





RDC

Foto: M. Palombi



SOMMARIO

Introduzione 5

Perché focalizzarsi sulla nutrizione? 6

Quadro teorico internazionale 14

**L'approccio di COOPI alla sicurezza
nutrizionale: concetti chiave** 17

**COOPI nella gestione operativa:
buone pratiche** 25

Bibliografia 40

Acronimi 43

AUTORI E RINGRAZIAMENTI

Coordinamento:

Barbara Nese, Responsabile Ricerca e Innovazione Programmi

Elaborazione:

Lucia Pantella, Consulente Nutrizione

Sentiti ringraziamenti vanno a A. S. Desmaris e Alain Tchamba, che hanno apportato un contributo prezioso ed essenziale all'elaborazione di questo documento.

I nostri ringraziamenti vanno anche a Claudio Ceravolo, Doauda Mbodj, Marco Tamburro, Maria Livia De Rubeis, Camilla Puglisi, per i diversi contributi forniti. Un grazie anche a tutto il personale della sede centrale e delle sedi dei paesi che hanno partecipato alle differenti fasi del processo.

Inoltre, l'elaborazione di questa policy non sarebbe stata possibile senza l'interesse ed il coinvolgimento del direttore di COOPI, Ennio Miccoli.

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO INTERNI ALL'ORGANIZZAZIONE

Policy disponibili:

- Responsabilità Sociale d'Impresa
- Infanzia e Adolescenza
- Ambiente e Riduzione Rischi Disastri
- Sicurezza Alimentare
- Genere
- Protezione

Altri documenti di riferimento:

Procedure Operative Standard (POS) di COOPI sulla Sicurezza Nutrizionale

DATA PUBBLICAZIONE: Febbraio 2017

PROGETTO GRAFICO: Gruppo Egeo srl

FOTO DI COPERTINA: Ciad - L. Dell'Uva

STAMPA: Brain Print & Solutions Srl

Introduzione



RDC
Foto: L. Pantella

5

COOPI - Cooperazione Internazionale è una fondazione umanitaria indipendente e laica fondata nel 1965. Nel corso di 50 anni di attività ha realizzato oltre 1.700 progetti in 60 Paesi coinvolgendo migliaia di operatori locali e assicurato un beneficio diretto a 100 milioni di persone. La sua missione consiste nel contribuire, attraverso l'impegno, la motivazione, la determinazione e la professionalità delle proprie risorse umane, al processo di riduzione della povertà e crescita delle comunità con le quali collabora in tutto il mondo. COOPI interviene in situazioni di emergenza, ricostruzione e contesti di sviluppo al fine di conseguire un migliore equilibrio tra il Nord e il Sud del mondo, tra le aree sviluppate e quelle in via di sviluppo.

La policy sulla Sicurezza Nutrizionale¹ fa parte di una serie di documenti teorici e operativi dei quali COOPI si è dotata al fine di posizionare, ispirare e guidare la fondazione in merito alle questioni al centro delle sue iniziative². Tali documenti descrivono il quadro teorico entro il quale si è sviluppato e sul quale continua a basarsi l'approccio internazionale di COOPI. Inoltre, unitamente a questa policy, COOPI ha elaborato un manuale operativo ("Procedure operative standard - POS - di COOPI sulla Sicurezza Nutrizionale") che traspone il livello teorico nei programmi sul terreno.

¹ La policy sulla Sicurezza Nutrizionale è stata approvata dal Consiglio di Amministrazione di COOPI il 29 novembre 2016.

² A oggi sono state adottate le policy su infanzia e adolescenza; ambiente e riduzione rischi disastri; sicurezza alimentare; responsabilità sociale d'impresa; genere; protezione.

Perché focalizzarsi sulla nutrizione?

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la nutrizione è l'assunzione di cibo rispondente alle esigenze metaboliche del corpo. La nutrizione si riferisce quindi ai processi di assorbimento, digestione e utilizzo degli alimenti da parte del corpo per la crescita e lo sviluppo, per la riproduzione, per l'attività fisica e la tutela della salute.³

È attraverso una corretta alimentazione che un individuo si sviluppa bene, continua a crescere, diviene resistente alle malattie e le supera riuscendo a svolgere le sue attività quotidiane. Quando l'alimentazione è insufficiente, un individuo è malnutrito. La

malnutrizione può risultare un freno decisivo alla crescita economica. Le stime internazionali suggeriscono che nei paesi in via di sviluppo l'impatto della malnutrizione possa consistere in una riduzione del prodotto interno lordo (PIL) compresa tra il 2 e l'11%, con ripercussioni negative sullo sviluppo educativo, la produttività fisica e la salute (Programma Alimentare Mondiale, PAM, e United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean, ECLAC, 2007). Assicurare una nutrizione adeguata ai bambini è vitale per la loro sopravvivenza e per il loro sviluppo armonioso e può contribuire alla lotta contro la povertà e le ineguaglianze.

6

ALCUNE DELLE CONSEGUENZE DELLA MALNUTRIZIONE⁴

Il 38% dei bambini dei paesi in via di sviluppo soffre di malnutrizione cronica.

I bambini malnutriti, raggiunta l'età di 8 anni, avranno il 19% in meno di probabilità di saper leggere.

Una volta adulti, i bambini che hanno sofferto di malnutrizione guadagneranno il 20% in meno dei bambini che sono stati ben nutriti.

In totale, si stima che la malnutrizione infantile attuale costerà all'economia globale 125 miliardi di USD quando i bambini di oggi saranno adulti.

³ The Sphere Project. 2011. "Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response".

⁴ Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, UNICEF, 2013; Save the Children, 2013.

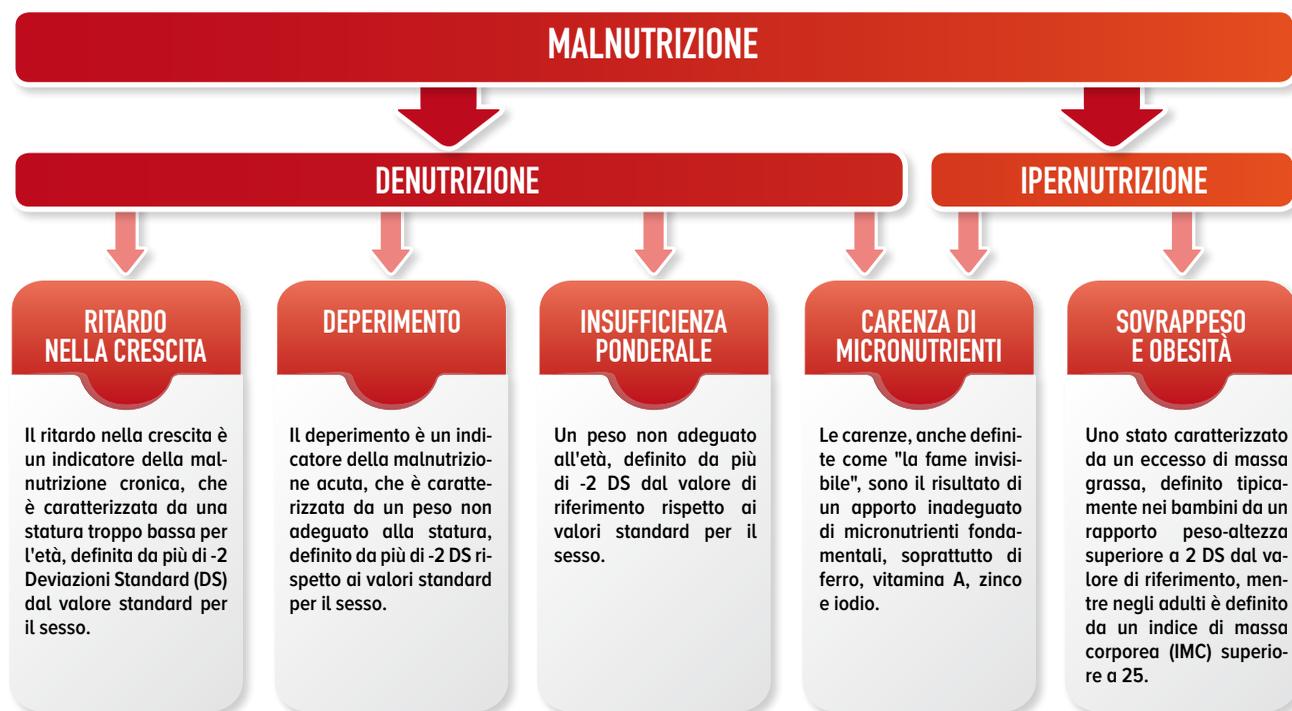
Definizioni e concetti chiave

Nell'affrontare il tema della malnutrizione, è importante chiarire alcune definizioni chiave, presentate di seguito. La malnutrizione è una condizione fisiologica anomala causata da un apporto inadeguato (insufficiente o eccessivo) di macronutrienti e/o mi-

cronutrienti (Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura, FAO, 2014). Come mostrato nella classificazione nella Figura 1, la malnutrizione include la denutrizione e l'ipernutrizione.

Figura 1:

Classificazione della malnutrizione - COOPI, 2016, adattato da Banca Mondiale, 2013.



7

La denutrizione è il risultato di un'alimentazione insufficiente e/o di una scarsa assimilazione e/o del cattivo sfruttamento biologico dei nutrienti assunti, causati da malattie infettive ripetute (FAO, Fondo internazionale per lo sviluppo agricolo, IFAD, e Pro-

gramma Alimentare Mondiale, PAM, 2014). La denutrizione può manifestarsi sotto diverse forme: ritardo nella crescita, deperimento e insufficienza ponderale (FAO, 2014).

Un'altezza non adeguata all'età indica un **ritardo nella crescita** e costituisce un indicatore di malnutrizione cronica a lungo termine, in quanto è il risultato di un processo cumulativo di nutrizione inadeguata e/o malattia. I bambini con ritardi nella crescita possono apparire più giovani della loro età reale.

Il deperimento corrisponde a un basso rapporto peso/altezza ed è un indice di malnutrizione acuta nel breve termine, poiché esso è causato da una rapida perdita di peso.

L'insufficienza ponderale riflette un peso inadeguato per l'età ed è un indicatore non specifico della denutrizione, che comprende sia il deperimento che il ritardo nella crescita. Un bambino con insufficienza

ponderale può presentare un ritardo nella crescita, essere deperito o entrambi.

Le carenze in micronutrienti, fra le quali le più comuni sono la carenza di vitamina A, carenza di ferro e carenza di iodio possono essere associate sia alla denutrizione, ma anche ad ipernutrizione, a causa del cibo a buon mercato, ricco di calorie ma povero di vitamine, fibre e sali minerali.

L'ipernutrizione è il risultato di un eccessivo consumo di cibo e comprende il **sovrappeso** e l'**obesità**, vale a dire un peso corporeo smisurato rispetto all'altezza, determinato dall'eccessivo accumulo di grasso, di solito conseguente a iperalimentazione (FAO, IFAD e PAM, 2014).



ALTRE DEFINIZIONI CHIAVE⁵

<p>MALNUTRIZIONE CRONICA</p>	<p>La malnutrizione cronica si manifesta quando un bambino ha una statura inferiore alla media per l'età. La malnutrizione cronica è definita da un rapporto altezza/età <-2 z-score al di sotto degli standard di crescita dell'OMS 2006. La malnutrizione cronica è il risultato di episodi ripetuti o prolungati di carenze nutrizionali (di calorie o micronutrienti) sin dalla nascita o precedenti alla stessa. Può anche essere il risultato di una esposizione ad infezioni ripetute o a condizioni di vita precarie che limitano la crescita del bambino</p>
<p>MALNUTRIZIONE ACUTA</p>	<p>La malnutrizione acuta è dovuta ad una diminuzione del consumo di cibo e/o ad una malattia da cui conseguono edema bilaterale o una improvvisa perdita di peso. La malnutrizione acuta si sviluppa rapidamente, a causa di situazioni di carenze puntuali o ripetute (periodo di difficoltà, epidemia grave, cambiamento della dieta improvviso o ripetuto, situazione di conflitto...).</p> <p>La malnutrizione acuta per i bambini tra i 6 e i 59 mesi è definita dalla presenza di edema bilaterale o deperimento (circonferenza della parte superiore del braccio -MUAC⁶- troppo piccola o basso rapporto peso altezza P/A). L'indicatore P/A è espresso da uno z-score al di sotto di due Deviazioni Standard (DS) dalla mediana (o P/A z-score <-2) OMS, UNICEF, 2009.</p> <p>La GAM (Malnutrizione Acuta Globale⁷) è un indicatore dello stato nutrizionale della popolazione che comprende la Malnutrizione Acuta Grave (SAM⁸) e la Malnutrizione Acuta Moderata (MAM):</p> <p>GAM = SAM+MAM.</p>
<p>MALNUTRIZIONE ACUTA GRAVE – SAM</p>	<p>La Malnutrizione Acuta Grave - SAM (definita da un rapporto peso/statura inferiore a -3 z-score rispetto alla norma oppure da un MUAC inferiore a 11,5 cm oppure dalla presenza di edemi) è la forma più pericolosa di malnutrizione ed implica un improvviso e rapido deterioramento dello stato nutrizionale dei bambini il quale, senza un intervento rapido, può causare la morte.</p> <p>Tra le forme di SAM, due sono quelle di gravità estrema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il <i>marasma</i>: il bambino appare molto magro, la sua pelle avvizzita; • il <i>kwashiorkor</i>: comparsa di edema, in particolare su piedi e viso.
<p>MALNUTRIZIONE ACUTA MODERATA – MAM</p>	<p>La Malnutrizione Acuta Moderata - MAM (definita da un rapporto peso/età tra -3 e -2 z-score rispetto alla norma o da un MUAC tra 11,5 e 12,5 cm) interessa un numero maggiore di bambini rispetto alla SAM. Se i bambini che ne sono affetti non sono assistiti adeguatamente, la MAM rischia di deteriorare in SAM.</p>

L'intervento di COOPI nel settore si concentra principalmente sulla prevenzione e il trattamento della **malnutrizione acuta**, specialmente in situazioni di emergenza, con una particolare attenzione ai bambini sotto ai cinque anni e alle donne in gravidanza e in allattamento. Recentemente COOPI ha esteso il suo mandato alle altre forme di malnutrizione, includen-

do anche quella **cronica**. È importante considerare che la riduzione della malnutrizione cronica è un obiettivo a lungo termine, che può essere raggiunto tramite l'integrazione degli interventi di nutrizione nei programmi di sicurezza alimentare, di salute materno-infantile e di acqua e igiene.

⁵ L'OMS e l'UNICEF hanno rilasciato una dichiarazione congiunta sugli standard di crescita e sull'individuazione della malnutrizione acuta grave nei bambini. Per ulteriori informazioni si faccia riferimento al documento "Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant. Déclaration commune de l'Organisation mondiale de la Santé et du Fond des Nations Unies pour l'Enfance", OMS-UNICEF 2009.

⁶ Dall'acronimo inglese di "mid-upper arm circumference".

⁷ In inglese Global Acute Malnutrition.

⁸ In inglese Severe Acute Malnutrition.

La malnutrizione nel mondo

10

A livello globale, si stima che circa 20 milioni di bambini soffrono di malnutrizione acuta grave, di cui la maggior parte vive in Asia meridionale e Africa subsahariana. Negli ultimi decenni sono stati fatti molti progressi nella lotta contro la malnutrizione e nella riduzione della mortalità infantile. In seguito a questi sforzi, il numero di bambini che non raggiungono il loro quinto compleanno è stato ridotto da 12 milioni nel 1990 a 7,6 milioni nel 2011. Tuttavia, i progressi nella riduzione della denutrizione sono stati comparativamente limitati e **si stima che ogni ora, ogni giorno 300 bambini continuano a morire a causa della malnutrizione.** Inoltre va evidenziato che spesso la situazione nutrizionale del bambino non è registrata tra le cause di morte, cosicché le dimensioni effettive dell'impatto della malnutrizione sono ancora nascoste⁹. Ciò costituisce un ostacolo al rafforzamento e alla replica su larga scala di interventi capaci di fronteggiare efficacemente la denutrizione.

Secondo l'OMS, le cifre rivelano un quadro globale chiaro¹⁰:

- circa 115 milioni di bambini in tutto il mondo sono sottopeso. Come illustrato nella figura 2, l'Africa subsahariana, l'Asia centro-meridionale ed il Sud-Est asiatico sono tra le zone più colpite;
- **la denutrizione contribuisce a circa il 45% dei decessi infantili;**
- 13 milioni di bambini nascono con un basso peso alla nascita o prematuramente a causa della malnutrizione materna e di altri fattori;
- la mancanza di vitamine e minerali essenziali nella

dieta è un ostacolo al corretto funzionamento del sistema immunitario e a un sano sviluppo. Più di un terzo dei bambini in età prescolare nel mondo sono carenti di vitamina A;

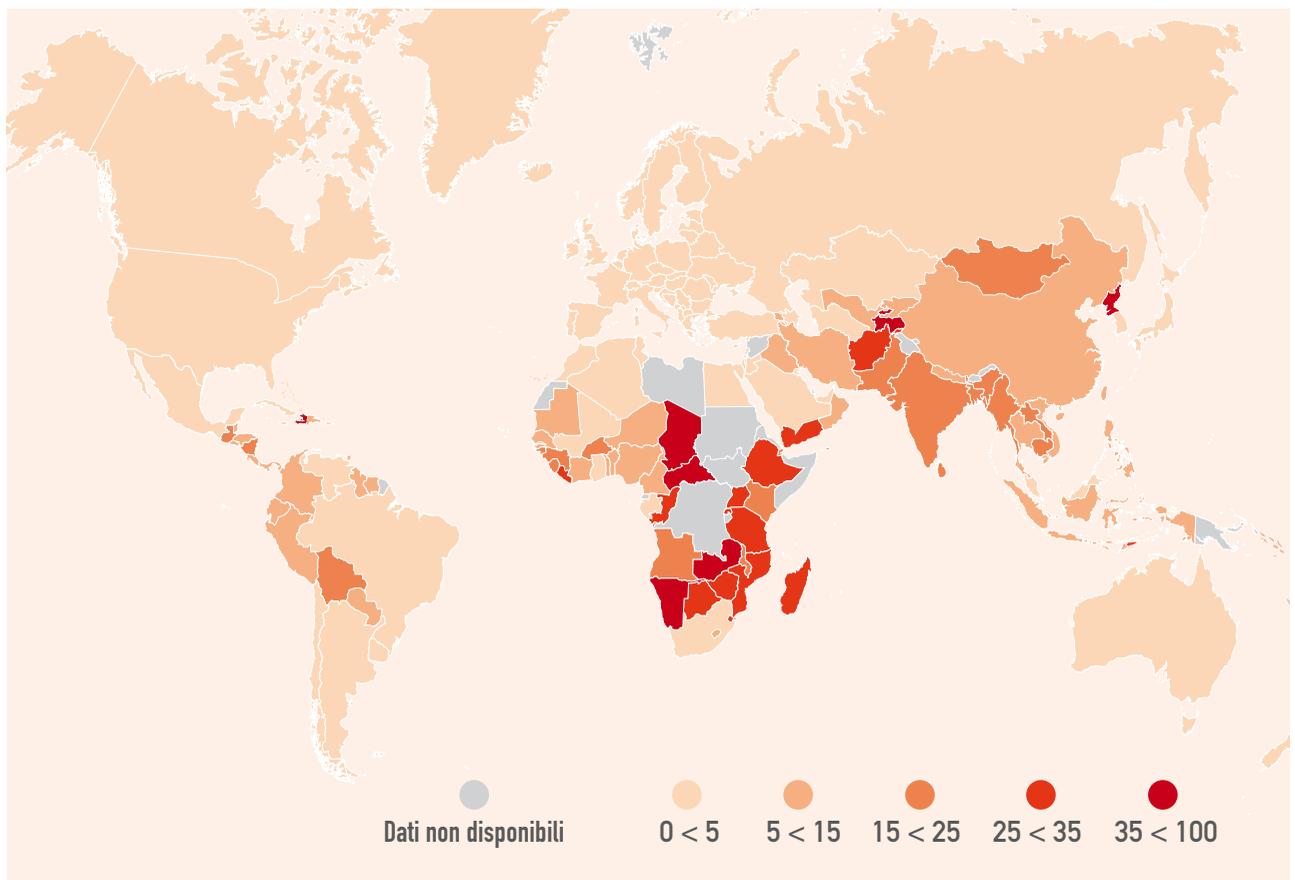
- la denutrizione materna, comune a molti Paesi in via di sviluppo, si traduce in uno sviluppo fetale insufficiente e in un aumento del rischio di complicazioni della gravidanza;
- cumulativamente, la denutrizione nella madre e nel figlio è responsabile di oltre il 10% del carico globale di malattia.



⁹ Per maggiori informazioni si rinvia a Save the Children. 2012. "A Life free from Hunger: Tackling Child Malnutrition".

¹⁰ Gli indicatori della malnutrizione acuta sono dettagliati in OMS. 2012. "Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition". Le statistiche sulla malnutrizione a livello globale sono dettagliate in OMS. 2010. "Underweight and stunting in: World Health Statistics".

Figura 2: Prevalenza della popolazione denutrita (percentuale 2012-14) - FAO, 2014.



La malnutrizione colpisce in particolare i gruppi che sono fisiologicamente e socio-economicamente vulnerabili, vale a dire i bambini sotto ai cinque anni, le donne incinte e le madri che allattano, gli anziani, le persone che vivono con l'HIV/AIDS e le persone con disabilità. **La denutrizione oltre ad interrompere lo sviluppo fisico e cognitivo del bambino ne riduce le capacità di apprendimento, il potenziale e la produttività del capitale umano, risultando nell'abbassamento del PIL di un Paese.** In tal modo la denutrizione nei primi anni di vita compromette il potenziale educativo ed economico futuro dell'individuo e della nazione in generale. La malnutrizione si perpetua con

conseguenze a breve e a lungo termine attraverso un ciclo intergenerazionale di nutrizione inadeguata, malattie e povertà (Banca Mondiale, 2013).

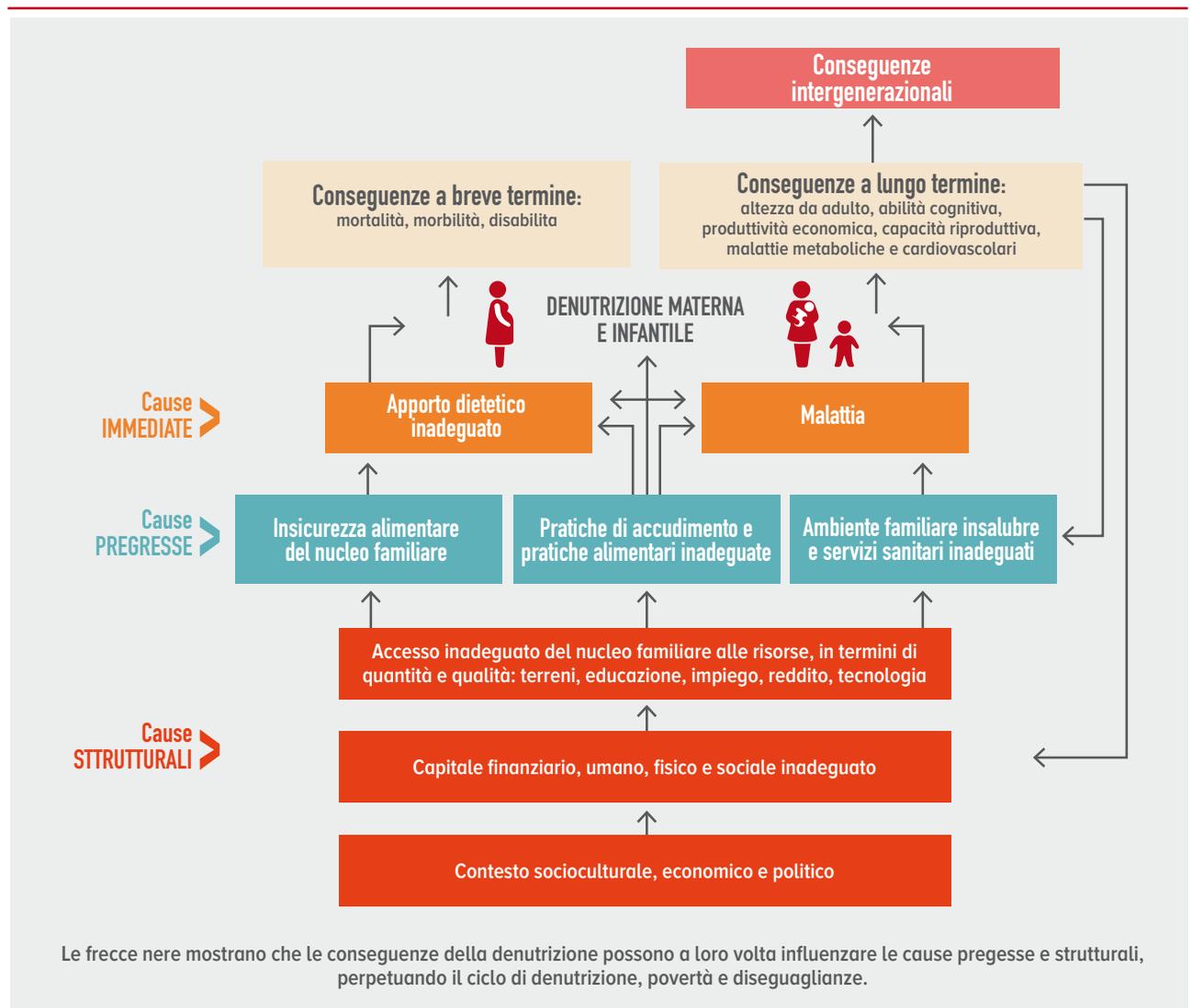
Valutazioni recenti (FAO, IFAD e PAM, 2014) indicano che 805 milioni di persone - circa l'11% della popolazione mondiale - erano cronicamente denutrite nel 2012-2014, vale a dire 200 milioni in meno rispetto al 1990-1992. La maggior parte della popolazione denutrita vive nelle regioni in via di sviluppo. L'Asia meridionale presenta il più elevato numero di persone che soffrono la fame e l'Africa Sub Sahariana ne registra la prevalenza più alta.

Cause ed effetti della malnutrizione

Le cause della malnutrizione, in linea con il quadro di riferimento concettuale presentato da COOPI nella policy sulla Sicurezza Alimentare¹¹ illustrato nel-

la figura 3, sono numerose nonché multisettoriali e possono essere identificate in tre livelli: immediate, pregresse e strutturali.

Figura 3: Cause della denutrizione - COOPI, 2016, adattato da UNICEF, 1990.



¹¹ COOPI. 2013. Policy Sicurezza Alimentare. Milano

Le cause immediate della denutrizione agiscono a livello individuale e includono l'assunzione inadeguata di macronutrienti e/o micronutrienti e la morbilità, cioè la presenza di malattie, come diarrea, Infezioni Respiratorie Acute (IRA) e malaria. **Le cause pregresse**, che incidono a livello familiare e comunitario, comprendono l'insicurezza alimentare del nucleo familiare e le pratiche di accudimento/sanitarie inadeguate, fortemente condizionate dalla povertà. La sicurezza alimentare delle famiglie è legata alla continuità della disponibilità, dell'accessibilità e dell'utilizzo di alimenti sicuri e nutrienti. Le pratiche di accudimento comprendono l'allattamento al seno, la nutrizione complementare e le pratiche di cura per i bambini, mentre con pratiche sanitarie si intendono la disponibilità e l'accesso a un ambiente sano, all'acqua potabile e ai servizi igienici e sanitari. **Le cause strutturali**, che si sviluppano a livello regionale, nazionale ed internazionale, includono fattori socioeconomici quali la disponibilità di risorse naturali, l'accesso ai fattori di produzione e il relativo controllo, così come il contesto sociale, economico e politico.

L'esperienza sul campo mostra che nella maggioranza dei casi coesistono più livelli di rischio. **I conflitti armati e le catastrofi di origine naturale, le crisi alimentari, le situazioni di crisi prolungate sono alcuni fattori che aggravano le cause del ritardo nella crescita, della malnutrizione prenatale, intrauterina e post natale.** Soprattutto in situazioni di emergenza, le pressioni e le sfide per garantire una nutrizione adeguata sono collegate ai tre tipi di cause contemporaneamente, rendendo necessaria l'adozione di un approccio integrato con una prospettiva nutrizionale durante l'intero ciclo del programma (dalla valutazione dei bisogni, al monitoraggio, fino alla valutazione finale dei risultati).

Le conseguenze della malnutrizione colpiscono i bambini nel breve e lungo termine. Nel breve, la denutrizione può causare un indebolimento del sistema immunitario, l'aumento dell'esposizione alle malattie (in particolare alle infezioni opportunistiche come morbillo, malaria, IRA e diarre), un ritardo dello sviluppo fisico e mentale e una riduzione della produttività. Le conseguenze più comuni della malnutrizione includono la mancanza della crescita, la carenza di micronutrienti specifici, la diminuzione della resisten-

za alle malattie e una ridotta capacità di lavoro. Inoltre, le carenze di micronutrienti possono provocare varie malattie (per esempio la cecità per carenza di vitamina A), il deterioramento dello sviluppo cerebrale e del sistema nervoso e aumentare il rischio di morte. Tale interazione tra denutrizione e malattia porta ad un circolo vizioso potenzialmente letale di malattia e di cattivo stato nutrizionale. Anche la gravidanza e l'allattamento possono essere negativamente influenzati. La fame e l'alimentazione inadeguata contribuiscono alla mortalità precoce delle madri, dei neonati e dei bambini e nociono allo sviluppo fisico e cerebrale dei più giovani. Spesso la malnutrizione inizia durante la vita intrauterina e, a seconda delle condizioni, può continuare per tutta la vita, soprattutto tra le ragazze e le donne che a loro volta mettono alla luce dei bambini con un ritardo nella crescita intrauterina. Nel lungo termine, la povertà accresce il rischio di denutrizione diminuendo il potere di acquisto del nucleo familiare, riducendo il suo accesso ai servizi sanitari fondamentali ed esponendolo a un ambiente malsano, cioè a dei fattori che compromettono l'apporto alimentare (sia in termini qualitativi che quantitativi) e che ampliano le minacce di infezione. Generalmente nei nuclei familiari poveri le gravidanze sono più frequenti, i membri più numerosi, le infezioni più consuete e i costi in cure mediche più elevati.



RDC
Foto: L. Pantella

Quadro teorico internazionale

Principali tappe della lotta contro la malnutrizione

La lotta contro la malnutrizione fa parte dell'agenda umanitaria dagli anni 1970, quando una drammatica crisi alimentare scoppiò in Africa, nei paesi del Sahel (Burkina Faso, Ciad, Mali, Mauritania, Niger e Senegal) e in Etiopia, in seguito a una serie di devastanti episodi di siccità. La carestia di quegli anni ha mietuto centinaia di migliaia di vittime e ha incrementato la diffusione delle epidemie¹².

È a partire da queste crisi che è apparso il concetto di diritto a cibo e nutrizione adeguati e che esso ha ricevuto il riconoscimento internazionale nelle dichiarazioni e convenzioni giuridiche. Nella tabella di seguito riportata sono descritte le tappe fondamentali dello sviluppo di una strategia comune per combattere la denutrizione a livello globale.



¹² Secondo la FAO, la carestia nei paesi del Sahel ha causato più di 100.000 morti, mentre in Etiopia tra il 1972 e il 1974 si sono verificati tra i 50.000 e 200.000 decessi su una popolazione di 27 milioni di persone. Maggiori informazioni sono disponibili sul sito web della FAO all'indirizzo: <http://www.fao.org/docrep/x4400f/x4400f09.htm>

Tabella 1: Tappe fondamentali della comunità internazionale nella lotta congiunta contro la malnutrizione

1974 - DICHIARAZIONE UNIVERSALE PER L'ELIMINAZIONE DEFINITIVA DELLA FAME E DELLA MALNUTRIZIONE (CONFERENZA MONDIALE SULL'ALIMENTAZIONE)	Riconosce che "ogni uomo, donna e bambino ha il diritto inalienabile di essere liberato dalla fame e dalla malnutrizione al fine di potersi pienamente sviluppare e di conservare le proprie facoltà fisiche e mentali".
1981 - CODICE INTERNAZIONALE SULLA COMMERCIALIZZAZIONE DEI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO (OMS)	Sancisce un codice internazionale di commercializzazione di alimenti per lattanti e di altri prodotti utilizzati come sostituti del latte materno.
1989 - CONVENZIONE SUI DIRITTI DELL'INFANZIA (ASSEMBLEA GENERALE DELLE NAZIONI UNITE)	Riconosce che l'alimentazione è una componente del diritto alla salute.
1990 - DICHIARAZIONE MONDIALE E PIANO D'AZIONE SULLA SOPRAVVIVENZA, PROTEZIONE E SVILUPPO DELL'INFANZIA (SUMMIT MONDIALE PER L'INFANZIA)	Dichiara che "una migliore alimentazione richiede un'adeguata sicurezza alimentare del nucleo familiare, un ambiente sano, il controllo delle infezioni così come una cura materna e infantile adeguata".
1990 - QUADRO CONCETTUALE DELLE CAUSE DELLA MALNUTRIZIONE (UNICEF)	Fornisce una metodologia di analisi e descrive la causalità multifattoriale della denutrizione, identificata principalmente nella mancanza di accesso ad un cibo adeguato, di buone pratiche alimentari e di cure, così come all'igiene e alla salute.
1992 - PRIMA CONFERENZA INTERNAZIONALE SULLA NUTRIZIONE (ICN1)	Finalizza un piano di azione globale per promuovere la nutrizione, mettendo in relazione i settori della sanità e dell'agricoltura per raggiungere l'obiettivo di sicurezza nutrizionale per tutti e dare alla nutrizione il posto necessario in seno alla strategia di sviluppo globale.
1996 - DICHIARAZIONE DI ROMA E PIANO D'AZIONE SULLA SICUREZZA ALIMENTARE MONDIALE (VERTICE MONDIALE SULL'ALIMENTAZIONE)	Include la nutrizione nella definizione di sicurezza alimentare, sottolineando l'importanza di un accesso fisico ed economico a cibo sufficiente, sicuro e nutriente che soddisfi le esigenze nutrizionali e le preferenze alimentari per una vita attiva e sana.
1998 - CREAZIONE DELL'IFE (INFANT FEEDING IN EMERGENCIES) CORE GROUP	Riconosce che la promozione dell'allattamento esclusivo al seno in situazioni di emergenza è una misura necessaria per la sopravvivenza. Guide operative e manuali di formazione sono realizzati per migliorare la protezione, promozione e sostegno dell'alimentazione dei neonati e dei bambini nelle emergenze.
2000 - DICHIARAZIONE DEL MILLENNIO	Il primo obiettivo (Obiettivo di Sviluppo del Millennio 1) si prefiggeva di sradicare la povertà estrema e la fame nel mondo tramite degli interventi volti a migliorare la nutrizione.
2005 - DICHIARAZIONE DEGLI INNOCENTI SULLA PROTEZIONE, PROMOZIONE E SOSTEGNO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO (UNICEF)	Riconosce che l'allattamento esclusivo fino ai 6 mesi è l'alimentazione ideale e la più sicura per promuovere la crescita ed uno sviluppo sano. Riconosce alle madri il diritto di avere accesso alle misure di supporto, informazione, consulenza sull'allattamento al seno e l'alimentazione complementare.
2008 - STUDI DELLA RIVISTA THE LANCET SULLA NUTRIZIONE MATERNA E INFANTILE	Evidenziano la necessità di supportare l'approccio dei 1000 giorni durante i quali il bambino, sulla base di evidenze scientifiche, godendo di una alimentazione adeguata e di una crescita armoniosa, trarrà dei benefici per tutto il corso della sua vita ¹³ .
2010 - CREAZIONE DEL SUN (SCALING UP NUTRITION) - MOVIMENTO DI AUMENTO GRADUALE DELLA NUTRIZIONE	Il Movimento è stato lanciato come uno sforzo congiunto da parte dei governi, la società civile, le Nazioni Unite, i donatori, le aziende e gli scienziati per una azione congiunta al fine di eliminare ogni forma di malnutrizione, attraverso il rafforzamento degli impegni politici e il coordinamento delle strategie di intervento.
2012 - PIANO D'ATTUAZIONE GENERALE DELL'OMS RIGUARDANTE LA NUTRIZIONE DEL NEONATO E DEL BAMBINO PICCOLO (65A ASSEMBLEA MONDIALE DELLA SANITÀ)	Lancio di una iniziativa del Segretario Generale delle Nazioni Unite per eliminare i casi di ritardo nella crescita nei bambini al di sotto dei due anni.
2012 - ADOZIONE DELLA STRATEGIA DEI 1000 GIORNI (OMS)	Adotta la politica di riduzione della morbilità e della mortalità, in particolare durante i primi 1.000 giorni di vita ¹⁴ .
2014 - SECONDA CONFERENZA INTERNAZIONALE SULLA NUTRIZIONE (ICN2)	Si pone l'obiettivo di rafforzare la coerenza e il coordinamento delle politiche e di mobilitare le risorse necessarie per migliorare lo stato nutrizionale e sostenere la cooperazione internazionale al fine di implementare la nutrizione soprattutto nei paesi in via di sviluppo.

¹³ Gli studi del Lancet invitano inoltre a dare una maggiore priorità ai programmi di nutrizione nazionali, ad attuare più fermamente i programmi per la salute, a migliorare gli approcci intersettoriali e a favorire la concentrazione degli sforzi e il coordinamento del sistema di nutrizione globale delle agenzie internazionali, dei donatori, del mondo accademico, della società civile e del settore privato.

¹⁴ Ulteriori informazioni sull'approccio dei 1000 giorni sono disponibili all'indirizzo: <http://thousanddays.org/wp-content/uploads/2012/05/WHO-Targets-Policy-Brief.pdf>

Parallelamente alle dichiarazioni internazionali, gli interventi di nutrizione in emergenze si sono notevolmente evoluti a partire dagli anni 1970, migliorando progressivamente la loro qualità. Tale risultato è stato raggiunto grazie allo sviluppo di protocolli e linee guida per i programmi terapeutici, al perfezionamento di alimenti efficaci per il trattamento della malnutrizione acuta grave (latte F75 e F100, alimenti terapeutici pronti per l'uso), allo sviluppo di metodologie standardizzate per la raccolta di informazioni attraverso valutazioni di copertura e indagini nutrizionali (SMART, SQUEAC e progetto FANTA¹⁵) e per il monitoraggio e la valutazione dell'impatto dei programmi.

Si evince dunque che nel corso degli ultimi anni la ricerca scientifica e l'impegno degli attori politici hanno identificato tre assi strategici sui quali i governi, le agenzie umanitarie e i finanziatori dovrebbero concentrarsi per ridurre la mortalità e la morbilità legate alla nutrizione¹⁶. COOPI, a sua volta, sostiene le sue iniziative orientando i suoi programmi sui seguenti assi:

16

1 L'adozione del concetto di sicurezza nutrizionale in una strategia di intervento globale che sottolinea l'importanza di un approccio integrato¹⁷ per affrontare le cause della malnutrizione a breve e lungo termine. Tutto ciò può essere conseguito attraverso la promozione della sicurezza alimentare, l'accesso e il consumo di

cibo nutriente in quantità e qualità adeguate, la protezione sociale, le pratiche di cura e l'accesso ai servizi sanitari, la fornitura di acqua ed i servizi igienici.

2 L'attuazione degli Interventi Nutrizionali Fondamentali, identificati nell'**Approccio 1000 giorni**¹⁸, che concentra gli interventi nutrizionali nell'arco di tempo compreso tra l'inizio della gravidanza e il secondo compleanno del bambino, per ridurre la mortalità, la morbilità e le lesioni irreversibili del bambino. Infatti, la maggior parte degli effetti dannosi della malnutrizione manifestatisi nei primi 1000 giorni di vita di un bambino hanno un carattere prevalentemente irreversibile. Dopo questo momento, la maggior parte degli interventi saranno poco incisivi e troppo tardivi, divenendo inoltre molto costosi.

3 La sinergia con il Movimento SUN, che sottolinea la necessità di riprodurre su larga scala gli interventi nutrizionali a livello globale attraverso un processo di attuazione di azioni efficaci a livello delle decisioni politiche, di condivisione dei risultati comuni e della mobilitazione delle risorse economiche, con particolare attenzione alla responsabilità primaria dei governi e un appello ad una migliore organizzazione delle istituzioni di supporto

¹⁵ La SQUEAC (Semi- Quantitative Evaluation of Access and Coverage) è una metodologia di valutazione semiquantitativa dell'accessibilità e della copertura dei progetti di sicurezza nutrizionale. La SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition) è una metodologia per la conduzione di inchieste nutrizionali standardizzate. Il FANTA (Food and Nutrition Technical Assistance Project) è un progetto di sostegno tecnico finanziato da USAID volto a sviluppare degli strumenti efficaci per la prevenzione e il trattamento della malnutrizione acuta.

¹⁶ Bhutta et al., 2013; The Lancet, Executive Summary.

¹⁷ L'approccio integrato prevede che gli interventi tengano conto dell'interazione delle cause alla base della denutrizione. Ad esempio, un progetto di gestione della malnutrizione acuta attraverso la distribuzione di alimenti terapeutici può comprendere attività a sostegno della salute riproduttiva (per migliorare l'assistenza prenatale e promuovere le gravidanze distanziate), la fornitura di acqua potabile e la costruzione di latrine (attraverso la strategia "WASH in Nut" che mira a ridurre i casi di diarrea) ed interventi di sostegno all'agricoltura che incoraggiano la produzione di frutta e verdura per promuovere la diversificazione alimentare.

¹⁸ Gli Interventi Nutrizionali Fondamentali sono: a) promozione di una nutrizione adeguata delle donne; b) promozione dell'assunzione di Ferro e Acido Folico e prevenzione dell'anemia nelle donne e nei bambini; c) promozione del consumo di sale iodato all'interno della famiglia; d) promozione delle pratiche ottimali di allattamento materno fino ai 6 mesi; e) promozione dell'alimentazione complementare all'allattamento materno per i bambini dai 6 ai 24 mesi; f) promozione delle cure nutrizionali per i bambini malati e malnutriti; g) prevenzione della carenza di vitamina A nelle donne e nei bambini.

L'approccio di COOPI alla sicurezza nutrizionale: concetti chiave

Dalla Nutrizione alla Sicurezza Nutrizionale

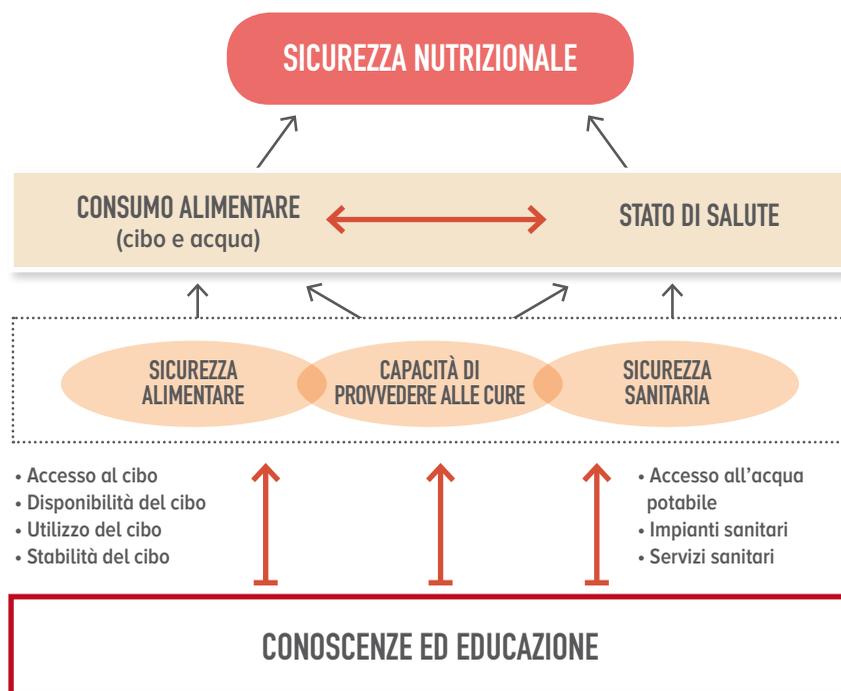
Per COOPI una **buona nutrizione è un diritto fondamentale per gli individui**. Migliorare lo stato nutrizionale delle persone e dei bambini è fondamentale per porre fine al circolo vizioso della fame, denutrizione e sottosviluppo. Tramite le lezioni apprese sul campo, l'impegno devoluto nei progetti di ricerca internazionali e di condivisione delle conoscenze, la strategia di COOPI per ridurre in modo sostenibile i tassi di denutrizione si è sempre più orientata verso un approccio integrato.

In quest'ottica COOPI ha adottato il concetto di sicurezza nutrizionale nell'ambito della sua strategia di intervento globale. Secondo la definizione della FAO, **la sicurezza nutrizionale è una situazione che sus-**

siste quando l'accesso sicuro a una dieta nutriente è associato ad un ambiente sanitario, servizi sanitari e cure adeguati per assicurare una vita sana e attiva a tutti i membri della famiglia. La sicurezza nutrizionale è diversa dalla sicurezza alimentare in quanto tiene conto anche delle pratiche di accudimento adeguate, della salute e dell'igiene, nonché di un regime nutrizionale adeguato (FAO, IFAD e PAM, 2014).

L'illustrazione di seguito (Figura 5) mostra l'interazione tra i fattori che influenzano direttamente o indirettamente la sicurezza nutrizionale, a partire da conoscenze ed educazione, fino all'alimentazione e all'accesso alle cure sanitarie.

Figura 5: Quadro concettuale della Sicurezza Nutrizionale - COOPI, 2016, adattato da UNICEF, 1998.



È importante considerare che i legami tra i vari settori sono complessi e specifici per ogni contesto di intervento e richiedono una approfondita analisi dei bisogni e la conoscenza dei meccanismi e dei mezzi di sussistenza delle famiglie e delle comunità. Oltre ai contesti di urgenza, **COOPI ha progressivamente sviluppato la sua strategia per la prevenzione della malnutrizione acuta, in particolare per il miglioramento delle condizioni di salute della mamma e del neonato attraverso la comunicazione per il cambiamento dei comportamenti sull'allattamento esclusivo, l'alimentazione dei neonati e dei bambini¹⁹ e la nutrizione delle donne incinte e delle madri che allattano.** Che si tratti di programmi di emergenza o di riabilitazione, gli interventi di sicurezza alimentare hanno sempre avuto un ruolo importante nella lotta contro la denutrizione. La policy di COOPI sulla sicurezza alimentare sottolinea ed evidenzia esplicitamente la dimensione nutrizionale di questo settore. È attraverso il sostegno alle famiglie in situazioni di insicurezza alimentare, per migliorare la disponibilità, l'accesso e l'utilizzo delle risorse alimentari, che COOPI affronta alla radice le cause della malnutrizione in una prospettiva di medio-lungo termine. L'integrazione degli obiettivi nutrizionali (come la riduzione del tasso di malnutrizione acuta e l'aumento del numero di donne che allattano esclusivamente al seno nei primi 6 mesi di vita del bambino) in questo tipo di programmi consente agli operatori di COOPI di valutarne l'efficacia e l'impatto in termini di sicurezza nutrizionale. COOPI riconosce che valutare l'impatto a lungo termine di tali programmi dal punto di vista nutrizionale è una sfida, perciò crede che la collaborazione con le reti internazionali e le iniziative di condivisione di approcci basati sulle evidenze sia essenziale per identificare gli interventi più efficaci e per riprodurli su larga scala. COOPI, con la sua esperienza nell'ambito della salute e nutrizione nelle situazioni di emergenza, collabora con numerosi attori quali i governi, le istituzioni internazionali e le organizzazioni comunitarie. Ottimizzare l'impatto nutrizionale dei programmi umanitari e di svilup-

po significa lavorare in collaborazione con i ministeri (come quello dell'agricoltura, degli affari sociali e il dipartimento di nutrizione presso il ministero della salute) e i partner locali, e partecipare attivamente ai meccanismi di coordinamento, come il cluster sulla nutrizione, al fine di supportare le capacità nazionali e locali e promuovere degli interventi sostenibili.



MALI
Foto. M. Salvadori

¹⁹ In particolare, conformemente alle raccomandazioni OMS, 2012, COOPI fa riferimento ai bambini di età inferiore a due anni.

Gli assi di intervento

La sicurezza nutrizionale è promossa da COOPI attraverso l'adozione di cinque concetti chiave che sono descritti nelle seguenti sezioni: l'approccio integrato, l'approccio dei 1000 giorni, l'approccio comunitario e partecipativo; gli interventi basati sulla valutazione dei bisogni; la promozione della ricerca/azione.

1 Approccio integrato

COOPI adotta un approccio integrato nell'ambito della nutrizione poiché la malnutrizione infantile è il risultato di una serie di fattori economici, sociali, familiari e individuali. In particolare COOPI si concentra sulle pratiche igienico/sanitarie e sulla disponibilità dell'acqua, sulla disponibilità e l'accesso ai servizi di salute materno infantili e sulla possibilità delle famiglie e delle comunità di accedere fisicamente ed economicamente al cibo, in quantità e qualità adeguate, attraverso dei programmi di sicurezza alimentare. Tale approccio prende in considerazione il bambino olisticamente, in quanto individuo e membro di una famiglia, di una comunità e nel senso più ampio di una società.

Prevenire e ridurre la malnutrizione in una comunità è fondamentale per rafforzare la resilienza²⁰ dei singoli e della comunità stessa, poiché le persone ben nutrite sono più sane, possono lavorare meglio e quindi sono maggiormente in grado di resistere, gestire e recuperare in situazioni di shock e di stress (FAO, IFAD, PAM, 2014). Per COOPI la sicurezza nutrizionale è sia un mezzo che un risultato della resilienza.

COOPI si adopera per garantire che gli obiettivi nutrizionali siano integrati in tutti i suoi programmi al fine di contribuire alla sicurezza nutrizionale dei bambi-

ni e delle loro famiglie. I programmi di sicurezza alimentare possono contribuire a migliorare lo stato nutrizionale delle persone in diversi modi. Possono ad esempio accrescere e diversificare il reddito familiare o migliorare l'accesso ad una dieta ricca di micronutrienti. Inoltre, i programmi di salute materna e infantile possono includere lo screening attivo dei bambini malnutriti e la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno, in particolare l'allattamento al seno esclusivo fino a 6 mesi di vita del bambino.

Le lezioni apprese sul terreno e le valutazioni condotte dai team di COOPI mostrano inoltre che i programmi che incorporano interventi sensibili e specifici alla tematica della nutrizione sono i più efficaci ed apprezzati dalla popolazione, perché soddisfano in modo più adeguato le loro esigenze reali.



CIAD

Foto: A. Gandolfi/ParalleloZero

²⁰ Per 'resilienza' si intende la capacità di un sistema, una comunità o una società potenzialmente esposta a minacce di adattarsi resistendo o cambiando in maniera da raggiungere e mantenere un livello accettabile in termini di funzionamento e strutture. (UN/ISDR 2004). Per approfondimenti: http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf

Buone pratiche

Lottare contro la malnutrizione acuta per COOPI significa sostenere le famiglie e le comunità più a rischio per garantire la loro sicurezza nutrizionale. L'identificazione dei criteri di vulnerabilità e del rischio di denutrizione, così come la definizione e l'attuazione di un'azione che affronti le cause della malnutrizione richiede un lavoro integrato che coinvolge esperti in materia di nutrizione, salute, acqua/igiene e sicurezza alimentare. L'esperienza di COOPI in Somalia dimostra che l'impatto nutrizionale di questi interventi è molto importante.

RISPOSTA ALLA MALNUTRIZIONE ACUTA TRAMITE UN APPROCCIO INTEGRATO NELLA REGIONE DI GEDO (SOMALIA)

Le comunità pastorali e agropastorali nelle regioni meridionali della Somalia (Gedo, Bay, Bakol e Lower Shabelle) sono state le più gravemente colpite dall'insicurezza nutrizionale in quanto le loro strategie di resilienza e di adattamento erano state significativamente compromesse sin dal 2010 durante la stagione povera del Deyr. La malnutrizione acuta superava la soglia di emergenza del 15%. A livello nazionale, circa 323.000 bambini erano gravemente malnutriti e bisognosi di cure.

In questo contesto, COOPI è intervenuta nel 2011 e nel 2012 per contribuire alla sicurezza alimentare delle famiglie più vulnerabili colpite dalla crisi alimentare consentendo loro di accedere al cibo e all'acqua.

Tramite la distribuzione di cibo e acqua e la fornitura di contenitori per la raccolta e lo stoccaggio di acqua e di pastiglie di cloro per il trattamento dell'acqua, oltre 33.000 persone hanno migliorato il loro accesso al cibo e all'acqua e hanno raggiunto una media di 1.971 Kcal per persona al giorno. Almeno 35.496 persone (5.100 famiglie) sono state istruite sulle pratiche igieniche da 202 promotori di igiene comunitari formati dal progetto. 3.800 famiglie che dipendevano dall'agricoltura e/o dal bestiame sono state fornite di fattori di produzione agricoli di base - sementi, mangimi e farmaci veterinari. Questo approccio ha permesso che le stesse famiglie fossero raggiunte da più interventi, col fine di ridurre i rischi di malnutrizione associati alle cause immediate.

20



2 Approccio 1000 giorni

Numerosi studi scientifici, come quello di Lancet (Black et al. 2008), hanno dimostrato che è necessario orientare gli sforzi in direzione degli interventi nutrizionali e della finestra di opportunità dei “1000 giorni”. La sicurezza nutrizionale delle donne incinte, delle madri che allattano e dei bambini durante i primi 24 mesi di vita, ossia dei gruppi più vulnerabili della popolazione dal punto di vista nutrizionale, svolge un ruolo importante nei programmi di COOPI sia a livello della prevenzione che del trattamento della malnutrizione acuta. Nei paesi a basso reddito le donne incinte sono spesso minute e hanno un basso indice di massa corporea, con conseguente scarso sviluppo fetale e aumento del rischio di complicazioni della gravidanza. Inoltre, un bambino con insufficienza ponderale alla nascita è più esposto al rischio di morbidità e mortalità²¹.

Per COOPI, l'approccio 1000 giorni si realizza attraverso azioni come l'integrazione di ferro e acido folico per la prevenzione dell'anemia nelle donne incinte, la promozione delle pratiche di allattamento ottimali fino ai 6 mesi di età e di alimenti complementari all'allattamento al seno per i bambini dai 6 ai 24 mesi, il sostegno alle donne per l'accesso a un'alimentazione adeguata durante la gravidanza e l'allattamento. Tutti questi interventi hanno come obiettivo principale la prevenzione del ritardo nella crescita e la riduzione dei rischi di malnutrizione acuta e di mortalità di neonati, bambini, delle donne incinte e delle madri che allattano.

In merito alla necessità delle distribuzioni di cibo (farina arricchita, biscotti arricchiti, prodotti terapeutici), COOPI valuta l'impatto potenziale di tali interventi sulle economie locali e sostiene l'intera comunità con l'obiettivo di raggiungere la sicurezza alimentare e nutrizionale senza compromettere e senza avere un impatto negativo sulla capacità delle comunità di riconquistare autonomamente i loro mezzi di sussistenza.

3 Approccio comunitario e partecipativo

Al fine di garantire un intervento efficace e sostenibile, COOPI si assicura che gli interventi siano adeguati alle priorità e alle realtà locali tramite l'adesione, nel corso degli interventi, alle politiche nazionali del Paese e alla costruzione di partnership con gli enti nazionali che si occupano di nutrizione. Rafforzare le capacità delle strutture sanitarie locali (dai centri sanitari fino agli ospedali di riferimento) è uno dei punti chiave per la riuscita di un intervento, così come creare una supervisione congiunta con i partner locali per garantire il monitoraggio e una strategia di uscita adeguati per rendere sostenibili le azioni intraprese. L'integrazione degli interventi nutrizionali nella politica nazionale e la collaborazione con il Ministero della Salute per la definizione e l'attuazione di un Protocollo Nazionale condiviso ed efficace sono dei punti fondamentali per la continuità e la sostenibilità dei programmi. Con questa prospettiva, COOPI cerca di assicurare che i servizi di prevenzione e la cura della malnutrizione siano e restino stabilmente disponibili e accessibili nel lungo periodo.

La collaborazione con la comunità costituisce una parte importante del lavoro durante l'identificazione delle priorità, la progettazione, la realizzazione e la valutazione degli interventi di integrazione delle attività nel sistema locale, favorendone l'appropriazione. Il coinvolgimento dei leader della comunità, delle persone influenti, del personale sanitario è essenziale per garantire l'accettazione e la partecipazione agli interventi. Mobilitare le reti comunitarie rimane un punto di forza dei programmi di nutrizione di COOPI nelle diverse aree di intervento e consente di garantire una copertura più completa alle aree di intervento. In pratica, COOPI mobilita migliaia di agenti comunitari per la sensibilizzazione porta a porta, lo screening attivo di bambini malnutriti e l'organizzazione di eventi quali spettacoli teatrali, realizzando iniziative

21

²¹ Black RE et al. Gruppo di studio sulla denutrizione materna ed infantile. 2008. “Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences”.

creative di sensibilizzazione e educazione della comunità.

Tramite i network comunitari è inoltre possibile implementare una strategia di vicinanza con le popolazioni colpite instaurando una fiducia reciproca, condizione necessaria affinché gli obiettivi e le attività siano

accettati e sostenuti dalla comunità presso le quali COOPI interviene. L'approccio comunitario è inoltre importante per diffondere le buone pratiche mediche e nutrizionali, che hanno come obiettivo il rimpiazzo di pratiche tradizionali nocive, estremamente dannose e potenzialmente letali per i bambini.

Buone pratiche

COOPI mette la comunità al centro di ogni suo intervento. La comunità è vista come motore di cambiamento per il miglioramento delle condizioni di vita e per aumentare la resilienza locale. La componente comunitaria ha un ruolo fondamentale nella gestione della malnutrizione acuta facilitando il decentramento delle attività e migliorando la copertura dei programmi.

INTERVENTO DI NUTRIZIONE COMUNITARIA NELLA REPUBBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO (RDC)

22

COOPI ha realizzato nel 2008 uno dei primi programmi di nutrizione comunitaria nella RDC per consolidare gli interventi precedenti nonché prevenire e curare i casi di malnutrizione nei villaggi tramite i centri nutrizionali comunitari.

Il progetto ha incluso 6.600 persone, tra cui 4.945 bambini e 1.240 donne, e ha fatto appello al dinamismo delle strutture comunitarie per promuovere la crescita sana dei bambini da 0 a 59 mesi e le pratiche di alimentazione raccomandate per le donne incinte e le madri che allattano.

In tal modo il progetto ha contribuito alla creazione e all'equipaggiamento dei centri nutrizionali comunitari, all'organizzazione delle pesate comunitarie mensili e allo screening attivo, alla realizzazione di indagini nutrizionali (metodo della devianza positiva) e alla formazione delle ostetriche e dei guaritori.

COOPI ha istituito un sistema basato sulla comunità e adattato al contesto locale e ha coinvolto la comunità, le strutture sanitarie e le autorità locali attraverso un sistema di solidarietà comunitaria per garantire dei risultati a lungo termine.





RDC

Foto: Archivio COOPI

4 Interventi basati sull'analisi dei bisogni

Gli interventi nutrizionali di COOPI sono basati su un'analisi dettagliata dei bisogni, strutturata e multidisciplinare, che prende in considerazione le esigenze specifiche dei gruppi vulnerabili, come le persone che vivono con l'HIV. Il concetto di sicurezza nutrizionale è utile a questo stadio perché sottolinea l'importanza e la necessità di includere nella valutazione dei bisogni gli altri fattori che influenzano lo stato nutrizionale.

L'approccio varia a seconda dei contesti, che possono essere di crisi umanitaria (conflitti armati o disastri di origine naturale) o di carenze croniche. Nel primo caso, COOPI realizza interventi nutrizionali specifici per rispondere alle esigenze delle popolazioni colpite dalla crisi al fine di ripristinare le condizioni nutrizionali pre-crisi. Nei casi di deficit cronici, invece,

vengono trattate le cause sottostanti alla malnutrizione, in particolare le vulnerabilità economiche e le dinamiche sociali e socio-culturali.

COOPI mette al centro degli interventi il rapporto madre-figlio, l'educazione alimentare e la promozione dell'allattamento al seno esclusivo. Attraverso indagini sulle Conoscenze, Attitudini e Pratiche²² nutrizionali, nonché studi sull'accesso e l'utilizzo dei servizi medici primari e sanitari, COOPI individua le priorità dei suoi interventi per soddisfare le esigenze reali della popolazione. La valutazione dei bisogni nutrizionali è condotta in coordinamento con gli altri attori umanitari, in una logica di complementarità e di sinergia degli sforzi. Recentemente COOPI ha partecipato anche alla realizzazione di studi Link NCA (Nutritional Causal Analysis), volti a migliorare i programmi di sicurezza nutrizionale tramite raccomandazioni operative sugli interventi specifici e quelli sensibili alla nutrizione.

²² In inglese KAP (Knowledge, Attitude and Practices) surveys.

Buone pratiche

La malnutrizione acuta e cronica è un problema di salute pubblica sia nelle zone rurali che urbane. L'identificazione degli ostacoli della sicurezza nutrizionale e delle cause alla base della denutrizione richiede un'analisi approfondita del contesto di intervento ed è funzionale alla pianificazione di interventi adeguati. Per COOPI è importante che l'analisi della situazione nutrizionale coinvolga tutti i settori interessati, per ottenere una visione olistica dei bisogni, dei rischi e delle cause e individuare una risposta adeguata e integrata.

INDAGINE SULLE CONOSCENZE, ATTITUDINI E PRATICHE IN MATERIA DI SALUTE E DI NUTRIZIONE A MALUKU – RDC

24

COOPI ha condotto nel 2012 uno studio qualitativo sulle Conoscenze, Attitudini e Pratiche in materia di nutrizione, nonché sull'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari primari e dei servizi igienici da parte dei bambini e delle donne incinte e in allattamento nel distretto sanitario di Maluku 2, in provincia di Kinshasa, nella RDC, dove erano stati realizzati dei progetti di nutrizione su base comunitaria tra il 2005 e il 2007. Lo studio di COOPI ha permesso di ottenere delle informazioni sui gruppi target per sviluppare un programma di prevenzione adeguato.

L'indagine ha mostrato che solo il 34,2% dei bambini di 0-6 mesi venivano allattati esclusivamente al

seno, i bambini di 9-11 mesi non ricevevano dei pasti sufficientemente nutrienti e solo il 43% delle donne incinte adeguavano il loro consumo alimentare. Allo stesso modo, il pasto delle donne in allattamento soddisfaceva gli standard raccomandati scientificamente in termini di frequenza, ma non di qualità.

L'indagine inoltre ha evidenziato l'importanza dell'ambiente e persone influenti della comunità per la trasmissione dei messaggi, e delle barriere culturali alle buone pratiche. I dati sono ora utilizzati nei programmi di prevenzione attuati da COOPI nella RDC e dal Programma Nazionale di Nutrizione (PRONANUT), partner dell'indagine, nell'ambito della sua politica nazionale.

5 Promozione della ricerca/azione

COOPI promuove la collaborazione con istituti di ricerca e università specializzate nell'ambito della nutrizione per migliorare la qualità e l'efficacia dei suoi interventi. Inoltre, COOPI contribuisce alla ricerca scientifica attraverso lo sviluppo di strategie innovative per migliorare le pratiche umanitarie nella lotta contro la denutrizione. Le conclusioni tratte grazie alle esperienze sul terreno e alle competenze del personale dell'Organizzazione consentono di migliorare l'efficacia degli interventi, ma anche di influenzare le pratiche e le politiche nazionali e internazionali.

COOPI è convinta che la collaborazione e il coordinamento con i partner, governativi e non, sono fondamentali per condividere l'esperienza acquisita e per rafforzare le sinergie e, di conseguenza, l'impatto dei programmi. Sulla base di tale constatazione, COOPI ha recentemente aderito al Coverage Monitoring Network (CMN), un progetto inter-agenzie volto a migliorare i programmi di nutrizione, promuovendo gli strumenti di valutazione della qualità e della copertura, il potenziamento delle capacità e la condivisione delle informazioni. COOPI inoltre è operativa nelle situazioni di emergenza dove è attivo il cluster salute e nutrizione.

COOPI nella gestione operativa: buone pratiche

Sulla base delle analisi dei bisogni e considerando il quadro concettuale delle cause della malnutrizione, COOPI ha definito la sua strategia di intervento che risponde a due obiettivi:

1 Affrontare la crisi nutrizionale attraverso il sostegno diretto alle persone (soprattutto i bambini di età inferiore ai cinque anni e le donne incinte e le madri che allattano) affette da malnutrizione acuta, avviando azioni nutrizionali specifiche;

2 Sostenere le famiglie dei bambini malnutriti e le comunità per affrontare alla radice le cause della malnutrizione (insicurezza alimentare, pratiche nutrizionali inadeguate e ambiente igienico e sanitario inadeguato).

Con questo intento, COOPI attua due tipi di programmi: gli interventi specifici alla nutrizione e gli interventi sensibili alla nutrizione.²³

INTERVENTI SPECIFICI ALLA NUTRIZIONE

Le azioni che hanno un impatto diretto sulla prevenzione e il trattamento della denutrizione. Gli interventi nutrizionali specifici mirano alle cause immediate della malnutrizione, aumentando l'assunzione di cibo e combattendo le malattie infettive. Esempi di interventi specifici alla nutrizione sono: la salute e la nutrizione materna, l'integrazione di micronutrienti, la promozione ed il sostegno all'allattamento al seno esclusivo, la promozione di una alimentazione complementare adeguata, l'arricchimento degli alimenti.

25

INTERVENTI SENSIBILI ALLA NUTRIZIONE

Gli interventi progettati per trattare le determinanti della nutrizione (che comprendono la sicurezza alimentare delle famiglie, la protezione delle madri e dei bambini, i servizi di assistenza sanitaria di base, l'acqua, i servizi igienico-sanitari), ma che non hanno necessariamente la nutrizione come obiettivo prioritario (FAO, IFAD e PAM, 2014). Gli interventi sensibili alla nutrizione possono anche consistere in piattaforme per l'attuazione di azioni specifiche alla nutrizione che hanno il potenziale di aumentarne la scala, la copertura e l'efficacia.

COOPI attua una serie di approcci operativi identificati durante i suoi molti anni di esperienza nei paesi più poveri e che caratterizzano l'approccio generale

dell'organizzazione alla sicurezza nutrizionale. Questi concetti sono esposti di seguito.

²³ Ruel, M. T., Alderman, H., & Maternal and Child Nutrition Study Group. 2013. "Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?".

La scelta degli interventi di sicurezza nutrizionale in un contesto di emergenza

Tenendo conto del quadro teorico dei diversi livelli delle cause della malnutrizione, l'approccio di COOPI ai programmi di sicurezza nutrizionale in una situazione di crisi acuta e di catastrofe umanitaria si basa sulle indicazioni delle istituzioni internazionali, con particolare attenzione ai collegamenti con i programmi di sicu-

rezza alimentare e con i programmi nei settori acqua e igiene. COOPI in particolare fa riferimento all'albero decisionale dell'OMS²⁴, rappresentato nella tabella 2. I dati sui tassi della malnutrizione indicano il livello di gravità della situazione e suggeriscono gli interventi da attuare per evitare un aumento dei tassi di mortalità.

Tabella 2:

Albero decisionale dell'OMS per l'attuazione di programmi nutrizionali²⁵ - COOPI, 2016, adattato da OMS, 2000.

RILEVAZIONI	AZIONI NECESSARIE
LA DISPONIBILITÀ DI CIBO A LIVELLO FAMILIARE È INFERIORE A 2.100 KCAL AL GIORNO PRO CAPITE	SITUAZIONE INSODDISFACENTE <ul style="list-style-type: none"> migliorare le razioni generali finché la disponibilità alimentare locale e il suo accesso non siano adeguati.
TASSO DI MALNUTRIZIONE AL 15% O SUPERIORE, OPPURE DAL 10 AL 14% CON FATTORI AGGRAVANTI	SITUAZIONE GRAVE <ul style="list-style-type: none"> aumento delle razioni generali (a meno che la situazione non sia limitata a gruppi vulnerabili); alimentazione complementare per tutti i membri dei gruppi vulnerabili specialmente per i bambini e le donne incinte e le madri che allattano; programma alimentare terapeutico per gli individui gravemente malnutriti.
TASSO DI MALNUTRIZIONE AL 10-14%, OPPURE DAL 5 AL 9% CON FATTORI AGGRAVANTI	SITUAZIONE RISCHIOSA no alle razioni generali, piuttosto: <ul style="list-style-type: none"> alimentazione supplementare per le persone identificate come malnutrite nei gruppi vulnerabili; programma alimentare terapeutico per gli individui gravemente malnutriti.
TASSO DI MALNUTRIZIONE SOTTO AL 10% SENZA FATTORI AGGRAVANTI	SITUAZIONE ACCETTABILE <ul style="list-style-type: none"> non è necessario intervenire presso le popolazioni; attenzione per gli individui malnutriti tramite regolari servizi comunitari.
FATTORI AGGRAVANTI	<ul style="list-style-type: none"> Razioni generali di cibo al di sotto della media dei requisiti energetici Tasso di mortalità totale superiore a 1 ogni 10.000 persone al giorno Epidemia di morbillo e di pertosse Alta incidenza di malattie respiratorie o diarroiche

²⁴ Si evidenzia che queste linee guida sono provvisorie e soggette a modifiche una volta che le nuove soglie saranno definite in base ai criteri di crescita dell'OMS (Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati, UNHCR, PAM, 2011). A livello internazionale vengono utilizzati diversi strumenti per stimare la gravità della situazione e guidare gli attori umanitari nelle decisioni strategiche più opportune; uno di questi è il manuale tecnico per il quadro integrato di classificazione della sicurezza alimentare (in inglese "Integrated Food Security Phase Classification - IPC") realizzato dall'Unità di Sicurezza Alimentare della FAO (FSAU/FAO).

²⁵ L'albero decisionale dell'OMS è stato realizzato a partire da Medici Senza Frontiere (MSF), 1995. "MSF Nutrition Guidelines".

In generale, le decisioni di intervento si basano sui tassi di GAM, nonché sulla valutazione dei fattori sottostanti e dei bisogni, dei rischi e delle tendenze recenti.

ACQUA E IGIENE E NUTRIZIONE NELLE EMERGENZE

Nella fase acuta di una crisi umanitaria, l'insufficiente disponibilità di acqua potabile e da utilizzarsi per la cottura e l'igiene personale e domestica comporta dei rischi per la salute che, nel caso dei neonati e dei bambini, spesso sfociano nella malattia e, di conseguenza, nella malnutrizione, da cui il drastico aumento del rischio di morte. Secondo l'OMS, il numero di persone che muoiono ogni anno di diarrea trasmessa attraverso l'acqua è compreso tra 1,8 e 2,2 milioni, di cui il 90% è costituito da bambini sotto ai cinque anni. Per tale motivo i programmi nutrizionali di COOPI spesso includono degli interventi per l'installazione di punti di acqua potabile e servizi igienici nelle case, nelle comunità e nei centri di salute, volti a ridurre i rischi ambientali e le malattie trasmesse dall'acqua e interventi di sensibilizzazione per il cambiamento delle pratiche igieniche.

In situazioni di crisi umanitaria, COOPI interviene attraverso dei meccanismi di pronto intervento, come la risposta rapida alle crisi nutrizionali nella RDC, che viene attivata attraverso un sistema di allerta precoce, in collaborazione con il cluster nutrizione. COOPI si adopera per intervenire prontamente nei Paesi e, all'interno degli stessi, nelle zone con la più alta prevalenza di GAM laddove i rischi e fattori aggravanti possono aggravare la denutrizione.

I livelli globali di malnutrizione acuta sono misurati nelle aree geografiche interessate tramite valutazioni rapide dei bisogni e indagini nutrizionali; sulla base di tali informazioni COOPI definisce i programmi nutrizionali

più appropriati con un focus particolare sui gruppi più vulnerabili della popolazione, in particolare i bambini fino ai 59 mesi, le donne incinte e le madri che allattano.

COOPI pianifica i suoi interventi individuando i problemi specifici di ogni contesto, sia nelle situazioni di emergenza che di post-emergenza, in seguito a un'analisi dei sintomi e delle cause della malnutrizione e dei meccanismi che sono alla base dell'insicurezza alimentare. A tal fine, i programmi di emergenza sono progettati per risolvere i problemi immediati correlati alla crisi, ma anche nella prospettiva di essere collegati e allineati ai programmi di medio-lungo periodo e di sviluppo attraverso l'approccio del "contiguum" tra emergenza e sviluppo (Urgence, Réhabilitation et Développement, 2015).

Le buone pratiche apprese tramite l'esperienza di COOPI e riassunte nei paragrafi seguenti illustrano come gli interventi specifici alla nutrizione sono tradotti nella gestione operativa.



Buone pratiche

Le emergenze nutrizionali (con valori di GAM superiori al 15%, rilevati tramite indagini SMART) richiedono l'attivazione di meccanismi di pronto intervento. COOPI interviene in queste situazioni tramite i suoi operatori sul terreno, che sono preparati e addestrati per curare i bambini malnutriti, con o senza complicazioni mediche, attraverso il supporto alle comunità e alle istituzioni sanitarie.



MALI

Foto: Archivio COOPI

TRATTAMENTO DELLA MALNUTRIZIONE ACUTA GRAVE (MALI)

Il Mali meridionale e tutto il Sahel hanno affrontato una drammatica emergenza nutrizionale, con soglie di SAM (con e senza complicazioni mediche) al di sopra delle soglie di emergenza.

L'indagine SMART condotta nel 2012 indicava la regione di Segou come la più colpita, con tassi GAM e SAM rispettivamente del 12,2% e del 3,8%.

L'intervento di COOPI ha mirato a ridurre la mortalità e la morbidità associate alla malnutrizione acuta grave nei bambini dai 6 ai 59 mesi. Di conseguenza, 74.967

bambini sono stati sottoposti a screening e 4.424 bambini affetti da SAM (di cui 427 con complicazioni mediche) sono stati presi in cura, raggiungendo il 98% del target. In accompagnamento allo screening di massa e al trattamento della SAM, sono state attuate delle campagne di sensibilizzazione sulle pratiche nutrizionali ed igieniche di base e la formazione di 1.095 volontari comunitari e del personale sanitario distrettuale.

Buone pratiche

La lotta alla malnutrizione acuta richiede interventi specifici che mirino alle cause immediate e abbiano come obiettivo primario la riduzione della mortalità nei bambini sotto ai cinque anni. Per COOPI tali interventi costituiscono un'opportunità per supportare il Ministero della Salute nei Paesi coinvolti nella creazione di unità nutrizionali in grado di gestire efficacemente i casi di bambini malnutriti, secondo un protocollo standardizzato, in una prospettiva di sostenibilità dei servizi che trattano la malnutrizione, con il sostegno della comunità stessa, sia in situazioni di crisi acuta che cronica.

MIGLIORAMENTO DEL TRATTAMENTO DELLA MALNUTRIZIONE ACUTA IN UNA ZONA NON CONFLITTUALE, TERRITORIO DI LUBUTU (RDC)

Nel 2011, il territorio di Lubutu, provincia di Maniema, nella RDC, si è trovato ad affrontare dei tassi di malnutrizione drammatici, come confermato dalle indagini di nutrizione antropometriche. La prevalenza della GAM e della SAM hanno raggiunto rispettivamente il 19,8% e 6,7%, ben al di sopra della soglia di estrema emergenza (GAM 15% e SAM 2%).

In questo contesto, COOPI è intervenuta tra il 2011 e il 2013 con una risposta di emergenza per curare i bambini gravemente malnutriti nei distretti sanitari di Lubutu e Obokote tramite un approccio integrato per prevenire e gestire la malnutrizione acuta tra bambini sotto ai cinque anni. In collaborazione con l'UNICEF, COOPI ha contribuito a ridurre i tassi di mortalità e morbilità legati alla malnutrizione nei bambini dai 6 ai 59 mesi e ha consentito di migliorare il loro accesso al sistema integrato di prevenzione e trattamento. Grazie al progetto sono state attivate 30 unità nutrizionali, in seno alle quali sono state formate 295 persone, e sono stati realizzati 520 screening attivi. Sono state effettuate delle campagne di comunicazione e di sensibilizzazione sulla nutrizione, tra cui spot radiofonici, concerti e sessioni teatrali. Il progetto ha consentito di curare 7.222 bambini gravemente malnutriti, senza complicazioni mediche, e 248 con complicazioni mediche. Inoltre, sono stati creati 34 gruppi di supporto alle madri sull'alimentazione dei neonati e dei bambini e sono state promosse le pratiche raccomandate in materia di allattamento al seno esclusivo e di alimentazione complementare.

Una particolarità dell'approccio comunitario in questo progetto è stata rappresentata dal coinvolgimento dei genitori di bambini malnutriti e degli studenti delle scuole nell'effettuazione degli screening comunitari, dopo averli formati. Questo approccio è stato presentato a New York City durante una conferenza tenuta da UNICEF, il donatore del progetto.



Diagnosi, sorveglianza e monitoraggio della situazione nutrizionale

Lo stato nutrizionale delle popolazioni in situazioni di emergenza è molto vulnerabile e soggetto alle variazioni e ai cambiamenti del contesto. Una valutazione dei rischi (aumento dei prezzi, spostamenti significativi della popolazione, aumento della morbilità) è ugualmente fondamentale, unitamente ad un costante monitoraggio del contesto e alla partecipazione attiva al sistema di sorveglianza nutrizionale.

Al fine di adattare gli interventi e rispondere meglio ai bisogni, **COOPI conduce delle approfondite valutazioni nutrizionali, qualitative e quantitative**, anche attraverso la partecipazione alla realizzazione di indagini antropometriche SMART, di valutazioni e indagini KAP sull'alimentazione dei neonati e bambini, di indagini sugli apporti di micronutrienti e di sondaggi

SQUEAC sulla copertura. Le informazioni raccolte costituiscono la base delle decisioni in merito alla gestione degli interventi di malnutrizione.

COOPI contribuisce anche alla creazione di un sistema di sorveglianza nutrizionale e di allerta precoce nei Paesi in cui opera. Tale sistema permette

di monitorare lo stato nutrizionale della popolazione attraverso una raccolta dati facendo ricorso durante gli screening anche alla rete comunitaria.

Per sapere se l'intervento risponda in modo appropriato e adeguato al contesto, è essenziale capire i meccanismi validi e quelli inefficaci. A tal fine, COOPI istituisce un sistema per il monitoraggio e la valutazione dei casi di bambini presi in carico.

30

Promozione della salute materna e infantile

I programmi di sicurezza nutrizionale di COOPI sono strettamente correlati a quelli sulla promozione della salute materna e infantile, e spesso sono due facce della stessa medaglia. Le pratiche di alimentazione dei neonati e dei bambini sono prioritarie in seno alle pratiche di cura e di conseguenza richiedono interventi appropriati tramite:

- cure prenatali (integrazione di ferro contro l'anemia sideropenica, integrazione di acido folico, ecc.) e cure post-natali;
- pianificazione familiare: nascite distanziate e contenimento del numero di gravidanze hanno un impatto sullo stato nutrizionale delle donne in gravidanza, prevenendo l'insufficienza ponderale alla nascita e altri problemi;

- nutrizione della donna incinta poiché il suo stato nutrizionale ha un impatto diretto sul peso del bambino alla nascita;
- prevenzione della trasmissione dell'HIV da madre a figlio;
- miglioramento delle cure ostetriche, con parti assistiti da personale qualificato;
- vaccinazioni e integrazione di vitamina A.

Sostenendo le strutture sanitarie esistenti o tramite la creazione di nuovi centri, COOPI mira a realizzare, nei contesti che lo consentono, la presa in carico integrata delle malattie dell'infanzia, incentrata sulle cure mediche di base ai bambini al di sotto dei cinque anni.

Promozione dell'alimentazione dei neonati e dei bambini

L'alimentazione del neonato e del bambino è oggetto di interventi che mirano a proteggere neonati e bambini, siano essi stati allattati al seno o meno, e a soddisfare le loro esigenze nutrizionali. Per COOPI gli interventi prioritari includono la tutela e la promozione dell'allattamento al seno (esclusivo nei primi 6 mesi di vita del bambino), l'allattamento prolungato fino ai 24 mesi, la riduzione al minimo dei rischi legati al latte artificiale e un'alimentazione complementare adeguata e sicura. In circostanze eccezionalmente difficili, i lat-tanti e i bambini richiedono una maggiore attenzione²⁶. Per il benessere della madre e del bambino è

fondamentale migliorare le pratiche di accudimento, in particolare per proteggere e promuovere la salute nutrizionale, fisica e mentale delle donne incinte e delle madri che allattano. Per tale ragione, COOPI ha gestito degli interventi di protezione a sostegno dei programmi nutrizionali, al fine di garantire un sostegno psico-emotivo alle coppie madre-bambino affette da malnutrizione acuta²⁷. Considerare i fattori psicosociali nella gestione della malnutrizione non costituisce solo una umanizzazione della cura, ma si inserisce piuttosto nell'ottica di migliorare l'efficacia della gestione dei casi di SAM.



²⁶ Nelle popolazioni dove l'HIV è diffuso i bambini sono più a rischio di malnutrizione, soprattutto gli orfani, i bambini che sono sottopeso alla nascita e quelli sotto ai 6 mesi gravemente malnutriti, poiché in questi casi è difficile garantire l'allattamento al seno.

²⁷ È il caso, ad esempio, del programma istituito a Tillabery - Niger, dove COOPI ha lavorato con il sostegno dell'UNICEF al fine di garantire un sostegno psicosociale globale alle madri e ai bambini colpiti dalla denutrizione.

La prevenzione della malnutrizione attraverso la comunicazione per il cambiamento comportamentale

Mentre l'approccio curativo è fondamentale nella gestione dei casi di malnutrizione, l'approccio preventivo basato sulla comunicazione per il cambiamento comportamentale²⁸ è imprescindibile per la prevenzione di casi futuri. Questo tipo di comunicazione consiste nel lavorare con le persone e le comunità al fine di:

- 1 promuovere dei comportamenti sani e compatibili con le loro condizioni di vita;
- 2 creare delle condizioni favorevoli all'adozione e al mantenimento dei comportamenti positivi²⁹.

L'approccio preventivo di COOPI mira a promuovere una dieta sana attraverso l'educazione nutrizionale per combattere la denutrizione, le carenze di micronutrienti e l'insufficienza ponderale alla nascita. È dunque fondamentale concentrarsi sulle migliori pratiche di alimentazione dei neonati e dei bambini, attraverso l'allattamento al seno e l'alimentazione complementare per la promozione e il monitoraggio della crescita, ed anche sulla nutrizione delle donne in gravidanza e in allattamento attraverso una dieta diversificata comprensiva di alimenti ricchi di sostanze nutritive e disponibili a livello locale e tramite dimostrazioni culinarie.

Al fine di promuovere le buone prassi, è indispensabile adattare la comunicazione per ottenere il cambiamento di comportamento dei beneficiari individuati. Si possono distinguere due tipi di comunicazione, tra loro complementari:

- la comunicazione di massa attraverso i concerti, le rappresentazioni teatrali e le radio comunitarie con il supporto di artisti locali che padroneggiano il contesto culturale, la lingua locale e sanno adattare i messaggi per essere accettati dalla comunità.

Le azioni di sensibilizzazione nei centri di salute e comunitari e le mobilitazioni sociali fanno ugualmente parte delle attività di massa e permettono di raggiungere la popolazione intera;

- la comunicazione interpersonale tramite la consulenza durante le visite a domicilio (*peer counselling*), i gruppi di sostegno per facilitare la mutua assistenza e promuovere le buone pratiche in seno alla comunità.

La comunicazione mira agli individui target, ma anche ad altri tipi di interlocutori influenti come i padri, le nonne, le matrine, i leader comunitari ed altri attori al fine di raggiungere il cambiamento comportamentale. COOPI lavora a stretto contatto con le comunità per integrarsi alla cultura e ai costumi locali.



²⁸ In inglese conosciuta con l'acronimo BCC (*Behavior Change Communication*).

²⁹ Per maggiori informazioni si rinvia a: Federazione internazionale delle società di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa, IFRC. 2010. "Behaviour change communication (BCC) for community-based volunteers - Trainer's manual".

La promozione di un'alimentazione adeguata tra i neonati, i bambini, le donne incinte e le madri che allattano è un intervento fondamentale per la prevenzione della malnutrizione. L'uso di metodi di comunicazione innovativi e creativi, come i corsi di cucina e le dimostrazioni culinarie, ha permesso di diffondere i messaggi sulle buone pratiche nutrizionali su larga scala in contesti urbani come quello di Kinshasa, nella RDC, e di Lima, in Perù, al fine di facilitare il cambiamento dei comportamenti alimentari.

APPROCCIO COMUNITARIO SULL'ALLATTAMENTO ESCLUSIVO E LA NUTRIZIONE DELLE DONNE INCINTE E DELLE MADRI CHE ALLATTANO (RDC)

Nella Repubblica Democratica del Congo alcune indagini nutrizionali condotte a partire dal 2010 hanno dimostrato che lo stato nutrizionale dei bambini sotto ai 6 mesi e delle donne in età fertile era drammatico. L'intervento di COOPI condotto tra il 2013 e il 2014 nei distretti di salute di Kimbanseke (Provincia di Kinshasa) e Kwamouth (Provincia di Bandundu) in merito alla promozione delle pratiche nutrizionali raccomandate sia a livello familiare che comunitario si è basato sull'assunzione innovativa che il coinvolgimento delle comunità, comprendente le persone influenti, avrebbe potuto comportare un cambiamento comportamentale.

La maggior parte degli sforzi nell'ambito della prevenzione si erano concentrati fino ad allora sulle competenze tecniche del personale sanitario, trascurando così

le consulenze tecniche delle visite a domicilio e l'individuazione degli ostacoli al cambiamento di comportamento. In seguito all'individuazione di questa lacuna, l'intervento attuato da COOPI ha utilizzato diversi canali di comunicazione, tra cui la comunicazione partecipativa ed i mass media, per promuovere le pratiche di nutrizione fondamentali a livello familiare e comunitario. In totale, 767 persone tra operatori sanitari e comunitari sono stati formati ed è stato misurato un cambiamento nel comportamento nella popolazione target di 324.306 abitanti. La coerenza e la ripetizione dei messaggi da parte di diversi attori (sono stati sensibilizzati i partner del progetto, i centri medico-sociali, le persone a contatto e gli attori influenti) sono stati decisivi nel processo di cambiamento di comportamento a Kimbanseke.

33

EDUCAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE ALIMENTARE DEI BAMBINI A RISCHIO DI MALNUTRIZIONE (PERÙ)

La dieta peruviana, in particolare nelle aree urbane marginali, è generalmente povera di sostanze nutritive. La povertà della popolazione comporta alti tassi di denutrizione e di carenze di micronutrienti. Al contempo, le campagne pubblicitarie promuovono il "cibo spazzatura" (bevande gassate, patatine fritte e hamburger), con effetti nocivi sulla dieta dei più giovani. In questo contesto COOPI collabora con alcune case che accolgono i bambini di strada per promuovere una dieta sana.

COOPI lavora dal 2005 con Hogar San Camilo (che accoglie le persone che vivono con l'HIV/AIDS), con La Sagrada Familia (che ospita i bambini abbandonati ed esposti alle droghe, alla violenza e alla prostituzione), con la Casa de Panchita (centro diurno per le ragazze e le giovani casalinghe) e con il CIMA (Centro

Integracion de Menores con Amor, che aiuta i bambini dagli otto ai diciotto anni). Sono stati organizzati dei corsi di cucina rivolti a tutta la famiglia per promuovere il cibo nutriente e conveniente, come la frutta e la verdura fresca. Un corso settimanale di quattro sessioni per 120 persone è stato condotto nella Casa de Panchita e presso Hogar San Camilo mentre dieci corsi di cucina per i bambini e i più giovani si sono svolti in ogni casa di accoglienza. Un totale di 120 famiglie ha beneficiato del programma di sponsorizzazione di COOPI e consumato quindi verdure fresche e cotte, almeno una volta al giorno. Inoltre, 300 fra bambini e giovani del programma di sponsorizzazione sono stati sensibilizzati sui nutrienti presenti negli alimenti e hanno imparato dieci ricette con verdure fresche e cotte.



Trattamento e prevenzione della malnutrizione moderata

L'ASSISTENZA ALIMENTARE

L'assistenza alimentare fa parte delle azioni attuate da COOPI in caso di crisi per garantire una alimentazione adeguata attraverso delle distribuzioni generali e/o mirate alle famiglie vulnerabili per contrastare l'alta mortalità, i tassi di malnutrizione acuta che raggiungono la soglia di emergenza o meccanismi dannosi quali la vendita dei mezzi di produzione. L'assistenza alimentare può assumere diverse forme a seconda del contesto e dei bisogni ed avviene tramite la distribuzione di cibo (generale se è rivolta a tutta la popolazione di un determinato territorio, o mirata se destinata ad un particolare gruppo come i bambini sotto ai cinque anni di età, le donne incinte e le madri che allattano). L'assistenza può anche avvenire tramite la distribuzione di denaro contante, buoni per il cibo (tagliandi) e programmi alimentari in cambio di lavoro.

L'ALIMENTAZIONE SUPPLEMENTARE

L'alimentazione supplementare mirata fornisce un'integrazione alimentare agli individui che soffrono di malnutrizione moderata per impedire loro di diventare gravemente malnutriti e per riabilitarli. COOPI svolge dei programmi di alimentazione supplementare mirati che hanno i seguenti obiettivi specifici:

- trattare la malnutrizione moderata nei bambini, nelle donne incinte e le madri che allattano con bambini sotto ai 6 mesi di età, negli adolescenti, gli adulti e le persone malate come le persone che vivono con l'HIV/AIDS e gli anziani;
- ridurre il rischio di morte e malattia nei bambini malnutriti sotto ai cinque anni;
- ripristinare lo stato nutrizionale dei bambini trasferiti dai programmi di alimentazione terapeutica (vale a dire i bambini guariti dalla SAM, ma che rientrano ancora nei criteri della MAM).

35



Trattamento e prevenzione della malnutrizione acuta grave

TRATTAMENTO INTEGRATO DELLA MALNUTRIZIONE ACUTA

La malnutrizione acuta grave rimane una delle cause principali di mortalità per i bambini sotto ai cinque anni di età. Fino a poco tempo fa, il trattamento veniva dispensato esclusivamente nei centri di salute, il che ne ha limitato notevolmente la portata e l'efficacia.

L'approccio su base comunitaria adottato da COOPI consiste nell'individuare tempestivamente i casi di malnutrizione acuta grave nei bambini compresi fra i 6 e i 59 mesi nella comunità e di fornire, in assenza di complicazioni mediche, un trattamento a base di alimenti terapeutici pronti per l'uso o altri alimenti nutrienti, da somministrarsi a domicilio. La gestione comunitaria della malnutrizione acuta grave, associata al trattamento presso i centri di salute dei bambini malnutriti con complicazioni mediche e ad una implementazione su larga scala, potrebbe prevenire la morte di centinaia di migliaia di bambini³⁰.

COOPI applica i protocolli nazionali per la gestione della malnutrizione, al fine di garantire una continuità nei paesi di intervento. Le strategie di uscita o i piani di sostegno a lungo termine vengono studiati sin dai primi interventi. Il successo dell'approccio curativo dipende anche dal rafforzamento della capacità del personale sanitario attraverso la formazione e la riqualificazione nonché la mobilitazione, essenziale per sensibilizzare la comunità e per facilitare il coinvolgimento. In particolare, COOPI sostiene le unità di alimentazione supplementare per i bambini, le unità nutrizionali terapeutiche ambulatoriali per i bambini e le donne con SAM senza complicazioni mediche e le unità nutrizionali terapeutiche intensive per i bambini con SAM e complicazioni mediche, che trattano i bambini e le donne colpite da malnutrizione a tutti i livelli. La gestione diretta di queste unità nella prima fase dell'emergenza è spesso sostituita da programmi di sostegno indiretto, che sono gestiti dalle organizzazioni e autorità locali. Il passaggio delle consegne viene fatto durante la fase della riabilitazione, al fine di sostenere le comunità locali nel garantire i servizi sanitari essenziali ai bambini.



36

³⁰ OMS, UNICEF, PAM. 2007. "A Joint Statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund". Per approfondimenti fare riferimento a: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/severe_acute_malnutrition_en.pdf?ua=1

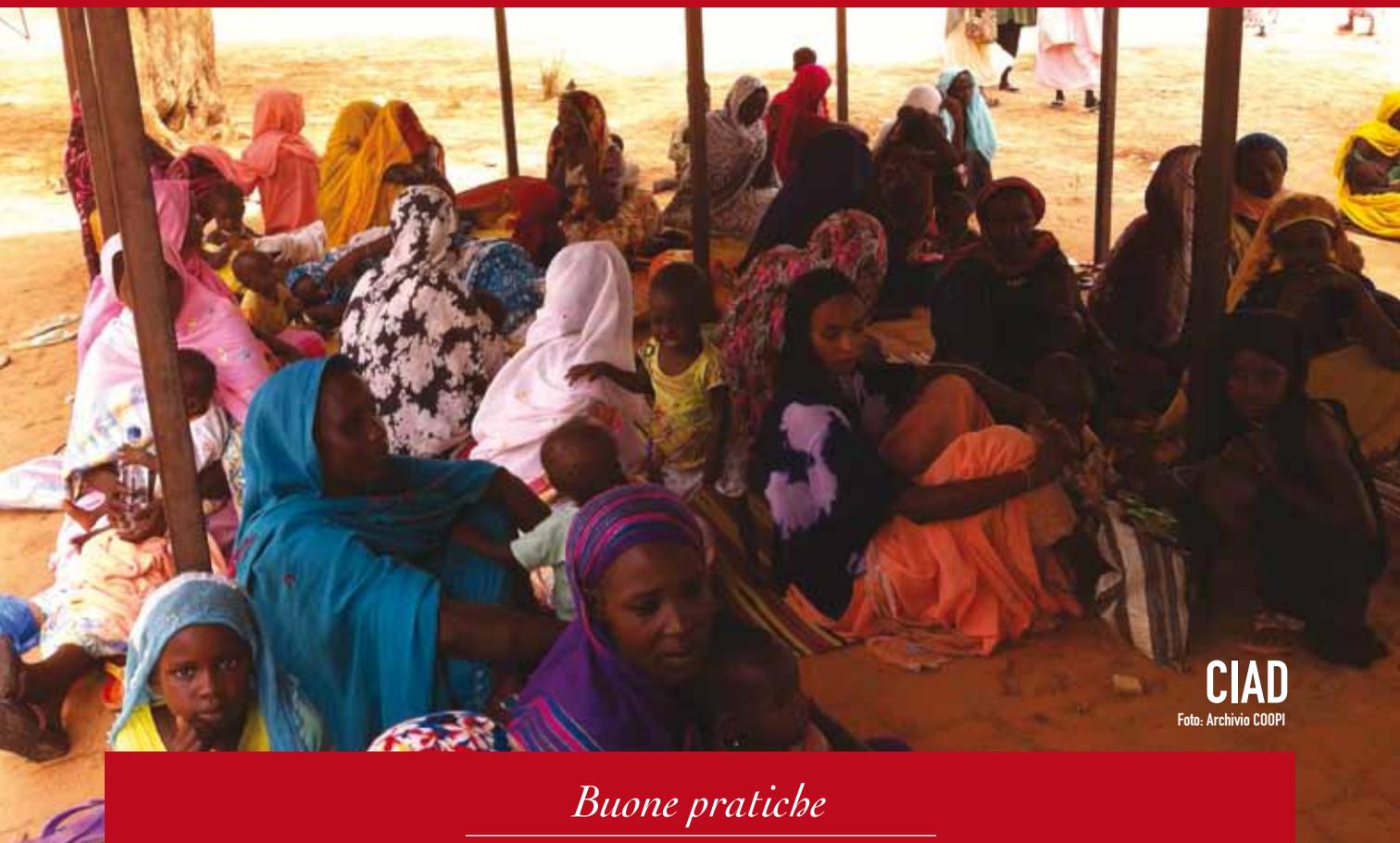

CIAD

Foto: Archivio COOPI

Buone pratiche

L'attuazione del programma comunitario di trattamento della malnutrizione acuta grave permette a circa l'80% dei bambini con malnutrizione acuta grave di essere curati a casa grazie agli alimenti terapeutici pronti all'uso. Questo approccio ha portato ad un aumento rilevante della copertura del programma e, di conseguenza, del numero di bambini trattati con successo, con una riduzione del tasso di mortalità correlata alla malnutrizione a livello globale.

37

PRESA IN CARICO COMUNITARIA DELLA MALNUTRIZIONE (CIAD)

Per un periodo di tre anni (2013-2016), COOPI ha sostenuto, attraverso il finanziamento di ECHO, i centri di salute dei distretti sanitari di Goz Beida e Koukou nel Ciad orientale, per l'attuazione di un programma di presa in carico comunitaria della malnutrizione. Durante questo periodo, COOPI ha potuto trattare 1.126 bambini malnutriti con complicazioni mediche, 8.213 bambini affetti da malnutrizione acuta e 12.215 bambini con malnutrizione moderata (con il supporto del PAM). L'approccio comunitario è sempre stato un elemento chiave del programma, con il coinvolgimento dei comitati di gestione comunitaria dei centri di salute che erano il legame tra COOPI e i network comunitari, i cui compiti riguardano lo screening attivo, la ricerca di casi di abbandono e la sensibilizzazione sui

messaggi chiave per la lotta alla malnutrizione. COOPI ha sempre sostenuto un approccio integrato per la salute e la nutrizione con l'attuazione del Protocollo Nazionale ciadiano di presa in carico della malnutrizione acuta, e anche nel contesto della collaborazione con la delegazione sanitaria. Inoltre, la presa in carico della malnutrizione acuta è stata costantemente sostenuta dal riferimento di casi dimessi alle unità di alimentazione supplementare (programma per i casi di MAM finanziati dal PAM) e anche alle unità nutrizionali terapeutiche, in caso di complicazioni mediche.

Nel 2014 COOPI inserì la componente WASH per migliorare l'igiene nei centri di salute, conformemente alla strategia di ECHO "WASH in nut".

TRATTAMENTO DELLA MALNUTRIZIONE SU BASE COMUNITARIA (MALAWI)

Il programma di trattamento della malnutrizione su base comunitaria è stato gestito da COOPI in Malawi sin dal 2007, periodo in cui la prevalenza della malnutrizione era drammaticamente elevata, soprattutto nelle regioni del Sud e quelle centrali dove si sono registrati dei tassi di GAM superiori al 10%. Dal 2007 al 2009 COOPI è intervenuta nei distretti di Lilongwe e Salima nella regione centrale, dove 6.500 bambini erano affetti da malnutrizione acuta.

Il progetto mirava a rafforzare la capacità delle comunità locali e del personale delle strutture sanitarie per prevenire, riconoscere, contrastare la malnutrizione, al fine di ridurre la morbilità e la mortalità tra i bambini al di sotto dei cinque anni. Il rafforzamento delle capacità su base comunitaria ha permesso di garantire la

sostenibilità dell'intervento sia a livello del trattamento che della prevenzione della malnutrizione attraverso la sensibilizzazione e la formazione comunitaria.

La formazione del personale sanitario ha incluso la sorveglianza, lo screening antropometrico e il riferimento dei casi, i protocolli di trattamento e le principali patologie legate alla malnutrizione. Sono state condotte numerose attività di sensibilizzazione comunitaria, a partire dalle sessioni educative sulla protezione dei minori, la nutrizione, le attività prescolari, la diversificazione alimentare e le sessioni culinarie. Sono stati organizzati dei giardini dimostrativi (di permacultura, legumi e alberi da frutta) ed anche delle sessioni educative presso le famiglie target con distribuzioni di polame e di semi sui terreni dimostrativi.

38



Nutrizione scolastica

In alcuni Paesi, **COOPI conduce dei programmi di nutrizione scolastica tramite il sostegno alle mense delle scuole, la distribuzione di pasti ricchi di micronutrienti con il sistema dei voucher e sotto forma di trasferimenti di denaro³¹ alle famiglie più vulnerabili.**

Al di là della povertà, che impedisce molte famiglie di mandare i figli a scuola, i tassi di iscrizione e frequenza sono bassi a causa di altri fattori, tra cui:

- fattori tradizionali: mandando le bambine a scuola si pone in particolare il problema della rottura con la tradizione che vuole che queste aiutino le madri nei lavori domestici;
- la fame: i bambini si nascondono nella boscaglia perché si rifiutano di andare a scuola quando capiscono che saranno iscritti. Temono i tormenti della fame narrati dai più grandi e preferiscono adoperarsi nel settore minerario artigianale o andare nei campi dove possono guadagnare dei soldi e sfamarsi assieme alle loro famiglie;
- la distanza percorsa dai bambini per raggiungere la scuola (in alcuni casi 10 km).

La realizzazione dei programmi sulle mense scolastiche da parte di COOPI consente di invertire tali tendenze e di ridurre i vincoli economici delle famiglie. Dato che, senza una dieta ricca ed equilibrata i bambini accusano delle carenze nutrizionali e delle fragilità che impediscono loro di frequentare le lezioni regolarmente, la certezza di avere un pasto ogni giorno li stimola a frequentare regolarmente e migliora le loro capacità di concentrazione e, di conseguenza, il rendimento scolastico. La frequentazione regolare permette loro anche di acquisire gli strumenti e le competenze necessarie non solo a livello individuale, ma anche a livello colletti-

vo per promuovere lo sviluppo del paese. Oltre a contribuire a rompere il ciclo della fame e della povertà, le mense scolastiche limitano lo sfruttamento dei bambini e costituiscono quindi una rete di protezione sociale per numerosi bambini e per le loro famiglie.

È importante sottolineare che l'impatto diretto sulla riduzione dei tassi di malnutrizione acuta del programma di nutrizione scolastica è limitato, se confrontato con i programmi che adottano l'approccio 1000 giorni. Tuttavia, vi sono evidenze che questi interventi possono ridurre la fame, stimolare l'apprendimento e colmare le carenze di micronutrienti, come nel caso dell'integrazione di ferro³². Inoltre, l'efficacia di questi programmi aumenta quando vengono condotti in parallelo con interventi sanitari scolastici (controllo dell'anemia nelle ragazze adolescenti, campagne vermifughe, sessioni di educazione sulle pratiche igieniche e nutrizionali per i bambini e i genitori).

39



³¹ I trasferimenti di denaro sono definiti in inglese *Cash Transfer*. È noto che gli interventi monetari rappresentano un grande potenziale per migliorare la nutrizione e impedire il deterioramento dello stato nutrizionale. Essi comprendono una vasta gamma di applicazioni come il denaro-contro-lavoro, i trasferimenti diretti e i buoni.

³² Ruel, M. T., Alderman, H., & Maternal and Child Nutrition Study Group. 2013. "Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?"

BIBLIOGRAFIA

ACF International. 2014. Policy Document: Nutrition Security Policy.
Disponibile su http://www.actioncontrelafaim.org/sites/default/files/publications/fichiers/acf_2014_nutrition_security_policy_en.pdf.
Consultato il 15 settembre 2015.

ACF International. 2011. Maximising the nutritional impact of food security and livelihoods interventions. A manual for field.
Disponibile su http://www.actioncontrelafaim.org/sites/default/files/publications/fichiers/acf_2011_maximising_the_nutritional_impact_of_fsl_interventions_ld_en.pdf. Consultato il 25 agosto 2015.

Bhutta Z, Das J, Rizvi A, et al. 2013. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? The Lancet.
Disponibile su [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60996-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4).

Bhutta, Z.A. et al., 2008. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. Maternal and Child Undernutrition Study Group, The Lancet, 371(9610), 417.

COOPI. 2013. Food Security Policy.
Disponibile su <http://www.cooopi.org/chi-siamo/policy/>. Consultato il 5 settembre 2015.

FAO. 2012. The State of Food Insecurity in the World. 2012. Rome.
Disponibile su <http://www.fao.org/publications/sofi/en/>. Consultato il 5 settembre 2015.

FAO, IFAD e PAM. 2014. The State of Food Insecurity in the World. Strengthening the enabling environment for food security and nutrition.
Disponibile su <http://www.fao.org/3/a-i4030e.pdf>. Consultato il 18 Agosto 2015.

Gross R., et al. 2000. The four dimensions of food and nutrition security: definitions and concepts.
Disponibile su http://www.foodsec.org/DL/course/shortcourseFA/en/pdf/P-01_RG_Concept.pdf. Consultato il 14 settembre 2015.

Gwatkin, D. R, Rutstein, S, Johnson, K, Suliman, E, Wagstaff, A, Amozou, A. 2007, Socio-economic difference in health, nutrition and population within developing countries: an overview, World Bank, Washington.
Disponibile su <http://go.worldbank.org/XJK7WKSE40>. Consultato il 24 agosto 2015.

Horton, S. et al. 2009. Scaling Up Nutrition: What Will it Cost? World Bank.
Disponibile su <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Peer-Reviewed-Publications/ScalingUpNutrition.pdf>. Consultato il 29 agosto 2015.

IFE Core Group. 2007. Operational Guidance on IFE for Emergency Relief Staff and Programme Managers, v2.1.
Disponibile su <http://www.enonline.net/ife>. Consultato il 23 agosto 2015

IFE Core Group. 2009. Complementary feeding in emergency. Evaluating the Specific Requirements for Realising a Dedicated Complementary Feeding in Emergencies Training Resource (Module 3); a Preliminary Scoping Review of Current Resource (Phase I).
Disponibile su <http://www.enonline.net/pool/files/ife/cfe-review-enn-&ife-core-group-oct-2009.pdf>. Consultato il 23 agosto 2015

IFE Core Group. 2010. Management of Acute Malnutrition in Infants (MAMI) Project Technical Review: Current evidence, policies, practices & programme outcomes. Emergency Nutrition Network. Gennaio 2010.

IFRC. 2010. Behaviour change communication (BCC) for community-based volunteers - Trainer's manual.
Disponibile su http://www.ifrc.org/Global/Publications/Health/119200_BCC%20community%20based%20volunteers%20trainers%20manual_LR.pdf. Consultato il 2 ottobre 2015.

IPC. 2008. Integrated Food Security Phase Classification: Technical Manual Version 1.1.
Disponibile su www.ipcinfo.org . Consultato il 19 agosto 2015.

MSF. 1995. Nutrition Guidelines.
Disponibile su <http://www.nzdl.org/gsdldmod?e=d-00000-00---off-0fml2.2--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-1l--11-en-50---20-about---00-0-1-00-0--4---0-0-11-10-0utfZz-8-00&cl=CL2.1&d=HASH01850ad3b57a77757a999cec&gc=1>. Consultato il 14 agosto 2015.

OMS, UNICEF, PAM. 2007. A Joint Statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund.
Disponibile su http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/severe_acute_malnutrition_en.pdf?ua=1
Consultato il 17 agosto 2015.

OMS, UNICEF. 2009. Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children A Joint Statement by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund.
Disponibile su http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163_eng.pdf?ua=1. Consultato il 28 ottobre 2015.

OMS. 2010 World Health Statistics. Geneva, 2010.

OMS. 2012. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition.
Disponibile su http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/113048/1/WHO_NMH_NHD_14.1_eng.pdf?ua=1 Consultato il 19 settembre 2015.

OMS. 2012 (b). Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition.
Disponibile su http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_annex2_en.pdf. Consultato il 25 agosto 2015.

OMS. 2013. Global nutrition policy review: what does it take to scale up nutrition action?
Disponibile su http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84408/1/9789241505529_eng.pdf. Consultato il 18 ottobre 2015.

One Thousand days. 2011. Booklet on key ENA actions.
Disponibile su http://www.coregroup.org/storage/Nutrition/ENA/Booklet_of_Key_ENA_Messages_complete_for_web.pdf Consultato il 25 agosto 2015.

Ruel, M. T., Alderman, H., & Maternal and Child Nutrition Study Group. 2013. Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? The Lancet, Volume 382, No. 9891, p536–551, 10 Agosto 2013.

Save the Children. 2014. Nutrition sensitivity: How agriculture can improve child nutrition.
Disponibile su <http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/nutrition-sensitivity>. Consultato il 5 settembre 2015.

Save the Children. 2012. A Life free from Hunger: Tackling Child Malnutrition.
Disponibile su <http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/life-free-hunger-tackling-child-malnutrition>.
Consultato il 30 agosto 2015.

Sphere 2011. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. Geneva, Sphere Project, 2011.
Disponibile su <http://www.sphereproject.org>. Consultato il 21 agosto 2015.

SUN. 2011. Scaling Up Nutrition: A Framework for Action.
Disponibile su http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/pdf/SUN_Framework.pdf. Consultato il 20 agosto 2015.

UN 2000. UN General Assembly, United Nations Millennium Declaration, Resolution Adopted by the General Assembly, 18 September 2000, A/ RES/55/2.
Disponibile su http://www.un-ngls.org/spip.php?page=amdg10&id_article=2253. Consultato il 20 agosto 2015.

UNHCR, PAM. 2011. Manuel pour l'Alimentation Sélective: La prise en charge de la malnutrition dans les situations d'urgence.

UNICEF. 1990. Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries. Policy Review Paper E/ICEF/1990/1.6, UNICEF, New York; JC 27/UNICEF-WHO/89.4. New York.

UNICEF. 2013, Improving Child Nutrition: The achievable imperative for global progress.
Disponibile su: http://www.unicef.org/gambia/Improving_Child_Nutrition_-the_achievable_imperative_for_global_progress.pdf. Consultato il 28 giugno 2016.

UN/IDSR. 2009. Terminology on Disaster Risk Reduction.
Disponibile su: http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf. Consultato il 27 settembre 2015.

URD - Urgence, Réhabilitation et Développement. 2015. Linking relief, rehabilitation and development.
Disponibile su <http://www.urd.org/Linking-relief-rehabilitation-and?lang=en>. Consultato il 13 novembre 2015.

World Bank. 2013. Improving Nutrition Through Multisectoral Approaches.
Disponibile su <http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/01/17211210/improving-nutrition-through-multisectoral-approaches> Consultato il 18 ottobre 2015.

World Food Programme and UN-ECLAC. 2007. The Cost of Hunger: Analysis of the social impact of child undernutrition in Latin America: Central America and the Dominican Republic.

Young, H. & Jaspars, S. 2006. The meaning and measurement of acute malnutrition in emergencies. A primer for decision-makers. Humanitarian Practice Network, 56.

ACRONIMI

- A/E:** Rapporto Altezza Età
- AIDS:** sindrome da immunodeficienza acquisita
- BCC:** Behavior Change Communication
- CMN:** Coverage Monitoring Network
- CT:** Cash Transfer
- DS:** Deviazione Standard
- FANTA:** Food and Nutrition Technical Assistance Project
- FAO:** Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura
- GAM:** Malnutrizione Acuta Globale (Global Acute Malnutrition)
- HIV:** virus dell'immunodeficienza umana
- IRA:** Infezioni Respiratorie Acute
- KAP:** Knowledge, Attitude and Practices
- MAM:** Malnutrizione Acuta Moderata
- OMS:** Organizzazione Mondiale della Sanità
- P/A:** Rapporto Peso Altezza
- PAM:** Programme Alimentare Mondiale
- PCIMA:** Trattamento Integrato della Malnutrizione Acuta
- PIL:** Prodotto Interno Lordo
- SAM:** Malnutrizione Acuta Grave (Severe Acute Malnutrition)
- SMART:** Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition
- SQUEAC:** Semi- Quantitative Evaluation of Access and Coverage
- SUN:** Scaling Up Nutrition (Movimento)
- UNHCR:** Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati
- UNICEF:** Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia



Miglioriamo il mondo, insieme.

HEADQUARTERS:

VIA F. DE LEMENE 50 - 20151 MILANO - ITALIA

TEL. +39 02 3085057 R.A. - FAX +39 02 33403570

COOPI@COOPI.ORG - WWW.COOPI.ORG

C.F. E P.IVA 80118750159



Miglioriamo il mondo, insieme.