

REGIONE PUGLIA

PIANO REGIONALE DELLA  
PREVENZIONE

TRIENNIO 2005-2007  
*INTEGRAZIONE*

Il Piano Regionale della Prevenzione della Regione Puglia è definito ai sensi della Legge 138/2004 e dell'Intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 23 Marzo 2005 ed è stato formulato secondo le indicazioni contenute nella Guida alla presentazione dei progetti. Il seguente Documento integra e completa il Piano della Prevenzione 2005-2007, approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 824 del 28 giugno 2005.

L'integrazione viene formulata per le seguenti tre sezioni:

### **PRIMA SEZIONE**

PREVENZIONE DELLE RECIDIVE DEGLI ACCIDENTI CEREBRO-VASCOLARI: LINEE OPERATIVE

### **SECONDA SEZIONE**

LINEE OPERATIVE PER LA PREVENZIONE DELL'OBESITA'

### **TERZA SEZIONE**

INFORTUNI NEI LUOGHI DI LAVORO: LINEE OPERATIVE

INCIDENTI STRADALI: LINEE OPERATIVE

INCIDENTI DOMESTICI: LINEE OPERATIVE

## **SECONDA SEZIONE**

### **Linee operative per la prevenzione dell'obesità**

**Referente Regionale:**

**Dott. Vincenzo Pomo**

**Agenzia Regionale Sanitaria**

**Via Caduti di tutte le guerre n. 15**

**70124 Bari**

**tel 080/5403216**

**e-mail: [v.pomo@arespuglia.it](mailto:v.pomo@arespuglia.it)**

## ***Introduzione***

### **Dimensioni del problema a livello regionale**

L'obesità, in particolare nei paesi industrializzati, rappresenta uno dei fenomeni di salute pubblica più preoccupanti degli ultimi decenni, tanto da spingere l'Organizzazione Mondiale della Sanità a parlare del fenomeno in termini di vera e propria "epidemia"<sup>1 2 3</sup>. L'aumento di peso, infatti, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per importanti patologie quali la Sindrome Metabolica, Diabete Mellito di tipo 2 e Ipertensione Arteriosa, Osteoartrosi.

La prevalenza dell'obesità varia notevolmente da un Paese all'altro in relazione a fattori socio-economici, culturali e genetici. In linea di massima, nei paesi industrializzati, la prevalenza dell'obesità è più elevata rispetto a quelli in via di sviluppo. Infatti, negli Stati Uniti, si calcola che circa il 12% circa della popolazione abbia un BMI > di 40.

Il paziente affetto da obesità di grado severo, per le frequentissime complicanze cliniche associate all'eccessivo accumulo di tessuto adiposo, è un paziente ad altissimo rischio di morte precoce e anche di morte improvvisa.

Si calcola che i costi legati all'obesità (spese per la cura degli obesi) assorbono il 5% di tutta la spesa sanitaria a cui devono aggiungersi i costi indiretti correlati alla perdita di produttività legata alla maggiore assenza dal lavoro.

Se il trend di crescita di questa patologia sarà quello degli ultimi anni, si è calcolato che tra 20 anni quasi l'80% della popolazione mondiale sarà affetto da sovrappeso e/o obesità: una vera pandemia.

Anche l'Italia è ampiamente interessata da questa "epidemia": nel nostro Paese nell'ultima Indagine Multiscopo dell'ISTAT (anno 2003) si è stimato che oltre il 40% della popolazione è globalmente in sovrappeso, mentre quasi il 10% è francamente obesa. I maschi sono più interessati dal problema delle donne, mentre per entrambi i sessi le fasce di età più interessate sono quelle intorno ai 50 anni. Il fenomeno sembra anche interessare di più gli abitanti dei piccoli comuni (mediamente intorno al 45%) rispetto a quelli delle grandi città (40%). La distribuzione sul territorio nazionale del problema è abbastanza omogenea, anche se si è evidenziato negli ultimi anni un gradiente Nord – Sud, in cui le popolazioni delle Regioni Meridionali sembrano più colpite da questa malattia<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Bellizzi MC, Horgan GW, Guillaume M, Dietz WH. *Prevalence of Childhood and Adolescent Overweight and Obesity in Asian and European Countries*. Nestlé Nutrition Workshop Series, Pediatric Program 2002; 49: 26-33

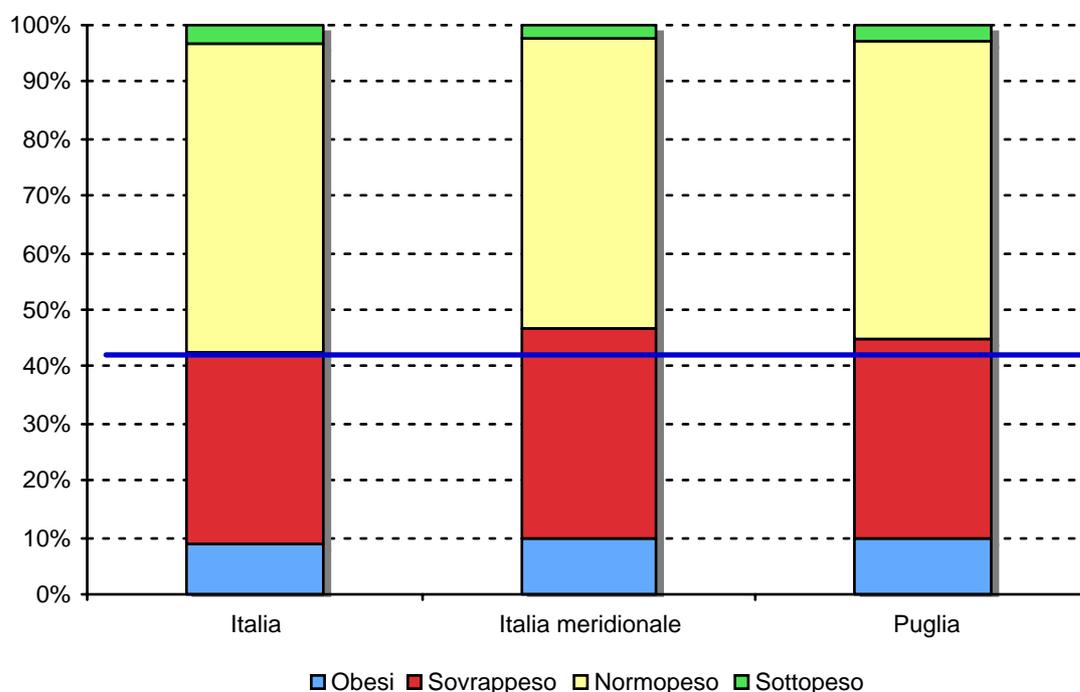
<sup>2</sup> Ells LJ, Campbell K, Lidstone J, Kelly S, Lang R, Summerbell C. *Prevention of childhood obesity*. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2005; 19(3): 441-54

<sup>3</sup> World Health Organ Tech Rep Ser. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. 2000; 894:i-xii, 1-253

<sup>4</sup> ISTAT, Stili di vita e condizioni di salute – Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", Anno 2003, Roma, 2005

In questo contesto la Regione Puglia si allinea alle condizioni delle altre Regioni Meridionali dove la proporzione di soggetti in sovrappeso si attesta intorno al 45%<sup>5</sup>.

**Grafico 1. Proporzione di persone, per stato nutrizionale – anno 2003**



Fonte ISTAT

Per quanto riguarda le abitudini alimentari, i dati forniti dall'ISTAT ci dicono che mentre globalmente, a livello nazionale, è forte la consapevolezza della necessità di una colazione adeguata (dimostrato fattore protettivo nella prevenzione dell'obesità), per i Pugliesi, come più in generale per tutti i meridionali, tale abitudine è meno radicata<sup>6</sup>. (Tabella 1)

**Tabella 1. Proporzione di persone su 100 abitanti della stessa zona per alcune abitudini alimentari - anno 2003.**

	Colazione adeguata (a)	Colazione latte e mangia qualcosa	Pranzo in casa	Pranzo in mensa	Pranzo al ristorante o trattoria	Pranzo in un bar	Pranzo sul posto di lavoro	Pasto principale pranzo	Pasto principale cena
Italia	77,5	44,0	75,6	8,2	3,0	2,6	5,0	70,6	21,7
Italia meridionale	71,8	41,5	84,7	4,6	1,3	0,7	3,7	81,4	11,3
Puglia	74,5	44,9	87,9	3,7	1,0	0,8	2,2	87,2	7,6

(a) Per adeguata, si intende una colazione in cui non si assumono soltanto tè o caffè, ma si beve latte e/o si mangia qualcosa.

Fonte ISTAT

<sup>5</sup> ISTAT, Stili di vita e condizioni di salute – Indagine multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”, Anno 2003, Roma, 2005

<sup>6</sup> ISTAT, Stili di vita e condizioni di salute – Indagine multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”, Anno 2003, Roma, 2005.

Di contro, la dieta dei pugliesi è abbastanza omogenea a quella del resto del paese, anche se si consumano più carboidrati. L'introito di proteine e grassi sembra essere elevato. Il consumo di verdura è al di sotto della media nazionale, mentre il consumo di frutta è al di sopra. I consumi di legumi e pesce superano in maniera significativa i valori medi nazionali. I pugliesi fanno anche un largo consumo di olio di oliva<sup>7</sup>. (Tabella 2 a, b, c).

**Tabella 2 a. Proporzioni di persone su 100 abitanti della stessa zona per consumo di alcuni cibi - anno 2003.**

	Pane, pasta, riso almeno una volta al giorno	Salumi almeno qualche volta alla settimana	Carni bianche almeno qualche volta alla settimana	Carni bovine almeno qualche volta alla settimana	Carni di maiale almeno qualche volta alla settimana	Latte almeno una volta al giorno	Formaggio almeno una volta al giorno	Uova almeno qualche volta alla settimana
Italia	87,7	62,5	80,2	72,1	45,1	60,5	26,7	57,5
Italia meridionale	88,8	64,4	79,9	72,8	48,7	60,4	19,4	65,2
Puglia	89,5	62,6	74,9	70,2	46,3	65,9	23,3	62,7

Fonte ISTAT

**Tabella 2 b. Proporzioni di persone su 100 abitanti della stessa zona per consumo di alcuni cibi - anno 2003.**

	Verdure almeno una volta al giorno	Ortaggi almeno una volta al giorno	Frutta almeno una volta al giorno	Verdure, ortaggi o frutta almeno una volta al giorno	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno		
					1 porzione	da 2 a 4 porzioni	5 e più porzioni
Italia	48,5	42,4	76,7	84,3	16,8	70,5	4,5
Italia meridionale	33,5	30,7	79,9	84,3	20,5	67,3	4,4
Puglia	31,8	31,7	84,9	88,3	19,9	67,9	4,4

Fonte ISTAT

**Tabella 2 c. Proporzioni di persone su 100 abitanti della stessa zona per consumo di alcuni cibi - anno 2003.**

	Legumi in scatola almeno qualche volta alla settimana	Pesce almeno qualche volta alla settimana	Snack almeno qualche volta alla settimana	Dolci almeno qualche volta alla settimana	Cottura con olio di oliva o grassi vegetali	Condimento a crudo con olio di oliva o grassi vegetali	Presta attenzione al consumo di sale e/o di cibi salati	Usa sale arricchito di iodio
Italia	45,0	57,2	23,8	48,6	95,4	97,0	60,7	26,9
Italia meridionale	65,1	65,6	28,4	45,8	97,6	97,7	61,5	28,6
Puglia	60,8	65,4	27,4	45,3	98,4	98,3	57,8	24,4

Fonte ISTAT

Per quanto concerne il livello di sedentarietà della popolazione, l'ISTAT ha stimato che nel 2003 il 20% degli Italiani hanno praticato sport in maniera continuativa, e il 10% saltuaria mentre chi non ha fatto attività fisica è stato circa il 40% e chi ha praticato solo qualche attività, nella restante parte.

<sup>7</sup> ISTAT, Stili di vita e condizioni di salute – Indagine multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”, Anno 2003, Roma, 2005

In Puglia il livello di sedentarietà è più elevato rispetto alla media nazionale: nell'anno 2003, il 50% della popolazione non ha fatto mai attività fisica e solo il 17% ha svolto una attività continuativa<sup>8</sup>.

**Tabella 3. Proporzioni di persone di 3 anni e più che praticano sport, qualche attività fisica e persone non praticanti – anno 2003**

	Praticano sport				Praticano solo qualche attività fisica	Non praticano sport né attività fisica	Non indicato	Totale
	In modo continuativo	In modo saltuario	In modo continuativo	In modo saltuario				
Italia	20,8	10,2	27,4	41,0	0,6	100,0		
Italia meridionale	16,2	8,2	23,1	51,8	0,7	100,0		
Puglia	16,9	8,2	24,8	49,2	0,8	100,0		

Fonte ISTAT

Uno degli aspetti più rilevanti nell'epidemiologia dell'obesità è, inoltre, quello legato alla sua ampia distribuzione anche tra bambini e adolescenti. Se è, infatti, dimostrato che un ragazzo obeso rischia di essere un uomo in sovrappeso, il precoce instaurarsi della patologia produce conseguenze fisiche e psichiche già durante lo sviluppo del soggetto che ne è affetto.

Negli ultimi anni si è andata sempre più affermando la relazione esistente tra sovrappeso nei minori, e abitudini di vita della famiglia in cui vivono: ragazzi obesi hanno molto spesso uno o entrambi genitori in sovrappeso<sup>9</sup>.

Anche l'età rappresenta un fattore di variabilità nella prevalenza della malattia: i valori più elevati di BMI si osservano nella fascia compresa tra 55 e 74 anni. Ma l'elemento più preoccupante è che questa patologia sta interessando fasce d'età finora esenti ossia l'infanzia e l'adolescenza, tanto da indurre il Ministero della Salute ad avviare un'ampia campagna pubblicitaria per la prevenzione dell'obesità a tutte le età.

Infatti, nelle fasce più giovani della popolazione (bambini ed adolescenti) il fenomeno sembra in continuo ed inesorabile aumento: in Italia si stima che il 4% dei bambini sia obeso e il 20% in sovrappeso, con punte di Sovrappeso e Obesi che vanno dal 14% della Valle d'Aosta fino al 36% della Campania. In Puglia i ragazzi in sovrappeso sono circa il 26%<sup>10</sup>.

<sup>8</sup> ISTAT, Cultura, società e tempo libero – Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", Anno 2003, Roma, 2005

<sup>9</sup> L. Gargiulo, E. Granicolo, S. Bresciani, *Eccesso di peso in bambini e adolescenti*, in Atti del Convegno Informazione statistica e politiche per la promozione della salute, Roma 10 -12 settembre 2002.

<sup>10</sup> L. Gargiulo, E. Granicolo, S. Bresciani, *Eccesso di peso in bambini e adolescenti*, in Atti del Convegno Informazione statistica e politiche per la promozione della salute, Roma 10 -12 settembre 2002.

È ormai ampiamente dimostrato che una delle cause più importanti di obesità è rappresentata da un bilancio energetico positivo che si prolunga nel tempo, il più delle volte legato ad uno scorretto comportamento alimentare e ad una ridotta attività fisica<sup>11</sup>.

Tale evidenza è valida sia per gli adulti che per i ragazzi, ma sicuramente non ha lo stesso valore: oltre alle conseguenze fisiche e psichiche<sup>12 13</sup> determinate dal precoce instaurarsi del sovrappeso, è noto quanto sia più facile correggere uno stile di vita in soggetti in formazione che convincere i soggetti di età adulta della necessità di un cambiamento<sup>14</sup>.

Da queste considerazioni emerge la pressante necessità di un'attenta valutazione dei comportamenti a rischio di obesità tra i ragazzi, per attuare validi ed efficaci programmi di prevenzione.

Numerosi studi sono stati condotti nella regione Puglia al fine di valutare la prevalenza di obesità nei bambini e negli adolescenti. Caroli e collaboratori<sup>15</sup> (2004) hanno rilevato una prevalenza pari al 37.9% in 700 bambini della provincia di Brindisi, rispetto ad una media nazionale, nella stessa fascia d'età, del 35%. Questo dato si correlava, in maniera inversa, con il livello di istruzione delle mamme. Tale segnalazione di letteratura trova conferma in uno studio più recente del dott. Anelli<sup>16</sup>, condotto su 575 bambini, in cui la prevalenza è pari al 37,55%. Martinelli D e collaboratori<sup>17</sup> (2005) hanno esaminato una coorte di 721 bambini della provincia di Taranto di età compresa tra 11 e 14 anni. Più del 70% (512) dei soggetti era in una condizione di normopeso, il restante 30% (209) in una condizione di complessivo sovrappeso (il 24,5% è risultato in una condizione di sovrappeso e il 5,5% erano francamente obesi). Oltre 83 su 100 soggetti normopeso faceva regolarmente colazione la mattina, mentre questa proporzione era di 75 su 100 nei sovrappeso ( $p < 0.01$  OR=0,6; IC 0,4 – 0,9). Inoltre, più del 94% dei normopeso aveva l'abitudine di intervallare i pasti principali (pranzo e cena) con colazioni o piccoli spuntini; tra i sovrappeso questa abitudine è stata riscontrata nel 82% dei casi ( $p < 0,01$  e OR=0,2; IC al 95% 0,15 – 0,43). È evidente che l'abitudine a fare colazione la mattina, e più in generale a distribuire i pasti nella giornata, rappresenti un fattore protettivo nella popolazione. Tale fenomeno potrebbe essere inteso anche come un indice d'attenzione da parte dei genitori all'alimentazione dei ragazzi: il genitore si preoccupa di far fare colazione prima di uscire di casa e che il ragazzo non arrivi ai pasti principali con una fame

---

<sup>11</sup> Veugelers PJ, Fitzgerald AL. Prevalence of and risk factors for childhood overweight and obesity. *CMAJ* 2005; 173 (6): 607-613.

<sup>12</sup> Freedman DS, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. The Relation of Overweight to Cardiovascular Risk Factors Among Children and Adolescents: The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 1999; 103 (6): 1175-1182.

<sup>13</sup> Hasler G, Pine DS, Kleinbaum DG, Gamma A, Luckenbaugh D, Ajdacic V, Eich D, Rossler W, Angst J. *Depressive symptoms during childhood and adult obesity: the Zurich Cohort Study*. *Mol Psychiatry* 2005; 10: 842-850

<sup>14</sup> Barbuti S, Bellelli E, Fara GM, Giammanco G. *Igiene e medicina preventiva*. 4<sup>a</sup> Ed. Bologna: Monduzzi Editore, 2004: 30

<sup>15</sup> Caroli M, Tommaselli MA, Argentieri L, Turrini A, Censi L, *Childhood obesity prevalence in the Apulia Region*

<sup>16</sup> Anelli S., Lavoro in corso di pubblicazione

<sup>17</sup> D. Martinelli, G. Colucci, P. Iacovazzo, F. Pavone, R. Prato, C. Germinario, *Obesità e stili di vita in un campione di adolescenti pugliesi. L'esperienza di un gruppo di medici di medicina generale*, *Annali di Igiene*, 2006 (in press).

eccessiva. Questa considerazione va verificata, ma potrebbe rivelarsi estremamente utile nell'attuazione di un programma educativo rivolto ai ragazzi, che non può prescindere dalle dinamiche comportamentali della famiglia.

La dieta in generale era abbastanza omogenea tra i ragazzi gruppo: tutti preferivano la carne al pesce e mangiavano volentieri pane e pasta. L'unico dato realmente rilevante era il diverso approccio alla verdura, poco assunta dai ragazzi in soprappeso.

Lopalco e collaboratori<sup>18</sup> (2000) hanno valutato il ruolo della televisione nella popolazione infantile come elemento di sedentarietà, ma soprattutto come comunicazione e marketing. La TV gioca un ruolo fondamentale nell'indirizzare le scelte alimentari dei bambini ed i loro futuri comportamenti nei confronti del cibo. Dall'analisi eseguita su un campione di 981 bambini, mediante somministrazione di un questionario, è emerso che i bambini sono risultati grandi consumatori di TV, il 70% trascorre due o più ore davanti alla TV ed il 30% possiede un apparecchio televisivo nella propria camera che viene gestito autonomamente senza l'intervento critico dei genitori. Il condizionamento pubblicitario della TV si fa sentire maggiormente sui fuoripasto, fonte importante di apporto calorico nell'arco della giornata. Il 42% dei bambini intervistati conosceva più di tre marche di merendine.

## **Finalità ed obiettivi specifici**

### Finalità

Le finalità del presente progetto fanno riferimento agli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione, in particolare a quelli relativi al punto 2.1, e sono:

- ✓ Raccogliere informazioni affidabili sulla di prevalenza di sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica nei pugliesi in età infantile e adulta.
- ✓ Sostenere all'interno dell'intera popolazione pugliese, ed in particolare tra le donne in età fertile e nei bambini, l'adozione di abitudini alimentari sane ed equilibrate e lo svolgimento e il mantenimento di una adeguata attività motoria.

### Obiettivi specifici

1. Attivare un sistema di sorveglianza dello stato nutrizionale della popolazione in generale, in particolare sui soggetti in età infantile, e negli adulti (18 – 65 anni)
2. Promuovere tra le donne in età fertile di iniziative per favorire l'allattamento al seno dei bambini almeno fino al sesto mese di vita.
3. Favorire nelle scuole della scelta di una dieta nutrizionalmente corretta.

---

<sup>18</sup> Lopalco PL, Piccinino G, Germinario CA, Prato R, Quarto M, *Pubblicità TV ed alimentazione: indagine conoscitiva fra gli alunni delle scuole elementari*, Educazione sanitaria e promozione della salute, 2000: 30(2).

4. Sviluppare programmi di educazione alle corrette abitudini alimentari concordati con PLS e MMG.
5. Promuovere, in accordo con l'Istituzione Scolastica, programmi sulla corretta alimentazione, sull'educazione al gusto, per migliorare le capacità di scelta nelle giovani generazioni.
6. Sviluppare la pratica di attività sportive tra i bambini e i ragazzi in età scolare.
7. Attivare programmi di educazione alla corretta alimentazione ed alla pratica sportiva rivolta alla popolazione, con particolare attenzione alle donne in età fertile.

## **Piano operativo**

### Costituzione del Comitato Tecnico di Progetto

A livello regionale verrà costituito un Comitato Tecnico di Progetto (CTP) costituito da un esponente dell'Assessorato, un rappresentante dell'ARES, uno dell'OER, uno dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, uno Specialista in Scienze dell'Alimentazione, uno specialista endocrinologo, un responsabile dell'area della nutrizione dei SIAN, un medico dello sport.

I compiti della CTP saranno:

- ✓ Individuazione delle modalità per la realizzazione della sorveglianza (elaborazione del questionario, campionamento, organizzazione della raccolta ed elaborazione dati), verificando l'eventuale necessità di risorse
- ✓ Definizione degli indirizzi per la realizzazione del Programma di Allattamento al seno in Puglia (Allegato 1)
- ✓ Attivazione di un tavolo di confronto e collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale per favorire:
  - le scelte alimentari corrette nelle scuole, con particolare riferimento ai servizi di ristorazione scolastica;
  - lo sviluppo nelle scuole di attività educative sulle corrette abitudini alimentari;
  - l'implementazione di programmi di attività motoria all'interno delle strutture scolastiche.

Con l'Ufficio Scolastico Regionale saranno valutati i termini per una collaborazione per la realizzazione della sorveglianza.

- ✓ Definizione della campagna educativa rivolta sia ai ragazzi in età scolare che alla popolazione in generale.
- ✓ Promozione degli interventi di prevenzione dei singoli, da attuare con i PLS e i MMG

- ✓ Implementazione di programmi di formazione per supportare l'attività di counseling dei MMG e PLS.
- ✓ Valutazione dei dati del sistema di sorveglianza elaborati dall'OER.
- ✓ Attivazione di confronto con Società Scientifiche di Settore (PLS, MMG, Nutrizionisti, ecc.) e con Associazioni Sportive (CONI).
- ✓ Verifica delle risorse territoriali.
- ✓ Coordinamento dei piani attuativi territoriali.

A livello di ciascuna Azienda Sanitaria Locale verrà istituita una Unità Aziendale di Progetto (UAP) composta dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione, da un Medico in rappresentanza dei distretti, da uno specialista in Scienze dell'alimentazione o in Endocrinologia, da un MMG e un PLS, con i seguenti compiti:

- ✓ Rendere operativi gli indirizzi regionali;
- ✓ Redigere un piano aziendale conforme alle scelte regionali (con censimento delle risorse);
- ✓ Assicurare la collaborazione per l'attuazione dei programmi di educazione nelle scuole.

### Collaborazioni

Per la realizzazione del progetto saranno attivate collaborazioni con:

- ✓ Ufficio scolastico regionale
- ✓ Società scientifiche
- ✓ Associazione nutrizionisti e dietisti
- ✓ CONI

## **Metodologia di intervento**

### Sorveglianza

La sorveglianza sarà effettuata mediante studi campionari nella popolazione regionale per valutare i dati antropometrici (peso, altezza, BMI, circonferenza vita), le abitudini alimentari e il livello di attività fisica praticato (tramite questionario predisposto ad hoc). Lo studio sarà condotto su alunni delle scuole materne, elementari, media inferiore e superiore, e loro familiari, contattati in modo opportuno. Tali dati saranno raccolti all'avvio del piano e rivalutati a distanza.

### Allattamento al seno

(cfr. Allegato 1)

### Implementazione di una “dieta corretta a scuola”

Il CTP in collaborazione con l’Ufficio Scolastico Regionale promuoverà la diffusione delle Linee Guida regionali per la definizione dei modelli di menù nutrizionalmente corretti, da proporre ai servizi di ristorazione scolastica.

### Promozione delle corrette abitudini alimentari e dell’attività fisica nei bambini e nei ragazzi

Ai PLS e ai MMG viene affidato il controllo periodico dei parametri antropometrici dei bambini, facendosi anch’essi promotori presso le famiglie delle corrette abitudini alimentari e motorie.

Il CTP in collaborazione con l’Ufficio Scolastico Regionale si farà promotore presso le scuole di ogni ordine e grado di iniziative volte ad educare i ragazzi a corretti stili di vita. Tali iniziative saranno organizzate a partire da esperienze di comprovata efficacia, in collaborazione con Società scientifiche e Associazioni Sportive. Alcuni di esse potranno essere:

- ✓ L’estensione del progetto pilota “Porta la frutta a scuola”, già partito in alcune realtà regionali, finalizzato all’aumento del consumo di frutta tra le giovani generazioni.
- ✓ Promozione di manifestazioni culinarie organizzate da scuole e Comuni che, coinvolgano tutte le famiglie ed in particolare le mamme nella preparazione di piatti tipici della regione, soprattutto a base di verdure, cereali, legumi, frutta, con messaggi di sana alimentazione ed educazione al gusto.
- ✓ Introduzione del corretto studio delle etichette.
- ✓ Promozione dell’apertura pomeridiana delle palestre delle scuole, in collaborazioni con le associazioni sportive, per favorire la pratica sportiva dei ragazzi e dei loro genitori.
- ✓ Realizzazione di materiale informativo, di facile ed immediata consultazione.

### Promozione delle corrette abitudini alimentari e dell’attività fisica negli adulti

Anche per gli adulti il MMG ha il compito di monitorare nei singoli soggetti i parametri antropometrici e stimolare l’adozione di comportamenti alimentari e motori corretti e costanti nel tempo. Si attueranno programmi di formazione specifica per l’apprendimento di tecniche adeguate (“counseling, motivazionale breve”), per motivare al cambiamento in maniera efficace i soggetti.

A livello regionale, insieme con le associazioni sportive attive sul territorio, sarà stilato un calendario di manifestazioni sportive e ludico-ricreative, per promuovere l’attività fisica come elemento essenziale per il vivere bene.

## Monitoraggio del progetto

### Indicatori:

#### *Attività generali*

- ✓ Numero di iniziative organizzate a livello delle scuole
- ✓ Numero delle scuole coinvolte sul totale delle scuole del territorio
- ✓ Calendario delle iniziative per promuovere l'attività fisica
- ✓ Significatività degli studi ad hoc

#### *Attività del CTP*

- ✓ Numero di riunioni
- ✓ Numero di documenti prodotti

#### *Attività del UAP*

- ✓ Redazione Piano attuativo aziendale

### Cronoprogramma

Azioni	Tempi					
	Giugno 2006		Dicembre 2006		Gennaio 2007	
Costituzione del CTP						
Costituzione delle UAP						
Azioni: sorveglianza sulla popolazione						
Promozione dell'allattamento al seno						
Linee guida in collaborazione con l'Ufficio Regionale Scolastico						
Promozione delle corrette abitudini alimentari e dell'attività fisica dei bambini						
Promozione delle corrette abitudini alimentari e dell'attività fisica degli adulti						

### Costi

	1° anno	2° anno	3° anno
Comunicazione e Formazione	160.000	200.000	200.000
Hardware	20.000	-----	-----
Manutenzione e funzionamento software	25.000	5.000	5.000
Personale	480.000	480.000	480.000
Totale	685.000	685.000	685.000

## **PIANO di PROMOZIONE dell'ALLATTAMENTO AL SENO**

### *Considerazioni generali*

Negli ultimi anni la ricerca, avvalendosi di metodi epidemiologici avanzati e di moderne tecniche di laboratorio, ha documentato svariati e interessanti vantaggi, derivanti dall'allattamento al seno e dall'uso del latte umano per l'alimentazione dei lattanti, per i lattanti, le madri, le famiglie e la società (1). Questi vantaggi includono benefici in termini di salute, nutrizionali, immunologici, evolutivi, psicologici, sociali e ambientali.

L'alimentazione con latte umano riduce infatti incidenza e gravità di un'ampia gamma di malattie infettive (quali infezioni respiratorie, diarrea, meningite) (2-13) e diminuisce i tassi di morte improvvisa del lattante nel primo anno di vita (14,15). Risultano inoltre ridotte le incidenze di diabete mellito insulino dipendente e non (16,17), linfoma, leucemia e malattia di Hodgkin (18,19), sovrappeso e obesità (20,21,22), ipercolesterolemia (23) e asma (24,25) nei bambini più grandi.

Importanti benefici per la salute, derivanti dall'allattamento materno e dalla lattazione, sono stati descritti anche per la madre (26). Tra i più significativi un ridotto rischio di cancro dell'ovaio (27) e della mammella (28-29).

L'allattamento materno rinforza inoltre il legame affettivo di mamma e bambino. La donna infatti trae grande soddisfazione dal vedere il piccolo crescere sano e forte grazie al suo latte. Questo costituisce la base per un legame stabile e sicuro tra i due.

Oltre agli specifici vantaggi per la salute dei lattanti e delle loro madri, sono stati descritti anche vantaggi economici, per la famiglia e per l'ambiente. Tali benefici includono una diminuzione dei costi per i programmi di salute pubblica, una riduzione dell'assenteismo dal lavoro per i genitori e della conseguente perdita di reddito per la famiglia, un maggior tempo da dedicare alla famiglia quale risultato di un ridotto numero di malattie a carico del lattante ed una riduzione della richiesta energetica per la produzione e il trasporto di prodotti per l'alimentazione artificiale (30,31,32) .

Nonostante la letteratura sia ricca di dimostrazioni scientifiche che confermano il ruolo del latte materno quale alimento ideale per i bambini, i tassi di allattamento in Italia e nel mondo hanno subito negli ultimi decenni una netta flessione.

Pertanto nel 1990 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e Unicef hanno avviato una campagna internazionale di promozione dell'allattamento materno per il conseguimento di obiettivi, che questo piano intende far propri. Strumento privilegiato dell'iniziativa sono i corsi di formazione del personale, di 18 ore, secondo il programma definito da OMS e Unicef e tradotti in molte lingue.

Esistono in letteratura due studi sull'effetto che la formazione del personale (con il metodo delle 18 ore) ha nell'aumentare concretamente il successo dell'allattamento al seno nella popolazione servita (33,34).

OMS e Unicef raccomandano inoltre la promozione dell'allattamento esclusivo per i primi 6 mesi di vita, con alimenti complementari fino a due anni e più (35).

Numerose esperienze dimostrano chiaramente come l'allattamento al seno possa essere protetto, promosso e sostenuto, solo attraverso azioni concertate e coordinate. Scopo di questo programma regionale è proprio quello di mettere in atto strategie e fornire strumenti utili ed omogenei a proteggere, sostenere e promuovere l'allattamento materno secondo le più moderne politiche sanitarie.

Per quanto concerne le politiche sanitarie, è opportuno tener presente che l'OMS ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale, inserendolo tra gli 8 obiettivi del millennio.

Nel 1990 si è proceduto, da parte di OMS e Unicef, alla stesura della 'Dichiarazione degli innocenti' con l'obiettivo di promuovere l'allattamento materno a livello mondiale. Strumento fondamentale per la promozione è stata l'iniziativa internazionale dell' 'Ospedale amico dei bambini'.

Nel maggio 2002 tutti i Paesi membri dell'OMS hanno approvato la 'Global Strategy' per l'alimentazione del neonato e del bambino, che raccomanda l'allattamento materno esclusivo per 6 mesi e la continuazione dell'allattamento, con adeguati alimenti complementari, fino a due anni e oltre.

Nel 2004 è stato definito il "Piano europeo di promozione dell'allattamento materno" (Progetto UE N. SPC 2002359), cui specialisti della Puglia hanno dato il proprio contributo partecipando alla stesura dello stesso nella riunione del 17 marzo 2004 organizzata a Roma dall'ISS.

Deve inoltre considerarsi che il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003-2005 ha tra gli obiettivi quello di promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica della salute. Di conseguenza gli interventi di prevenzione devono costituire il punto centrale delle politiche sanitarie. Lo stesso PSN pone l'area materno-infantile tra le aree privilegiate.

Sulla base degli indirizzi nazionali altri attori, come Regioni ed Associazioni Professionali, possono e devono definire raccomandazioni più dettagliate con piani locali a breve e a lungo termine.

In particolare l'Assessore alla sanità della Regione Toscana coordina un gruppo nazionale di lavoro con l'obiettivo di promuovere l'allattamento materno secondo le linee guida OMS e Unicef. Molte sono le Regioni già coinvolte, tra cui Val D'Aosta, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Piemonte, Toscana, Emilia Romagna, Marche, Umbria, Campania. Tali Regioni hanno firmato

l'adesione alla 'Dichiarazione degli innocenti', riconoscendo in essa il fondamento della propria politica di promozione dell'allattamento materno.

Le Regioni Val d'Aosta, Veneto, Toscana ed Abruzzo hanno siglato un protocollo di intesa con l'Unicef, impegnandosi a promuovere l'allattamento materno e l'iniziativa 'Ospedale amico dei bambini'.

### ***LA REALTA' DELLA REGIONE PUGLIA***

Da una indagine condotta dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2002 (36) è risultato che in Puglia, come in tutta Italia, il tasso di bambini allattati al seno in modo esclusivo fino a sei mesi, nonché quello dopo lo svezzamento, sono molto al di sotto delle raccomandazioni dell'OMS e dell'Unicef.

I dati rilevati in Puglia - per quanto scarsi poiché solo due ASL hanno aderito all'indagine - sono gli unici correttamente rilevati di cui si disponga. Essi rappresentano un punto di partenza per valutare l'efficacia del piano in oggetto.

Nella nostra Regione i reparti di maternità possono migliorare le loro politiche specifiche per promuovere l'allattamento sin dalla nascita, momento cruciale per il successo dell'allattamento materno.

Un'indagine svolta in Regione Puglia, nella provincia di Brindisi (37), mette in evidenza come nella popolazione infantile pugliese i dati relativi ai bambini in sovrappeso e/o obesi sono superiori (37.8%) a quelli nazionali (24%) (dati dell'ISS riferiti al 2000).

Inoltre, vi è la necessità di sviluppare la formazione universitaria e post universitaria in materia di allattamento.

### ***OBIETTIVI***

In linea con quanto previsto nella 'Dichiarazione degli innocenti', l'obiettivo del programma è proteggere, sostenere e promuovere la pratica dell'allattamento materno attraverso:

- ⇒ il miglioramento delle pratiche riguardanti l'allattamento;
- ⇒ la crescita del numero di madri che scelgono in modo consapevole di allattare i propri figli, di allattarli in maniera esclusiva per sei mesi, di continuare ad allattarli in seguito fino a quando lo desiderino;
- ⇒ il sostegno alle madri che allattano;
- ⇒ il miglioramento delle competenze pratiche e la soddisfazione degli operatori sanitari coinvolti.

A tale scopo la Regione Puglia si pone i seguenti obiettivi:

- 1) Promuovere in tutti gli ospedali pugliesi ( pubblici e privati) dotati di reparti di maternità il percorso per il riconoscimento, da parte di OMS e Unicef, della qualifica di eccellenza di ‘Ospedale amico dei bambini’.
- 2) Identificare ed affrontare i bisogni delle mamme e in particolare i bisogni specifici di sostegno delle primipare, delle donne immigrate, delle adolescenti, delle madri che vivono da sole, di quelle meno istruite ed in genere di quelle che abbiano minori probabilità di allattare, tra cui le madri con precedenti esperienze di difficoltà o d’insuccesso nell’allattamento al seno.
- 3) Identificare e affrontare i bisogni informativi degli altri componenti della famiglia (partner, padre, nonni, ...).
- 4) Incoraggiare l’adozione di provvedimenti, iniziative ed agevolazioni favorevoli all’allattamento al seno nei servizi e nei locali pubblici: proteggere il diritto delle donne ad allattare dove e quando vogliono.
- 5) Incoraggiare la formazione di reti tra specialisti in allattamento al seno per aumentare le conoscenze e migliorare le pratiche.
- 6) Promuovere il rispetto del codice internazionale dei sostituti del latte materno tra gli operatori sanitari.
- 7) Monitorare a livello regionale i tassi di allattamento dalla nascita alla fine del primo anno di vita.

## ***METODOLOGIA***

Promuovere la cultura dell’allattamento materno nella società è un programma ambizioso che implica una inversione di tendenza rispetto al passato e necessita pertanto di interventi integrati di efficacia documentata per ottimizzare il loro effetto combinato e complessivo.

L’effetto dipenderà dalla continuità. Infatti un cambiamento dei comportamenti di madri, famiglie, operatori sanitari - un cambiamento quindi culturale - presuppone infatti che interventi e programmi siano sostenuti per un tempo sufficientemente lungo.

Gli interventi per la promozione, protezione e sostegno dell’allattamento materno, devono inoltre essere basati, come qualsiasi altro intervento sulla salute pubblica, su prove di efficacia.

Una attenta revisione degli interventi porta alle seguenti conclusioni sugli interventi efficaci (38):

- ⇒ La combinazione di molti interventi e strategie di provata efficacia in programmi a più elementi integrati sembra avere un effetto sinergico.
- ⇒ Gli interventi a più elementi sono particolarmente efficaci quando mirano nello stesso tempo ai tassi di inizio ed a quelli di esclusività e durata dell’allattamento, avvalendosi di

campagne di massa, programmi di educazione sanitaria, formazione integrale degli operatori sanitari, cambiamenti nelle politiche regionali e ospedaliere.

- ⇒ L'efficacia degli interventi a più elementi aumenta quando si includono programmi di peer counselling, soprattutto in relazione all'esclusività e alla durata dell'allattamento al seno.
- ⇒ Gli interventi che abbracciano il periodo pre e quello post natale sembrano più efficaci degli interventi focalizzati su un singolo periodo. L'iniziativa 'Ospedale amico dei bambini' è un esempio di provata efficacia e la sua estesa applicazione è raccomandata.
- ⇒ Gli interventi nel settore sanitario sono efficaci soprattutto quando vi è un approccio combinato che comprenda l'informazione del personale, l'elaborazione di informazioni scritte per il personale e gli utenti, ed il rooming in.
- ⇒ L'impatto degli interventi di educazione sanitaria alle madri e alla famiglia sull'inizio e la durata dell'allattamento è significativo solo quando le pratiche reali sono compatibili con ciò che si insegna. Tali interventi e tali pratiche sono efficaci se effettuati tramite contatto diretto con le persone. Perdono invece di efficacia se affidati solo a materiale stampato.
- ⇒ L'emanazione e l'applicazione di leggi, codici, direttive, politiche e raccomandazioni, a vari livelli (nazionale, regionale) ed in diverse situazioni (posto di lavoro, ospedale, consultorio, comunità...) costituiscono interventi importanti.

### ***RISULTATI ATTESI***

1. Aumentare il numero di bambini allattati esclusivamente al seno per 6 mesi.
2. Aumentare il numero di bambini allattati al seno fino a due anni e oltre.
3. Ottenere il riconoscimento di 'Ospedale amico dei bambini' almeno nel 10% delle maternità entro i primi 2 anni dall'avvio del progetto.
4. Garantire a tutte le donne l'opportunità di un accesso alle cure pre e post natali in rapporto all'allattamento al seno.
5. Focalizzare nei consultori le attività pre e post-natali di protezione, promozione e sostegno all'allattamento. I consultori offriranno un approccio multidisciplinare alla donna (presenza contemporanea di più figure professionali: psicologo, pediatra, puericultrice, ostetrica).

Questi risultati potranno essere perseguibili a condizione che tutti gli operatori sanitari che intervengono nel percorso nascita vengano adeguatamente formati tramite corsi di comprovata efficacia, quali i corsi dell'Oms e Unicef.

Gli operatori seguiranno anche corsi di formazione psicologica per acquisire conoscenze teoriche e abilità pratiche e relazionali efficaci a supportare le donne e più in genere le famiglie.

## ***PIANO ATTUATIVO***

### ***Popolazione Target***

Le azioni utili alla promozione dell'allattamento materno previste nel presente piano saranno efficaci nella misura in cui le stesse saranno recepite dai destinatari intermedi – pediatri, neonatologi, ginecologi, personale infermieristico delle neonatologie, delle pediatrie e dei consultori, ostetriche di reparto e dei consultori, psicologi dei consultori e psicologi dei reparti di pediatria - per un cambiamento efficace delle pratiche di promozione.

Beneficiaria di questo cambiamento culturale e pratico, utile alla promozione dell'allattamento materno, sarà la popolazione target del programma: le donne gravide e le madri che allattano, con particolare attenzione al periodo che va dall'inizio della gravidanza fino al compimento del primo anno di vita del bambino.

Non è di secondaria importanza il coinvolgimento del padre e del resto della famiglia, il cui atteggiamento culturale influenza le scelte della donna nei confronti dell'allattamento.

Portare inoltre informazione alle giovanissime consentirà loro di prendere coscienza del loro stato di future madri. Esse potranno così disporre di modelli femminili adeguati.

Il contesto comunicativo da utilizzare deve essere ampio, tenendo conto che le donne comunicano molto tra loro. Il modo più efficace per avvalersi di questo importante canale di comunicazione (il "passa parola") è quello di utilizzare i luoghi di maggior frequentazione: consultori, ambulatori ostetrici, ambulatori vaccinali, ambulatori pediatrici, nidi, spazi famiglia ecc. Una modalità di comunicazione informale, adottabile in tali contesti, può essere determinante ai fini della diffusione della cultura dell'allattamento, in parallelo a quella istituzionale.

### ***Obiettivi***

Il piano regionale di promozione dell'allattamento materno prevede la costituzione di un Coordinamento Regionale di Progetto (CRP) costituito da un rappresentante dell'Assessorato, da un rappresentante dell'AreS, da un PLS, da un MMG, da uno specialista neonatologo, da un formatore qualificato ed esperto dei corsi OMS e Unicef.

A livello di ciascuna Azienda territoriale verrà costituita una Unità di Progetto aziendale (UAP), costituita da un pediatra, un ginecologo, un medico in rappresentanza dei Distretti.

### ***Obiettivo 1***

- Avviare per il personale sanitario corsi di formazione secondo le linee guida Oms/Unicef (Allegato 1).

- Promuovere l'adozione in tutti i reparti materno-infantili delle pratiche e dei protocolli previsti nei dieci passi (39) OMS/Unicef per il successo dell'allattamento materno.
- Prevedere nei programmi di educazione continua dell'azienda, per tutto il personale interessato, in particolare per quello dei reparti di maternità e di assistenza all'infanzia, una educazione continua interdisciplinare, basata sulle linee guida OMS/Unicef, quale punto di partenza di un rinnovato programma complessivo di aggiornamento .
- Sottoscrivere un protocollo di intesa con l'Unicef per la promozione dell'allattamento materno in Puglia.

### Obiettivi 2/3

- Avviare corsi di formazione psicologica per il personale sanitario allo scopo di conseguire le abilità pratiche e relazionali efficaci, necessarie a realizzare un programma di assistenza globale alla gravidanza, al parto ed al puerperio (Allegato 2).
- Promuovere a livello territoriale l'organizzazione dei corsi di accompagnamento alla nascita in linea con le raccomandazioni OMS/Unicef in materia di allattamento materno e con le raccomandazioni nazionali in materia di assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico (linee guida elaborate dall'ASSR su specifico indirizzo della conferenza Stato-Regioni, seduta del 19/06/2003). La preparazione delle donne ad affrontare consapevolmente gravidanza, parto e puerperio, non può che avere una ricaduta positiva sulla promozione dell'allattamento materno.
- Istituire presso i consultori e, ove sia possibile anche negli ospedali, centri di sostegno per la donna che allatta ( Spazi "O.A.Si", Obiettivo Attaccamento Sicuro), per garantire alla stessa un sostegno competente e multidisciplinare (informativo, tecnico e psicologico) da parte di operatori opportunamente formati (pediatra, ostetrica, puericultrice, ginecologo, assistente sociale, psicologo...) . In particolare sarà attivata una linea telefonica dedicata, cui le mamme potranno fare riferimento per qualsiasi problema relativo all'allattamento e per essere eventualmente indirizzate ai predetti centri nel caso fosse necessario.
- Favorire il sostegno alle madri - prima e dopo il parto - da parte di gruppi di associazioni e gruppi di aiuto mamma-a-mamma e peer counsellor che promuovono l'allattamento secondo le linee guida OMS e Unicef, accreditati dalla Regione Puglia.

#### Obiettivo 4

- Organizzare , in occasione della ‘Settimana internazionale dell’allattamento materno’ (SAM), iniziative e manifestazioni di promozione nei diversi contesti e sui mezzi di comunicazione.
- Realizzare iniziative atte a promuovere l’allattamento materno con il coinvolgimento di associazioni e categorie sensibili all’argomento.
- Sensibilizzare gli organi di comunicazione (stampa , tv locali, ecc. ) affinché promuovano ed appoggino l’allattamento materno, vigilando che sia sempre presentato come naturale e desiderabile.

#### Obiettivo 5

- Attivare una rete operativa tra ospedale e territorio, che promuova una stretta collaborazione tra ospedali, consultori e pediatri di libera scelta (PLS).
- Impegnare i PLS alla diffusione delle raccomandazioni OMS e Unicef in materia di allattamento materno, con particolare riguardo all’allattamento esclusivo nei primi 6 mesi di vita ed alla promozione dell’allattamento materno fino a 2 anni e oltre.
- Realizzare alleanze con associazioni ed altri operatori che promuovono l’allattamento materno.

#### Obiettivo 6

- Informare tutti gli operatori sanitari (corsi Oms/Unicef, allegato 1) in merito alla normativa del codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno, sottolineando come l’osservanza delle norme contribuisca in misura rilevante alla promozione dell’allattamento materno.
- Vigilare affinché gli ospedali e tutti gli operatori sanitari al rispetto del codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno approvato e vigente in Italia.

#### Obiettivo 7

Adozione di un piano di monitoraggio regionale articolato come segue:

##### 1) *Monitoraggio dei tassi di allattamento*

Per assicurare la comparabilità dei risultati, il monitoraggio dei tassi di allattamento al seno deve essere effettuato con metodo standardizzato per la raccolta dei dati.

L’OMS raccomanda l’uso delle seguenti definizioni (40,41):

- **Allattamento al seno esclusivo:** il bambino riceve solo latte materno dalla madre o da una balia, o latte materno spremuto, e nessun altro liquido o solido con l'eccezione di gocce o sciroppi di vitamine, supplementi minerali o farmaci.
- **Allattamento al seno predominante:** la fonte predominante di nutrimento del bambino è il latte materno. Il bambino tuttavia può ricevere anche acqua e bevande a base di acqua, soluzioni per la reidratazione orale, gocce e sciroppi di vitamine, supplementi minerali o farmaci. Con l'eccezione dei succhi di frutta ed acqua zuccherata, nessun altro liquido nutritivo è permesso sotto questa definizione.
- **Alimentazione complementare:** il bambino riceve latte materno e altri alimenti liquidi o semisolidi, compreso il latte artificiale.
- **Non allattamento al seno:** il bambino non riceve latte materno.

Per quanto riguarda il timing della raccolta dati, la versione attuale della lista di Indicatori di Salute della Comunità Europea (Febbraio 2004) include:

- Allattamento esclusivo al seno a 48 ore
- Allattamento esclusivo al seno a 3 e 6 mesi
- Allattamento al seno a 12 mesi

Nel presente piano il timing sarà sovrapponibile a quello citato tranne che per l'allattamento esclusivo a 48 ore che sarà sostituito dal dato alla dimissione, più semplice e omogeneo da raccogliere.

Le modalità di raccolta dati saranno:

- alla dimissione i dati verranno raccolti nelle SDO appositamente modificate
- i dati successivi saranno raccolti dai pediatri di base in occasione dei bilanci di salute.

In tutti i casi è opportuno un recall period di 24 ore. E' difficile, infatti, che la madre ricordi accuratamente la dieta del proprio bambino per tempi più lunghi.

I dati raccolti andranno a implementare un data base che ne faciliterà l'analisi e saranno pubblicati con cadenza annuale.

L'aumento dei tassi di allattamento esclusivo alla dimissione ed a 3 e 6 mesi e l'aumento dei tassi di allattamento a 12 mesi saranno indicatori sensibili a verificare l'efficacia del piano in oggetto.

Sia gli ospedali che i pediatri di base saranno tenuti a centralizzare i dati raccolti all'A.Re.S., con cadenza semestrale, a partire dal 01/06/2006.

L'analisi dei dati verrà effettuata dai membri della Commissione Regionale. Gli stessi potranno in essere eventuali correttivi nei distretti ove fossero emerse delle difficoltà.

### *2) Monitoraggio della qualità percepita*

Sarà consegnato a tutte le mamme in dimissione un questionario utile a verificare l'applicazione dei 10 passi nella struttura dove sono state ricoverate. La WABA (World Alliance for Breastfeeding Action) ha messo a punto un questionario mirato agli ospedali che seguono il percorso di 'Ospedale amico dei bambini'. Tale questionario è stato tradotto in italiano dal MAMI (Movimento Allattamento Materno Italiano) ed è facilmente reperibile su Internet.

### *3) Monitoraggio delle attività di formazione*

Tutti i reparti materno-infantili avranno un referente per le attività di formazione che terrà aggiornati i dati del reparto in merito alla formazione prevista per il personale. Lo stesso provvederà a programmare per i neo-assunti la formazione secondo le linee guida Oms/Unicef entro 6 mesi dall'assunzione. I dati saranno trasmessi all'A.Re.S. con cadenza semestrale e sottoposti al vaglio della Commissione Regionale.

## **TEMPI DI IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO**

I primi due anni a partire dalla data della delibera della Giunta Regionale di approvazione del presente piano saranno impiegati nella formazione dei destinatari intermedi.

Quindi le AASSLL provvederanno a istituire presso i consultori le sedi degli "Spazi O.A.Si". Gli stessi saranno istituiti anche negli ospedali che avranno adeguati requisiti strutturali e di organico.

## **ALLEGATO 1**

### ***Corsi di formazione OMS/UNICEF per gli ospedali.***

I corsi di formazione hanno la finalità di fornire ai destinatari intermedi ( operatori ospedalieri e territoriali ) gli strumenti per dare alla donna che allatta un corretto sostegno informativo, tecnico, psicologico.

I corsi sono strutturati secondo il modello proposto dall'iniziativa OMS/UNICEF nota come "Ospedale amico del bambino".

Tra i destinatari intermedi ne saranno individuati 34 - due per ogni ASL, 2 per ogni Azienda Ospedaliera (Policlinico di Bari e Ospedali riuniti di Foggia), 2 per ogni Ente Ecclesiastico ( Miulli e S. Giovanni Rotondo) 2 per l'IRCCS di Castellana.- Per ogni struttura saranno selezionate quindi 2 unità , un medico - ginecologo o pediatra - ed una ostetrica o infermiera, che parteciperanno ad un corso base di 18 ore . Frequenteranno poi un successivo corso di 40 ore per divenire essi stessi formatori e dare quindi il via alla *formazione a cascata su tutti gli altri destinatari intermedi*.

#### ***A) - Corsi base di 18 ore –***

I corsi base prevedono 3 figure di docente di cui almeno 1, il direttore del corso, deve essere formatore. I corsi base hanno durata di 18 ore, distribuite su 3 giorni (dalle 09.00 alle 17.00 circa). Dato che il massimo numero di partecipanti è di 18- 20 persone, saranno previste 2 edizioni. Sarà richiesto il riconoscimento dei crediti formativi per ECM.

Si allega programma.

#### ***B) - Corso di formazione per formatori (master course, 5+3)***

I corsi per formatore hanno durata di 40 ore, distribuite su 5 giorni (dalle 09.00 alle 17.00 circa). E' prevista la presenza di 3 docenti , formatori esperti , individuati dall'ARES in base alle esperienze professionali. Dato che il massimo numero di partecipanti previsto è di 18- 20 persone, saranno previste 2 edizioni. Sarà richiesto il riconoscimento dei crediti formativi per ECM.

Si allega programma.

#### ***C) -Formazione dei pediatri di base e dei medici di base***

Scopo della formazione è fornire competenze essenziali per il sostegno all'allattamento, con speciale riguardo alla diagnosi delle problematiche che possono insorgere durante l'allattamento, alle tecniche di posizionamento ed attacco, al sostegno psicologico all'allattamento.

I corsi ( un incontro unico di otto ore ) saranno tenuti da Formatori abilitati alla docenza dei corsi Unicef .

Gli argomenti trattati saranno:

- la fisiologia della lattazione: aspetti molto pratici
- attacco e posizione: le tecniche per allattare con successo
- problematiche inerenti l'allattamento e relative soluzioni
- il counselling: come sostenere la mamma che allatta
- i sette passi per allattare con successo.

Sarà richiesto il riconoscimento dei crediti formativi per ECM.

Per tutti i corsi sono previsti questionari iniziali e finali per verificare l'acquisizione delle competenze sulle pratiche utili a mettere in atto i 10 passi.

## **ALLEGATO 2**

### ***Corso di formazione psicologica***

La nutrizione neonatale, secondo la letteratura psicologica, rappresenta il precursore delle capacità di adattamento e di sincronizzazione della relazione madre-bambino. La qualità della relazione genitoriale è considerata predittiva dell'adattamento psicosociale e dello sviluppo psicologico del piccolo.

Il ruolo genitoriale si costruisce già nel progetto di “maternità e paternità” e per tutto il corso della gravidanza. Pertanto i corsi di formazione devono riguardare un più ampio programma di assistenza globale alla gravidanza, al parto e al puerperio.

A tale proposito si intende strutturare un percorso formativo distinto in due moduli differenziati per contenuti, temi di approfondimento e categorie di destinatari.

### ***Tempi e metodologie***

Allo scopo di favorire l'acquisizione non solo di conoscenze teoriche ma di abilità pratiche e relazionali efficaci, risulta opportuno l'uso di strumenti e strategie didattiche di tipo esperienziale che utilizzino il gruppo come spazio privilegiato di apprendimento. Tale metodologia impone alcune regole organizzative: piccoli gruppi (15-30 persone), spazi e tempi di lavoro ben strutturati.

## **MODULO A**

### ***Approfondimento specialistico***

Il corso di accompagnamento alla nascita rappresenta uno dei momenti principe per l'igiene mentale del bambino, della madre e della coppia stessa.

L'elevata richiesta di partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita va intesa come bisogno della coppia di gestire questo evento con minore ansia e maggiore consapevolezza, riappropriandosi di eventi “fisiologici” centrali per lo sviluppo di una adeguata identità familiare.

Tali corsi sono basati sulla qualità comunicativa e relazionale tra i partecipanti e tra i partecipanti e conduttore, perciò è fondamentale che ciascun operatore acquisisca specifiche competenze nella gestione dei gruppi.

- Tecniche di gestione del gruppo (transfert, identità, pensiero)
- Comunicazione e coinvolgimento del gruppo
- Ruolo del gruppo nella gestione delle ansie e delle paure
- L'immagine di sé: come mi vedo io, come mi vedono gli altri
- Dalla consapevolezza del sé corporeo alla consapevolezza del sé dell'altro

- Processi di individuazione e separazione
- Il lavoro della rappresentazione: il sogno come linguaggio

### **Destinatari**

Psicologi consultoriali ed ospedalieri (massimo 20)

### **Metodologie e tempi**

Il modulo sarà articolato in unità didattiche della durata di quattro ore ciascuna per un numero complessivo di: 32 ore.

Le unità didattiche saranno articolate in lezioni frontali con l'ausilio di diapositive e proiezioni video, esercitazioni in piccoli gruppi e role- playing.

## ***MODULO B***

Le cure genitoriali sono alla base del benessere psico-fisico del bambino e gli interventi psico-educativi a sostegno dei genitori rappresentano un supporto prezioso per qualunque intervento preventivo.

Il parto e la nascita sono eventi solitamente condivisi socialmente, ma i vissuti di incertezza e vulnerabilità della donna e della coppia difficilmente trovano spazi di ascolto nelle reti familiari. E' dunque necessario reperire altri e diversi spazi di ascolto e di accoglienza per tali incertezze attivando le competenze professionali degli operatori destinatari del corso che a vario titolo interagiscono con i genitori nella delicata fase della gestazione e della nascita.

Il corso si articolerà su due livelli:

- 1) livello base: attivazione delle competenze
  - Processi psicologici della gravidanza, parto e puerperio
  - Individuazione degli indicatori di rischio personale, familiare e sociale (programmi di intervento precoce, costruzione di reti tra i servizi)
  - Sviluppo infantile e cure genitoriali ( contributi psicologici alla comprensione del neonato; la relazione genitore-bambino; la costruzione del legame affettivo: attaccamento e comunicazione)
  - Allattamento e costruzione dell'interazione

### **Destinatari**

Pediatrati di libera scelta, operatori dei consultori, , delle pediatrie ed ostetricie ospedaliere: ginecologi, psicologi, neonatologi, pediatri, ostetriche, assistenti sociali, personale infermieristico.

### **Durata del corso**

Un solo incontro di otto ore.

2) approfondimento per operatori del settore materno-infantile: attivazione di competenze specifiche per la gestione dell'immediato post-partum

*La relazione di aiuto nel puerperio*

**Destinatari**

Operatori dell'area ostetrico-pediatria ospedaliera.

**Durata del corso**

Un solo incontro di otto ore.

Alla fine di tutti i corsi di formazione psicologica previsti saranno somministrati questionari per testare l'efficacia degli stessi in merito a:

- aderenza dei contenuti agli obiettivi
- rapporto quantità/qualità tra parte informativa- divulgativa e esperienziale
- valutazione tempi utilizzati in funzione del raggiungimento degli obiettivi

- 
- Acciaro M., *Gravidanza senza maternità*, Armando Editore, 1985.
  - Cassibba R., van IJzendoorn M., *L'intervento clinico basato sull'attaccamento*, Il Mulino, 2005.
  - Eiguere A., Ruffiot A., Derenstein I., Puget Y., Padron C., Decobert F., Soule M., *Terapia psicoanalitica della coppia*, Borla Editore, 1986.
  - Fairbank L. et al., *A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding*, NHS R&D Health technology Assessment programme Southampton: HTA; 2000 [Testo integrale] <http://www.ncchta.org/fullmono/mom425.pdf>.
  - Kaye K., *La vita mentale e sociale del bambino*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1989.
  - The Boston, Women's Health Book Collective, *Noi e il nostro corpo: scritto dalle donne per le donne*, Feltrinelli, 1977.
  - Vellay P.R., *Per una maternità serena*, Monduzzi Editore, 1984.
  - Winnicott D. W., *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando Editore, 1970.
  - Zeanah Jr. C., *Manuale di salute mentale infantile*, Masson, 1996.
  - ZERO-TO-THREE National Center for Clinical Infant Programs, *Classificazione diagnostica: 0-3*, Masson, 1997.

## ***Bibliografia***

- 1) Kramer MS, Chalmers et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) : a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 2001; 285:413-420
- 2) Heinig MJ Host defense benefits of breastfeeding for the infant. Effect of breastfeeding duration and exclusivity. *Pediatr.Clin. North Am.* 2001; 48:105-123, ix
- 3) Cochi S.L., Fleming DW, Hightower AW, et al Primary invasive haemophilus influenzae type b disease : a population based assessment of risk factors. *J pediatr.* 1985;106:190-195
- 4) Istre GR, Conner JS, Broome CV, Hightower RS. Risk factors for primary invasive haemophilus influenzae disease: increased risk from day care attendance and school aged household members. *J Pediatr.* 1985;106: 190-195
- 5) Takala AK, Eskola J, et al. Risk factors of invasive Haemophilus influenzae type b disease among children in Finland. *J Pediatr.* 1995;115:694-701
- 6) Dewey KG, Heinig MJ, Nomsen-Rivers LA. Difference in morbidity between breast fed and formula fed infants. *J Pediatr.* 1995;126:696-702
- 7) Lopez Alarcon M, Villalpando S et al. Breast feeding lowers the frequency and duration of acute respiratory infection and diarrhea in infants under six months of age. *J Nutr.* 1997;127:436-443
- 8) Blaymore Bier J, Oliver T et al. Human milk reduces outpatient upper respiratory symptoms in premature infants during their first year of life. *J Perinatol.* 2002;22:354-359
- 9) Wright AL, Holberg CJ et al. Relationship of infant feeding to recurrent wheezing at age 6 years. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1995; 149:758-763
- 10) Pisacane A., Graziano ç. Et al. Breastfeeding and urinary tract infection. *J pediatr.* 1992;120:87-89
- 11) Marild S., Hansson S. Et al. Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatr.* 2004; 93:164-168
- 12) Hylander MA, Strobino DM, et al. Human milk feedings and infection among very low birth weight infants. *Pediatrics.* 1998: 102 (3)
- 13) Schanler RJ, Shulman RJ et al. Feeding strategies for premature infants: beneficial outcome of feeding fortified human milk versus preterm formula. *Pediatrics.* 1999;103:1150-1157
- 14) Horne RS, Parslow PM, et al. Comparison of evoked arousability in breast and formula fed infants. *Arch. Dis. Child.* 2004;89(1):22-25
- 15) Mosko S., Richard C. Et al. Infant arousals during mother-infant bed sharing: implications for infant death syndrome research. *Pediatrics.* 1997;100:841-849

- 16) Gerstein HC. Cow's milk exposure and type 1 diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. *Diabetes care*. 1994;17:13-19
- 17) Perez-bravo E., Carrasco E, et al. Genetic predisposition and environmental factors leading to development of insulin-dependent diabetes mellitus in Chilean children. *J Mol Med*. 1996;74:105-109
- 18) Davis MK. Review of the evidence for an association between infant feeding and childhood cancer. *Int.J Cancer Suppl*.1998;11:29-33
- 19) Bener A., Denic S., Galadari S. Longer breastfeeding and protection against childhood leukaemia and lymphomas. *Eur J Cancer*.2001;37:234-238
- 20) Singhal A., Farooqi IS. Early nutrition and leptin concentration in later life. *Am J Clin Nut*. 2002;75:993-999
- 21) Armstrong J., Reilly JJ. Health information team. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet* 2002;359:2003-2004
- 22) American Academy of pediatrics, Committee on nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*. 2003; 112:424-430
- 23) Owen CG, Whincup PH. Et al. Infant feeding and blood cholesterol: a study in adolescence and a systematic review. *Pediatrics* 2002;110:597-608
- 24) Chulada PC., Arbes SJ Jr. Et al. Breastfeeding and the prevalence of asthma and wheeze in children: analyses from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *J Allergy Clin Immunol*. 2003;111:328-336
- 25) Oddy WH., Holt PG et al. Association between breastfeeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study. *BMJ*.1999;319:815-819
- 26) Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48:143-158
- 27) Rosenblatt KA., Thomas DB. Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer. WHO collaborative study of Neoplasia and steroid contraceptives. *Int J Epidemiol*. 1993;22:192-197
- 28) Newcomb PA, Storer BE et al. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *N Engl J Med*. 1994;330:81-87
- 29) Jernstrom H, Lubinski J et al. Breast feeding and the risk of breast cancer in BRCA 1 and BRCA 2 mutation carrier. *J Natl. Cancer Inst*. 2004;96:1094-1098
- 30) Cohen R, Mrtek MB, Mrtek MG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breastfeeding and formula feeding women in two corporations. *Am J Health Promot*. 1995;10:148-153
- 31) Jarosz LA. Breastfeeding versus formula: cost comparison. *Hawaii Med J*. 1993;52:14-18

- 32) Levine RE, Huffman SL, Center to prevent childhood malnutrition. The economic Value of breastfeeding, the National, Public sector, Hospital and Household Levels: A Review of the Literature, Washington, DC: Social Sector Analysis Project, Agency for International Development 1990
- 33) Kramer MS et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT). A randomized trial in the republic of Belarus. JAMA, 285: 413-420, 2001
- 34) Cattaneo A., Buzzetti R. Effect on rates of breastfeeding of training for the baby friendly hospital initiative. BMJ. 2001, Dec 8:323 (7325):1358-62
- 35) OMS/Unicef Global strategy for infant and young child feeding , OMS,Ginevra, Svizzera, 2003
- 36) M. Grandolfo, S. Donati, A. Giusti. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Istituto Superiore di Sanità. Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002
- 37) Caroli M., Tomaselli M.A., et al. Childhood obesity prevalence in the Apulian Region. Int. J Ob 2003; 27 S2:14
- 38) EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: review of intervention. European Commission, Directorate for Public Health and, risk Assessment. Luxembourg, 2004
- 39) World Health Organization- Evidence for the ten steps to successful breast feeding. WHO/CHO/ 989. Revised ed Geneva, Switzerland: World Health Organization:1998
- 40) World Health Organization, Unicef. Indicator for assessing health facility practices that affect breastfeeding. WHO,Geneva, 1993
- 41) World Health Organization. Division of diarrhoeal and acute Respiratory Disease Control. Indicators for assessing Breastfeeding practices. WHO, Geneva, 1991

Il presente Piano è stato:

redatto dal dr. V. Pomo con la collaborazione di Giuseppina Annicchiarico, pediatra di libera scelta, di Flavia Petrillo, neonatologa, responsabile regionale UNICEF per il diritto alla salute dell'infanzia, e delle psicologhe dr.ssa M. Grazia Faschino, Responsabile del Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII, e dr.ssa Carla Vulcano, Responsabile dell'U.O.di Assistenza Consultoriale dell'AUSL BA/4

adeguato al "EU Project of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004"

([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_project/2002/promotion/promotion\\_2002\\_18\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_project/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm)) ;

approvato dalle Associazioni dei pediatri (FIMP e ACP).