Strengthening EU Disaster Management: rescEU Solidarity with Responsibility; 2017.
8. United Nations Office for Disaster Risk Reduction. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030; 2015.
9. Infant Feeding in Emergency Core Group. *Infant and young child feeding in emergencies. Operational guidance for emergency relief staff and programme managers*. V2.1; 2007.



## Le esperienze delle donne in gravidanza e in allattamento durante l'emergenza terremoto in Abruzzo: risultati di uno studio qualitativo descrittivo

Angela Giusti<sup>1</sup>, Eleonora Brillo<sup>2</sup>, Francesca Zambri<sup>2</sup>, Elide Pro<sup>3</sup> e Sofia Colaceci<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma;

<sup>2</sup>Scuola Dottorale in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Roma Tor Vergata;

<sup>3</sup>Croce Rossa Italiana

**SUMMARY** (*Women's experience of pregnancy and breastfeeding during the earthquake emergency in Abruzzo: results of a descriptive qualitative study*) - Every year, emergencies involve hundreds of thousands of people all over the world. In our Country, the natural disasters mainly concern seismic and hydrogeological events. Infants, children <2 years and pregnant women have specific needs that require immediate and appropriate answers. The present qualitative descriptive study was carried out after the earthquake that struck L'Aquila and the surrounding areas, with the aim of collecting the experiences of women and analyzing them in the light of the best practices recommended for mother and child health care and infant feeding practice. Six women who were pregnant at the time of the earthquake on 6 April 2009 were interviewed 8-9 months after the seism. Regarding the moment of the earthquake, all women reported the traumatic experience and the main concern for the safety of the fetus. The separation from the partner has been described as the greatest difficulty encountered. Widely documented was the preventive distribution to pregnant women and new mothers, during their period of stay in tents, of breast milk substitutes, baby bottles and teats, even in the absence of specific clinical indications. Where the general culture and the healthcare practices protect, promote and support breastfeeding under normal conditions, this positively reflects in the management of emergencies.

**Key words:** breast feeding; emergencies; earthquakes

[angela.giusti@iss.it](mailto:angela.giusti@iss.it)

### Introduzione

Le emergenze coinvolgono ogni anno centinaia di migliaia di persone in tutto il mondo. Sono eventi gravi che possono avere origine naturale (terremoti, inondazioni, uragani, catastrofi naturali, pandemie) o essere provocate dall'uomo (conflitti, migrazioni, disastri nucleari). Nel nostro Paese le emergenze di origine naturale riguardano soprattutto eventi sismici e idrogeologici. I bambini, le donne in gravidanza, gli anziani e le persone affette da patologie sono particolarmente vulnerabili e su di loro si concentra il carico di malattie associate alle emergenze. Oltre all'urgenza di soddisfare i bisogni essenziali come la sicurezza, l'accesso a un riparo, a cibo e acqua potabile, i lattanti (0-12 mesi), i bambini sotto i 2 anni di età e le gestanti presentano bisogni specifici ai quali è necessario rispondere con immediatezza e in modo adeguato.

Le buone pratiche di assistenza al percorso nascita nell'ordinario sono l'elemento chiave della *preparedness* e, in generale, laddove il sistema promuove la salutogenesi nella nascita, continuerà a farlo anche in situazione di emergenza. Esistono però alcuni elementi specifici negli interventi destinati alle donne, alle coppie e ai bambini nelle emergenze che devono essere

tenuti in considerazione da parte dei professionisti della salute e del primo soccorso. La Guida Operativa per l'Alimentazione Infantile Nelle Emergenze (GO-AINE) (1), sintetizza tali elementi, con un focus specifico sui bisogni delle donne in gravidanza e dei lattanti 0-2 anni, allattati e non allattati (*cf.* p. 3-5). Secondo le raccomandazioni nazionali e internazionali (2-4) esistono alcune azioni prioritarie da intraprendere per quanto riguarda l'AINE, azioni che salvano la vita dei più piccoli o ne garantiscono i migliori esiti di salute a breve e a lungo termine. Il presente studio è stato realizzato nel 2009, in occasione del terremoto che ha colpito L'Aquila e le zone circostanti, con l'obiettivo di raccogliere le esperienze delle donne e analizzarle alla luce delle buone pratiche raccomandate per la presa in carico del percorso nascita e dell'alimentazione infantile durante le emergenze.

### Materiali e metodi

Lo studio è stato di tipo qualitativo descrittivo. Ha coinvolto donne che al momento del sisma erano in gravidanza e si trovavano sul territorio interessato. Alle eventuali partecipanti, contattate attraverso la rete dell'assistenza, è stata chiesta l'ade-

sione volontaria all'indagine, previa descrizione di obiettivi e metodi dello studio, nonché rilascio del consenso informato. L'intervista è stata condotta presso il domicilio delle donne partecipanti, su loro invito. L'intervista semi-strutturata, impiegata come strumento di raccolta dati, prevedeva un'iniziale domanda generale sull'esperienza di gravidanza, parto, allattamento e alimentazione infantile. Quando non affrontati spontaneamente dall'intervistata, sono stati stimolati approfondimenti sulle difficoltà incontrate, sulla percezione dell'assistenza ricevuta rispetto alla situazione di emergenza, sugli aspetti rivelatisi d'aiuto in quelle circostanze, sui bisogni attuali e sui suggerimenti ritenuti utili per gravide e bambini piccoli nelle medesime condizioni di emergenza. Le interviste sono state audio registrate e trascritte integralmente. L'analisi, condotta attraverso il software NVivo, ha previsto la codifica dei testi, l'attribuzione a categorie deduttive e induttive, la classificazione e l'analisi dei temi emergenti. Partendo dalle esperienze delle intervistate, le diverse parti sono state classificate sulla base del tipo di esperienza percepita (positiva o negativa) e sull'aderenza dell'offerta di servizi agli standard raccomandati per i servizi psicosociali (5) e l'AINE, scegliendo il riferimento internazionale disponibile all'epoca del terremoto (6).

## Risultati

Sei donne che erano in gravidanza al momento del sisma del 6 aprile 2009 sono state contattate a gennaio 2010, a 8-9 mesi dall'evento. Tutte hanno accettato di partecipare all'intervista, che ha avuto una durata variabile da 30 a 60 minuti. L'età media delle intervistate era di 33,6 anni (28-46).

Rispetto all'esperienza diretta del sisma e alla risposta ai bisogni essenziali, le intervistate hanno riportato l'esperienza traumatica della preoccupazione per l'incolumità del bambino. Il ricordo del personale di primo soccorso è stato riferito con emozione e riconoscenza generalizzata. Nell'immediatezza dell'evento, l'auto si è trasformata nell'alloggio di fortuna per ogni partecipante e i propri familiari. Destino comune è stato il successivo trasferimento all'interno delle tende, dopodiché l'alloggio si è diversificato, perlopiù a seconda delle disponibilità offerte dalle reti familiari di ciascuna donna. Durante il post emergenza, secondo le intervistate che sono state dislocate, è mancata la possibilità di trovare una collocazione vicina ai propri cari che consentisse la gestione del neonato e degli eventuali altri bambini.

La separazione dal partner, dovuta alla necessità del compagno di riprendere il lavoro, spesso sul luogo del sisma, e l'allontanamento della donna e dei bambini per ragioni di sicurezza, è stata riportata come la maggiore difficoltà incontrata sia durante la gravidanza che dopo la stessa. La presenza nei luoghi del sisma di personale specializzato, sanitario e psicosociale, è emerso come fattore rilevante per il benessere psicologico delle madri, così come la presenza di servizi a supporto delle famiglie (campus per i bambini). I punti di incontro per mamme e bambini sono stati riferiti come utili, tuttavia non sempre erano presenti e in alcuni casi sono stati interrotti durante il post emergenza, sia per il turnover del personale dedicato sia per la dispersione della popolazione sul territorio. È stata altresì riportata la mancanza di servizi di sostegno alle madri nella gestione della quotidianità. Le intervistate hanno riferito la propria percezione di essere avvertite come un peso per i Comuni impegnati nella gestione dell'emergenza, essendo gestanti o madri di bambini piccoli e avendo pertanto esigenze specifiche.

L'assistenza al percorso nascita ha rispecchiato le pratiche pre emergenza. In assenza di precise strategie per protezione, promozione e sostegno all'allattamento (ad esempio, ospedali e comunità amiche dei bambini) sono prevalsi la separazione madre-bambino alla nascita e durante la degenza, l'allattamento a orari e la prescrizione di formule sostitutive per lattanti fin dai primi giorni di vita. Il sostegno dopo la dimissione è risultato variabile tra i diversi servizi e operatori; sempre rilevante è stato il sostegno della famiglia ed è emersa la relazione con il bambino come elemento di benessere. L'assistenza sanitaria standard, fornita da pediatri di libera scelta e medici di medicina generale, è stata percepita come presente ed efficiente.

Ampiamente documentata è stata la pratica della distribuzione attiva alle gestanti e alle neomadri, durante il loro periodo di permanenza nelle tende, di sostituti del latte materno di tipo 1, ciucci, biberon, tettarelle, anche in assenza di specifiche indicazioni cliniche. Di contro, una donna ha riportato le difficoltà incontrate per l'approvvigionamento di una formula sostitutiva liquida prescritta al proprio bambino dopo il parto, al momento della dimissione ospedaliera. Il riallattamento è risultato del tutto sconosciuto alle donne intervistate e non è stato proposto a nessuna delle tre donne che avevano interrotto o mai avviato l'allattamento al seno, nonostante si tratti di una pratica raccomandata per le ricadute positive sulle madri e sui bambini.

## Discussione e conclusioni

Dall'indagine emerge una capacità di risposta nell'emergenza che corrisponde in larga misura ai bisogni delle madri e dei bambini piccoli. Laddove le pratiche assistenziali e di protezione, la promozione e il sostegno all'allattamento sono adeguate in condizioni di normalità, l'appropriatezza si ripercuote nella gestione dell'emergenza. Dove però prevalgono pratiche obsolete o non supportate da evidenza scientifica, questi aspetti possono peggiorare la gestione della quotidianità e il recupero dall'emergenza.

Tra i punti chiave emerge il bisogno di proteggere le relazioni sociali significative, con sistemi che consentano ai nuclei genitoriali di rimanere uniti attraverso l'offerta di servizi che favoriscano l'incontro di mamme e bambini in gruppi di pari, e la continuità dell'offerta di servizi per la promozione del benessere psico-sociale. Rispetto all'AINE, emergono diverse inapproprietezze, per eccesso e per difetto, nella distribuzione di sostituti del latte materno (SLM) e di ausili per l'alimentazione artificiale, soprattutto da parte del personale incaricato della gestione dell'emergenza. Le raccomandazioni prevedono che gli SLM siano distribuiti solo ai lattanti che ne hanno bisogno, come stabilito dalla valutazione di un operatore sanitario qualificato, con specifica formazione in tema di allattamento e alimentazione infantile (1,6). È previsto inoltre che, qualora gli SLM siano necessari, il sistema ne garantisca l'approvvigionamento per tutta la durata dell'emergenza. Sono necessari interventi di comunicazione e di formazione per promuovere pratiche appropriate e una cultura della fisiologia, secondo quanto previsto dalle raccomandazioni più recenti.

Tra i limiti dello studio va citata la mancata saturazione dei contenuti; infatti, negli studi qualitativi la rappresentatività ricercata non è di popolazione, bensì di fenomeno. Non è stato possibile aggiungere ulteriori interviste a causa dell'esiguo numero di donne con lattanti rimaste sul luogo del sisma. Nonostante ciò, i risultati forniscono importanti informazioni su un ambito poco studiato e su cui sarà possibile sviluppare ulteriori temi di ricerca.

### Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

### Riferimenti bibliografici

1. Infant Feeding in Emergency Core Group. *Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Operational Guidance for Emergency Relief Staff and Programme Managers*. V3.0; 2017.
2. Ministero della Salute - Tavolo Tecnico Allattamento (TAS). *Allattamento nelle Emergenze*. Roma; 2018. [in stampa].
3. World Health Assembly. *Infant and young child feeding - Resolution 71.9*. Geneva; 2018.
4. World Health Assembly. *Infant and young child nutrition - Resolution 63.23*. Geneva; 2010.
5. Inter-Agency Standing Committee. *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial support in Emergency settings*; 2007.
6. Infant Feeding in Emergency Core Group. *Infant and young child feeding in emergencies. Operational guidance for emergency relief staff and programme managers*. V2.1; 2007.

## Aderire e sviluppare strategie per l'alimentazione infantile nelle emergenze: l'esperienza del Comune di Marino (RM) per un piano di emergenza comunale partecipativo

Sofia Colaceci<sup>1</sup>, Irene Raparelli<sup>2</sup>, Michela Cericco<sup>2</sup>, Carla Oliva<sup>3</sup>, Antonio Dibello<sup>4</sup>, Paola Tiberi<sup>4</sup>, Marco Carbonelli<sup>5</sup>, Angela De Carolis<sup>3</sup> e Angela Giusti<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma;

<sup>2</sup>Associazione La Goccia Magica, Marino (RM);

<sup>3</sup>ASL Roma 6;

<sup>4</sup>Comune di Marino (RM);

<sup>5</sup>Associazione Marino Aperta Onlus, Marino (RM)

**SUMMARY** (Endorse and develop strategies for infant feeding in emergencies: the experience of the Municipality of Marino - Rome, for a participatory municipal emergency plan) - In Italy, the Municipal Emergency Plan is an operative tool for disaster risk prevention and reduction, aimed to protect the population and the territory in case of public emergency. The direct contribution of citizens is necessary to improve awareness, the culture of prevention and education to reduce the risk of disasters, and the promotion of resilient communities. In 2016, the Municipality of Marino (Rome), recognizing local voluntary and civic organizations their fundamental role in the management of emergencies, started a participatory process for the drafting of the Municipal Emergency Plan, involving associations, neighbourhood committees, citizens and employees of the Municipality. Thanks to women's associations, the need to address Infants and Young Children Feeding in Emergencies (IYCF-E) has emerged. Thus, a dedicated procedure on IYCF-E has been included in the Municipal Emergency Plan, according to the international recommendations.

**Key words:** emergency; preparedness; community participation

[sofia.colaceci@iss.it](mailto:sofia.colaceci@iss.it)

### Introduzione

Il piano di emergenza comunale (PEC) è uno strumento operativo per la tutela e la salvaguardia di cittadini e territorio in caso di emergenza dovuta a calamità di impatto pubblico. Il PEC contiene le procedure necessarie per rispondere a una qualsiasi calamità attesa o improvvisa, consentendo alle autorità di attivare e coordinare i soccorsi a supporto della popolazione colpita (1). Considerata l'importanza di questo strumento, il PEC è obbligatorio dal 2012 a seguito dell'approvazione della Legge 100/2012 (2). Come previsto dalla normativa, ogni Comune italiano avrebbe dovuto redigere, approvare e adottare il PEC con deliberazione consiliare entro fine 2012, secondo i requisiti e le procedure riportate nelle indicazioni operative del Dipartimento della Protezione Civile e delle giunte regionali, garantendone poi un aggiornamento periodico.

È evidente che il PEC ha una funzione pubblica: deve essere uno strumento fruibile dalla cittadinanza, comprensibile a chiunque e costantemente promosso, affinché ogni cittadino possa utilizzarlo per fronteggiare le situazioni emergenziali con coscienza e divenirne promotore attivo, riducendo per quanto possibile i rischi per se stesso e per gli altri. In questa prospettiva, l'informazione contenuta nel PEC non si esaurisce in una mera descrizione

scientifica dei diversi rischi insistenti sul territorio, bensì chiarisce quali sono le probabilità che si verifichino nelle diverse tipologie di calamità e indica sia i comportamenti da adottare durante e dopo l'evento sia le modalità con cui la Protezione Civile interverrà per assistere la popolazione colpita.

In ambito internazionale, il Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030 (3) è un documento di riferimento adottato nel 2015 in occasione della terza conferenza mondiale delle Nazioni Unite ed è il risultato di una serie di consultazioni intergovernative per la riduzione del rischio di disastri sia naturali che antropici, di natura ambientale, tecnologica e biologica, e la costruzione della resilienza delle nazioni e delle comunità alle catastrofi (3).

Il documento sottolinea la responsabilità primaria degli Stati nella prevenzione e nella riduzione del rischio di disastri e la necessità di coinvolgere l'insieme delle organizzazioni e delle istituzioni. La resilienza degli aspetti sanitari è fortemente promossa in ogni ambito. Tra i principi guida è richiamata la collaborazione e la partnership di tutte le parti sociali in un processo di *empowerment* e una "partecipazione inclusiva, accessibile e non discriminatoria, prestando particolare attenzione alle persone

colpite in maniera sproporzionata dai disastri” (3), con un focus su equità, prospettiva di genere, età, disabilità e cultura.

La partecipazione attiva dei diversi attori, tra cui i cittadini, alla gestione del rischio da disastro è uno degli elementi-chiave della governance in tutte le sue fasi, per la prevenzione, la mitigazione, la preparazione, la risposta, il recupero e il ripristino della normalità. Per questo, le Nazioni Unite richiamano gli enti preposti a fare ricorso ad “ampie consultazioni pubbliche e di comunità durante lo sviluppo delle norme e regolazioni stesse, per supportarne lo sviluppo”. Ancora, si invitano gli Stati a promuovere processi di partecipazione attiva della società civile, dei volontari, delle organizzazioni di volontariato riconosciute o basate sulle comunità, affinché contribuiscano “con specifiche conoscenze e indirizzi pragmatici, nell’ambito dello sviluppo ed attuazione dei quadri normativi, degli standard e dei programmi per la riduzione del rischio di disastri nonché nella implementazione della programmazione e delle strategie”(3).

Il contributo diretto dei cittadini è necessario per promuovere la consapevolezza dell’opinione pubblica, la cultura della prevenzione, l’educazione alla riduzione del rischio di disastri e la costruzione di comunità resilienti, attivando una gestione del rischio che coinvolga l’intera società. Nella fase di elaborazione e discussione del PEC e delle relative procedure risulta dunque cruciale il coinvolgimento della cittadinanza già nelle fasi iniziali, affinché il documento diventi un prodotto condiviso e pensato a misura di cittadino.

Obiettivo di questo articolo è descrivere il processo attraverso il quale il Comune di Marino, in provincia di Roma, ha prodotto un PEC partecipato e gli esiti prodotti da tale processo, in termini di procedure operative per la presa in carico della salute delle mamme e dei bambini piccoli nelle emergenze.

### **La progettazione partecipata per il PEC**

Nel 2016 la neo-insediata amministrazione comunale di Marino ha ravvisato l’urgenza di ottemperare alla Legge 100/2012. L’amministrazione ha quindi riconosciuto alle organizzazioni e associazioni locali di volontariato e impegno civico il loro ruolo fondamentale nella gestione delle emergenze. Per tale motivo, la redazione del PEC è avvenuta in forma partecipata tramite il coinvolgimento di circa 50 tra associazioni, comitati di quartiere, cittadini, dipendenti del Comune e della ASL, Croce Rossa, nonché

delle istituzioni locali deputate alla gestione delle emergenze e principalmente i vigili del fuoco e le forze dell’ordine. Il coordinamento è stato operato da due associazioni del territorio, “Marino Aperta Onlus” e “Gruppo di Presenza Mons. Grassi”, particolarmente preparate e sensibili al tema delle emergenze.

Il PEC è stato redatto nell’ambito di incontri e scambi informativi su piattaforme web (4) e di seminari formativi con esperti di settore che hanno affrontato diverse tematiche, utili all’elaborazione del documento. In particolare, l’organizzazione di volontariato “La Goccia Magica” ha proposto che nel PEC si prestasse attenzione ai lattanti (0-12 mesi), ai bambini sotto i due anni di età e alle donne in gravidanza e in allattamento, perché presentano bisogni specifici ai quali durante le emergenze è necessario rispondere con immediatezza e in modo adeguato.

### **Il PEC del Comune di Marino**

Il PEC (5), approvato il 29 novembre 2016, consta di 8 allegati in cui sono elencati: le associazioni disponibili a prestare supporto nella gestione dell’emergenza sul territorio locale; i materiali e i mezzi immediatamente disponibili, oltre alle convenzioni stipulate dal Comune per la fornitura in tempi stretti; le procedure operative adottate per le possibili calamità che possano verificarsi sul territorio; la procedura da sperimentare e applicare per l’Alimentazione Infantile Nelle Emergenze (AINE).

Coerentemente con lo scopo generale del PEC di promuovere l’efficienza dei soccorsi e rispondere in modo adeguato agli obiettivi della popolazione, in particolare dei gruppi ad aumentata vulnerabilità, l’obiettivo della procedura AINE è di regolamentare la fornitura e la gestione, con annesso norme di sicurezza igienica per la preparazione e la distribuzione, dei sostituti del latte materno nelle emergenze, affinché siano garantiti a chi ne ha bisogno, e non interferiscano con la protezione e la promozione dell’allattamento per gli altri. La procedura AINE è suddivisa in 8 sezioni, che riprendono i punti chiave della guida operativa per l’alimentazione infantile nelle emergenze (6), rilevanti per il contesto locale, e includono:

- la raccolta delle informazioni chiave su lattanti e bambini piccoli nella popolazione, disaggregandoli per età (0-6, 7-12, 13-24 mesi, 2-5 anni) e tipo di alimentazione (allattamento esclusivo, predominante, complementare, non allattamento); donne in gravidanza o in allattamento;

- la previsione di aree di accoglienza dedicate a mamme e bambini, che rispondano ai loro specifici bisogni;
- la valutazione iniziale di contesto, inclusi gli ambienti, la disponibilità di cibi adatti all'alimentazione complementare dei bambini piccoli, la formazione degli operatori dedicati e coinvolti nell'assistenza alle madri e ai bambini;
- la risposta ai bisogni dei bambini, adeguata per età e tipo di allattamento/alimentazione;
- la riduzione dei rischi legati all'uso non appropriato dei sostituti del latte materno, con riferimento alla legislazione vigente e a quanto previsto dal Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno (7).

In merito alle donazioni, la procedura insiste sulla necessità di informare i responsabili degli aiuti umanitari che le donazioni di formula sostitutiva per lattanti e altri sostituti del latte materno non sono necessarie e possono interferire con la gestione dell'emergenza e con l'allattamento. Ogni donazione non richiesta di formula e sostituti di latte materno dovrebbe essere raccolta dai punti di accesso e gestita dall'agenzia di coordinamento dell'emergenza. La distribuzione di sostituti del latte materno è subordinata alla valutazione clinica fatta da professionisti formati nell'AINE, che definiscono per quali lattanti sia necessaria la fornitura (temporanea o a lungo termine) e ne garantiscono l'approvvigionamento.

La divulgazione del PEC è stata articolata in pubblicazioni distribuite ai residenti ed esposte nelle bacheche comunali, articoli e spot informativi organizzati in collaborazione con i media locali. Il PEC è stato inoltre inserito e pubblicizzato sul sito web del Comune.

Buona parte dell'attività di divulgazione ha interessato le scuole primarie e secondarie del Comune. Sono stati tenuti incontri a cadenza mensile per sensibilizzare bambini e adolescenti sui comportamenti da osservare in caso di calamità tipiche del territorio. Gli incontri sono stati condotti dalle associazioni locali in collaborazione con gli uffici tecnici comunali.

## Conclusioni

La progettazione partecipata è uno degli strumenti di empowerment e di promozione della salute delle comunità. L'esperienza del Comune di Marino è un esempio di come i processi partecipati con la cittadinanza possano essere efficaci nel produrre in tempi relativamente brevi documenti condivisi, a misura di cittadino, e nel rispondere ai bisogni specifici di gruppi di popolazione generalmente poco rappresentati, come donne e bambini.

Il PEC di Marino contiene una procedura operativa relativa all'alimentazione infantile nelle emergenze che lo rende unico nel panorama dei PEC italiani.

### Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

### Riferimenti bibliografici

1. Protezione Civile. Piano di protezione civile ([www.protezionecivile.gov.it/jcms/it/piano\\_emergenza.wp](http://www.protezionecivile.gov.it/jcms/it/piano_emergenza.wp)).
2. Italia. Legge n. 100 del 12 luglio 2012. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 15 maggio 2012, n. 59, recante disposizioni urgenti per il riordino della protezione civile. *Gazzetta Ufficiale* n. 162, 13 luglio 2012.
3. United Nations Office for Disaster Risk Reduction. *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030*.
4. Protezione Civile Marino. ...verso il PEC partecipato (<https://protezionecivilemarino.wordpress.com/>).
5. Comune di Marino. Piano di Emergenza Comunale. ([www.comune.marino.rm.gov.it/aree-tematiche/piano-emergenza-comunale](http://www.comune.marino.rm.gov.it/aree-tematiche/piano-emergenza-comunale)).
6. Infant Feeding in Emergency Core Group. *Infant and young child feeding in emergencies. Operational guidance for emergency relief staff and programme managers*. V2.1; 2007.
7. Organizzazione Mondiale della Sanità. *Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno*; 1981.