



Scan this QR code to go to the
2010 GHI website

Deutsche Welthungerhilfe e. V.

Friedrich-Ebert-Str. 1
53173 Bonn, Germany
Tel. +49 228-22 88-0
Fax +49 228-22 88-333
www.welthungerhilfe.de

**International Food Policy
Research Institute**

2033 K Street, NW
Washington, DC 20006-1002, USA
Tel. +1 202-862-5600
Fax +1 202-467-4439
www.ifpri.org

Concern Worldwide

52-55 Lower Camden Street
Dublin 2, Ireland
Tel. +353 1-417-7700
Fax +353 1-475-7362
www.concern.net



2010

CON IL PATROCINIO DI



INDICE GLOBALE DELLA FAME

LA SFIDA DELLA FAME:
FOCUS SULLA CRISI DELLA DENUTRIZIONE INFANTILE

LINK 2007
COOPERAZIONE IN RETE





2010

CON IL PATROCINIO DI



INDICE GLOBALE DELLA FAME

LA SFIDA DELLA FAME:

FOCUS SULLA CRISI DELLA DENUTRIZIONE INFANTILE

IFPRI:

Klaus von Grebmer, Marie T. Ruel, Purnima Menon,
Bella Nestorova, Tolulope Olofinbiyi,
Heidi Fritschel, Yisehac Yohannes

Concern Worldwide e Welthungerhilfe:

Constanze von Oppeln, Olive Towey,
Kate Golden, Jennifer Thompson

Bonn, Washington D.C., Dublino, Parigi, Milano
Ottobre 2010



INDICE GLOBALE DELLA FAME 2010. Edizione italiana.

A cura di Vera Melgari e Stefano Piziali
Traduzione di: Luigi Cojazzi
Adattamento progetto grafico: Alessandro Boscaro

Realizzato grazie a:

Cesvi 

Membro italiano di Alliance 2015: www.alliance2015.org

Cosv 

Ringraziamenti

Vogliamo ringraziare tutti coloro che hanno reso possibile l'edizione italiana: il Consiglio di Link 2007 ed inoltre Cinzia Giudici, Lele Pinardi, Federica Besana, Lylen Albani

Translated with the permission of International Food Policy Research Institute www.ifpri.org
The publishing organization Link 2007 is responsible for the accuracy and quality of translation.
The original English version can be found at <http://bit.ly/GHI2010e>

Introduzione all'edizione italiana

a cura di *Link 2007*

Per il terzo anno consecutivo Link 2007 è orgoglioso di poter presentare in italiano uno strumento che nel corso degli anni è divenuto indispensabile per conoscere le dimensioni e le caratteristiche del problema della fame.

Link 2007 è un network di 10 organizzazioni impegnate sul campo in progetti di cooperazione allo sviluppo ed aiuto umanitario che testimoniano la capacità del nostro Paese di essere presente, con le sue organizzazioni non profit e pur in presenza di un contesto economico difficile, nei Paesi in cui la fame è una sfida quotidiana per milioni di persone.

Operando fianco a fianco dei nostri partner locali (soggetti pubblici, organizzazioni della società civile, associazioni di agricoltori, scuole, ospedali, etc.) siamo consapevoli che la povertà, la fame e la mancanza di accesso ai diritti fondamentali per una vita degna sono affrontabili soprattutto con azioni puntuali che implicano la condivisione delle scelte con i titolari ultimi dei nostri programmi: gli affamati, i poveri, i senza diritti. È pur vero che si rischia, nel lavoro faticoso, ma appassionante, che promuove l'emancipazione di persone e comunità, di perdere di vista lo scenario globale.

L'Indice Globale della Fame 2010 (GHI-2010, Global Hunger Index 2010) per il quinto anno consecutivo ci aiuta pertanto a comprendere le dimensioni planetarie del mancato accesso ai mezzi che possono assicurare una adeguata alimentazione, mostrandoci le cause di fondo, strutturali, di un fenomeno che, lontano dall'essere debellato, è tornato invece di attualità con la crisi alimentare del 2007-2008. Anche per chi, quindi, come le ONG di Link 2007 è impegnato tutti i giorni in progetti di sicurezza alimentare, l'Indice è uno strumento utile di analisi ed approfondimento.

Il rapporto di quest'anno ci comunica una buona notizia. L'Indice Globale della Fame (quello complessivo per tutti i Paesi oggetto dell'analisi) dal 1990 ad oggi è calato dal 19,8 al 15,1(1). Progressi quindi ci sono stati in diversi Paesi, purtroppo non in tutti e non per tutti. Il numero delle persone che non hanno accesso ad una quantità sufficiente di calorie per una vita attiva, ovvero che soffrono la fame, scende dalla cifra simbolica di oltre 1 miliardo (stima FAO 2009) a ca. 925 milioni (stima FAO 2010). Le persone che non sono in grado di sfamarsi rimangono comunque tante, anche se per la prima volta in calo da 15 anni. Questi dati sono il frutto della riduzione limitata del GHI in Africa subsahariana (da 25,3 a 21,7) e della migliore performance in Asia del Sud (regione in cui si concentra il maggior numero assoluto di persone malnutrite), con una riduzione da 30,7 a 22,9.

Uno sguardo alla situazione nei singoli Paesi mostra che tra i

dieci peggiori in classifica ben nove Paesi sono africani (l'eccezione è Haiti nei Caraibi). Si conferma la pessima valutazione della Repubblica Democratica del Congo, che guida il gruppo dei Paesi con il più alto GHI, seguita da Burundi, Eritrea, Ciad, Etiopia e Sierra Leone. Purtroppo, ancora una volta, per mancanza di dati statistici non è stato possibile agli autori elaborare un indice globale per Paesi di elevato interesse umanitario come l'Afghanistan, l'Iraq e la Somalia.

Il rapporto del 2010 è inoltre assai significativo perché approfondisce un ulteriore aspetto di un fenomeno complesso e multidimensionale come la fame. Nel 2008 e nel 2009 era stata dedicata particolare attenzione rispettivamente allo sviluppo rurale ed al ruolo della donna nelle politiche di contrasto alla fame. Era stato mostrato(2) come il declino degli investimenti in agricoltura nel decennio precedente avesse intaccato le basi stesse della produzione agricola in diversi paesi e come fosse necessario ritornare ad investire in politiche di sviluppo agricolo sostenibile, davanti alle sfide del terzo millennio: cambiamento climatico, migrazioni verso le città, nuove fonti energetiche. Nel 2009 invece l'attenzione era stata data alla questione di genere(3), mostrando come il mancato accesso delle donne e delle bambine alla educazione, alla salute ed alla vita economica, coincidesse con alti livelli di denutrizione tra gli adulti, mortalità e malnutrizione infantile. Per cui, di conseguenza, si era visto che utili politiche di contrasto alla fame erano anche quelle che promuovevano i diritti delle donne in campo educativo, sociale, economico e politico.

Nel GHI-2010 il focus riguarda invece la malnutrizione infantile.

Nei primi 1000 giorni di vita, dal concepimento fino a ca. due anni di età, la mancata assunzione di micronutrienti essenziali per la crescita (vitamine, minerali etc.), può causare conseguenze negative per lo sviluppo, alle quali è molto difficile, se non impossibile, porre rimedio in seguito, durante infanzia e l'adolescenza. Per cui un bambino ed una bambina denutriti avranno minori possibilità di accesso ad un percorso educativo, e conseguentemente a un lavoro dignitoso, saranno più esposti a malattie e, se sopravvivranno, avranno una probabilità molto alta di mettere al mondo a loro volta figli denutriti.

D'altro canto un intervento per combattere la malnutrizione infantile nei primi 1000 giorni apre una finestra di opportunità. È stato calcolato che un investimento di solo sei euro per sostenere l'apporto di micronutrienti, in tale arco temporale, darà poi un beneficio di quasi 100 euro, sotto la

forma di opportunità di condurre una vita sana, avere uno sviluppo cognitivo adeguato e mettere al mondo figli sani. Si tratta di una scelta vantaggiosa dal punto di vista economico, oltre che importante sotto il profilo etico. I governi e le ONG dovrebbero quindi investire di più in programmi indirizzati al sostegno della nutrizione materno infantile, la promozione dell'allattamento al seno, la fornitura di supplementi nutrizionali essenziali alla crescita (peraltro poco costosi), etc. A questi interventi dovrebbero essere affiancate politiche per debellare la povertà, favorire l'accesso alla educazione, promuovere la condizione sociale delle donne, accrescere l'accesso ad acqua e servizi igienici sicuri, potenziare i servizi sanitari di base (la cosiddetta primary health care).

È quindi assai importante proteggere la salute dei neonati ancor prima della nascita e del concepimento, occupandosi della salute della donna durante tutto il suo ciclo vitale, perché spesso una madre denutrita è la prima causa diretta di un'elevata mortalità infantile.

Ciò può essere ottenuto migliorando l'accesso delle donne alla salute, ai programmi di nutrizione, educazione e protezione sociale già durante l'adolescenza e prima della vita adulta.

In conclusione, il focus del GHI 2010 ci ricorda che il miglioramento della nutrizione infantile è una grande opportunità per vincere la fame, soprattutto nei Paesi in cui è più diffusa. Tale miglioramento avrà un impatto sulla vita di milioni di persone già ora ed ancor più domani e soprattutto è non solo la cosa giusta da fare, ma è anche la più intelligente, semplice ed economica.

Anche quest'anno il rapporto è arricchito da studi di caso che mostrano la capacità delle ONG di affrontare concretamente, e per lo più con azioni a basso costo, il problema della fame nelle sue varie sfaccettature. Gli studi riguardanti l'azione di Concern (in un'area urbana del Bangladesh) e Welthungerhilfe (in una zona rurale del Mali) sono esemplificativi di interventi analoghi nei settori dello sviluppo rurale, della sicurezza alimentare, della lotta alla malnutrizione infantile, della attenzione alla salute primaria svolti anche dalle ONG di Link 2007, nei quasi 100 Paesi in cui sono presenti.

Infine un interessantissimo elemento di riflessione generale ci è offerto dal BOX n.6. in cui è mostrato un confronto tra indicatori di sviluppo economico e fame. Situazioni di forte disuguaglianza economica e sociale interna, anche in periodi di elevata crescita economica (es. Angola) portano ad una irrilevante riduzione della fame. Ovvero la disuguaglianza fa sì che Paesi in cui sarebbe lecito attendersi un buon risultato in termini di sicurezza alimentare, non manifestano alcun miglioramento significativo. La fame si vince anche con la

giustizia sociale.

Altrettanto interessante il confronto tra il GHI 2010 e le condizioni di Paesi percorsi da conflitti interni o colpiti da calamità naturali o soggetti a malattie pandemiche (es. HIV AIDS). In tali contesti si nota che, pur in presenza di condizioni che potrebbero far attendere un buon risultato nell'Indice Globale della Fame (es. l'appartenenza ad un area del globo in forte espansione economica come l'Asia), questo non migliora in modo significativo. Anzi a causa della mancanza di pace, delle conseguenze sulla salute pubblica delle pandemie in atto e delle calamità naturali, numerosi Paesi faticano a scalare la graduatoria che li vede nelle posizioni più critiche dell'Indice Globale della Fame (ad esempio: Pakistan, Zimbabwe, Haiti, Corea del Nord, Sudan, Guinea Bissau, Swaziland, Liberia).

Proprio per questa sua unica capacità di mostrare la natura multidimensionale della fame l'Indice Globale della Fame 2010 costituisce un punto di riferimento culturale di grande utilità per chi ha a cuore un mondo in cui la povertà sia finalmente debellata e la fame sconfitta.

Stefano Piziali
24 settembre 2010

PS: Come l'edizione dello scorso anno anche il GHI 2010 esce con il patrocinio gratuito di Expo 2015 S.p.A. L'Italia, che già ospita a Roma le tre grandi agenzie internazionali attive sui temi della fame, della alimentazione e dell'agricoltura (WFP, FAO, IFAD), con Expo 2015 si pone per i prossimi cinque anni al centro della riflessione e della azione sulla fame. Link 2007 si augura che anche solo questo fatto basti per far sì che anche la politica italiana, attraverso Governo e Parlamento, presti maggiore attenzione agli impegni di cooperazione allo sviluppo ed aiuto umanitario che chiamano il nostro Paese a fare la sua parte. L'esperienza di Concern e Welthungerhilfe, in Irlanda e Germania, mostra che quando pubblico e privato, profit e non profit riescono a fare sistema, si possono rispettare tanto i vincoli di bilancio, quanto gli impegni internazionali per dare a tutti l'accesso ai mezzi necessari per la propria alimentazione.

Note:

- 1 - Sulle modalità di calcolo dell'indice si veda il BOX n. 1
- 2 - La sfida della fame 2008. Indice Globale, 2008. A cura di Vera Melgari e Stefano Piziali per Link 2007. Scaricabile dal sito: www.link2007.org
- 3 - La sfida della fame 2009. Indice Globale. Focus sulla crisi finanziaria e la disparità di genere. 2009. A cura di Vera Melgari e Stefano Piziali per Link 2007. Si veda www.link2007.org



Le cause della fame e della denutrizione infantile sono **prevedibili** ed **evitabili**, e possono essere affrontate con mezzi accessibili.

World Food Programme, 2006



PREFAZIONE

La sicurezza alimentare globale è attualmente in crisi. Nonostante i leader mondiali, con il primo Obiettivo di Sviluppo del Millennio (Millennium Development Goal, MDG), si siano proposti di dimezzare entro il 2015 la percentuale di popolazione colpita dalla fame rispetto al 1990, la meta appare molto lontana. La percentuale di popolazione denutrita è scesa dal 20% del 1990-92 al 16% del 2004-06. Ma negli ultimi anni, il numero di persone affamate è di fatto cresciuto. Nel 2009, a seguito di una crisi globale dei prezzi alimentari e nel pieno di una recessione mondiale, il numero di persone denutrite ha superato il miliardo, sebbene recenti stime della FAO suggeriscano che il numero sia sceso a 925 milioni nel 2010. All'interno di questo gruppo c'è una popolazione particolarmente vulnerabile: i bambini piccoli. La denutrizione nei primi due anni di esistenza di un bambino rappresenta una minaccia per la sua vita e ne mette a repentaglio lo sviluppo fisico, motorio e cognitivo. A chi sopravvive, il fatto di essere stato sottanutrito nei primi 24 mesi dell'infanzia può provocare danni irreversibili e a lungo termine. È dunque di particolare importanza concertare delle azioni per combattere la fame, soprattutto tra i bambini piccoli. È questo il tema centrale dell'Indice Globale della Fame 2010, pubblicato congiuntamente dall'Istituto Internazionale di Ricerca sulle Politiche Alimentari (IFPRI, International Food Policy Research Institute), Concern Worldwide e Welthungerhilfe.

Il 2010 è il quinto anno in cui l'IFPRI ha calcolato e analizzato l'Indice Globale della Fame, una misurazione pluridimensionale della fame globale. Questa serie di rapporti registra lo stato della fame nel mondo, paese per paese, evidenziando quelle nazioni e quelle regioni dove è più urgente agire. In questo modo i rapporti possono sostenere l'impegno politico e il lavoro di advocacy sia a livello nazionale che internazionale.

Questo rapporto offre un quadro del passato, non del presente. Il calcolo del GHI si basa infatti sui dati raccolti dai governi e dalle agenzie internazionali, e i dati più aggiornati sulla fame mondiale semplicemente non sono disponibili. Il GHI 2010 include i più recenti dati disponibili e pertanto non riflette l'impatto degli ultimi avvenimenti economici.

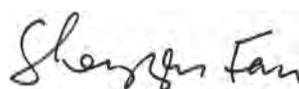
Il documento mette comunque in evidenza quali sono i paesi e le regioni dove il problema della fame è più grave e persistente. Ventinove paesi presentano livelli di denutrizione classificati come allarmanti o estremamente allarmanti. Tra le varie regioni mondiali, Asia meridionale e Africa subsahariana continuano a mostrare i livelli di fame più alti. È importante ricordare che questi risultati rappresentano una condizione di estrema sofferenza per milioni di persone.

Il GHI 2010 mette anche in risalto una componente chiave della fame: la denutrizione nella prima infanzia. Il capitolo 3 mostra come una nutrizione carente tra i bambini al di sotto dei due anni possa avere conseguenze permanenti sulla salute, sulla produttività e sulle capacità lavorative, e sostiene che è urgente affrontare la denutrizione nella prima infanzia, se si vuole ridurre la fame nel mondo. Su questa linea il capitolo 4 descrive due progetti, realizzati da Concern Worldwide e Welthungerhilfe, per combattere la malnutrizione nella prima infanzia.

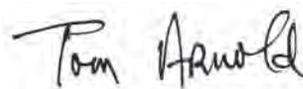
Speriamo che questo rapporto non si limiti a generare un dibattito, ma che possa anche essere di stimolo ad azioni dirette a combattere la fame, soprattutto quella della prima infanzia.



Dr. Wolfgang Jamann
Secretario Generale
Welthungerhilfe



Dr. Shenggen Fan
Direttore Generale
International Food Policy
Research Institute



Tom Arnold
Chief Executive
Concern Worldwide

INDICE

SOMMARIO	5
CAPITOLO 1 Il concetto di Indice Globale della fame	6
CAPITOLO 2 Tendenze mondiali, regionali e nazionali	10
CAPITOLO 3 Combattere la crisi della denutrizione nella prima infanzia. I primi mille giorni sono l'intervallo di tempo utile	20
CAPITOLO 4 Prospettive comunitarie sulla denutrizione nella prima infanzia: "Adesso ci rendiamo conto che è un problema e sappiamo come affrontarlo"	32
CAPITOLO 5 Combattere la denutrizione nella prima infanzia. Raccomandazioni	42
APPENDICI	
APPENDICE A Fonti e metodi di calcolo degli Indici Globali della Fame 1990 e 2010	46
APPENDICE B Dati alla base del calcolo degli Indici Globali della Fame 1990 e 2010	47
APPENDICE C Bibliografia	50
APPENDICE D Partners	53

SOMMARIO

Mentre il mondo si avvicina alla scadenza fissata nel 2015 per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG, Millennium Development Goals) – tra i quali rientra il dimezzamento della percentuale di persone che soffrono la fame – l'Indice Globale della Fame (GHI, Global Hunger Index) 2010 offre una utile fotografia pluridimensionale della fame nel mondo. Il GHI 2010 mostra alcuni miglioramenti rispetto al GHI 1990, essendo diminuito di un quarto.

Ciononostante, l'indice della fame nel mondo resta a un livello "grave". Questo risultato non sorprende se si pensa che il numero complessivo di persone affamate ha superato il miliardo nel 2009 (1).

I punteggi più elevati di GHI a livello regionale si registrano in Asia meridionale e Africa subsahariana, ma l'Asia meridionale ha fatto molti più progressi rispetto al 1990. In Asia meridionale, tra i principali fattori che contribuiscono a un'alta prevalenza dei bambini sottopeso in età compresa tra 0 e 5 anni, ci sono lo scarso accesso delle donne a una nutrizione ed educazione adeguate e il loro basso status sociale. In Africa subsahariana, invece, la scarsa efficienza dei governi, i conflitti, l'instabilità politica e gli alti tassi di HIV e AIDS sono tra i principali fattori responsabili dell'alta mortalità infantile e dell'alta percentuale di persone che non possono soddisfare il proprio fabbisogno calorico.

Alcuni paesi hanno fatto passi avanti significativi in termini assoluti nel miglioramento del proprio GHI. I progressi più evidenti tra il GHI 1990 e il GHI 2010 si sono registrati in Angola, Etiopia, Ghana, Mozambico, Nicaragua e Vietnam. Ventinove paesi hanno comunque ancora livelli di fame "estremamente allarmanti" o "allarmanti". I paesi con punteggi di GHI 2010 "estremamente allarmanti" – Burundi, Ciad, Repubblica Democratica del Congo e Eritrea – sono in Africa subsahariana. La maggior parte dei paesi con punteggi di GHI "allarmanti" sono in Africa subsahariana e in Asia meridionale. Il più grave deterioramento dei livelli di GHI si è registrato nella Repubblica Democratica del Congo, in gran parte a causa dei conflitti e dell'instabilità politica.

Prestazioni economiche e fame sono inversamente correlate. I paesi con alti livelli di reddito nazionale lordo (RNL) pro capite – un'importante misura dell'attività economica – hanno tendenzialmente bassi punteggi di GHI 2010, e i paesi con bassi livelli di RNL pro capite hanno tendenzialmente alti punteggi di GHI. Ma questa non è una relazione sempre valida. Conflitti, malattie, disuguaglianze, cattive pratiche di governo e discriminazione di genere sono fattori che possono rendere il livello di fame di un paese più alto di quanto ci si aspetterebbe sulla base del suo reddito. Al contrario, una crescita economica favorevole ai poveri, una solida attività agricola e una crescente parità di genere possono ridurre la fame oltre i livelli attesi sulla base delle entrate procapite.

L'alta prevalenza della denutrizione infantile è uno dei fattori maggiormente responsabili della persistenza della fame. A livello generale, il fattore che più contribuisce al livello di GHI mondiale è l'insufficienza di peso tra i bambini.

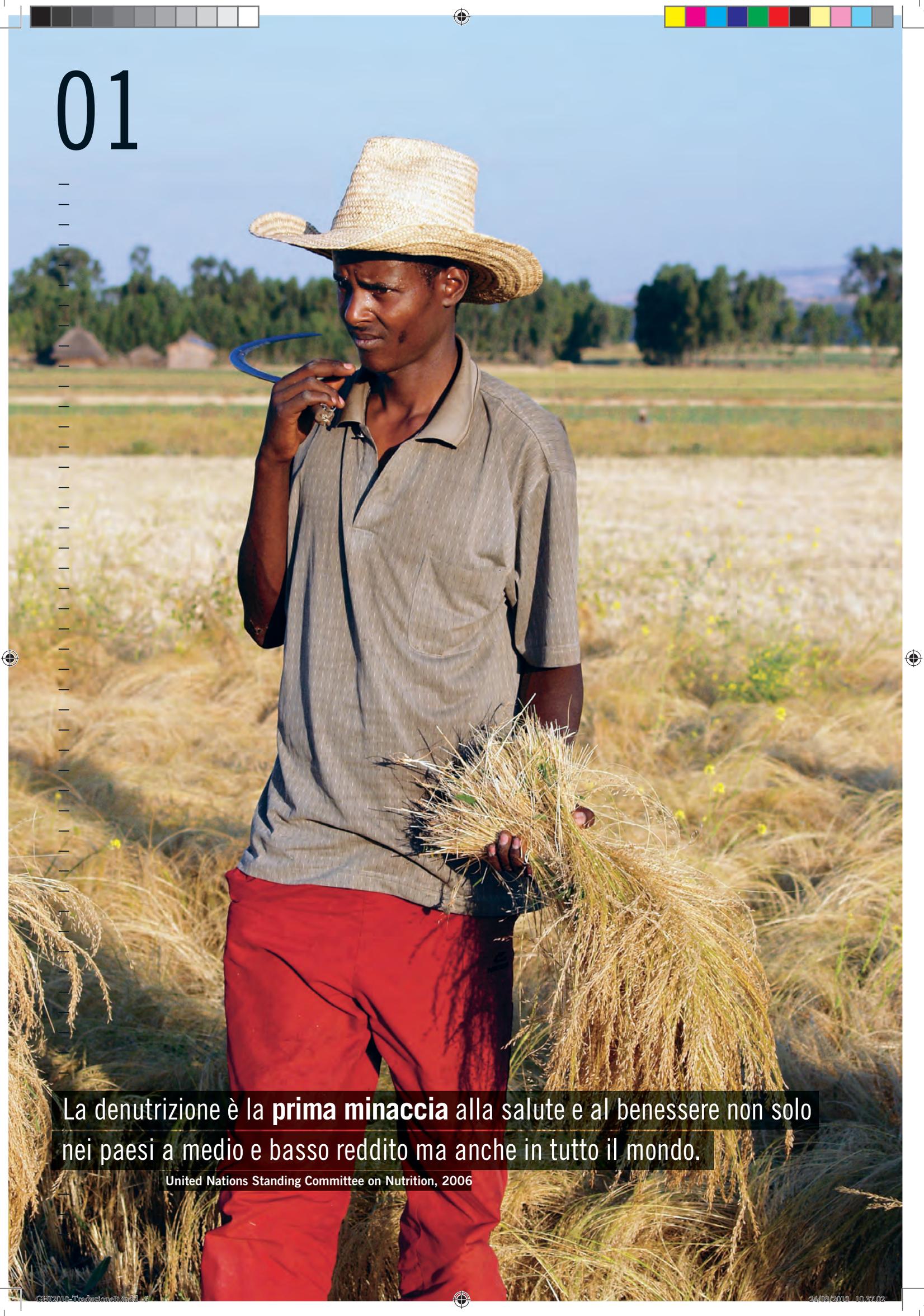
Anche se la percentuale di insufficienza di peso nei bambini al di sotto dei cinque anni è solo uno dei tre elementi che compongono il GHI, è responsabile di quasi la metà del punteggio mondiale di GHI. La denutrizione infantile non è uniformemente diffusa nel mondo, ma piuttosto si concentra in pochi paesi e regioni. Oltre il 90% dei bambini al mondo che soffrono di ritardi nella crescita (bambini la cui statura è inadeguata in rapporto all'età) vivono in Africa e in Asia, dove i tassi di ritardo nella crescita sono rispettivamente al 40 e al 36%.

Per migliorare i rispettivi punteggi di GHI, ai paesi servono progressi più rapidi nella riduzione della denutrizione infantile. Dati recenti mostrano che l'intervallo utile per migliorare l'alimentazione del bambino va dai -9 ai +24 mesi (ovvero i mille giorni che intercorrono tra il momento del concepimento e il secondo compleanno). È in questa fase che i bambini hanno maggior necessità di adeguate quantità di cibo nutriente, di assistenza sanitaria preventiva e curativa, e di cure adatte alla loro età che favoriscano uno sviluppo sano; inoltre è il momento in cui gli interventi hanno più probabilità di prevenire l'insorgere di uno stato di malnutrizione. Dopo i due anni di età, gli effetti della sottanutrizione sono in gran parte irreversibili.

Per ridurre la malnutrizione infantile, i governi dovrebbero investire in interventi alimentari effettivi diretti alle madri e ai figli durante i primi mille giorni. Questi interventi dovrebbero concentrarsi sul miglioramento dell'alimentazione materna durante la gravidanza e l'allattamento, promuovendo un corretto allattamento al seno e pratiche alimentari integrative, fornendo i micronutrienti essenziali, praticando la iodurazione del sale e garantendo al contempo appropriate vaccinazioni. Un'elevata copertura di questi interventi potrebbe comportare un rapido miglioramento dell'alimentazione della prima infanzia. I governi dovrebbero anche adottare strategie in grado di affrontare con più ampio respiro le cause alla radice della sottanutrizione, come l'insicurezza alimentare, la mancanza di accesso ai servizi sanitari e le cattive pratiche nutrizionali e di cura del bambino: problemi resi ancor più gravi dalla povertà e dalla disparità di genere. Le strategie di riduzione della povertà basate sulla riduzione delle disuguaglianze sono quindi parte della soluzione dei problemi di alimentazione nella prima infanzia, così come le politiche mirate al miglioramento della salute, dell'alimentazione e dello status sociale delle bambine e delle donne.

1 Nota all'edizione italiana: nel 2010 il numero delle persone affamate si è ridotto a 925 milioni (stima FAO settembre 2010), ma rimane comunque "un numero inaccettabile" secondo Jacques Diouf, Direttore Generale della FAO.

01



La denutrizione è la **prima minaccia** alla salute e al benessere non solo nei paesi a medio e basso reddito ma anche in tutto il mondo.

United Nations Standing Committee on Nutrition, 2006

IL CONCETTO DI INDICE GLOBALE DELLA FAME

L'Indice Globale della Fame (GHI) è uno strumento adattato e ulteriormente sviluppato dall'IFPRI per misurare e monitorare complessivamente lo stato della fame nel mondo (1).

Il GHI è formato da tre indicatori relativi alla fame che sono connessi uno con l'altro: la percentuale di denutriti sul totale della popolazione, la prevalenza dei bambini sottopeso e il tasso di mortalità infantile (si veda il Box 1 per informazioni su come si calcola il GHI e il Box 2 per le differenti definizioni di fame). Il GHI mira ad accrescere la consapevolezza delle differenze regionali e nazionali relativamente alla fame e a stimolare azioni volte a migliorare la situazione. Indirizzato a un uditorio molto variegato – tra cui politici, donatori, organizzazioni non governative, educatori, mass media e il più vasto pubblico – il GHI permette di avvicinarsi ai fattori responsabili della fame e mette in evidenza i successi e i fallimenti nelle strategie utilizzate per ridurla.

L'indice di quest'anno riflette i dati che vanno dal 2003 al 2008 – gli ultimi dati globali disponibili sulle tre componenti del GHI – e pertanto non prende ancora in considerazione i più recenti cambiamenti relativi alla situazione alimentare globale. Per alcuni paesi pur gravemente colpiti dalla denutrizione, come Afghanistan, Iraq, Papua Nuova Guinea e Somalia, non ci sono dati a sufficienza per calcolare il GHI. Per una valutazione più completa e aggiornata dello stato della fame nel mondo, sono urgentemente necessari dati più attuali e che offrano una maggiore copertura dei paesi. Per quanto non manchino gli strumenti tecnologici per raccogliere e valutare i dati praticamente all'istante, persistono degli enormi ritardi nel riportare statistiche vitali relative alla fame. La raccolta di dati di qualità sul consumo alimentare resta un compito noioso e dispendioso in termini di tempo che richiede competenze specialistiche.

Il GHI 2010 e il GHI 1990 presentati in questo rapporto includono i più recenti dati riveduti per le tre componenti e i dati usati per la stima delle componenti del GHI dove i dati provenienti da fonti originali non siano disponibili. Rispetto ai dati del rapporto sul GHI 2009, la componente "mortalità infantile" del GHI 1990 è stata rivisitata quest'anno per tenere in conto gli ultimi aggiornamenti provenienti dall'UNICEF. Inoltre, sia per le stime dell'insufficienza di peso del GHI 1990 che per quelle del GHI 2010 sono stati usati i dati rivisti relativi alla disponibilità calorica forniti dalla FAO. Se da un lato questi miglioramenti nei dati di base incrementano la qualità del GHI, dall'altro significano che i valori nazionali, regionali e mondiali del GHI 2010 e i valori rivisti del GHI 1990 non sono direttamente comparabili con i valori di GHI calcolati in precedenza (per ulteriori informazioni sui precedenti calcoli del GHI, si veda von Grebmer et al.

2009; von Grebmer et al. 2008; IFPRI/Welthungerhilfe/Concern 2007; Wiesmann 2006a, b; e Wiesmann, Weingärtner, e Schöninger 2006).

I dati sulla percentuale di denutriti si riferiscono agli anni 2004-06 (FAO 2009); i dati sulla mortalità infantile al 2008 (UNICEF 2009a); e i dati sull'insufficienza di peso infantile all'ultimo anno del periodo 2003-08 per cui sono disponibili dati (WHO 2010a; UNICEF 2010; e MEASURE DHS 2010). I dati per il GHI 1990 si riferiscono agli anni 1988-92. I dati sulla percentuale di sottanutriti agli anni 1990-92 (FAO 2009); i dati sulla mortalità infantile al 1990 (UNICEF 2009a); e i dati sull'insufficienza di peso tra i bambini agli anni 1988-92 (WHO 2010a). Per informazioni più dettagliate sulle fonti e il calcolo del GHI 1990 e del GHI 2010 si veda l'Appendice A.

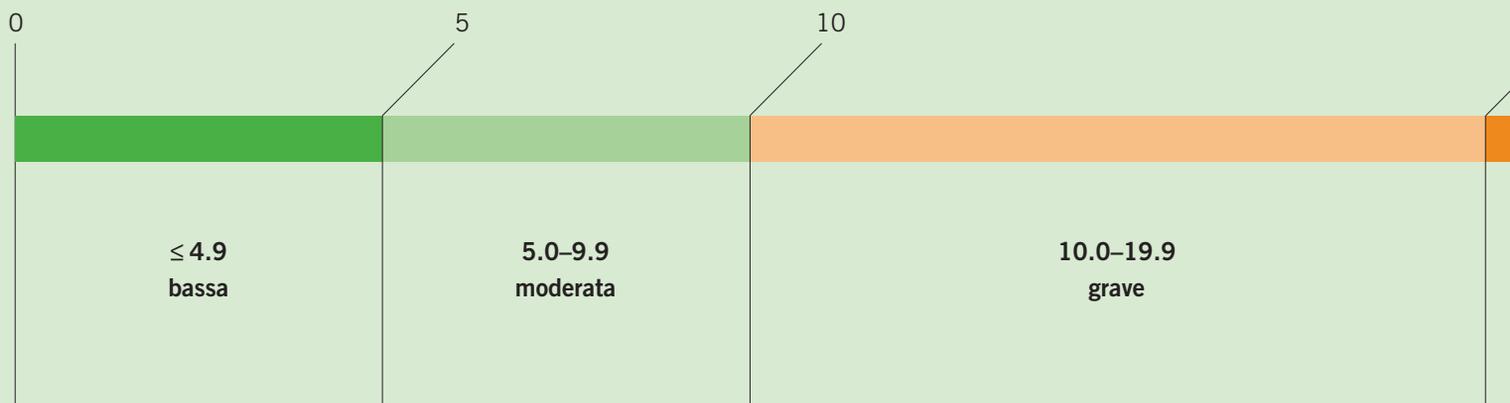
Il GHI 2010 è calcolato per i 122 paesi i cui dati sulle tre componenti sono disponibili e per i quali è considerata più rilevante una misurazione della fame (alcuni paesi ad alto reddito sono esclusi dal calcolo del GHI perché hanno una prevalenza della fame molto bassa).

¹ Per saperne di più sul concetto, si veda Wiesmann (2004) e Wiesmann, von Braun and Feldbrügge (2000).

² Per una misurazione multidimensionale della povertà, si veda l'indice sviluppato da Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI) per lo United Nations Development Programme (Alkire e Santos 2010).



CHE COSA E' L'INDICE GLOBALE DELLA FAME?



BOX 1

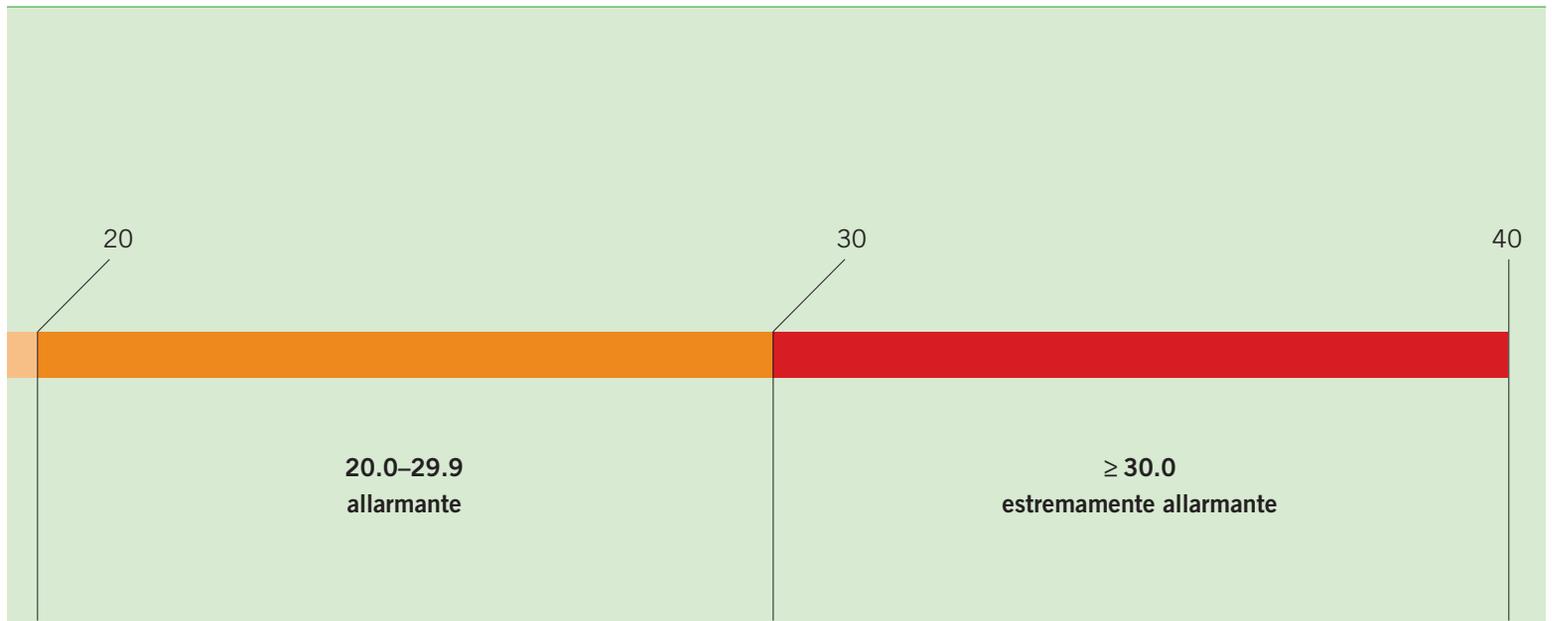
Il GHI si basa su un approccio pluridimensionale alla misurazione e al monitoraggio della fame. Combina tre indicatori cui è attribuita uguale ponderazione:

1. la percentuale di denutriti sul totale della popolazione (che corrisponde alla quota di popolazione con insufficienti assunzioni di energia alimentare);
2. la prevalenza dei bambini sottopeso in età compresa tra 0 e 5 anni (che indica la percentuale di bambini il cui peso è scarso rispetto alla propria fascia d'età);
3. il tasso di mortalità tra i bambini al di sotto dei cinque anni (che riflette in parte la fatale sinergia tra inadeguate assunzioni alimentari e ambienti insalubri).

L'approccio pluridimensionale del GHI offre numerosi vantaggi. Raccoglie in un unico indice numerico i vari aspetti della fame, permettendo in questo modo una rapida visione d'insieme di un problema complesso. Prende in considerazione la situazione nutrizionale non solo della popolazione nel suo complesso, ma anche di un gruppo fisiologicamente vulnerabile – i bambini – per il quale le carenze alimentari comportano alti rischi di infezioni, ridotto sviluppo fisico e cognitivo, e morte. Inoltre, raggruppando indicatori misurati in forma indipendente, riduce gli effetti degli errori casuali di misurazione.

L'indice classifica i paesi assegnando un valore da 0 a 100, dove 0 rappresenta il valore migliore (assenza di fame) e 100 il peggiore, per quanto nella pratica non venga raggiunto nessuno dei due estremi. I valori inferiori a 4.9 indicano bassi livelli di fame, tra 10 e 19.9 indicano un problema grave, tra 20 e 29.9 sono allarmanti e, infine, i valori che superano il 30 sono estremamente allarmanti.





BOX 2

CONCETTI DI FAME

La terminologia usata per riferirsi ai differenti concetti di fame può generare confusione. Di solito con “fame” ci si riferisce al disagio associato con la mancanza di cibo. La FAO definisce specificamente la fame come il consumo di meno di 1.800 calorie al giorno – la quantità minima necessaria alla maggioranza delle persone per vivere una vita sana e produttiva. Il termine “denutrizione” indica carenze di energia, proteine, vitamine e minerali essenziali o anche di uno solo di questi elementi (si veda il Box 7 per un’ulteriore descrizione della denutrizione infantile). La denutrizione è il risultato di un’inadeguata assunzione di cibo – in termini quantitativi o qualitativi – o di una cattiva utilizzazione delle sostanze nutritive dovuta a infezioni o altre malattie, o una combinazione di entrambi questi fattori. “Malnutrizione” si riferisce in senso più ampio sia alla sottanutrizione (problemi di carenze) che alla sovranutrizione (problemi di regimi alimentari non bilanciati, come per esempio il consumo di una quantità eccessiva di calorie rispetto al fabbisogno accompagnata o meno da scarsa assunzione di alimenti ricchi di micronutrienti). Entrambe queste condizioni provocano problemi di salute. In questo rapporto, il termine “fame” si riferisce all’indice basato sui tre indicatori descritti nel Box 1.



02

A livello mondiale, l'Indice Globale della Fame 2010 mostra dei miglioramenti rispetto al 1990. Ciononostante, l'indicatore della fame nel mondo rimane ad un livello grave.

TENDENZE MONDIALI, REGIONALI E NAZIONALI

Mentre il mondo si avvicina alla scadenza del 2015 per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio – tra i quali rientra il dimezzamento della percentuale di persone che soffrono la fame – il GHI 2010 offre una utile fotografia pluridimensionale della fame nel mondo.

Il GHI mondiale (3) 2010 mostra qualche miglioramento rispetto al GHI mondiale 1990 (4), scendendo dal 19,8 al 15,1, ovvero di quasi un quarto (Figura 1). Il contributo dell'indicatore riguardante la percentuale di insufficienza di peso nei bambini sotto i cinque anni al GHI mondiale è scesa di 2,6 punti e anche il tasso di mortalità sotto i cinque anni e la percentuale di denutrizione sono migliorati. Tuttavia, l'indice della fame nel mondo resta grave. Infatti, il numero complessivo di persone colpite dalla fame, secondo le stime della FAO, ha superato il miliardo nel 2009 (FAO 2009), sebbene nuove stime suggeriscano che il numero sia sceso a 925 milioni nel 2010 (FAO 2010a).

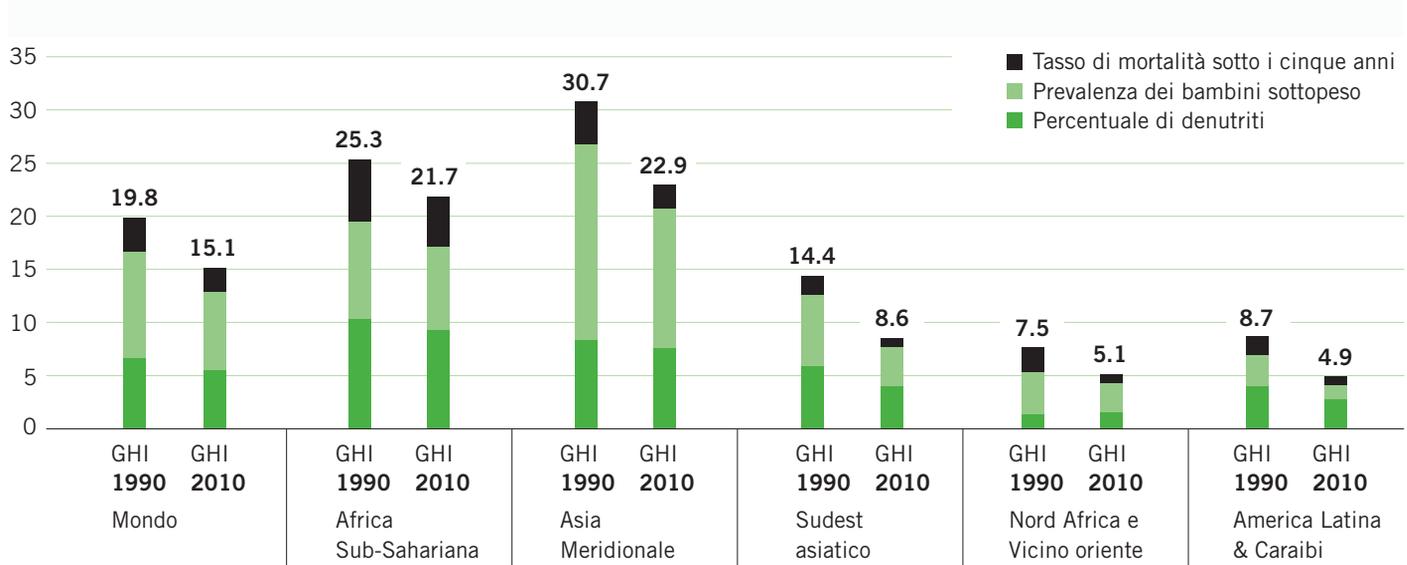
Il quadro varia molto da regione a regione e da paese a paese. Il punteggio di GHI 2010 è calato del 14% rispetto al 1990 in Africa subsahariana (Figura 1), di circa il 25% in Asia del Sud e del 33% in Vicino Oriente e Africa del Nord. Progressi assai significativi si sono visti in Sudest asiatico e America Latina e Caraibi, dove il calo del punteggio di GHI è stata del 40% e oltre.

I punteggi più elevati di GHI a livello regionale si registrano in

Asia meridionale, al 22,9, e in Africa subsahariana, al 21,7, ma l'Asia meridionale ha fatto molti più progressi rispetto al 1990 e inoltre nelle due regioni le cause della fame sono differenti. In Asia meridionale, lo scarso accesso delle donne a una nutrizione e a un'educazione adeguate e il loro basso status sociale sono tra i principali fattori che contribuiscono a un'alta prevalenza dei bambini sottopeso in età compresa tra 0 e 5 anni. In Africa subsahariana, invece, la scarsa efficienza dei governi, i conflitti, l'instabilità politica e gli alti tassi di HIV e AIDS sono tra i principali fattori responsabili di un'alta mortalità infantile e di un'alta percentuale di persone che non possono soddisfare il proprio fabbisogno calorico.

I progressi nella riduzione della fame, misurati tramite la diminuzione annua del punteggio di GHI, vanno di frequente di pari passo con la riduzione della povertà (Figura 2). Questa osservazione non ha nulla di sorprendente dato che la povertà è una delle cause di base della malnutrizione, dell'insufficienza di peso nei bambini e della mortalità infantile. In Asia meridionale, regione che ospita il maggior numero di poveri, la povertà e la fame stanno lentamente diminuendo quasi allo stesso ritmo. Tuttavia, in alcuni casi la riduzione della fame può superare la riduzione della povertà e viceversa. In Sudest asiatico, la povertà è calata di quasi l'8% all'anno mentre il GHI è sceso solo di circa il 3%. In America Latina, d'altro canto, la povertà è scesa solo dell'1% mentre il GHI è sceso del 3,5%.

FIGURA 1 - CONTRIBUTO DEI VARI INDICATORI AL GHI 1990 (BASATO SUI DATI DAL 1988 AL 1992) E AL GHI 2010 (BASATO SUI DATI DAL 2003 AL 2008)

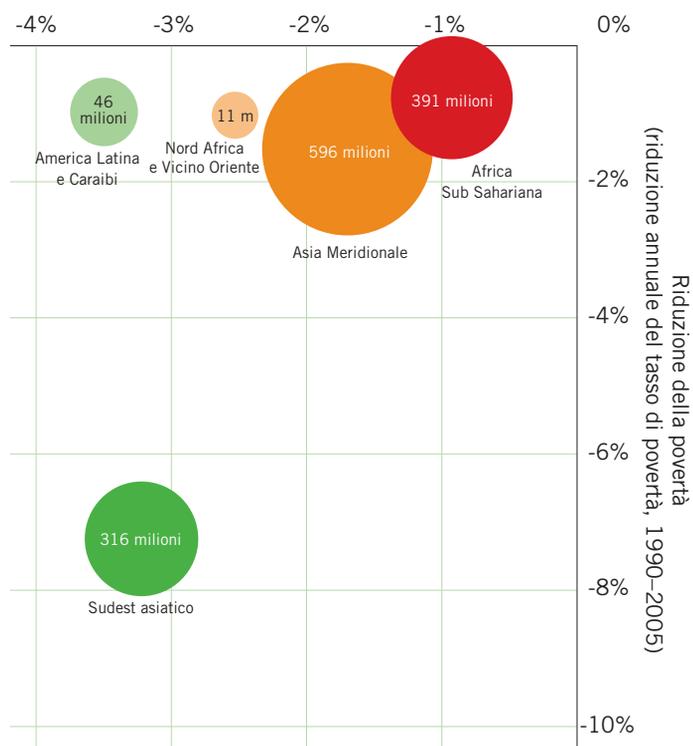


3 Il "mondo" include tutti quei paesi in cui GHI è stato calcolato. Come già notato in precedenza, di alcuni paesi non sono disponibili i dati e i paesi a più alto reddito sono esclusi dal calcolo del GHI.
4 Per il confronto è stato scelto l'anno 1990 in quanto è un punto di riferimento per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio.

Nota: per il GHI 1990, i dati sulla percentuale di sottanutrizione si riferiscono al 1990-92; i dati sull'insufficienza di peso nei bambini all'ultimo anno del periodo 1988-92 per cui sono disponibili dati; e i dati sulla mortalità infantile si riferiscono al 1990. Per il GHI 2010 i dati sulla percentuale di denutrizione si riferiscono al 2004-06, i dati sull'insufficienza di peso nei bambini all'ultimo anno del periodo 2003-08 per cui sono disponibili dati, e i dati sulla mortalità infantile al 2008.

FIGURA 2 - RIDUZIONE DELLA FAME E DELLA POVERTÀ PER REGIONI

Riduzione della fame
(variazione annuale dei punteggi di GHI, GHI 1990–GHI 2010)



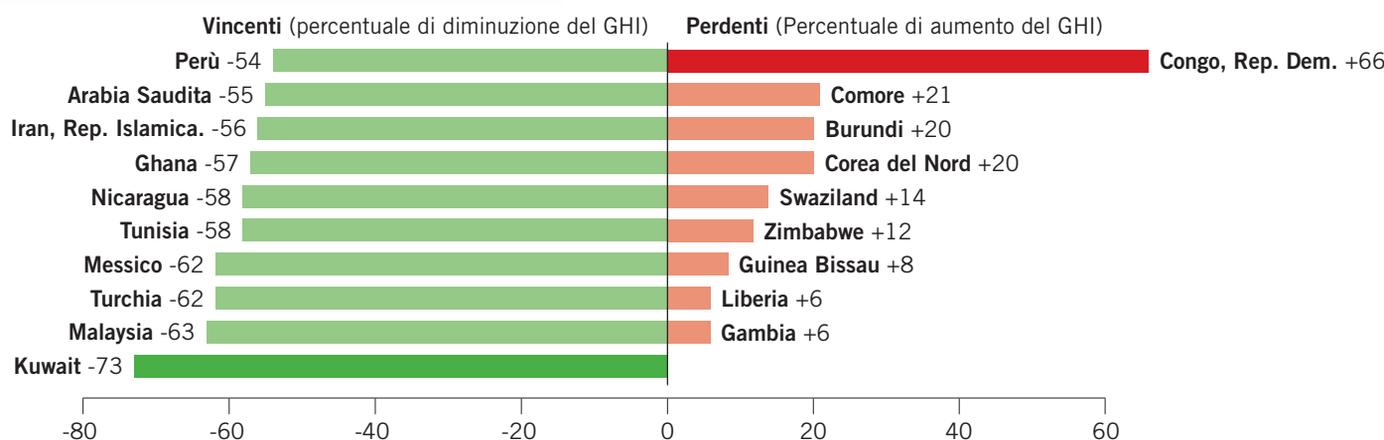
Fonte: Dati sulla povertà da Chen and Ravallion (2008).
Nota: L'anno di riferimento usato per il GHI 2010 nei calcoli del cambiamento annuale è il 2006. La dimensione delle sfere rappresenta i milioni di poveri in ciascuna regione nel 2005.

Dal 1990 al 2010, non sono molti i paesi che sono stati capaci di ridurre il proprio punteggio di GHI del 50% o più (Figura 3). Circa un terzo dei paesi ha compiuto modesti progressi, diminuendo il proprio punteggio di GHI di un valore che oscilla tra il 25 e il 49,9%, e per un altro terzo dei paesi la diminuzione è stata tra lo 0 e il 24,9%. In Africa subsahariana solo un paese – il Ghana – è tra i dieci che più hanno ridotto il proprio GHI rispetto al 1990 (Box 3). Gli apparentemente notevoli progressi del Kuwait nella riduzione della fame sono principalmente dovuti ai livelli stranamente alti del 1990, anno dell'invasione da parte dell'Iraq. Al secondo posto nella classifica dei paesi virtuosi, la Malaysia ha ridotto la fame tramite una notevole diminuzione nella prevalenza dei bambini sottopeso (Box 4).

Tra i nove paesi in cui il GHI è cresciuto di più (tutti in Africa subsahariana, tranne la Corea del Nord), la Repubblica Democratica del Congo si colloca in fondo alla classifica, essendo il suo GHI peggiorato di oltre il 65% (Box 3). Conflitti e instabilità politica hanno fatto crescere la fame nel paese (Box 5), così come in Burundi, Comore, Guinea-Bissau e Liberia. In Swaziland, l'alta prevalenza di HIV e AIDS, unita a un'elevata disuguaglianza, ha messo gravemente a repentaglio la sicurezza alimentare, nonostante gli alti redditi nazionali.

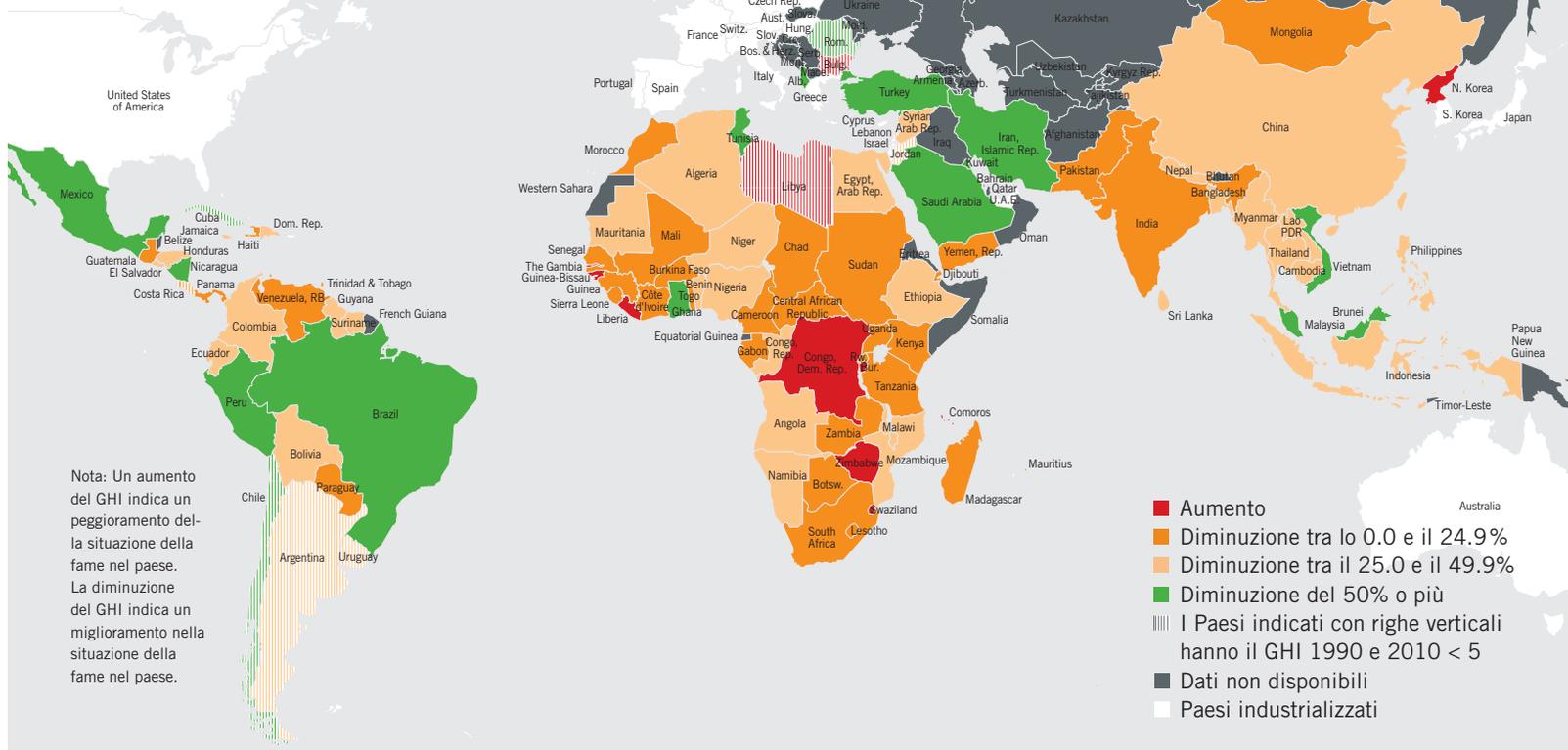
Le tendenze negative della economia e della produzione alimentare hanno fatto aumentare i tassi di malnutrizione della Corea del Nord. In Gambia, la situazione della malnutrizione è andata deteriorandosi in parte a causa di un calo negli investimenti in protezione sociale per le famiglie vulnerabili. In Zimbabwe, considerato un tempo il granaio dell'Africa, il collasso economico ha fatto salire la percentuale di bambini sottopeso e il tasso di mortalità infantile (per ulteriori informazioni sulla relazione tra prestazioni economiche e fame, si veda il Box 6).

BOX 3 - VINCENTI E PERDENTI DEL GHI DAL 1990 AL 2010



Nota: sono esclusi i paesi il cui GHI è minore di cinque sia nel 1990 che nel 2010.

FIGURA 3 - I PROGRESSI DEI DIFFERENTI PAESI NELLA RIDUZIONE DEL GHI
(diminuzione percentuale del GHI 2010 rispetto al GHI 1990)



Alcuni paesi hanno registrato miglioramenti notevoli in termini assoluti del proprio GHI. Angola, Etiopia, Ghana, Mozambico, Nicaragua e Vietnam hanno fatto segnare il maggior progresso tra il GHI 1990 e quello 2010 – oltre 13 punti. Nella Repubblica Democratica del Congo e in Burundi, però, il GHI è aumentato rispettivamente di 16 e 7 punti.

Ventinue paesi hanno ancora livelli di fame “estremamente allarmanti” o “allarmanti” (Figura 4). I paesi con punteggi di GHI 2010 estremamente allarmanti – Burundi, Ciad, Repubblica Democratica del Congo e Eritrea – sono in Africa subsahariana. La maggior parte dei paesi con punteggi di GHI allarmanti sono concentrati in Africa subsahariana e Asia meridionale.

BOX 4 - I RAPIDI PASSI AVANTI DELLA MALAYSIA IN TEMA DI ALIMENTAZIONE

La prevalenza di denutrizione e il tasso di mortalità infantile in Malaysia sono stati bassi per diverse decadi, ma la prevalenza dei bambini sottopeso in età compresa tra 0 e 5 anni è stata particolarmente più alta. Eppure tra il 1990 e il 2005, la percentuale di insufficienza di peso nei bambini è notevolmente diminuita, passando dal 22,1 al 7,0%. Questa consistente riduzione dell’insufficienza di peso nei bambini può essere attribuita alla rapida crescita economica così come agli interventi governativi e non governativi diretti alle donne e ai bambini piccoli. Storicamente, alimentazione e salute sono sempre state una priorità per il governo e, più recentemente, il paese ha attuato degli ampi piani nazionali per l'alimentazione. Tra i principali interventi sull'alimentazione si evidenziano aiuti alimentari per le famiglie di bambini poveri e malnutriti, programmi di integrazione alimentare per i bambini dell'asilo e delle scuole elementari, supplementi di micronutrienti per le madri incinte e attività di educazione alimentare (Khor 2005).

BOX 5 - L'ACUTA E PERSISTENTE INSICUREZZA ALIMENTARE DELLA REPUBBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO

La Repubblica Democratica del Congo ha la più alta percentuale di persone denutrite – tre quarti della sua popolazione – e uno dei più alti tassi di mortalità infantile al mondo. Dal 1990, la sottanutrizione è significativamente peggiorata. Il protrarsi del conflitto civile dalla fine degli anni novanta ha condotto il paese a un collasso economico, a sffollamenti massivi di popolazione e a uno stato cronico di insicurezza alimentare. La disponibilità e l'accesso al cibo sono andati peggiorando, mentre i livelli di produzione alimentare sono crollati e le aree remote sono diventate ancora più isolate come conseguenza di un sistema di infrastrutture molto carente. La Repubblica Democratica del Congo ora sta cercando di riprendersi e di iniziare la ricostruzione. Tuttavia, se il paese è sostenuto principalmente da aiuti di emergenza che non fanno molto per costruire una sostenibilità a lungo termine, continuerà a trovarsi in una precaria situazione di sicurezza alimentare (FAO 2010b). I programmi con una forte componente di sviluppo, in grado di integrare sicurezza alimentare, nutrizione e salute, vanno progressivamente aumentati fino a diventare una pratica standard (Rossi et al. 2006).

BOX 6 - PERFORMANCE ECONOMICA E FAME

Performance economica e fame sono inversamente correlate. I paesi con alti livelli di reddito nazionale lordo (RNL) pro capite – un'importante misura dell'attività economica – hanno tendenzialmente bassi punteggi di GHI 2010, e i paesi con bassi livelli di RNL pro capite hanno tendenzialmente alti punteggi di GHI (Figure 5a-d).

Molti paesi, però, si discostano dai punteggi di GHI 2010 che i loro livelli di reddito lascerebbero prevedere. I paesi con punteggi di GHI al di sopra della linea di previsione (basata sui dati provenienti da 119 paesi) si comportano peggio di quanto i loro livelli di reddito suggeriscono. In Africa subsahariana, molti paesi hanno punteggi di GHI 2010 notevolmente più alti di quanto lascerebbe prevedere il loro RNL pro capite; ne sono un esempio Angola, Botswana, Burundi, Repubblica Democratica del Congo, Eritrea e Gibuti (Figura 5a). In tutti questi paesi, tranne il Botswana, la guerra e i conflitti spiegano almeno in parte la situazione. In

Botswana, sono l'elevata disuguaglianza e gli alti tassi di HIV e AIDS a essere responsabili degli alti livelli di fame rispetto al RNL pro capite. Altri paesi, come il Ghana e l'Uganda, hanno punteggi di GHI 2010 più bassi di quanto ci si aspetterebbe sulla base del loro RNL pro capite. Nelle ultime due decadi, entrambi i paesi hanno ridotto la fame, in parte grazie a una crescita economica favorevole ai poveri e a miglioramenti nella produzione agricola favoriti da investimenti progressivamente sempre maggiori.

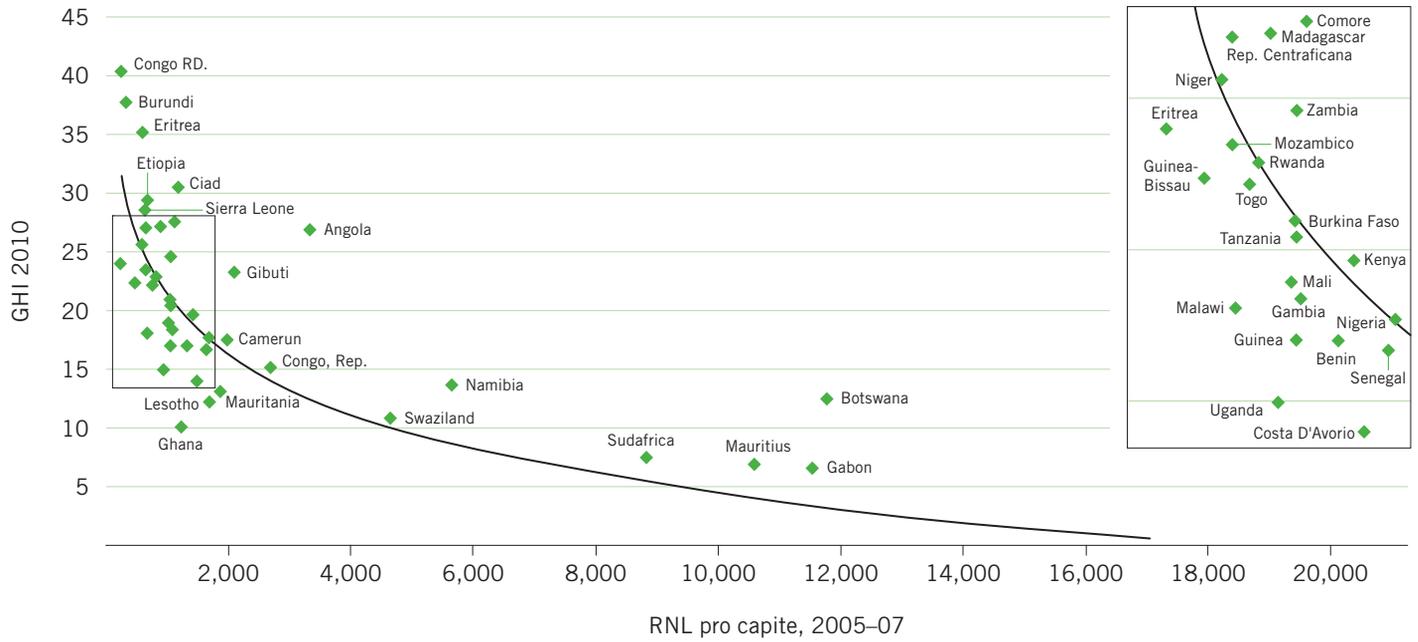
In Asia meridionale e Sudest asiatico, Bangladesh, India, Pakistan e Timor-Leste sono tra i paesi che presentano livelli di fame notevolmente più alti di quanto suggerirebbero i loro RNL pro capite, e Cina, Fiji e Vietnam sono tra i paesi con livelli di fame minore (Figura 5b). In India, per esempio, gli alti punteggi di GHI 2010 sono dovuti ad alti livelli di insufficienza di peso nei bambini provocati dal basso status sociale e dalla cattiva condizione alimentare delle donne

nel paese. In America Latina e Caraibi, Haiti si distingue come paese con un punteggio di GHI ben più alto di quello che lo scarso reddito pro capite lascerebbe prevedere (Figura 5c). Anche prima del grave terremoto all'inizio del 2010, che ha gettato ancora più persone nell'insicurezza alimentare, ad Haiti c'erano fattori che esacerbavano la povertà e la fame, come l'instabilità politica, le cattive pratiche di governo e la scarsa fornitura di servizi sociali. Al contrario, Guyana, Honduras, Nicaragua e Paraguay hanno per esempio livelli di fame più bassi di quanto suggerito dal loro RNL. Per concludere, in Vicino Oriente e Africa del Nord, tutti i paesi a parte lo Yemen hanno livelli di fame più bassi di quelli attesi (Figura 5d). In Yemen, la fame è particolarmente alta a causa del forte squilibrio città-campagna, della struttura economica dipendente dal petrolio, dell'inefficiente protezione sociale e della forte crescita della popolazione.

In termini di componenti dell'indice, Burundi, Comore, Repubblica Democratica del Congo, Eritrea e Haiti hanno attualmente la maggior percentuale di popolazione malnutrita – oltre il 50%. Bangladesh, India, Timor-Leste e Yemen hanno la maggior prevalenza di bambini sottopeso in età compresa tra 0 e 5 anni – più del 40% in ognuno dei quattro paesi. Afghanistan, Angola, Ciad e Somalia hanno il più alto tasso di mortalità sotto i cinque anni – oltre il 20%.

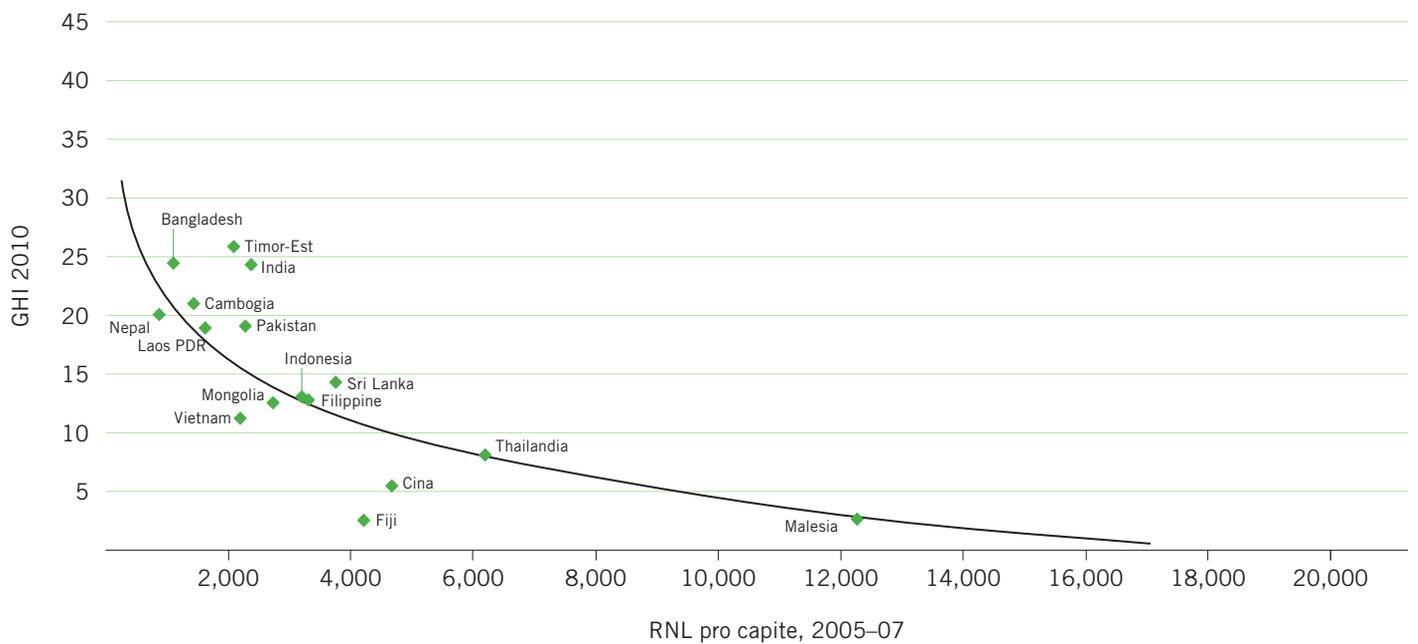
FIGURE 5 A-D - RNL PRO CAPITE E INDICE GLOBALE DELLA FAME

FIGURA 5 A - AFRICA SUBSAHARIANA



Fonte: i dati per il RNL pro capite sono estratti da World Bank (2010). Nota: La curva nera rappresenta i valori di GHI previsti per ogni paese in tutte le regioni per le quali sono disponibili i dati sia sul GHI 2010 che sul RNL pro capite 2005-07. Il RNL pro capite si riferisce al RNL pro capite medio in dollari internazionali correnti basati sulla parità del potere d'acquisto dal 2005 al 2007. Non tutti i paesi sono qui riportati.

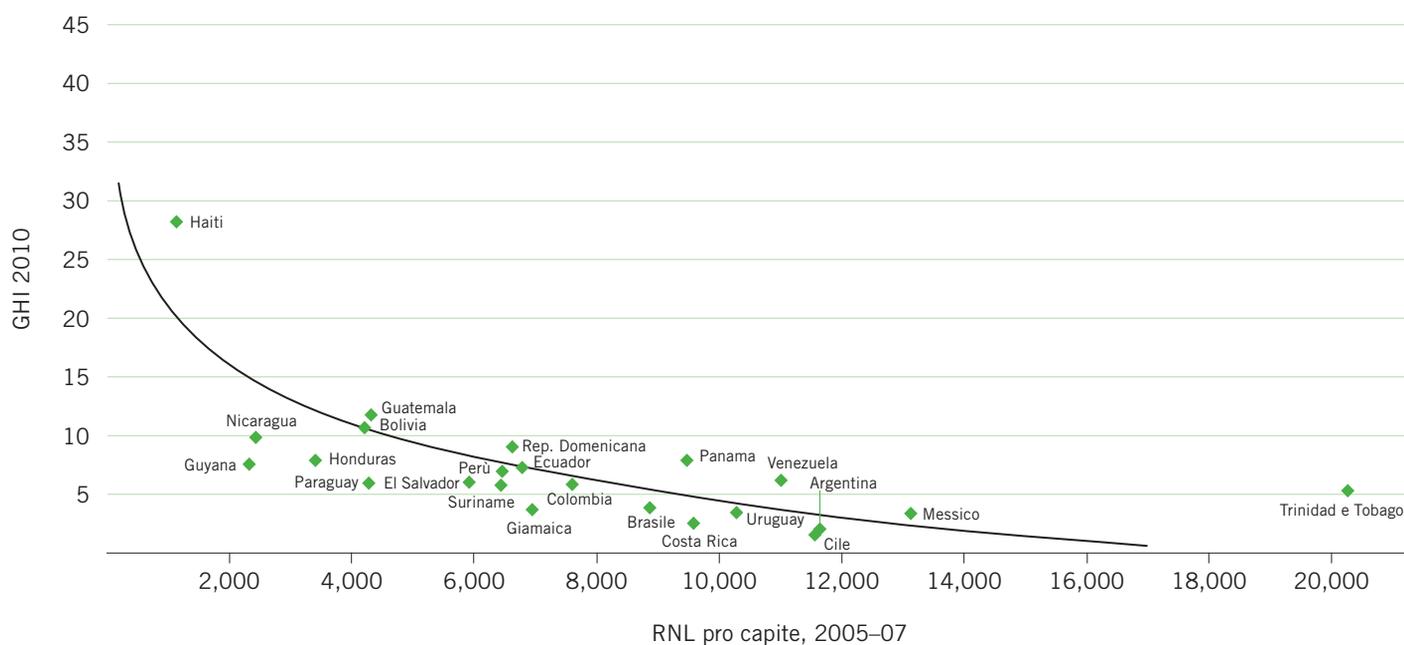
FIGURA 5 B - ASIA MERIDIONALE E SUDEST ASIATICO



Fonte: i dati per il RNL pro capite sono estratti da World Bank (2010). Nota: La curva nera rappresenta i valori di GHI previsti per ogni paese in tutte le regioni per le quali sono disponibili i dati sia sul GHI 2010 che sul RNL pro capite 2005-07. Il RNL pro capite si riferisce al RNL pro capite medio in dollari internazionali correnti basati sulla parità del potere d'acquisto dal 2005 al 2007. Non tutti i paesi sono qui riportati.

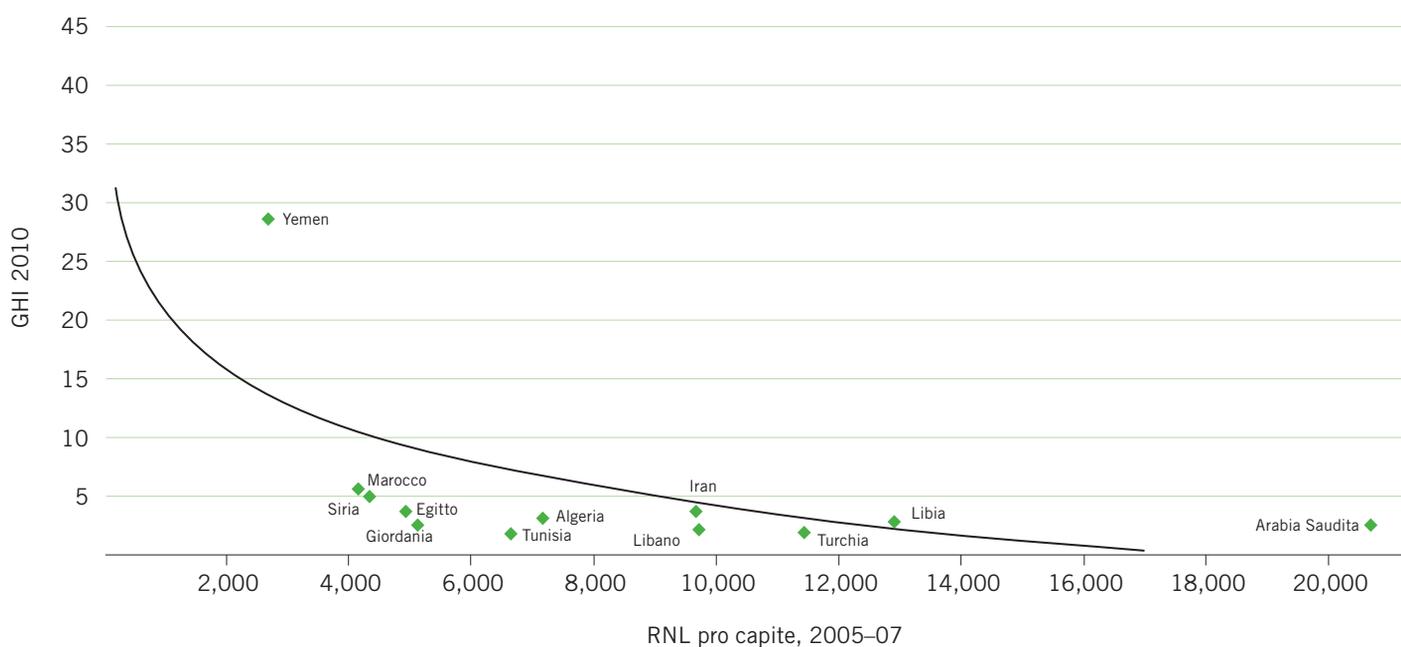


FIGURA 5 C - AMERICA LATINA E CARAIBI



Fonte: i dati per il RNL pro capite sono estratti da World Bank (2010). Nota: La curva nera rappresenta i valori di GHI previsti per ogni paese in tutte le regioni per le quali sono disponibili i dati sia sul GHI 2010 che sul RNL pro capite 2005-07. Il RNL pro capite si riferisce al RNL pro capite medio in dollari internazionali correnti basati sulla parità del potere d'acquisto dal 2005 al 2007. Non tutti i paesi sono qui riportati.

FIGURA 5 D - AFRICA DEL NORD E VICINO ORIENTE



Fonte: i dati per il RNL pro capite sono estratti da World Bank (2010). Nota: La curva nera rappresenta i valori di GHI previsti per ogni paese in tutte le regioni per le quali sono disponibili i dati sia sul GHI 2010 che sul RNL pro capite 2005-07. Il RNL pro capite si riferisce al RNL pro capite medio in dollari internazionali correnti basati sulla parità del potere d'acquisto dal 2005 al 2007. Non tutti i paesi sono qui riportati.

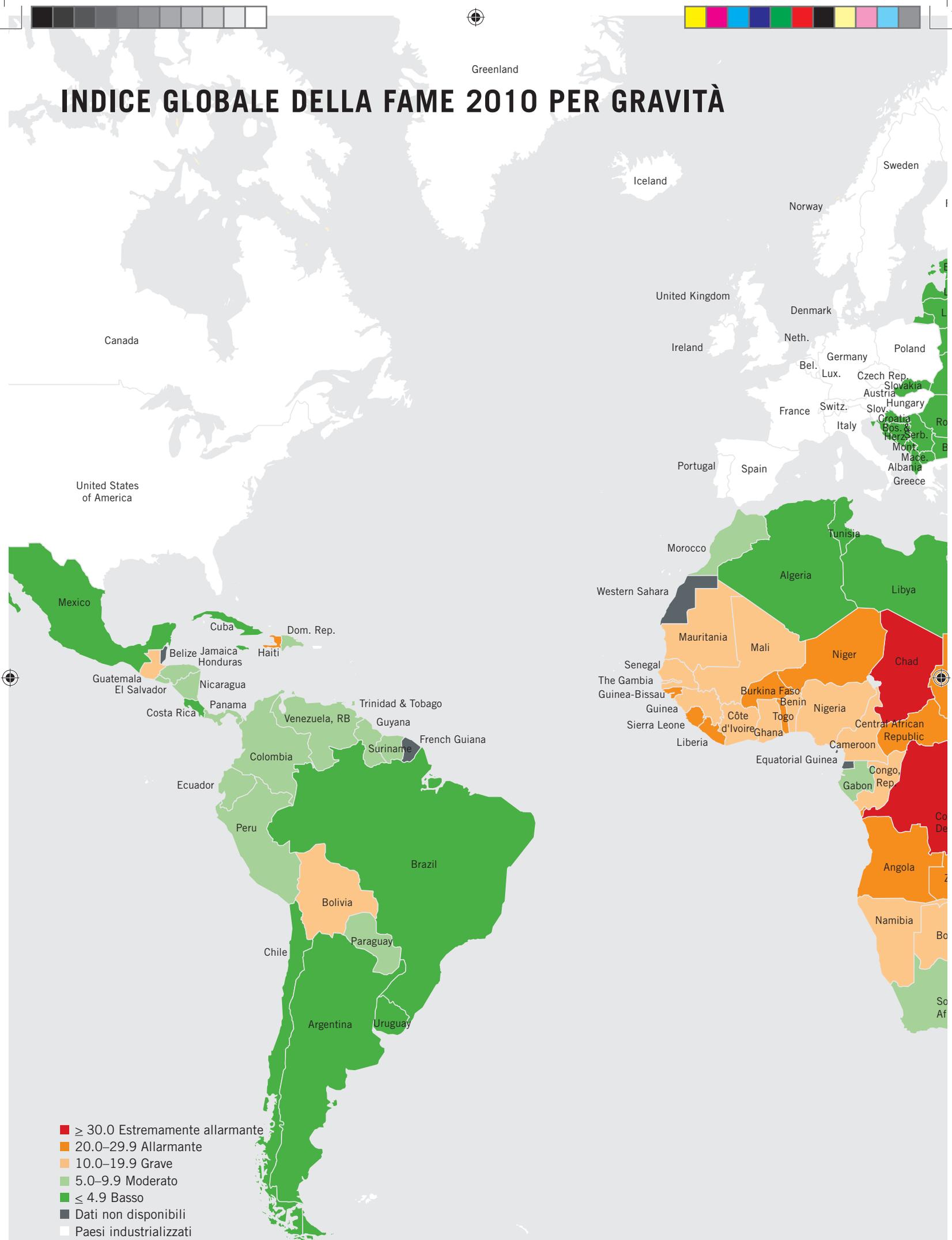


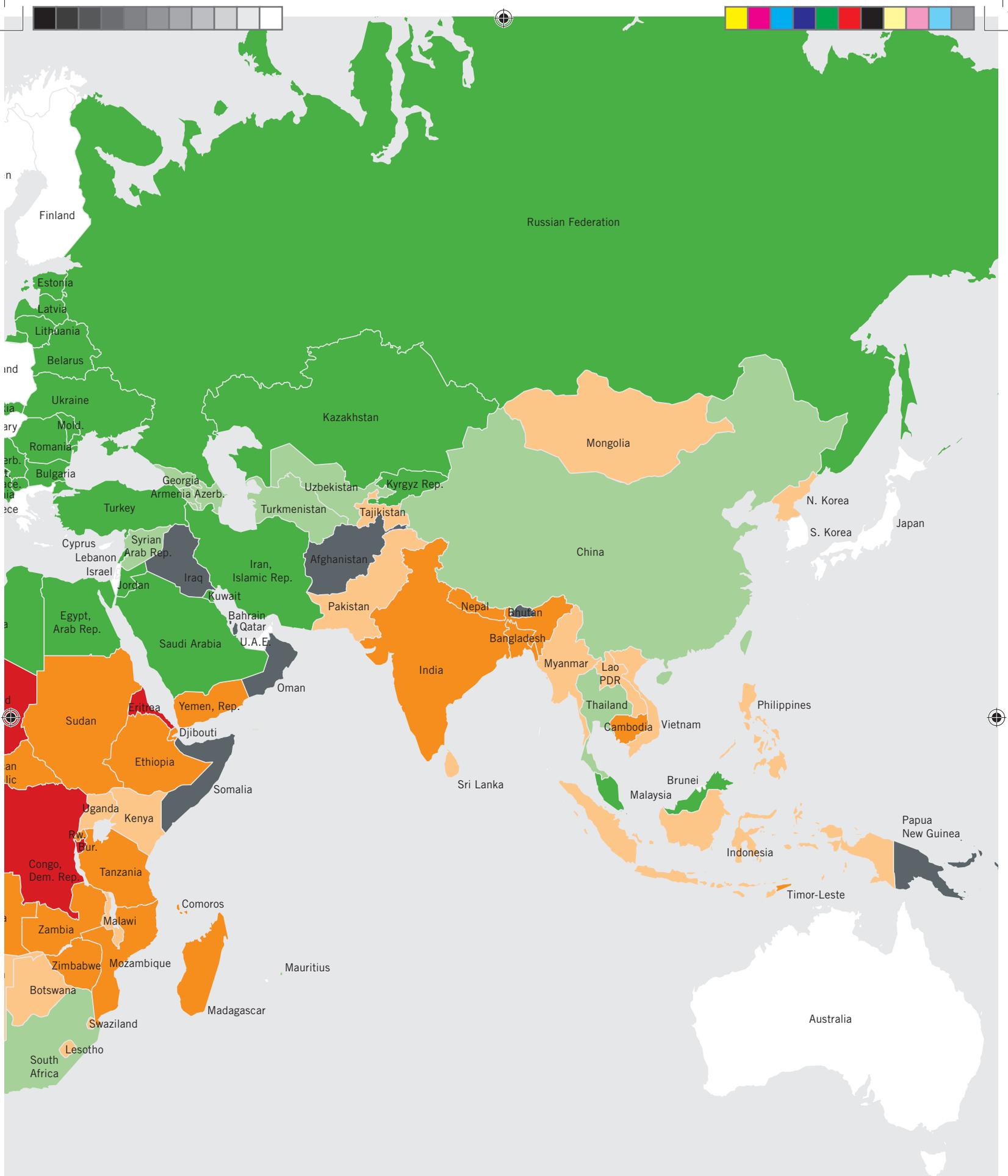
TABELLA 1—INDICE GLOBALE DELLA FAME PER PAESI, GHI 1990 E GHI 2010

Posizione	Paese	1990	2010	Posizione	Paese	1990	2010		
1	Siria	7.3	5.2	56	Nepal	27.5	20.0		
2	Trinidad e Tobago	6.9	5.3	57	Tanzania	22.9	20.7		
3	Suriname	9.6	5.6	58	Cambogia	31.5	20.9		
4	Colombia	9.1	5.7	58	Sudan	26.4	20.9		
5	Georgia	-	5.8	58	Zimbabwe	18.6	20.9		
5	Marocco	7.3	5.8	61	Burkina Faso	22.7	21.1		
7	El Salvador	8.8	5.9	62	Togo	27.8	22.4		
7	Paraguay	7.7	5.9	63	Guinea-Bissau	20.9	22.6		
9	Cina	11.6	6.0	64	Ruanda	28.9	23.1		
10	Venezuela	6.6	6.1	65	Gibuti	30.8	23.5		
11	Turkmenistan	-	6.3	66	Mozambico	37.4	23.7		
12	Gabon	7.7	6.4	67	India	31.7	24.1		
13	Mauritius	7.3	6.7	68	Bangladesh	35.8	24.2		
14	Perù	15.0	6.9	69	Liberia	22.9	24.3		
15	Uzbekistan	-	7.1	70	Zambia	25.6	24.9		
16	Ecuador	12.9	7.2	71	Timor Est	-	25.6		
17	Sud Africa	7.3	7.3	72	Niger	36.5	25.9		
18	Guyana	14.4	7.6	73	Angola	40.6	27.2		
19	Azerbaigian	-	7.7	74	Yemen	30.1	27.3		
20	Honduras	13.4	7.9	75	Repubblica Centrafricana	30.0	27.4		
20	Panama	10.0	7.9	76	Madagascar	28.1	27.5		
22	Thailandia	16.5	8.5	77	Comore	23.0	27.9		
23	Repubblica Dominicana	13.9	9.2	78	Haiti	33.5	28.0		
24	Armenia	-	9.8	79	Sierra Leone	32.7	28.9		
25	Nicaragua	23.4	9.9	80	Etiopia	43.7	29.8		
26	Ghana	23.4	10.0	81	Ciad	37.6	30.9		
27	Swaziland	9.5	10.8	82	Eritrea	-	35.7		
28	Bolivia	15.3	10.9	83	Burundi	31.8	38.3		
29	Vietnam	24.8	11.5	84	Rep. Dem. Congo	24.7	41.0		
30	Guatemala	15.1	12.0						
31	Lesotho	13.0	12.2						
				Paese	1990	2010	Paese	1990	2010
32	Botswana	14.3	12.5	Albania	8.7	<5	Kyrgyzistan	-	<5
33	Mongolia	16.9	12.8	Algeria	6.1	<5	Lettonia	-	<5
34	Filippine	19.0	13.0	Argentina	<5	<5	Libano	<5	<5
35	Mauritania	22.0	13.1	Bielorussia	-	<5	Libia	<5	<5
36	Indonesia	19.5	13.2	Bosnia Erzegovina	-	<5	Lituania	-	<5
37	Namibia	19.2	13.6	Brasile	7.2	<5	Macedonia	-	<5
38	Costa d'Avorio	16.0	14.0	Bulgaria	<5	<5	Malesia	8.6	<5
39	Sri Lanka	21.1	14.5	Cile	<5	<5	Messico	7.8	<5
40	Uganda	19.1	15.0	Costa Rica	<5	<5	Moldova	-	<5
41	Congo	22.4	15.2	Croazia	-	<5	Montenegro	-	<5
42	Tajikistan	-	15.8	Cuba	<5	<5	Romania	<5	<5
43	Senegal	20.8	16.8	Egitto	7.0	<5	Russia	-	<5
44	Benin	24.0	17.1	Estonia	-	<5	Arabia Saudita	6.2	<5
44	Guinea	21.9	17.1	Fiji	6.0	<5	Serbia	-	<5
46	Camerun	22.3	17.6	Iran	8.8	<5	Slovacchia	-	<5
47	Nigeria	24.4	17.8	Giamaica	6.5	<5	Tunisia	5.0	<5
48	Malawi	30.6	18.2	Giordania	<5	<5	Turchia	6.0	<5
49	Gambia	17.5	18.5	Kazakistan	-	<5	Ucraina	-	<5
50	Myanmar	29.5	18.8	Kuwait	9.4	<5	Uruguay	<5	<5
51	Laos	29.0	18.9						
52	Mali	24.2	19.1						
52	Pakistan	24.7	19.1						
54	Corea del Nord	16.2	19.4						
55	Kenya	20.3	19.8						

Nota: Classificati in base ai punteggi di GHI 2010. I paesi con un punteggio di GHI 2010 minore di cinque non sono inclusi nella classifica e le differenze tra i rispettivi punteggi sono minime. Paesi con lo stesso punteggio di GHI sono classificati nella stessa posizione (per esempio, Georgia e Marocco sono entrambi in posizione #5).

INDICE GLOBALE DELLA FAME 2010 PER GRAVITÀ





Nota: per il GHI 2010, i dati sulla percentuale di denutrizione si riferiscono agli anni 2004-06, i dati per l'insufficienza di peso nei bambini all'ultimo anno del periodo 2003-08 per cui sono disponibili dati, e i dati sulla mortalità infantile al 2008.



I bambini denutriti nei primi mille giorni di vita rischiano danni permanenti, una salute fragile e anche la morte prematura

COMBATTERE LA CRISI DELLA DENUTRIZIONE NELLA PRIMA INFANZIA

I primi mille giorni sono l'intervallo di tempo utile

Come descritto nel capitolo precedente, l'Indice Globale della Fame comprende tre componenti (percentuale di denutrizione, prevalenza dei bambini sottopeso e mortalità sotto i cinque anni), ai quali è assegnata la stessa ponderazione nella composizione dell'indice. Il GHI del mondo è 15,1 e quindi, se le componenti contribuissero omogeneamente, ognuna di esse apporterebbe circa 5 punti (un terzo del punteggio totale). Ma non è così: l'insufficienza di peso tra i bambini apporta fino a 7,4 punti, ovvero quasi metà del punteggio, mentre la percentuale di sottanutrizione e la mortalità sotto i cinque anni contribuiscono rispettivamente con 5,4 e 2,2 punti. Questo è particolarmente vero in Asia meridionale, dove l'insufficienza di peso nei bambini sotto i cinque anni è responsabile di oltre la metà dei 22,9 punti di GHI. In Africa subsahariana, la situazione è leggermente differente. Lì, il punteggio di GHI è migliorato ben poco negli ultimi vent'anni e l'insufficienza di peso nei bambini sotto i cinque anni è migliorata solo leggermente, scendendo dal 27,2 al 23,6% secondo stime recenti. Per migliorare i propri punteggi di GHI, i paesi devono compiere progressi più rapidi nella riduzione dell'insufficienza di peso tra i bambini, attraverso un miglioramento della nutrizione infantile.

Come raggiungere questo obiettivo? Il primo passo consiste nel concentrarsi su quella fascia di età che rappresenta l'intervallo di tempo utile per migliorare l'alimentazione dei bambini. Anche se in molti paesi le politiche e i programmi di intervento nutrizionale erano in precedenza indirizzati ai bambini sotto i cinque anni, nuovi dati mostrano chiaramente che l'intervallo di tempo utile per migliorare l'alimentazione è molto più stretto: va infatti dai -9 ai +24 mesi (ovvero i mille giorni che intercorrono dal momento del concepimento al secondo compleanno del bambino). È in questa fase che i bambini hanno maggior necessità di adeguate quantità di cibo nutriente per uno sviluppo sano, nonché il momento in cui gli interventi hanno più probabilità di prevenire l'insorgere di uno stato di malnutrizione. Dopo i due anni di età, gli effetti della denutrizione sono in gran parte irreversibili. (Ruel 2010). I bambini sottanutriti nei primi mille giorni rischiano di andare incontro a danni permanenti, come un limitato sviluppo fisico e cognitivo, salute precaria e persino una morte prematura. Questi bambini hanno elevate probabilità di crescere bassi di statura e magri, e di essere meno produttivi e sani di quanto avrebbero potuto essere. Le bambine sottanutrite, poi, una volta grandi, tenderanno a mettere al mondo bambini sottopeso, perpetuando in questo modo il ciclo della malnutrizione. Questo significa che il benessere delle madri è un elemento chiave della soluzione del problema.

Gli ingredienti di un'adeguata alimentazione per la prima infanzia sono ben noti: una madre ben nutrita e emancipata, che si è

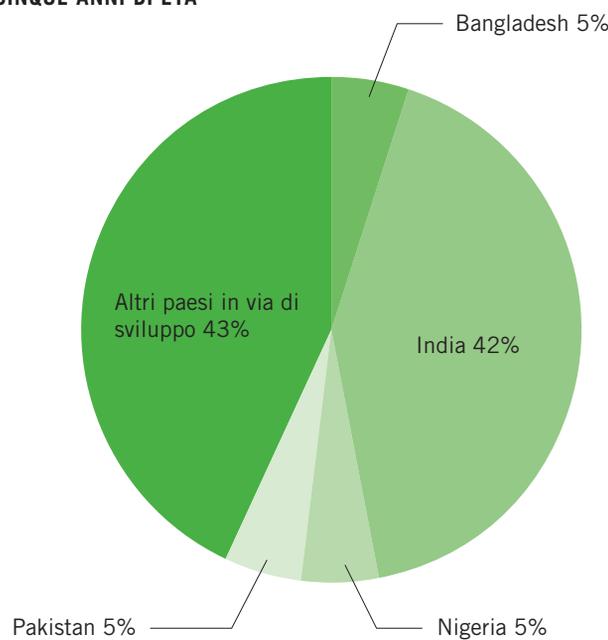
alimentata correttamente e ha goduto di buona salute prima e durante la gravidanza; che riceve l'assistenza sanitaria necessaria a un parto sicuro per se stessa e per il nuovo nato; che nei primi sei mesi di vita del bambino procede esclusivamente all'allattamento al seno e continua ad allattarlo fino ai due anni di età; che introduce un'integrazione di alimenti nutritivi in quantità e con frequenza adeguate a partire dai sei mesi; e che ha accesso all'acqua potabile, ai servizi igienici e all'assistenza sanitaria preventiva e curativa. Eppure sono milioni le persone sprovviste di questi ingredienti basilari.

La crisi globale della denutrizione infantile

La denutrizione infantile ha raggiunto proporzioni epidemiche. Il ritardo nella crescita colpisce circa 195 milioni di bambini sotto i cinque anni di età nel mondo in via di sviluppo – circa un bambino su tre. Quasi un bambino sotto i cinque anni di età su quattro – 129 milioni – è sottopeso, e uno su dieci è gravemente sottopeso (UNICEF 2009b; Box 7).

La malnutrizione infantile non è uniformemente diffusa nel mondo, ma si concentra in alcuni paesi e regioni. Più del 90% dei bambini con ritardo nella crescita vivono in Africa e in Asia, dove i tassi sono rispettivamente al 40 e al 36% (UNICEF 2009b). Anzi, oltre l'80% del carico mondiale di malnutrizione infantile (misurata

FIGURA 6 - QUOTA DI BAMBINI SOTTOPESO AL DI SOTTO DEI CINQUE ANNI DI ETÀ



Fonte: UNICEF (2009b).

BOX 7 - DIFFERENTI FORME DI UN'ALIMENTAZIONE INSUFFICIENTE

La denutrizione infantile può manifestarsi in differenti modi, a seconda delle cause, della gravità e della durata. Le tre principali dimensioni della sottanutrizione infantile sono:

- ritardo nella crescita** — altezza inadeguata in rapporto all'età,
- deperimento** — peso inadeguato in rapporto all'altezza e
- insufficienza di peso** — peso inadeguato in rapporto all'età.

Il ritardo nella crescita è un buon indicatore globale dello stato di sottanutrizione, perché riflette gli effetti cumulativi della sottanutrizione cronica. Il deperimento indica uno stato di sottanutrizione acuta derivante da un'inadeguata assunzione di cibo e sostanze nutritive e/o frequenti o gravi malattie. L'insufficienza di peso può essere dovuta sia al ritardo nella crescita che al deperimento, come a entrambi. I ricercatori misurano questi indicatori usando punteggi Z. Questi punteggi indicano quanto il peso o l'altezza di un bambino si allontanano dagli standard dello sviluppo sano del bambino stabiliti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Più il punteggio è vicino allo zero, più il bambino tende alla media dello standard di riferimento sulla crescita. Questo standard è internazionale e basato sul fatto che i bambini di tutte le razze ed etnie hanno la capacità di raggiungere un peso e un'altezza adeguati. Nel 2006 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha aggiornato i suoi standard sulla crescita infantile, facendo emergere che la denutrizione infantile mondiale era ancora più grave di quanto non si pensasse in precedenza. Per tutti e tre gli indicatori, la denutrizione (rappresentata da ritardo nella crescita, deperimento o sottopeso) è definita come un punteggio Z inferiore a -2 e la sottanutrizione grave come un punteggio Z inferiore a -3. Un'altra forma di denutrizione consiste nelle carenze di micronutrienti essenziali, come vitamine e minerali: in particolare ferro, iodio, zinco e vitamina A. Le carenze di micronutrienti sono conosciute anche come "fame nascosta", perché spesso non manifestano alcun segno clinico. In assenza di test del sangue, possono rimanere latenti fino a che non diventano molto gravi e pericolose per la vita stessa. Le carenze di micronutrienti possono avere effetti devastanti sulle donne e i bambini piccoli e incidere sulla crescita del bambino, sullo sviluppo motorio e cognitivo, sulla resistenza alle infezioni e sulla capacità di sopravvivenza; e nelle donne può ridurre la capacità di portare a termine una gravidanza e un parto sicuri, di produrre latte materno in quantità e qualità sufficienti e di mantenersi in salute.

dal ritardo nella crescita) è in appena 24 paesi. La sola India ospita una grossa fetta di bambini denutriti. Nel 2005-06, circa il 44% dei bambini indiani al di sotto dei cinque anni erano sottopeso e il 48% manifestava ritardo nella crescita (WHO 2010b). Già solo per le dimensioni del paese, questi numeri significano che l'India ospita il 42% dei bambini sottopeso del mondo (Figura 6) e il 31% dei bambini con ritardo nella crescita (UNICEF 2009b).

Alti livelli di malnutrizione infantile si possono trovare anche in numerosi paesi di Asia meridionale e Africa. In alcuni stati dell'Africa subsahariana circa la metà dei bambini presenta ritardi nella crescita; in Etiopia e Ruanda, la cifra arriva al 51%, e in Guinea-Bissau e Niger al 47% (UNICEF 2009b). Anche in Afghanistan, Guatemala, Timor-Leste e Yemen più della metà dei bambini sotto i cinque anni ha ritardi nello sviluppo.

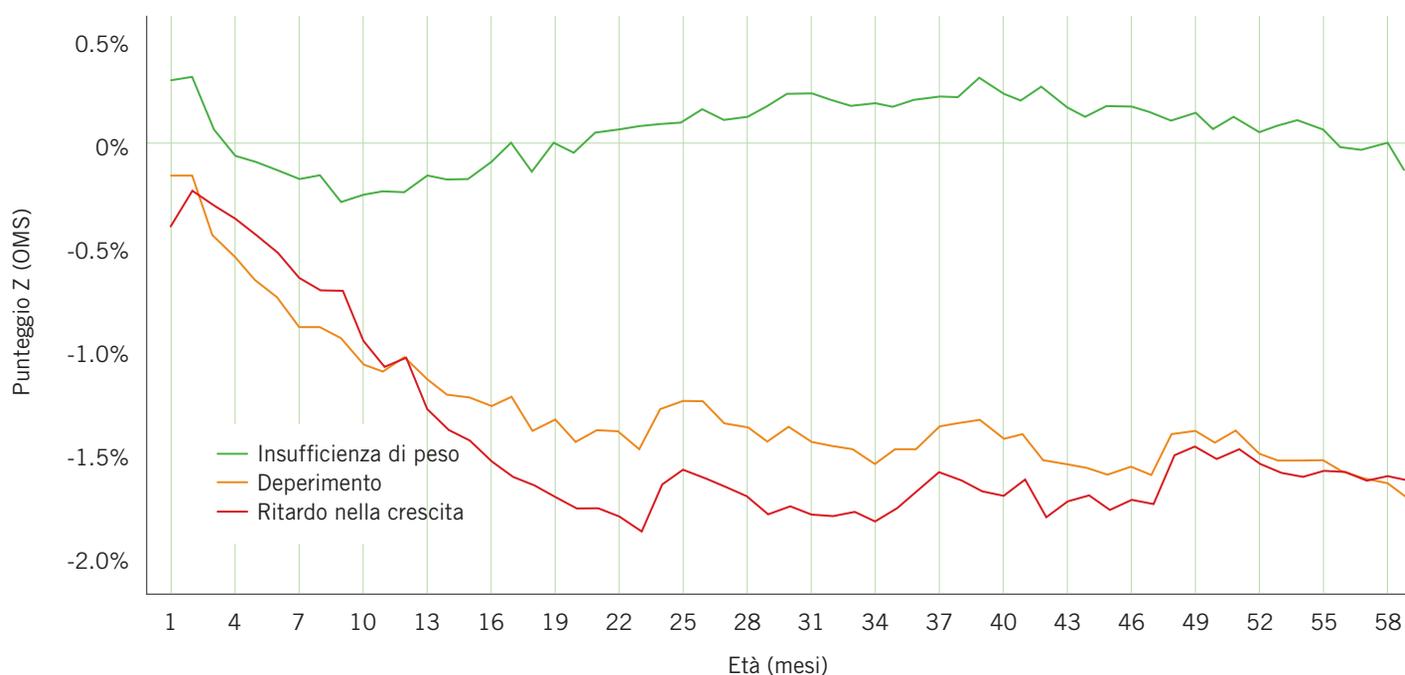
Ancor più ampiamente diffuse dell'insufficienza di peso, del ritardo nello sviluppo e del deperimento sono le carenze di micronutrienti, che possono sfociare nella cosiddetta "fame nascosta", i cui effetti sono spesso invisibili. Complessivamente, circa 2 miliardi di persone soffrono di carenze di iodio, tra cui 285 milioni di bambini di età compresa tra i 6 e i 12 anni (de Benoist et al. 2004). Circa il 50% dei bambini di cinque anni o meno soffrono di anemia, di cui quasi la metà dei casi è causata da carenze di ferro (de Benoist et al. 2008). Il più alto tasso di bambini in età prescolare affetti da anemia – 68% – si trova in Africa. Le carenze di vitamina A colpiscono 190 milioni di bambini in età prescolare (WHO 2009).

Il peso della malnutrizione ha un costo elevato in termini di salute e sopravvivenza dei bambini. I ricercatori hanno stimato che il ritardo nella crescita, il deperimento e la restrizione della crescita fetale (che provoca insufficienza di peso alla nascita) sono congiuntamente responsabili di 2,2 milioni di morti annue (Black et al. 2008). La carenza di vitamina A conduce a un gran numero di problemi di salute, tra cui in casi estremi la cecità, e aumenta per i bambini il rischio di morte per altre cause, come diarrea e malaria. La carenza di zinco nei bambini aumenta il rischio di diarrea, polmonite e altre malattie. La carenza di ferro può aumentare la mortalità materna e diminuire le capacità cognitive del bambino. La carenza di iodio durante la gravidanza non solo minaccia l'esito della gravidanza stessa, ma danneggia anche lo sviluppo mentale e motorio del feto. La carenza cronica di iodio ha un impatto notevole sullo sviluppo cognitivo.

Quei pericolosi mille giorni

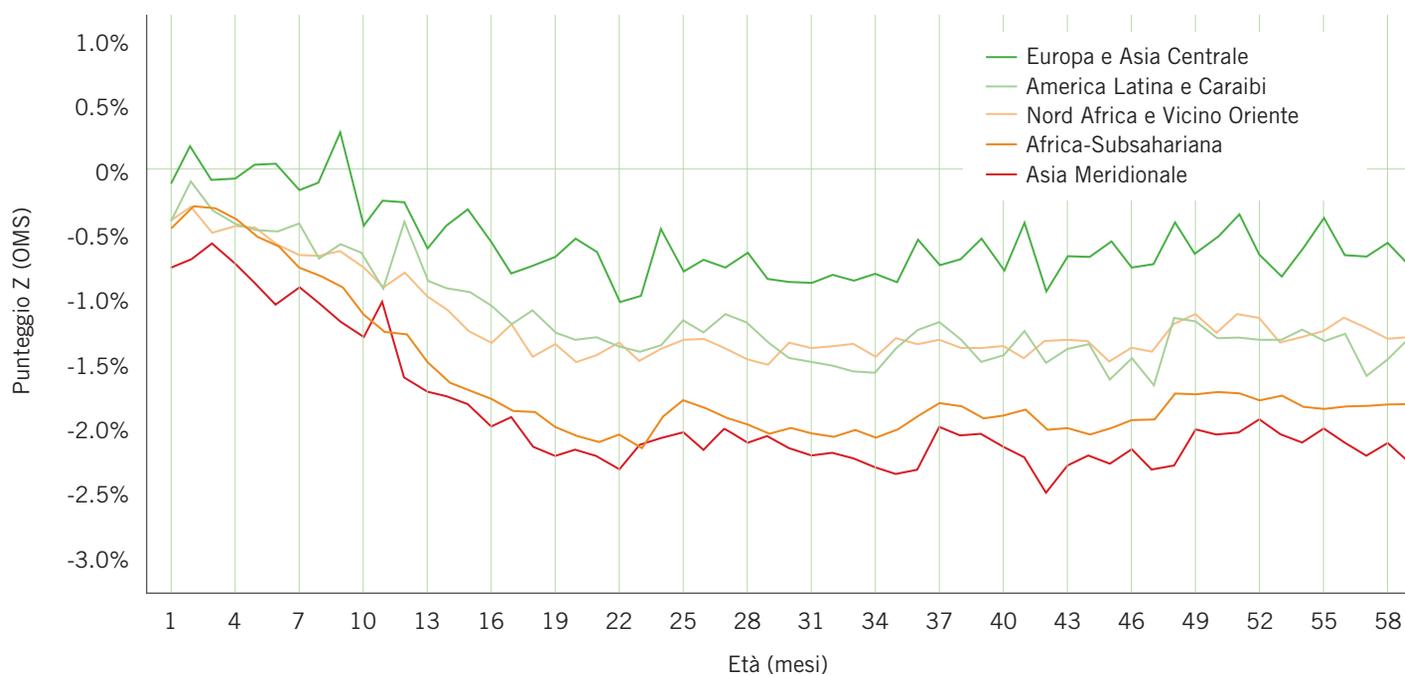
Molti bambini nei paesi in via di sviluppo iniziano a manifestare problemi di crescita al primo anno di vita, e addirittura anche prima della nascita. Analizzando i dati di 54 paesi in Africa, Asia e America Latina, i ricercatori hanno scoperto che la maggior parte di ques-

FIGURA 7 - INSUFFICIENZA DI PESO, DEPERIMENTO E RITARDO NELLA CRESCITA NEI BAMBINI DI 54 PAESI IN VIA DI SVILUPPO



Fonte: Victora et al. (2010).

FIGURA 8 - RITARDO NELLA CRESCITA PER REGIONI



Fonte: Victora et al. (2010).

BOX 8 - PRATICHE ALIMENTARI: UN INGREDIENTE CRUCIALE NELL'ALIMENTAZIONE DELLA PRIMA INFANZIA



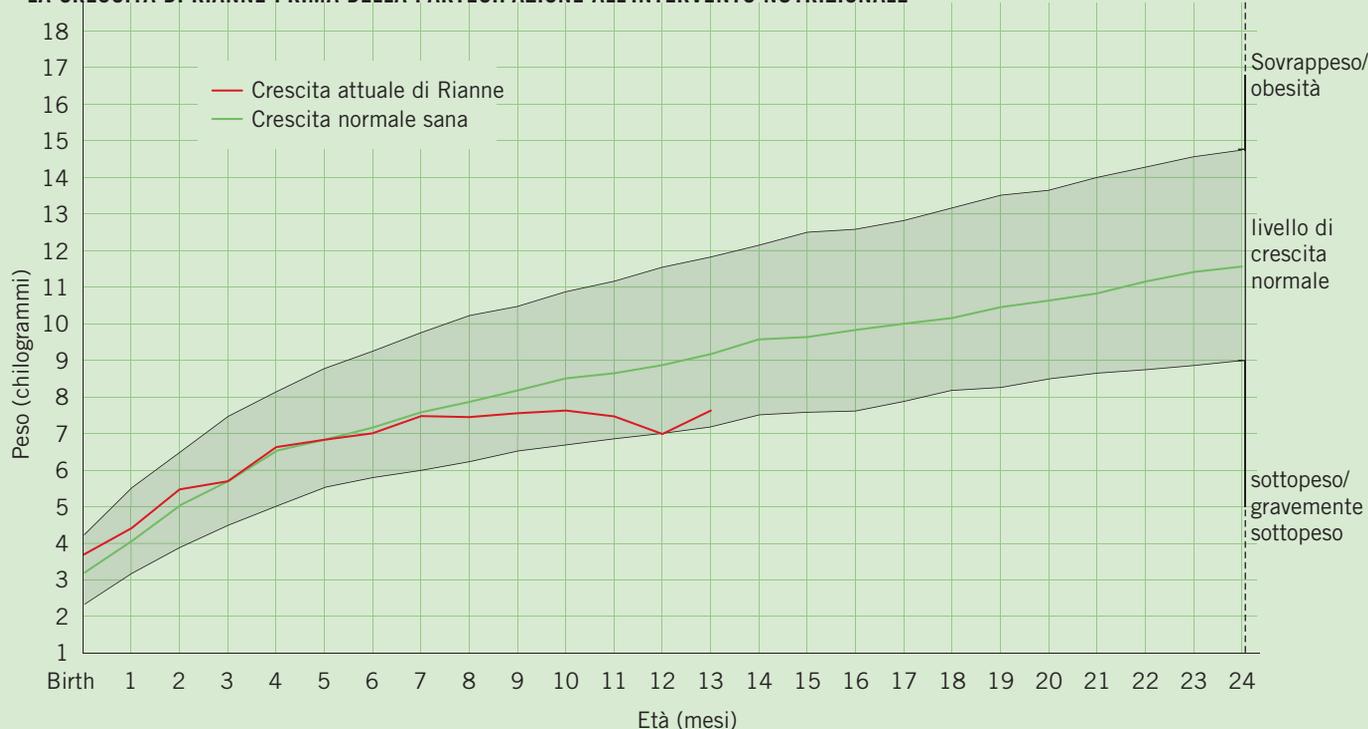
Rianne è una bambina indonesiana di 14 mesi la cui vita sembra aver avuto un inizio positivo. Diversamente da milioni di bambini dei paesi poveri, Rianne è nata con un peso normale e sano, e durante i primi quattro mesi ha avuto una crescita regolare (si veda figura sotto). Ma attorno ai cinque mesi di età, Rianne ha iniziato ad aumentare di peso più lentamente di quanto avrebbe dovuto, e in alcuni mesi ha addirittura avuto un calo. Mese dopo mese, Rianne ha continuato a scendere sempre di più sotto il livello di crescita sano. Al tredicesimo mese, ha raggiunto il rapporto peso/età che la classificava ufficialmente

come sottopeso.

Il caso di Rianne rappresenta quello di milioni di bambini nei paesi in via di sviluppo, la cui crescita inizia a manifestare problemi durante i primi 24 mesi di vita. Ci sono molte ragioni per spiegare questi arresti nella crescita, tra cui la povertà familiare e la mancanza di accesso al cibo, la carenza di igiene e le infermità. Un altro fattore importante sono le cattive abitudini alimentari. La madre di Rianne seguiva le pratiche tipiche della sua regione, che prevedevano di dare a Rianne una pappa di riso due volte al giorno. Ma un progetto nel campo della nutrizione ha cambiato rapidamente il modo in cui la madre di Rianne nutriva la figlia. Tramite i messaggi diffusi alla radio e i suggerimenti di un consulente nutrizionale comunitario, la

famiglia di Rianne ha ricevuto istruzioni sul modo migliore di nutrire la bambina e su come preparare una pappa di riso nutriente e adeguata alla sua fascia di età. Di conseguenza, la madre di Rianne ha cominciato a dare alla bimba una nuova pappa casalinga "arricchita" con cibo disponibile localmente, passando da due a tre somministrazioni giornaliere. (I neonati hanno lo stomaco piccolo e devono mangiare più spesso degli adulti, per poter ingerire la quantità di cibo di cui hanno bisogno). Questo miglioramento nutrizionale prima dei due anni di età comporta per Rianne possibilità significativamente maggiori di crescere sana e produttiva, e di avere un giorno lei stessa figli sani.

LA CRESCITA DI RIANNE PRIMA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'INTERVENTO NUTRIZIONALE



Fonte: Marcia Griffiths, "Focusing on improving household practices and strengthening community support," presentazione al Bread for the World's National Gathering, American University, Washington, DC, June 2009.



ti problemi – tra cui il ritardo nella crescita e l'insufficienza di peso – si manifestano tra gli zero e i due anni (Figura 7; Victora et al. 2010).

La figura 8 invece mostra che nella maggior parte delle regioni i bambini nascono con un'altezza vicina agli standard, ma la crescita comincia a presentare ritardi dopo pochi mesi e si deteriora rapidamente fino ai 24 mesi di età circa. I bambini dell'Asia meridionale sono quelli nella situazione peggiore, in parte perché cominciano già in negativo: molti manifestano ritardi nella crescita già alla nascita. In tutto il mondo, gran parte del danno è già presente prima dei due anni di età. Mediamente non ci sono peggioramenti successivi, o solo in minima parte, e i bambini si stabilizzano a livelli di peso e altezza inadeguati in rapporto all'età. I bambini in Asia meridionale e Africa subsahariana presentano i tassi più gravi di ritardo nella crescita.

Perché il periodo che va dal concepimento ai due anni di età è così critico dal punto di vista nutrizionale? Se una madre ha un'alimentazione carente prima e durante la gravidanza, è probabile che il bambino nasca troppo piccolo. Quello della scarsità dell'alimentazione materna è un problema particolarmente grave in Asia. In alcuni paesi dell'Asia meridionale, oltre il 10% delle donne non raggiungono i 145 centimetri di statura: una misura al di sotto della quale le donne rischiano di avere complicazioni durante il parto e di mettere al mondo neonati troppo piccoli. Nella maggior parte dei paesi dell'Asia meridionale e del Sudest asiatico, così come in Africa subsahariana e in Yemen, oltre il 20% delle donne ha un indice di massa corporea basso (Black et al. 2008). In molti di questi paesi, le donne hanno anche un basso status sociale; sono spesso le ultime della famiglia a mangiare e non ricevono l'assistenza di cui avrebbero bisogno, in particolare durante i periodi di gravidanza. In questo modo la scarsa alimentazione delle donne durante tutto il loro ciclo di vita si trasmette di generazione in generazione: le bambine sottanutrite diventeranno madri basse di statura, e madri basse di statura metteranno al mondo bambini più piccoli. Questo circolo vizioso è perpetuato dal basso status sociale delle donne.

Dopo la nascita, molti bambini non sono esclusivamente allattati al seno. Per le madri può essere difficile limitarsi ad allattare al seno, perché sono loro stesse scarsamente nutrite o perché hanno un carico di lavoro pesante; molte sono semplicemente inconsapevoli del fatto che il latte materno è tutto ciò di cui un neonato ha bisogno. Spesso, ai piccoli, in aggiunta al latte materno, viene data acqua, tè o altre bevande: una pratica che può comportare un aumento del rischio di infezioni e che conduce a un'assunzione inadeguata di sostanze nutritive, dato che queste bevande tendono a sostituire il latte materno. A partire dai sei mesi, l'alimentazione dei bambini dovrebbe essere integrata con dei cibi nutrienti: ma in certi casi questo si verifica troppo presto o troppo tardi. In alcuni paesi, ai bambini viene data un'integrazione alimentare già a una



Yat Samath

Provincia di Ratanakiri, Cambogia

“Il centro sanitario distrettuale mi ha dato un paio di volte delle compresse di ferro (in totale circa una quarantina). Le ho prese tutte, anche dopo che alcune donne incinte del villaggio mi avevano sconsigliato di farlo. Avevano paura che il feto sarebbe diventato grasso rendendo il parto più difficile.”

“Durante la gravidanza non ho mangiato tartarughe né alcun tipo di serpente, perché avevo paura che mangiando certi tipi di animali i miei bambini sarebbero diventati delle tartarughe.”

“Durante i primi due giorni, mia figlia ha ricevuto del latte extra ma non era abbastanza. Le ho anche dato il seno, ma non avevo latte. Ho preso una medicina tradizionale per produrre più latte, che si chiama ‘Me-mayKounMouy’.”



Dr. Kyawt Thazin Oo

Nutrizionista,
Divisione dell'Irrawaddy, Myanmar

“La maggior parte delle madri di solito comincia l'alimentazione integrativa prima dei sei mesi. La maggioranza del cibo supplementare consiste in riso e frutta tenera.”

“I pasti principali nell'Ayerwaddy consistono fondamentalmente in riso e un pasticcio tradizionale fatto con pesce fermentato e gamberi. Nel caso dei bambini piccoli, che non hanno ancora pienamente sviluppato i denti, le madri masticano il cibo prima di darglielo.”





settimana o a un mese di età (Tontisirin and Winichagoon 1999). In altre zone, il cibo viene introdotto ben oltre l'età raccomandata di sei mesi. Inoltre, l'integrazione alimentare può essere di scarsa qualità dal punto di vista nutrizionale o non essere somministrata abbastanza spesso (Box 8). Altre famiglie potrebbero semplicemente non avere accesso a sufficienti alimenti nutritivi per i loro bambini. Senza dimenticare che i fattori legati alla salute possono avere un alto costo per lo stato nutrizionale del bambino. Dove non c'è accesso a servizi igienici e ad acqua pulita, i bambini possono prendere varie infezioni, che possono portare alla mancanza di appetito, alla perdita di sostanze nutritive derivante da febbre, diarrea e vomito, e all'insufficiente assorbimento di sostanze nutritive. In ambienti di questo tipo, è anche improbabile che i bambini siano vaccinati e ricevano regolari controlli medici.

I costi permanenti di una cattiva alimentazione nella prima infanzia

Le carenze nutrizionali nella prima infanzia hanno effetti tanto a breve come a lungo termine, che si protraggono fino all'età adulta. I bambini sottanutriti in utero, durante i primi due anni di vita o in entrambi i casi hanno maggiori probabilità di diventare adulti di bassa statura, di portare a termine un numero minore di anni scolastici, di avere redditi inferiori e di avere bambini di peso più basso alla nascita. I paesi in via di sviluppo possono arrivare a perdere fino al 2-3% del PIL per anno a causa della malnutrizione; una cifra che può raggiungere il 6% (CEPAL/PMA 2007). Secondo uno studio, i bambini dello Zimbabwe con ritardi nella crescita in età prescolare iniziavano la scuola sette mesi dopo i coetanei senza ritardi, e perdevano una media di 0,7 gradi di istruzione (Alderman, Hoddinott, and Kinsey 2003). Tali deficit scolastici si traducevano in una riduzione del 12% dei guadagni nella vita adulta. La malnutrizione nella prima infanzia può anche aumentare il rischio di obesità e infermità croniche in età adulta. I bambini denutriti che aumentano rapidamente di peso verso la fine dell'infanzia e durante l'adolescenza, in età adulta hanno rischi maggiori di infermità correlate all'alimentazione, come il diabete e le malattie cardiovascolari, rispetto ai bambini ben nutriti durante la prima infanzia. Complessivamente è stato stimato che l'11% del carico totale di malattie mondiali è legato alla denutrizione (Black et al. 2008).

I vantaggi economici di combattere la denutrizione

I tipi di interventi, sia diretti che indiretti, che possono affrontare in modo effettivo la denutrizione sono ampiamente noti. Inoltre, investire nella lotta contro la denutrizione può essere redditizio. In Guatemala, i bambini che durante la prima infanzia avevano partecipato a un intervento volto a migliorare la loro alimentazione nei primi due-tre anni di vita avevano salari del 46% più alti in età adulta rispetto a quelli che non avevano partecipato all'intervento (Hoddinott et al. 2008). Nell'ambito del Copenhagen Consensus 2008, un team di

esperti composto di otto eminenti economisti ha preso in esame i più grandi problemi del mondo e ha concluso che il maggiore vantaggio per lo sviluppo sarebbe derivato da un intervento nutrizionale (la somministrazione di supplementi di micronutrienti ai bambini: vitamina A ogni 4-6 mesi ai bambini di 5-6 anni e supplemento terapeutico di zinco per la diarrea). È stato calcolato che gli investimenti in supplementi di micronutrienti per i bambini hanno rendimenti tra i 14 (zinco) e i 17 dollari (vitamina A) per ogni dollaro speso (Horton S., Begin France, Greig A., Lakshman A. 2008).

Prevenire la denutrizione nella prima infanzia

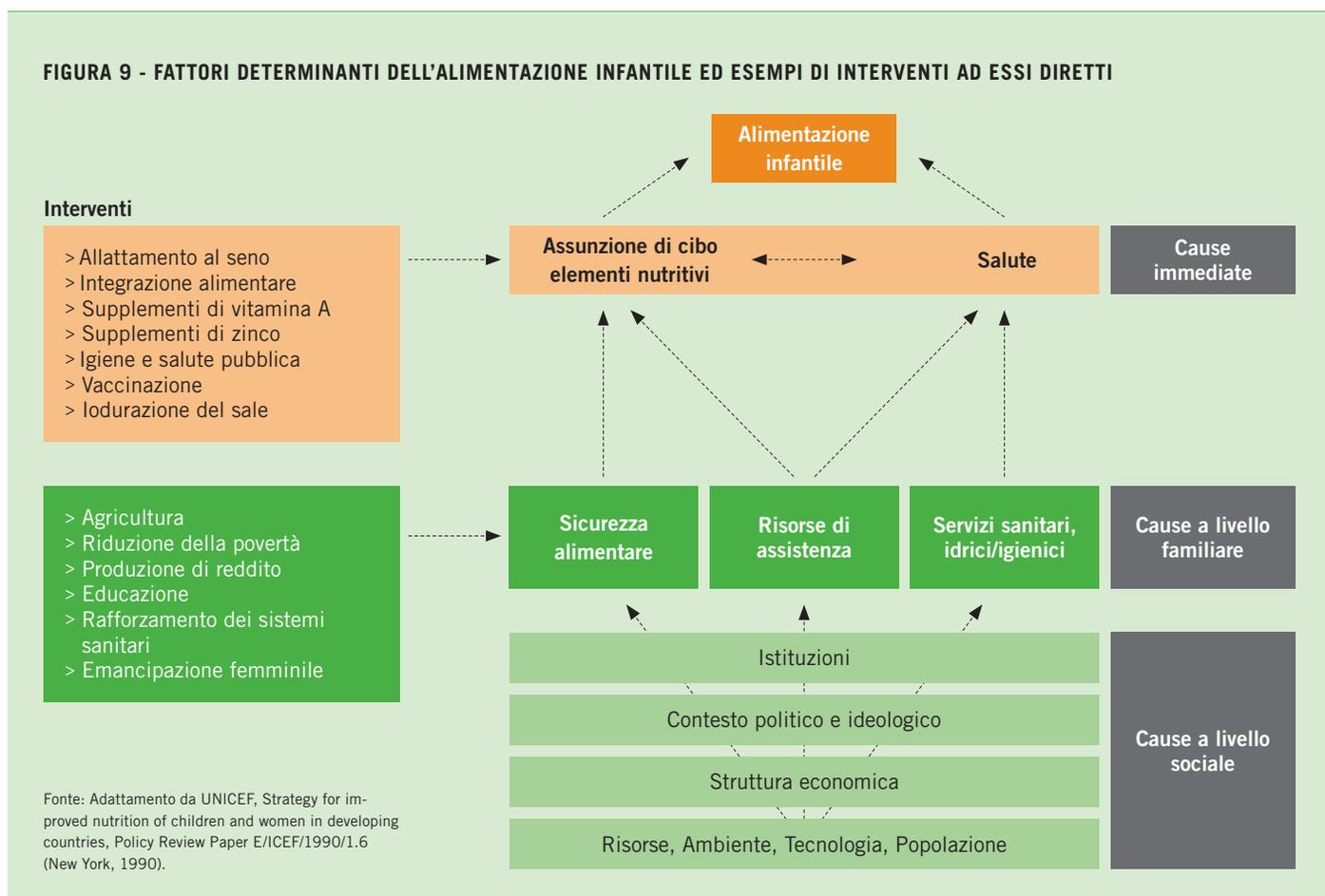
Dopo i due anni di età, gli effetti della denutrizione sono in gran parte irreversibili. Se non si sfrutta l'intervallo di tempo utile – il periodo dal concepimento al secondo anno – per migliorare l'alimentazione, i danni possono essere permanenti (Victora et al. 2008). Pertanto è di vitale importanza che i programmi per prevenire la sottanutrizione raggiungano le madri e i bambini piccoli durante i primi mille giorni. Altrettanto importante è combattere i casi di malnutrizione e fame acute nei bambini esposti a gravi situazioni di conflitto, di shock o di emergenza dopo i due anni di età, o in quelli che non sono stati raggiunti dagli interventi nutrizionali preventivi, e ciò richiede interventi mirati, indirizzati al recupero e alla cura. Ma in ogni caso la ricerca ha dimostrato come sia molto più efficace prevenire la denutrizione che curarla (Ruel et al. 2008), e quindi gli investimenti con l'obiettivo di migliorare l'alimentazione dovrebbero concentrarsi sui primi mille giorni. C'è un intervallo di tempo utile per agire sull'alimentazione, e dopo i due anni di età quest'intervallo va chiudendosi rapidamente.

Per migliorare la salute e il benessere di milioni di persone nei paesi in via di sviluppo bisogna sfruttare questa opportunità – in altre parole bisogna concentrare gli interventi sulla lotta alla malnutrizione nelle adolescenti, nelle donne in età fertile e nei bambini minori di 24 mesi. Infatti, una copertura universale di interventi nutrizionali e di salute preventiva per i bambini sotto i due anni e le rispettive madri potrebbe ridurre l'impatto della denutrizione infantile del 25-36%, migliorando le possibilità di salute e sopravvivenza di milioni di bambini (Bhutta et al. 2008).

Per cominciare, i governi dovrebbero investire in interventi nutrizionali mirati, in grado di avere un rapido impatto sulla sottanutrizione nella prima infanzia. Questi interventi dovrebbero concentrarsi sul miglioramento dell'alimentazione materna durante la gravidanza e l'allattamento, promuovendo un corretto allattamento al seno e pratiche di integrazione alimentare, se necessario somministrando micronutrienti supplementari (p. es. supplementi di vitamina A, zinco terapeutico), e adottando universalmente la iodurazione del sale. Sono anche essenziali i programmi di vaccinazione dei bambini e la promozione di pratiche igieniche ottimali. Inoltre, i genitori andrebbero istruiti riguardo all'alimentazione e alle cure



FIGURA 9 - FATTORI DETERMINANTI DELL'ALIMENTAZIONE INFANTILE ED ESEMPI DI INTERVENTI AD ESSI DIRETTI



appropriate dei bambini esposti all'HIV e all'AIDS. Questi interventi possono incidere sulle cause dirette della malnutrizione (si veda Figura 9).

La cattiva alimentazione infantile è provocata da cause connesse con l'ambiente generale in cui i bambini vengono cresciuti. Di conseguenza, per favorire un miglioramento profondo e prolungato dell'alimentazione infantile si rendono necessarie politiche di ampio respiro, che trattino problemi come la povertà, l'insicurezza alimentare, la mancanza di educazione, il basso status delle donne e la mancanza di accesso a acqua, igiene e salute pubblica e servizi sanitari. L'importanza di questi fattori più ampi diventa evidente se si guarda alla riduzione della malnutrizione fatta registrare da Brasile, Cina, Thailandia e Vietnam. Un approccio promettente consiste nell'integrare gli interventi nutrizionali in programmi multisettoriali che alleviano la povertà, rafforzano la sicurezza alimentare e migliorano la parità di genere. I programmi multisettoriali, come gli aiuti economici condizionati (aiuti economici dati alle famiglie in cambio del fatto che i figli frequentino la scuola e usino le strutture sanitarie), hanno dimostrato un significativo potenziale nel migliorare l'alimentazione della prima in-

fanzia durante l'intervallo di tempo utile (Leroy, Ruel, and Verhofstadt 2009). Anche i programmi che promuovono la produzione e il consumo familiari di frutta, verdure e cibi di origine animale hanno dimostrato di portare a un sostanziale miglioramento della qualità e della varietà della dieta di tutti i membri della famiglia (World Bank 2007).

Successi sorprendenti

In molti paesi, l'obiettivo di migliorare l'alimentazione della prima infanzia non si è ancora imposto all'agenda politica, altri paesi invece sono stati capaci di ridurre la denutrizione infantile in modo rapido ed effettivo. Anche se ogni paese deve disegnare politiche e programmi adeguati al proprio contesto, le esperienze degli altri possono suggerire opzioni strategiche e offrire utili insegnamenti.

La Thailandia, per esempio, durante gli anni ottanta ha dimezzato la malnutrizione infantile, passando dal 50 al 25% in meno di una decade. Il paese ha ottenuto questo notevole successo grazie a interventi nutrizionali mirati a eliminare i casi di malnutrizione grave, e creando una diffusa rete di volontari comunitari che aiutasse a cambiare il

Francisca Champi Condena

Provincia di Pisco, Perù



“Quando ho molto lavoro nei campi non cucino spesso. A volte non abbiamo abbastanza soldi per comprare latte formaggio e uova. Con il raccolto c'è cibo a sufficienza per le nostre famiglie, ma la dieta non è più equilibrata. Per esempio, le verdure ci sono solo durante la stagione delle piogge.”

“Secondo gli insegnamenti tradizionali dare formaggio ai bambini può causare problemi di linguaggio. Ma non do molta importanza a questi consigli. Durante la formazione ci hanno detto che possiamo dargli formaggio regolarmente. Io l'ho fatto e i miei figli parlano normalmente.”

Tatiana Medina Sánchez

Provincia di Cajamarca, Perù



“Poco alla volta l'alimentazione dei bambini è migliorata grazie all'intervento delle ONG e dei municipi. Ma alcune famiglie non hanno migliorato le rispettive abitudini alimentari, perché dedicano più tempo al commercio dei prodotti agricoli o ad altre attività. Altre famiglie non sono ancora abituate a consumare certi generi di alimenti.”

“Gli abitanti di alcune comunità non considerano la malnutrizione infantile un problema prioritario. Le loro richieste per il bilancio partecipativo indicano che non si focalizzano sulla lotta alla malnutrizione.”

comportamento della popolazione per prevenire la malnutrizione lieve e moderata. Questi volontari, che hanno raggiunto un rapporto di uno ogni venti famiglie in tutta la Thailandia, avevano ricevuto un'ampia formazione che permetteva loro di monitorare la crescita dei bambini, istruire chi si occupa dei figli sull'allattamento e l'integrazione alimentare, offrire assistenza prenatale e fornire altri servizi sanitari basici. Il governo thailandese, ritenendo che gli investimenti in ambito nutrizionale non rientrassero nelle politiche di welfare, ma fossero piuttosto un investimento nello sviluppo, ha inserito la questione dell'alimentazione nel suo Piano nazionale di sviluppo economico e sociale (Tontisirin and Winichagoon 1999). Contemporaneamente in quel periodo ha moltiplicato gli investimenti in salute pubblica ed educazione.

Tra il 1990 e il 2002, anche la Cina ha più che dimezzato la malnutrizione infantile, passando dal 25 all'8%, grazie a un'efficace strategia di lotta alla povertà, a efficaci interventi su larga scala in ambito di salute, alimentazione e pianificazione familiare, e all'aumento della spesa per acqua, salute pubblica ed educazione (Ruel 2008). Sembra che questi interventi abbiano aiutato a migliorare svariati fattori alla base della denutrizione infantile, come lo stato nutrizionale delle madri, il peso alla nascita dei figli, l'alfabetizzazione materna e l'accesso all'assistenza sanitaria. Inoltre hanno ridotto il tasso di fertilità e la povertà (Svedberg 2007).

Un'altra storia di successo riguarda il Brasile, dove la prevalenza dei ritardi nella crescita dei bambini è scesa dal 37% del 1974-75 al 7% del 2006-07. Il paese ha avuto un periodo di rapida crescita economica e riduzione della povertà tra il 1970 e il 1980, ma i miglioramenti in ambito di malnutrizione infantile non sono avvenuti immediatamente. Tuttavia, alla fine degli anni settanta e per tutti gli anni ottanta in Brasile è cresciuta in modo significativo la spesa sociale, inclusi gli stanziamenti destinati a programmi alimentari e nutrizionali, salute ed educazione. È aumentata notevolmente anche la copertura di acqua potabile e vaccinazione infantile (Ruel 2008). Tra il 1996 e il 2007 gran parte del miglioramento dell'alimentazione infantile è dipeso da una maggior scolarizzazione delle madri, da maggiori redditi familiari, dal miglioramento della salute materna e infantile, e da una più ampia copertura della fornitura d'acqua e dei servizi igienico-sanitari. Il programma di aiuti economici condizionati del Brasile (Bolsa Familia) è un esempio di efficace programma di lotta alla povertà, capace di integrare obiettivi e interventi in ambito di alimentazione, salute ed educazione (Leroy, Ruel, and Verhofstadt 2009). Questo programma e altre politiche del governo brasiliano hanno anche fatto molto per ridurre la disuguaglianza con il risultato che lo stato nutrizionale dei bambini poveri si è rapidamente avvicinato a quello dei bambini più ricchi (Monteiro et al. 2009; Monteiro et al. 2010).

Anche a livello locale, alcuni programmi hanno affrontato con successo sia le cause immediate che quelle più profonde della denu-



trizione infantile: tra gli esempi, i programmi con una prospettiva di genere per promuovere la produzione familiare di cibo in Bangladesh (Iannotti, Cunningham, and Ruel 2009). Molti di questi programmi non solo prevedono interventi nutrizionali diretti, ma permettono di combattere la povertà e l'insicurezza alimentare e ridurre la disparità di genere, fornendo alle donne risorse formative ed economiche.

Affrontare la crisi

L'importanza dell'alimentazione è sempre più riconosciuta: finalmente sta riuscendo a farsi strada nell'agenda internazionale dello sviluppo. Gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG) hanno attirato l'attenzione sull'argomento, concentrandosi sul dimezzamento della percentuale di persone affamate. Nel 2008, il Copenhagen Consensus ha dichiarato che gli investimenti in interventi legati alla nutrizione rappresentano gli investimenti nello sviluppo più efficaci in termini di rapporto costo benefici. Diverse nuove iniziative si stanno concentrando specificamente sull'alimentazione da prospettive differenti. Un gruppo di attori che si muovono nel campo della nutrizione e che rappresentano una serie di stakeholder ha emesso un set di raccomandazioni per un'azione globale e nazionale chiamata "Scaling Up Nutrition: A Framework for Action" (Bezanson and Ikenman 2010). Questo documento promuove un pacchetto di interventi nutrizionali indirizzati all'intervallo di tempo utile e valuta i costi di un aumento progressivo di questi interventi dai livelli attuali ai livelli necessari per ridurre rapidamente la denutrizione. Inoltre, sulla base delle discussioni seguite alle crisi globali dei prezzi alimentari, del petrolio e della finanza, il gruppo degli otto paesi più industrializzati ha raggiunto un accordo, tramite la dichiarazione congiunta dell'Aquila sulla sicurezza alimentare mondiale, per mettere nuovamente l'accento sulla sicurezza alimentare e la nutrizione nei paesi poveri. A partire da questa dichiarazione, molteplici donatori hanno contribuito al Programma Globale per l'Agricoltura e la Sicurezza Alimentare (GAFSP, Global Agriculture and Food Security Program) che aiuterà i paesi a sviluppare piani globali per l'agricoltura e la sicurezza alimentare: due fattori chiave per migliorare le risorse familiari destinate a combattere la denutrizione infantile. Il Comitato per la Sicurezza Alimentare Mondiale (CFS) è stato sottoposto a un processo di riforma nel corso del 2009. Il documento finale che ne è scaturito sottolinea l'impegno del comitato per una più ampia partecipazione di tutti i soggetti direttamente interessati dalla sicurezza alimentare e afferma anche in modo inequivocabile che la nutrizione è parte integrante sia del concetto di sicurezza alimentare che del lavoro del CFS. Inoltre, l'Agenzia Statunitense per lo Sviluppo internazionale (USAID) ha recentemente annunciato l'iniziativa Feed the Future, che coniuga differenti sforzi in ambito di agricoltura, salute e alimentazione, e spenderà almeno



Haja Adam Mohamed

Nord Darfur, Sudan

“Ci piacerebbe nutrire meglio i nostri figli, ma non abbiamo la possibilità di farlo, perché non abbiamo entrate e i cereali sono cari. A volte neppure le madri incinte e che allattano assumono le calorie sufficienti a produrre latte per i propri bambini.”



Phorn Moern

Provincia di Ratanakiri, Cambogia

“Io mangio solo peperoncino con sale e germogli di bambù. A volte, quando abbiamo soldi, compriamo al mercato frutta, uova di gallina e di anatra, e carne. Per il cibo dobbiamo camminare un'ora, perché nella foresta attorno al villaggio il cibo sta scomparendo.”



Rodine Norosea

Tecnico nutrizionista,
Provincia di Fianarantsoa,
Madagascar

“L'alimentazione abituale è eccessivamente basata sui carboidrati, perché mangiano molto riso. Spesso per le famiglie non è possibile seguire le nostre raccomandazioni e le nostre ricette, perché il cibo necessario non è disponibile o non hanno soldi per comprarlo.”

“Le madri single con molti figli e poco cibo al momento della distribuzione dei pasti molto spesso favoriscono i figli più grandi, così per i più piccoli resta molto poco cibo.”





3,5 miliardi di dollari per aiutare paesi come Etiopia, Guatemala, Nepal e Ruanda a sviluppare piani di investimenti nazionali per ridurre la povertà e migliorare l'agricoltura e l'alimentazione. Anche il Dipartimento del Regno Unito per lo Sviluppo Internazionale (DFID) ha recentemente lanciato la sua nuova strategia nel campo della nutrizione che si propone di arrestare la "crisi dimenticata della denutrizione", concentrandosi su un pacchetto di azioni immediate e a lungo termine dirette ai bambini, durante i fatidici mille giorni dal concepimento fino ai due anni di età (DFID 2010). Anche l'Hunger Task Force Report, che illustra le priorità del Governo irlandese nella lotta alla riduzione e all'eliminazione della fame, include tra le sue tre aree chiave la realizzazione di programmi incentrati sulla denutrizione materna e infantile. Le altre due aree chiave prevedono l'aumento della produttività dei piccoli proprietari terrieri – principalmente donne – in Africa – e la garanzia di un impegno politico reale a tutti i livelli, affinché il tema della fame sia considerato una priorità assoluta come merita (Government of Ireland 2008).

Nell'insieme, questi nuovi sforzi globali sono un buon inizio. Ciononostante, affinché raggiungano le popolazioni vulnerabili e centrino l'obiettivo di una corretta nutrizione infantile, è necessario che si intraprendano delle azioni decise e su larga scala a livello nazionale e subnazionale. A dispetto del consenso scientifico sull'importanza dell'alimentazione nella prima infanzia, in molti paesi la traduzione dei dati emersi dalla ricerca in politiche e pratiche effettive è stata lenta. I politici dei paesi in via di sviluppo, anche quelli preoccupati di progettare strategie per migliorare il benessere dei loro cittadini, spesso trascurano l'alimentazione dei bambini piccoli, ovvero il futuro del loro paese. I successi dei paesi che hanno saputo compiere sforzi concertati per mettere in primo piano l'alimentazione, dovrebbero costituire un esempio per quelli che sono rimasti indietro. Le storie di successo, per quanto diverse nelle modalità specifiche e negli strumenti usati per combattere la fame, si fondano su alcuni principi comuni: forti azioni di governo con un coordinamento tra i vari settori e a livello centrale, statale e locale; rafforzamento dei sistemi sanitari esistenti; aumento graduale ma significativo della spesa pubblica; leadership e impegno a tutti i livelli; azioni incentrate sull'empowerment di popolazioni, famiglie e fasce d'età vulnerabili; e forte cultura del monitoraggio e della valutazione che fornisce la base per incentivi e interventi di correzione delle politiche nel contesto della realizzazione dei progetti (von Braun, Ruel, and Gulati 2008).

Non concentrandosi abbastanza sulla crisi della denutrizione, i politici stanno perdendo un'importante opportunità per migliorare notevolmente le prospettive di vita di milioni di cittadini e per contribuire in questo modo a definire più ampi obiettivi politici sui temi della fame, della povertà e della crescita economica.







জন্মের আধনবটার মপো শুধু ক্বদ চটচটে মাতের দুধ খাওয়ান

পর্বতি শিশুকে শুধুমাত্র বুকের দুধ দিন
ক বুকের দুধের সাথে আধা শক্ত খাবার শুরু করুন
পর এক-বছর পর্যন্ত মাথা ন্যাড়া করবেন না

মু ও হাত-পা
সেই

অপাতাবিক বনি

৬ মাসের শিশুর খাবার
মাতের বুকের দুধ, ক্বদের রস, নরম ভাত, ডাল,
সকল ধরনের ফল, লেট, গরুর কলা, মিষ্টি, খিচুড়ি।

Uno sforzo congiunto e continuo è necessario ad ogni livello, se si vuole contrastare la denutrizione infantile in modo globale ed eliminarla definitivamente

PROSPETTIVE COMUNITARIE SULLA DENUTRIZIONE NELLA PRIMA INFANZIA

“Adesso ci rendiamo conto che è un problema e sappiamo come affrontarlo”

Concern Worldwide e Welthungerhilfe condividono un forte impegno nella lotta contro la fame e la denutrizione. Lavorando in una varietà di contesti in Africa, Asia e America Latina e Caraibi, le due agenzie hanno sperimentato e replicato un'ampia gamma di approcci a livello comunitario per combattere la malnutrizione infantile. Entrambe affrontano il problema direttamente e concentrandosi sulle tre cause fondamentali della denutrizione: l'insicurezza alimentare, l'insufficiente assistenza a donne e bambini e il limitato accesso alla sanità e a un ambiente salutare (Figura 9). Entrambe le organizzazioni cercano di operare all'interno delle strutture e dei sistemi comunitari esistenti, utilizzando metodi che presentano il maggior potenziale per sostenere risultati positivi sul lungo periodo.

I seguenti case studies (II) illustrano due progetti: uno nelle campagne del Mali (Welthungerhilfe) e l'altro in una zona urbana del Bangladesh (Concern), e includono alcune riflessioni dei partecipanti raccolte durante recenti visite (5).

Queste riflessioni, che sono state raccolte in preparazione all'Indice Globale della Fame, provengono da persone direttamente colpite dalla malnutrizione infantile: madri, assistenti comunitari e leader locali. Danno voce a coloro che affrontano quotidianamente la sfida di garantire una buona alimentazione alle madri e ai bambini.

Il Nota all'edizione italiana: I case studies proposti sono esemplificativi di approcci efficaci nella lotta alla malnutrizione infantile che sono portati avanti, nei rispettivi Paesi di intervento, pure dalle organizzazioni riunite in Link 2007. Tra i settori coperti, oltre al sostegno alimentare, alla terapia ed al supporto nutrizionale vi sono l'agricoltura, l'acqua e l'igiene ambientale, la salute...

(5) Nel giugno del 2010, Concern Worldwide e Welthungerhilfe hanno chiesto a Sally Newman Abbott, un consulente esterno, di visitare l'area del programma per intervistare gli stakeholder locali sul problema della denutrizione nella prima infanzia e sui cambiamenti e i limiti osservati. Le opinioni raccolte non costituiscono una valutazione, né una critica o uno studio esaustivo.

Il programma di Welthungerhilfe per la promozione di buone pratiche in agricoltura, alimentazione e salute

Welthungerhilfe lavora in Mali dal 1968. Attualmente sostiene il programma per la promozione di buone pratiche in agricoltura, alimentazione e salute in 100 villaggi ad alta insicurezza alimentare nei due distretti di Niore du Sahel e Diema, nella regione del Kayes, vicino al confine con la Mauritania. Questo programma quadriennale, che va dal 2008 al 2011, è progettato per beneficiare circa 125 000 persone. Il suo obiettivo generale è migliorare lo stato nutrizionale dei bambini sotto i cinque anni e delle donne incinte e che allattano, e potenziare la sicurezza alimentare delle popolazioni vulnerabili. Specificamente, il progetto mira a ridurre la prevalenza della denutrizione infantile cronica nella zona del 50% - si veda il Box 9 sull'alimentazione infantile in Mali (Welthungerhilfe ringrazia la Commissione europea per il sostegno finanziario a questo programma).

Nell'area di intervento è stata condotta un'indagine di riferimento (effettuata con metodo di campionamento casuale stratificato) prima dell'inizio delle attività del progetto (marzo-maggio 2008). Lo studio ha mostrato che i livelli di ritardo nella crescita nell'area in

BOX 9 - ALIMENTAZIONE INFANTILE IN MALI

Oltre un terzo (34%) dei bambini del Mali presentano ritardi nella crescita e uno su dieci (11%) soffre di deperimento. Ancor più sconsolante è il fatto che nessuna delle due statistiche è migliorata negli ultimi quindici anni - i livelli di ritardo nella crescita nel 1996 erano praticamente gli stessi di adesso (33%), e da allora la prevalenza del deperimento è più che raddoppiata (nel 1996 era al 5%) (UNICEF 2003-08). Il Mali, un paese dell'Africa occidentale senza sbocco sul mare, con una popolazione stimata di 13,5 milioni di abitanti (Samaké 2007), è uno dei paesi più poveri al mondo. Nel 2006, più di metà della popolazione viveva con meno di 1,25 dollari al giorno e più del 70% con meno di 2 dollari al giorno. Oltre due terzi della popolazione vive in aree rurali, e la grande maggioranza (quasi l'80%) lavora nell'agricoltura (République du Mali

2005). Come in buona parte del Sahel, anche in Mali basare il proprio sostentamento primario sull'agricoltura è una scommessa rischiosa. In assenza di un sistema di irrigazione, la maggior parte dei raccolti dipendono esclusivamente dalla pioggia, generalmente limitata e irregolare. Il risultato sono ampie fluttuazioni nella produzione agricola annuale, le cui conseguenze ricadono sulle famiglie, e in particolare sui bambini. Le infestazioni stagionali di locuste e granivori aggravano l'effetto della siccità, e il risultato può danneggiare seriamente la famiglia media di agricoltori. Era questa la situazione nel 2004, quando un raccolto scarso in tutto il paese ha portato alla grave crisi alimentare del 2005. Una crisi simile ha colpito il Mali settentrionale all'inizio del 2010, in seguito a un 2009 particolarmente secco. È stata lanciata una rac-

colta fondi per la siccità e l'emergenza è continuata per tutto il 2010, anche se qualcuno potrebbe obiettare che queste misure sono sempre troppo limitate e tardive. In Mali sono presenti tutte le cause di fondo della malnutrizione. Una povertà pervasiva e un'elevata insicurezza alimentare coesistono con un limitato accesso all'assistenza sanitaria, all'acqua, alle strutture igienico-sanitarie, e in molte zone l'assistenza alle madri e ai bambini è ben sotto i livelli ottimali. In un'indagine nazionale del 2006, la maggior parte delle donne che vivono in aree rurali (72%) ha indicato le principali barriere che precludono l'accesso all'assistenza sanitaria, la più comune delle quali è risultata la mancanza di denaro (59%), seguita dalla distanza delle strutture sanitarie (48.2%) e dalla mancanza di trasporti (42%) (Samaké 2007).



questione (37%) erano molto vicini a quelli osservati a livello nazionale. L'indagine ha anche evidenziato che le pratiche sanitarie e nutrizionali erano al di sotto del livello ottimale. Si somministravano acqua e cibo prima dei sei mesi di età, mentre l'alimentazione integrativa era introdotta più tardi dei sei mesi e con una frequenza di somministrazione molto bassa. Le stesse madri risultavano sottnutrite (il 18,1% era sottopeso con un indice di massa corporea < 18,5, e un ulteriore 23,5% era a rischio di sottopeso con un IMC < 20) e con un basso livello di educazione (l'1,4% era alfabetizza; il 67,9% non aveva nessuna educazione).

È emerso anche che i bambini si ammalavano di frequente (il 32% era malato nelle due settimane precedenti l'indagine) e il 32% dei bambini esaminati beveva regolarmente da fonti d'acqua non protette. L'accesso alle strutture sanitarie era limitato e più della metà (55%) delle donne incinte non aveva ricevuto alcun tipo di visita prenatale.

In Mali c'è un "gap della fame" che inizia una volta consumato tutto il raccolto annuale e prima dell'arrivo del successivo. Le medie annuali di pioggia sono tra 300 e 550 millimetri, e in genere le precipitazioni si concentrano tra luglio e ottobre, seguite da una lunga stagione secca successiva alla raccolta. Le coltivazioni principali sono miglio e sorgo, con alcuni agricoltori che coltivano piccoli lotti di arachidi e fagioli.

Il progetto di Welthungerhilfe mira ad affrontare questi problemi in modo integrato, con lo scopo di favorire un miglioramento della salute e un progresso delle conoscenze e delle pratiche nutrizionali, e allo stesso tempo rafforzare la produttività agricola e la capacità delle strutture comunitarie esistenti di gestire e mantenere questi miglioramenti. Dopo due anni, le comunità nell'area del programma hanno notato cambiamenti che, in discussioni recenti, hanno attribuito al progetto.

Migliorare l'assistenza alle donne e ai bambini

L'indagine ha evidenziato che la promozione sanitaria a livello comunitario era debole, ma che esistevano alcuni volontari sanitari inattivi. Questi volontari avevano ricevuto una formazione, ma la maggior parte di loro non era più in attività a causa della mancanza di successivo sostegno. Partendo da questa situazione preesistente, il progetto ha identificato e riattivato questi volontari, attraverso training di aggiornamento su un ampio ventaglio di tematiche connesse con l'alimentazione e la salute, e fornendo loro la supervisione e l'appoggio



● Località del programma di Welthungerhilfe per la promozione di Best Practices in Agricoltura, Nutrizione, e Sanità

dei consulenti sanitari del progetto. Cambiare le abitudini alimentari nel Mali nordoccidentale è una sfida. Le famiglie hanno delle radicate credenze tradizionali, secondo le quali i

neonati devo essere allattati con latte animale. Le donne hanno un livello di educazione molto basso. In questo contesto, si è dimostrato importante preparare i volontari sanitari comunitari non solo sul contenuto dei messaggi chiave, ma anche sul modo di parlare con la gente. Tutti i volontari hanno ricevuto una formazione sulla comunicazione interpersonale, sulle qualità di un buon facilitatore, e su come gestire discussioni sull'educazione, consulenze e visite a domicilio. Per rafforzare il lavoro dei volontari, la radio ha anche diffuso i messaggi chiave in lingua locale.

Sembra che nell'area del progetto le madri stiano adottando le buone pratiche basate sulle consulenze e i messaggi dei volontari. Una madre ha detto di aver abbandonato l'abitudine tradizionale di scartare il primo latte materno, il colostro, ricco di sostanze nutritive, e con l'ultima figlia si è limitata all'allattamento al seno e ha migliorato la successiva alimentazione integrativa:

"Adesso per i primi sei mesi ci limitiamo ad allattare al seno. In passato, il primo latte che si dava al neonato era latte di capra; adesso gli diamo quello della madre. Il volontario ci ha spiegato che se guardiamo gli animali, come le capre, le mucche e i cavalli, vediamo che danno il primo latte ai loro piccoli. Se lo danno gli altri animali, allora non può essere velenoso... Prima non sapevamo come preparare il cibo giusto con i prodotti disponibili a livello locale; quando mangiavamo qualcosa ne davamo un po' [dal piatto dell'adulto] a nostro figlio.

Ho visto il cambiamento di mia figlia [più piccola] dalla nascita a oggi, grazie ai consigli dei volontari. Le ho dato il latte materno per i primi sei mesi e dopo è sempre stata nutrita adeguatamente. Vedo la differenza rispetto al mio figlio precedente. La più piccola non si è mai ammalata."

I volontari hanno anche presentato delle ricette basate su alimenti disponibili a livello locale e in grado di contribuire a una dieta equilibrata.

Migliorare l'accesso alla sanità

Come ha spiegato uno dei consulenti sanitari del progetto, per assicurare che i bambini sottnutriti ricevessero le cure adeguate bisognava innanzitutto migliorare la preparazione dei volontari "Durante





Donne di un'associazione agricola femminile irrigano gli orti.

la formazione abbiamo gli abbiamo fatto vedere immagini di bambini colpiti da differenti forme di malnutrizione, tra cui kwashiorkor, marasma e edema. Erano immagini dei bambini della zona. I volontari non avevano mai visto foto di bambini malnutriti prima di allora. All'inizio non credevano che fossero malnutriti o non credevano che fossero bambini della zona."

E un volontario conferma "Non riconoscevamo i segni. Adesso ci rendiamo conto che è un problema, e sappiamo come affrontarlo."

Per aiutare le madri dei bambini malnutriti a superare le barriere che limitano l'accesso all'assistenza sanitaria, è stato creato un fondo nutrizionale comunitario con i soldi versati dalle famiglie e una somma equivalente stanziata dal progetto. Il fondo è gestito da un comitato comunitario ed è depositato presso una struttura bancaria locale. Con le parole di una madre "Adesso abbiamo un fondo nutrizionale comunitario. Se un bambino è malato e il personale sanitario comunitario decide che va mandato al centro di Niore, per il trasporto del bambino prendiamo i soldi dal fondo."

Prima di gennaio 2010, erano stati creati dei fondi nutrizionali comunitari in 48 villaggi, ed erano stati raccolti 1.583.075 franchi CFA (circa 3.130 dollari). Il personale dei centri di salute pubblica ha confermato che sempre più membri delle comunità si rivolgono ai centri, con un particolare aumento tra i bambini sottanutriti. Questo suggerisce che un numero sempre maggiore di bambini riceva le cure appropriate.

Migliorare l'accesso ad alimenti di qualità

Una migliore conoscenza delle pratiche alimentari e delle diete può

fare la differenza solo se c'è sufficiente accesso al cibo. Le scarse precipitazioni, la qualità scadente del suolo, l'erosione e la qualità scadente delle sementi: secondo l'indagine iniziale erano questi gli ostacoli fondamentali che impedivano alla produzione agricola di superare il "gap della fame".

Sulla base di uno studio successivo che analizzava bisogni e le risorse disponibili di ogni villaggio, nell'area del programma sono state svolte varie attività incentrate sulla sicurezza alimentare, l'agricoltura e il potenziamento delle capacità comunitarie (7). I capifamiglia hanno ricevuto una formazione sui metodi di controllo dell'erosione – come la costruzione di argini di sicurezza – e sul miglioramento e la moltiplicazione delle sementi. Lo scopo era massimizzare la produzione dei campi non irrigui e incoraggiare la diversificazione delle sementi. A queste attività si è unita una formazione sui metodi corretti di immagazzinare il raccolto, in particolare durante la stagione secca. Il progetto sostiene anche la formazione di associazioni di orticoltura femminile e la costruzione di pozzi.

Nonostante lo scetticismo iniziale, i contadini si sono rapidamente lasciati convincere dai successi ottenuti a impegnarsi in ulteriori attività del programma.

"Il primo anno, abbiamo seminato solo una piccola parte delle nuove sementi. Abbiamo visto che funzionavano molto meglio e il secondo anno abbiamo aumentato la quantità.

Quest'anno alcuni di noi usano solo le nuove sementi, che producono circa 500 chili per ogni chilo di semi. Le vecchie sementi producevano circa 300 chili.

Prima, il livello di produzione di fagioli era così basso che copriva so-

(7) Questo studio è stato condotto da un partner locale, l'organizzazione non governativa ADG (Association pour l'Appui au Développement Global). Consisteva in un'analisi della letteratura disponibile e in sessioni di lavoro con un gran numero di stakeholders, tra cui rappresentanti eletti e abitanti del villaggio. Sono stati usati strumenti partecipativi. Per ogni villaggio, lo studio tratteggia la posizione, il clima e la vegetazione, la situazione demografica, le potenzialità e i limiti della produzione alimentare, i progetti già esistenti e le organizzazioni comunitarie, così come i problemi di base e gli ostacoli incontrati.

**ESEMPIO DI MANIFESTI EDUCATIVI PER LA PROMOZIONE DI
“BEST PRACTICES IN AGRICOLTURA, NUTRIZIONE E SANITÀ”
NEI DISTRETTI DI NIORO DU SAHEL E DIEMA**



Promozione dell'allattamento al seno



Somministrazione di medicinali

lo una parte dell'anno. Adesso le famiglie ne hanno abbastanza per tutto l'anno.”

Questa fiducia iniziale è essenziale per il passo successivo, che consiste nel lavorare con i contadini per aumentare la replicazione delle varietà di sementi e rifornire le scorte.

La costituzione delle associazioni di orticoltura ha portato a una maggiore diversificazione del cibo prodotto, consumato e venduto. Dichiara la donna di un villaggio:

“Coltiviamo una grande varietà di verdure: cipolle, cavolo, pomodori, carote e melanzane. Prima, conoscevamo solo la lattuga e i pomodori... La prima parte del raccolto è per il nostro consumo, ma se la produzione è abbondante, ne vendiamo una quota per incrementare i nostri risparmi. Il progetto ha costruito nel nostro villaggio un pozzo grande e due piccoli. Non dobbiamo più andare a prendere l'acqua nel villaggio vicino. Anche adesso, che è giugno, si può continuare a lavorare negli orti.”

A due anni dall'avvio del progetto, 289 donne hanno ricevuto una formazione sulle tecniche di essiccazione e conservazione delle ver-

ture, per migliorare l'accesso ad alimenti diversificati anche durante il periodo del “gap della fame”.

Con una serie di piccoli passi, il progetto ha apportato notevoli contributi ai redditi e alla sicurezza alimentare delle famiglie.

Sfide permanenti

Dopo due anni di progetto, Welthungerhilfe ha un quadro delle sfide da affrontare per aumentarne l'impatto, e sta lavorando per trovare nuove soluzioni.

Un problema è creato dal fatto che il calendario agricolo prevede lavori di semina e diserbo proprio quando i contadini attraversano la “stagione della fame”. I volontari sanitari comunitari, che sono anch'essi contadini, hanno difficoltà a svolgere i loro compiti in questo periodo. Come spiega un volontario “Abbiamo tutti un bel po' di lavoro durante il giorno, e di notte la gente è stanca e dorme, per cui è più difficile effettuare le visite informative e di controllo alle famiglie.”

E così, il monitoraggio della salute e dello stato nutrizionale dei bambini diventa particolarmente difficile proprio nel momento in cui ce ne sarebbe più bisogno. Il programma affronta questa sfida promuovendo dei programmi di sostegno economico ai volontari, gestiti dalle comunità, che permettano loro di ricevere assistenza per il lavoro nei campi.

Un altro problema è costituito dalla sostenibilità a lungo termine degli interventi. Il progetto ha coinvolto con successo la popolazione locale – contadini, madri e altri stakeholders a livello comunitario – aiutandola a identificarsi con il progetto, nel momento in cui sono riconosciuti i miglioramenti che apporta alla vita quotidiana. Le autorità pubbliche partecipano sistematicamente alla pianificazione e al monitoraggio degli interventi, e tutte le attività del progetto sono integrate in strategie comunitarie per lo sviluppo ecologico, sociale e culturale. Ciononostante, per le autorità locali potrebbe rivelarsi difficile mantenere i propri impegni una volta terminato il sostegno esterno, considerato il supporto limitato che ricevono a livello regionale e nazionale.

Le riflessioni dei volontari e dei membri della comunità suggeriscono che il programma ha adottato l'approccio corretto, aumentando le conoscenze in materia di salute e alimentazione, migliorando l'accesso alle strutture sanitarie e affrontando il tema della disponibilità di cibo. Per capire fino a che punto le nuove conoscenze dei volontari e dei membri della comunità favoriscono dei comportamenti sostenibili e riducono i tassi di sottanutrizione infantile, sarà necessaria una valutazione finale del programma.



Il programma di Concern per la sopravvivenza infantile

Più di dieci anni fa, Concern ha sviluppato un programma per migliorare la sopravvivenza materna e infantile a Saidpur e Parbatipur, due grandi upazilas (municipi) del Bangladesh settentrionale. Il programma si proponeva di aiutare gli individui e le comunità ad adottare alcune pratiche essenziali alla sopravvivenza dei bambini e delle madri, come il ricorso a servizi sanitari quali le vaccinazioni o le cure mediche al primo segno di malattia. In questo modo all'interno dei municipi è cresciuta la domanda di servizi sanitari di alta qualità. Allo stesso tempo, il programma si proponeva di rafforzare la capacità delle reti locali di gestire i propri servizi sanitari, per garantirne così la disponibilità e l'accesso a coloro che ne avevano bisogno.

Questi sforzi sono stati intrapresi nell'ambito del quadro strategico esistente, che richiedeva la creazione di comitati sanitari a livello municipale e comunitario, i quali all'epoca non erano ancora in funzione. Il programma ha riconosciuto questo gap tra le politiche e la pratica, e il fatto che le comunità residenti in slum urbani avevano molte poche strutture sanitarie funzionanti. Questa nuova linea ha segnato un netto spostamento rispetto alla precedente strategia di Concern basata sulla fornitura diretta di servizi sanitari, assegnando un'attenzione specifica a un approccio alla salute basato sui diritti (si veda Box 10).

Per quanto esplicitamente incentrato sulla salute, il programma metteva anche l'accento sull'importanza della alimentazione, ri-

- Prime località del programma Child Survival di Concern Worldwide
- Nuove località del programma Child Survival di Concern Worldwide

conoscendo che la sopravvivenza infantile dipende dalla possibilità di garantire

buone pratiche nutrizionali, in particolare l'allattamento al seno e l'integrazione di vitamina A. Allo stesso tempo, migliorando l'accesso alla salute, all'acqua e ai servizi igienico-sanitari, e le pratiche di assistenza a donne e bambini, il programma affrontava due cause chiave della malnutrizione, e così estendeva il suo impatto al di là della sopravvivenza, per sostenere lo sviluppo fisico e mentale dei bambini tramite un miglioramento dell'alimentazione (si veda Box 11 sull'alimentazione infantile in Bangladesh).

Piantare i semi: potenziare i sistemi comunitari e migliorare le conoscenze

Il primo passo nel processo di potenziamento dei sistemi comunitari richiedeva che i leader municipali, compresi sindaci e consiglieri, si impegnassero a istituire dei comitati sanitari municipali e distrettuali. Il programma ha ottenuto il consenso e la partecipazione dei leader comunitari – cruciale per la formazione di questi comitati – attraverso sessioni informative e dialoghi sulle politiche esistenti, da cui è emerso il ruolo e le responsabilità delle autorità municipali nella gestione dei servizi sanitari. Questo sforzo era parti-

BOX 10 - IL DIRITTO A CIBO ADEGUATO E ALLA SALUTE NUTRIZIONALE

Al Summit mondiale sulla Sicurezza Alimentare del 2009, gli stati membri delle Nazioni Unite hanno riaffermato "il diritto di tutti ad avere accesso a cibo sano, sufficiente e nutriente, in linea con la progressiva realizzazione del diritto a cibo adeguato nel contesto della sicurezza alimentare nazionale." Il diritto a cibo adeguato è un diritto umano stabilito dalle convenzioni internazionali sui diritti umani, insieme ad altri diritti rilevanti per la sicurezza alimentare e la salute nutrizionale. La maggioranza degli stati membri delle Nazioni Unite hanno ratificato queste convenzioni e sono quindi vincolati alla realizzazione del loro contenuto. Una fetta crescente di stati, di organizzazioni internazionali e della società civile ha iniziato a esplorare un approccio allo sviluppo basato sui diritti, che prevede attività per la promozione della sicurezza alimentare e della salute nutrizionale. È ormai riconosciuto che un semplice aumen-

to della produzione alimentare non metterà fine alla fame e alla malnutrizione, e che bisogna garantire l'accesso al cibo ai poveri, agli affamati e ai sottnutriti. Per questo, è innanzitutto necessario identificare chi siano e dove vivano, e le cause della loro situazione vanno pienamente comprese ed esposte. I gruppi vulnerabili e marginalizzati devono essere specificamente aiutati tramite progetti agricoli che rafforzino la loro capacità di sfamarsi da soli o programmi di protezione sociale che garantiscano che nessun individuo bisogno sia lasciato fuori. Un approccio a questi programmi basato sui diritti umani richiede che la loro attuazione rispetti certi principi. Alcuni di questi principi sono già generalmente accettati nel linguaggio dello sviluppo, quali per esempio trasparenza, empowerment e partecipazione. Ma i diritti umani richiedono anche rispetto per la dignità umana, non-discriminazione, un alto livello di

responsabilità e rispetto per il ruolo della legge. "Cibo adeguato" implica non solo sufficienti quantità, ma anche alimentazione diversificata, cibo sano e rispetto dei valori alimentari della cultura. Questi fattori non hanno tradizionalmente ricevuto l'attenzione necessaria da parte delle politiche e dei programmi sulla sicurezza alimentare. Si spera che i governi dei paesi dove prevale l'insicurezza alimentare e nutrizionale promuovano nuovi impegni a favore di politiche e programmi che tendano alla realizzazione del diritto a cibo adeguato, con il pieno appoggio di donatori e ONG. Sono disponibili interpretazioni autorevoli e linee guida per aiutare gli attori interessati a rendere operativo il diritto a cibo adeguato nei contesti specifici. Si vedano in particolare <http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/0/3d02758c707031d58025677f003b73b9> (Fonte: W. B. Eide) <http://www.fao.org/righttofood/>





colaramente importante nel contesto del Bangladesh urbano. Una volta assunti, i membri del comitato sono stati orientati su come gestire al meglio le loro responsabilità, come ottenere finanziamenti a livello centrale, come appoggiare e supervisionare i volontari, e come monitorare le attività e gli esiti del programma.

Dall'altro lato, i volontari sanitari comunitari hanno ricevuto una formazione sulle pratiche sanitarie di base, come per esempio riconoscere il cattivo stato nutrizionale e la gestione delle malattie infantili, promuovere la maternità sicura, la cura dei neonati e l'alimentazione. A ogni volontario sono state assegnate 20-25 famiglie, con il compito di incoraggiare le madri ad adottare pratiche sanitarie positive, di indirizzare i pazienti verso le strutture sanitarie e di raccogliere informazioni a livello comunitario per monitorare la situazione. Il programma formava anche personale ostetrico comunitario con il compito di inviare le madri presso le strutture ospedaliere al primo segno di rischio sanitario e facilitarne il trasporto.

Dopo i primi cinque anni di programma (1999-2004) si potevano notare miglioramenti nella copertura delle vaccinazioni e delle integrazioni di vitamina A così come in altri indicatori. Sulla base di questi risultati positivi, tra il 2005 e il 2009 il programma si è espanso ad altri sette municipi, e le due località originali sono diventate dei centri di apprendimento. In una decina d'anni, il programma ha raggiunto approssimativamente un milione di persone distribuite in nove regioni.

Segnali di successo: una miglior comprensione delle pratiche e dei servizi sanitari fondamentali

Secondo il risultato delle indagini condotte all'inizio (2005) e alla fine (2009) del programma di sopravvivenza infantile in sette municipi in cui si è svolto, è migliorata l'adozione delle pratiche e dei servizi sanitari chiave per la salute materno-infantile (Tabella 2). Il cambiamento più notevole si è verificato nella copertura dell'integrazione di vitamina A per i bambini piccoli e le puerpere. Anche altri indicatori sono migliorati, per quanto non in forma così cospicua. A livello generale, la tendenza è positiva, ma la variazione nei risultati indica che probabilmente ci sono ancora delle barriere culturali e degli ostacoli all'accesso da superare, se si vogliono adottare le nuove pratiche su vasta scala.

Risultati duraturi: segni di continuità del processo

L'aspetto più impegnativo di ogni intervento è spesso quello di mantenere i risultati positivi raggiunti in ambito di salute e alimentazione anche dopo il termine del programma formale. Un anno dopo la conclusione ufficiale del programma per la sopravvivenza infantile, è stata organizzata una visita per parlare con le comunità dell'area. Dalle loro riflessioni emergono l'eredità lasciata del programma e le lezioni che se ne possono trarre. Anche se ci sono segni evidenti che è continuato il processo di rafforzamento per madri, volontari sanitari e leader comunitari, altri fattori ci ricordano le sfide che le famiglie devono affrontare per mettere in pratica comportamenti virtuosi in materia di salute e alimentazione.

BOX 11 - ALIMENTAZIONE INFANTILE IN BANGLADESH

Negli ultimi 25 anni, il Bangladesh ha fatto registrare significativi progressi nella riduzione del tasso di mortalità sotto i cinque anni e della prevalenza dell'insufficienza di peso e del ritardo nella crescita. Nonostante questo miglioramento, 54 bambini ogni 1.000 nati non sopravvivono al quinto compleanno, mentre uno sconcertante 43% dei bambini bengalesi presenta ritardi nella crescita. Con una popolazione di 160 milioni di abitanti, il Bangladesh è uno dei paesi più densamente popolati al mondo. A causa della sua numerosa popolazione, ospita quasi il 4% mondiale dei bambini con ritardi nella crescita (UNICEF 2009b).

Le principali cause di morte nel paese sono i disturbi neonatali (48%), seguiti da diarrea (20%), polmonite (15%) e altre malattie e cause (17%). È noto che in tutto il mondo la malnutrizione materno-infantile è responsabile del 35% delle morti, e probabilmente il Bangladesh non rappresenta un'eccezione.

Il tasso di urbanizzazione è allarmante. Quasi il 30% della popolazione vive attualmente in aree urbane. Anche se alcune statistiche mostrano che i servizi sanitari sono più accessibili nei centri urbani, queste cifre spesso mascherano l'enorme voragine tra le classi più alte e le meno abbienti. Gli slum urbani presentano specifi-

ci rischi per la sopravvivenza infantile, e le tre cause principali di morte e denutrizione infantile – inadeguato accesso al cibo, insufficiente assistenza a donne e bambini e inadeguato accesso all'assistenza sanitaria e a un ambiente salubre – rappresentano una sfida costante per la sopravvivenza e lo sviluppo dei bambini dei contesti poveri urbani.



**TABELLA 2 - RISULTATI DI DUE VALUTAZIONI DEL PROGRAMMA PER LA SOPRAVVIVENZA INFANTILE, 2005 E 2009**

Indicatore (2005)	Iniziale (2009)	Cambio finale	% punti
Vitamina A per i bambini (% di bambini tra i 6 e i 23 mesi che hanno ricevuto compresse di vitamina A negli ultimi sei mesi, n = 1,405/1,520)	59	92	33
Vitamina A puerpere (% di madri che hanno ricevuto vitamina A entro 42 giorni dall'ultimo parto, n = 1,499/1,513)	26	49	23
Alimentazione per madri incinte (% di madri che ha ricevuto più cibo del solito durante l'ultima gravidanza, n = 1,499/1,513)	32	43	11
Ferro/folato durante gravidanza (% di madri che ha preso ferro/folato per almeno 90 giorni durante l'ultima gravidanza, n = 987/1,156)	42	52	10
Parto assistito (% di madri il cui ultimo parto è stato assistito da un ostetrico esperto, n = 1,499/1,513)	49	58	9
Recisione cordone pulita (% di madri il cui cordone è stato reciso con strumenti nuovi/puliti all'ultima nascita, n = 1,449/1,513)	87	96	9
Allattamento esclusivo al seno fino a 6 mesi (% di bambini di 0-6 mesi allattati esclusivamente al seno, n = 600/780)	65	72	7
Alimentazione integrativa ottimale (% di bambini di 6-11 mesi che dopo allattamento al seno hanno ricevuto integrazione alimentare 3 o più volte nelle ultime 24 ore, n = 702/733)	57	63	6
Allattamento al seno immediato dopo la nascita (% di madri che dichiarano di allattare il neonato al seno entro un'ora all'ultima nascita, n = 511/230)	44	49	5
Terapia di reidratazione orale (ORT) (% di bambini di 6-23 mesi con diarrea durante le ultime due settimane che hanno ricevuto ORT, n = 376/273)	73	75	2
Antitetanica (% di madri di bambini di 0-11 mesi che hanno ricevuto almeno due vaccinazioni antitetaniche durante l'ultima gravidanza, n = 1,499/1,513)	64	67	3
Lavaggio mani con sapone (% di madri di bambini di 12-23 mesi che dichiarano di essersi lavate le mani con sapone in 5 momenti critici, n = 1,496/1,520)	16	17	1
Alimentazione attiva durante episodi di diarrea (% di bambini di 6-23 con diarrea nelle ultime due settimane che hanno ricevuto identica o maggiore quantità di cibo/liquidi/latte materno, n = 329/242)	36	28	-8

Fonte: Indagine iniziale di conoscenze, pratiche e copertura (gennaio 2005) e finale (marzo 2009) condotte per Concern Worldwide.

Nota: Le indagini hanno utilizzato il metodo di campionamento dei lotti con qualità garantita per i sette municipi. Il riferimento 2005 è stato condotto da Associates for Community and Population Research, e l'indagine del 2009 è stata condotta da Pathways Consulting Services Ltd, Dhaka.





Dice una madre “Sappiamo riconoscere i segni della malnutrizione, come per esempio quando un bambino perde peso, cambia il colore della pelle o dei capelli, o diventa irritabile. Conosciamo i diversi tipi di alimenti. Quando un bambino è malnutrito, ha bisogno di cibo energetico, come riso, pane e patate; e proteico, come pesce o dhal (fagioli). I frutti gialli e i vegetali verdi sono una buona fonte di vitamine.”

Gli ostetrici comunitari spiegano “Prima non sapevamo come portare a termine un parto sicuro, tutto si faceva sul pavimento. Adesso invece usiamo una superficie pulita e sappiamo che dobbiamo curare la nostra igiene personale e le unghie. Durante la formazione abbiamo imparato molte pratiche ideali; ci siamo resi conto che in passato quelle pratiche non venivano svolte al meglio, e questo ci ha aiutato a cambiare la nostra percezione.”

I volontari comunitari hanno continuato a esercitare il loro ruolo nella comunità dopo la fine del programma “Siamo orgogliosi perché molte persone ci conoscono e riconoscono la nostra attività sociale... Anche se il progetto si è concluso, sanno ancora chi siamo, hanno fiducia nelle nostre conoscenze e continuano a cercarci se hanno bisogno di aiuto.

Il miglioramento delle conoscenze arriva anche ai comitati di salute distrettuali, i cui membri discutono con competenza di pratiche alimentari adeguate e parlano del loro più ampio senso di responsabilità.

“Prima non eravamo ben informati e partecipavamo solo a iniziative

nazionali. Adesso ci sentiamo coinvolti, c'è uno scambio di informazioni tra gruppi, e il comitato di salute distrettuale è ben definito. Abbiamo una mappa del distretto che mostra la posizione delle famiglie, dei membri del comitato, dei volontari e degli ostetrici comunitari. Abbiamo un'immagine della nostra comunità, sappiamo dove sono le risorse e come muoverle. Le madri ora sanno dove possono ricevere assistenza sanitaria; e se non possono permettersi di pagarla, sanno dove c'è una clinica gratuita.”

L'impegno e il coinvolgimento nel programma dei leader comunitari ha fatto sì che l'obiettivo di migliorare l'accesso alla salute venga percepito con un nuovo senso di appartenenza, come un proposito collettivo. Un sindaco ha spiegato “Prima, il ruolo del municipio era [semplicemente] quello di facilitare le vaccinazioni e sovrintendere alle registrazioni delle nascite. Adesso vedo il mio ruolo in modo diverso. Per esempio, prima se una madre incinta aveva bisogno di un parto cesareo ed era sera o un'ora in cui non si fanno i cesarei, la madre doveva aspettare, con grande sofferenza sua e del bambino. Ora siamo riusciti a garantire che le strutture governative siano disponibili 24/7. Nessuno dovrebbe morire per mancanza di attenzione sanitaria.”

I comitati di salute distrettuali continuano il lavoro iniziato nel 2005. Mettono a disposizione fondi per chi non può permettersi attenzione sanitaria in caso di emergenza “Se una famiglia ha un'emergenza sanitaria e non ha soldi, il comitato di salute distrettuale la appoggia e i volontari o gli ostetrici accompagnano il bisogno alle strutture sanitarie.”

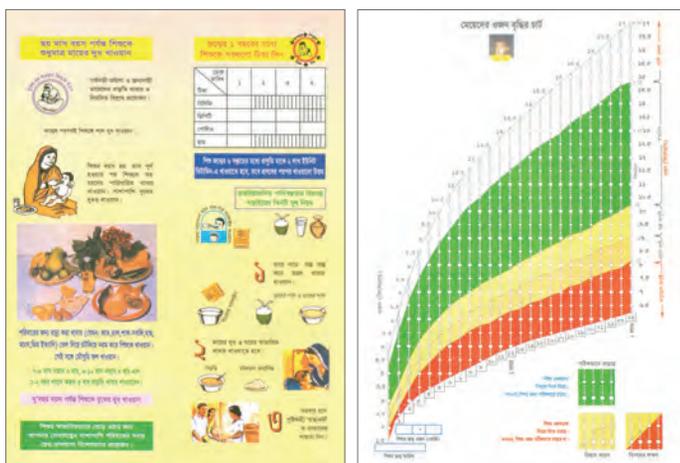
I comitati continuano a organizzare eventi relativi alla salute, a motivare e sostenere i volontari e a raccogliere informazioni nelle rispettive aree. I volontari comunitari e gli ostetrici indirizzano e accompagnano le madri e i bambini malati alle strutture sanitarie. Grazie ai Consigli comunali, i volontari sanitari e gli ostetrici comunitari possono accedere facilmente agli ospedali e alle cliniche, e ricevono il sostegno di cui hanno bisogno quando vi mandano un paziente.

I volontari e gli ostetrici hanno delle tessere identificative emesse dal municipio.

I membri della comunità si fidano delle conoscenze dei volontari, perché nel tempo si sono dimostrate corrette e capaci spesso di salvare delle vite. Una volontaria illustra questo processo, raccontando come cresce la fiducia della comunità nei confronti dei volontari quando diagnostica un'infezione respiratoria a un bambino, la diagnosi viene confermata dalla struttura sanitaria e la madre può vedere il recupero del bambino grazie alla cura.

Quando è iniziato il programma per la sopravvivenza infantile, il sistema sanitario non funzionava e si limitava a sostenere le giornate di vaccinazione nazionale. Adesso ha lasciato in eredità un personale formato e motivato e ha aumentato l'accesso delle madri

ESEMPIO DI MANIFESTI SULLA CRESCITA INFANTILE USATI NEI PROGRAMMI DI ALIMENTAZIONE INFANTILE IN BANGLADESH



Messaggi di educazione sanitaria sull'allattamento al seno, sull'alimentazione complementare, sul trattamento domestico della diarrea, sulla vaccinazione dei bambini etc.

Grafico della crescita per identificare i casi di obesità; peso regolare; bassa, moderata e grave denutrizione (vedi esempio a pag. 24).





Incontro di mamme al Maternity Health Ward, Rangpur, Bangladesh.

ai servizi sanitari. È un grande passo verso la riduzione della denutrizione infantile, e le successive valutazioni hanno mostrato una serie di cambiamenti positivi.

Grazie a questo progetto, che ha saputo sfruttare le risorse esistenti all'interno delle comunità, lavorare con i governi per creare una situazione generale più favorevole alla sanità e fornire l'educazione e il sostegno necessari, ora le madri possono prendersi meglio cura dei propri figli. Un'intensa attività di monitoraggio e di valutazione ha permesso di misurare l'impatto del programma e di consolidarne gli insegnamenti in vista di programmi futuri. Spiega un volontario sanitario comunitario "I membri della comunità conoscono noi volontari. Non conoscevano Concern. Anche se il progetto è terminato, sanno ancora chi siamo, hanno fiducia nelle nostre conoscenze e continuano a cercarci in caso di bisogno."

Nel 2009 è stata fatta una valutazione per determinare la sostenibilità del programma 2000-04. Questa valutazione ha messo in luce che anche se il sostegno esterno si è praticamente ridotto a zero, i municipi sono stati in grado di mantenere delle attività di base e di migliorare molti indicatori relativi alla salute. Per quanto la valutazione abbia identificato delle lacune, ha ampiamente confermato il valore duraturo di un modello sanitario urbano, fondato su un governo municipale e sui comitati di salute distrettuali. La valutazione ha portato a una serie di raccomandazioni dirette ai municipi e agli stakeholders, perché possano concentrarsi sulle aree più problema-

tiche e continuare ad ampliare le fondamenta.

I risultati del programma e delle successive riflessioni mostrano i cambiamenti intervenuti e le sfide che restano da affrontare a livello comunitario, illustrando possibili vie di successo e necessari insegnamenti da trarre. Sullo sfondo della più ampia analisi dell'Indice Globale della Fame, questi studi mostrano lo sforzo concertato necessario a ogni livello per affrontare la malnutrizione infantile in tutta la sua portata.

05

Vi sono varie opportunità per affrontare il tema dell'alimentazione
ma dopo i due anni **svaniscono rapidamente**

COMBATTERE LA DENUTRIZIONE NELLA PRIMA INFANZIA

Raccomandazioni

Una serie di fattori contribuiscono alla crisi della denutrizione nella prima infanzia. Pertanto le strategie e i programmi devono affrontare sia le cause più immediate sia quelle alle radici. Sulla base dei dati e dei successi precedenti, sono raccomandabili le seguenti azioni:

> **-Focalizzare gli interventi nutrizionali sull'intervallo di tempo utile.**

I governi e le agenzie che si occupano di sviluppo dovrebbero aumentare gli interventi nutrizionali per donne e bambini nell'intervallo di tempo utile (cioè, in quel periodo che va dal concepimento ai due anni di età), usando approcci basati sull'esperienza e adeguati al contesto locale. Questi interventi dovrebbero concentrarsi sul miglioramento dell'alimentazione delle madri incinte e che allattano, sulla promozione del corretto allattamento al seno e delle pratiche di integrazione alimentare per i bambini piccoli, sulla fornitura di supplementi di vitamina A e di zinco se necessario, sulla vaccinazione infantile, sulla iodurazione universale del sale, sul miglioramento della cura dei bambini affetti da diarrea e da HIV e AIDS, e sul miglioramento delle pratiche igienico-sanitarie. La copertura universale di un pacchetto di interventi nutrizionali preventivi per i bambini sotto i due anni potrebbe ridurre l'impatto globale della sottanutrizione infantile del 25-36% (Bhutta et al. 2008). Aumentare questi interventi nei paesi poveri non sarà facile. Richiederà di affrontare quelle sfide sostanziali legate alle risorse, alla governance e alle capacità.

> **-Affrontare le cause alle radici della denutrizione**

Per ottenere dei miglioramenti sostanziali nell'alimentazione infantile, i politici devono affrontare le cause alla radici della denutrizione: insicurezza alimentare, insufficiente assistenza per le donne e i bambini e accesso limitato alla sanità e a un ambiente salutare. Possono svolgere un ruolo fondamentale nel miglioramento dell'ambiente in cui i bambini piccoli crescono e si sviluppano: delle politiche sensibili al problema dell'alimentazione, dei programmi di previdenza sociale, e delle politiche e dei programmi agricoli a favore dei poveri, delle donne e dell'alimentazione che integrino specificamente obiettivi e azioni nutrizionali e ne monitorino gli impatti.

> **-Favorire la parità di genere**

La disparità di genere e un'alimentazione carente sono tra loro collegate (Smith and Haddad 2000; Smith et al. 2003; Ackerson and Subramanian 2008; von Grebmer et al. 2009). Quindi, nelle aree dove la salute, l'alimentazione e lo status sociale delle donne sono scarsi, questi fattori compromettono gli effetti degli inter-

venti mirati e riducono la sicurezza alimentare delle famiglie. La disparità di genere dev'essere affrontata in tutte le fasi del ciclo vitale, per preparare le donne a una vita riproduttiva sana e sicura. È di particolare importanza proteggere la salute e l'alimentazione delle bambine e delle giovani donne prima della gravidanza, e questo si può ottenere migliorando il loro accesso alla salute, all'alimentazione, all'educazione e ai programmi di protezione sociale durante l'adolescenza e l'inizio dell'età adulta.

> **-Dare priorità all'alimentazione nei processi politici e strategici**

Lo sviluppo di una nuova sicurezza alimentare e di nuove iniziative nutrizionali è solo all'inizio. I prossimi 1-2 anni saranno cruciali, e c'è ancora molto lavoro da fare per garantire che l'alimentazione resti un tema centrale, lavoro che deve essere sostenuto da risorse aggiuntive. E' necessaria una assunzione di responsabilità da parte di tutti gli stakeholders per garantire che si onorino gli impegni presi. Per assicurare poi l'efficacia di simili iniziative, è necessaria un'azione congiunta e una cooperazione tra tutti i soggetti interessati – governi, società civile, settore privato, mondo accademico e istituzioni di ricerca – e che ogni soggetto abbia chiaro il suo ruolo e le sue responsabilità. È fondamentale battersi per mantenere l'alimentazione al centro dell'agenda politica e delle iniziative delineate.

> **-Coinvolgere, potenziare e sostenere attivamente quegli attori, a livello locale e municipale, che possono garantire che siano presi in considerazione i bisogni nutrizionali**

I casi analizzati di Welthungerhilfe e Concern (si veda capitolo 4) dimostrano la complessità della sfida alla denutrizione materno-infantile in due contesti molto differenti e con diversi approcci al progetto. Questi programmi ci indicano alcuni principi che dovrebbero essere tenuti a mente al momento di formulare e realizzare progetti volti a contrastare il flagello della malnutrizione:

■ **Costruire un senso di appartenenza collettiva degli interventi, coinvolgendo tutti i principali stakeholders.** Un "primo principio" dev'essere quello di garantire che le madri, il personale sanitario, i leader locali e le strutture municipali siano coinvolti in pianificazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione dei programmi. La loro accettazione e il loro impegno sono essenziali per la sostenibilità a lungo termine di qualsiasi sforzo volto ad affrontare seriamente la denutrizione infantile.

■ **Lavorare sulla base delle strutture e delle capacità esistenti, laddove esistono.** Le capacità e le competenze del personale sanitario e dei comitati di coordinamento sono alla base della



sostenibilità e del successo di un programma. Vanno comprese, riattualizzate e sfruttate. Particolare attenzione andrebbe rivolta a coloro che lavorano su base volontaria.

- **Potenziare le capacità dei membri e dei leader delle comunità.** L'incremento delle capacità deve includere tanto le competenze tecniche, le competenze comunicative, le attività informative e di consulenza, quanto l'organizzazione, la gestione e il monitoraggio dei servizi e dei risultati.
- **Generare fiducia e impegno tra i membri della comunità, mostrando i risultati raggiunti.** I due casi descritti al capitolo 4 mettono in evidenza l'importanza e il potere dei risultati, che sono stati essenziali per convincere le madri a tradurre le conoscenze acquisite in pratiche. Sono stati anche vitali per persuadere i contadini ad adottare varietà di sementi e meccanismi di controllo dell'erosione che prima non conoscevano.

Le azioni per migliorare l'alimentazione nella prima infanzia hanno un potenziale enorme, e il GHI 2010 aiuta a individuare i paesi e le regioni dove maggiore è la necessità di iniziative di questo tipo. Migliorare l'alimentazione nella prima infanzia contribuisce a creare una popolazione sana e produttiva, e in questo modo aumenta l'efficacia di sognis intervento successivo. Cosa più importante, questi miglioramenti possono alleviare sofferenze inutili per milioni, forse miliardi, di persone in tutto il mondo. Non è solo la cosa più intelligente da fare, ma anche la più giusta.





Verso un futuro sano: bambini al momento del pranzo all'asilo.



APPENDICE A

FONTI E METODO DI CALCOLO DEGLI INDICI GLOBALI DELLA FAME 1990 E 2010

Tutte e tre le componenti dell'indice sono espresse in percentuale e hanno uguale ponderazione. Valori di GHI più alti indicano livelli maggiori di denutrizione. L'indice va da un minimo di 0 a un massimo di 100, ma questi due estremi non si danno nella pratica. Il valore massimo di 100 sarebbe raggiunto solo se tutti i bambini morissero prima del compimento del quinto anno d'età, l'intera popolazione fosse denutrita e tutti i bambini sotto i cinque anni fossero sottopeso. Il valore minimo di 0 significherebbe che non ci sono denutriti nella popolazione, nessun bambino con meno di cinque anni è sottopeso e nessun bambino muore prima del compimento dei cinque anni. La tabella sottostante offre uno sguardo d'insieme sulle fonti dei dati utilizzati per il calcolo dell'Indice Globale della Fame.

L'INDICE GLOBALE DELLA FAME SI CALCOLA COME SEGUE:

$$(1) \text{ GHI} = (\text{PUN} + \text{CUW} + \text{CM})/3$$

dove **GHI**: Indice Globale della Fame

PUN: Percentuale di popolazione denutrita

CUW: Percentuale di bambini sottopeso nella fascia sotto i cinque anni)

CM: Percentuale di bambini che muoiono prima dei cinque anni

COMPONENTI DELL'INDICE GLOBALE DELLA FAME, GHI 1990 E GHI 2010

GHI	Numero dei paesi con GHI	Indicatori	Anni di riferimento	Fonti dei dati
1990	99	Percentuale di popolazione denutrita ^a	1990–92 ^b	FAO 2009 e stime degli autori
		Percentuale di bambini sottopeso di età inferiore ai 5 anni	1988–92 ^c	WHO 2010 e stime degli autori
		Mortalità sotto i 5 anni	1990	UNICEF 2009b
2010	122	Percentuale di popolazione denutrita ^a	2004–06 ^b	FAO 2009 e stime degli autori
		Percentuale di bambini sottopeso di età inferiore ai 5 anni	2003–08 ^e	WHO 2010a; UNICEF 2010; MEASURE DHS 2010 ^d ; e stime degli autori
		Mortalità sotto i 5 anni	2008	UNICEF 2009b

a Percentuale della popolazione con una dieta carente di calorie.

b Media su un periodo di tre anni.

c Dati raccolti nell'anno più vicino al 1990; quando i dati per il 1988 e il 1992, o per il 1989 e il 1991, erano disponibili, è stata fatta una media. Le stime degli autori sono per il 1990.

d I dati WHO 2010a sono la fonte primaria, e UNICEF 2010 and MEASURE DHS 2010 sono quella secondaria.

e Gli ultimi dati sono stati raccolti in questo periodo.

APPENDICE B

DATI ALLA BASE DEL CALCOLO DEGLI INDICI GLOBALI DELLA FAME 1990 E 2010

Paese	Percentuale di popolazione denutrita (%)		Prevalenza dei bambini sottopeso in età compresa tra 0 e 5 anni (%)		Tasso di mortalità sotto i cinque anni (%)		GHI	
	1990-92	2004-06	1988-92	2003-08	1990	2008	1990 2010 (con dati dal 1988-92)	(con dati dal 2003-08)
Afghanistan	-	-	-	32.8 *	26.0	25.7	-	-
Albania	11.0 *	5.0 *	10.6 *	6.6	4.6	1.4	8.7	<5
Algeria	4.0 *	3.0 *	8.0	3.0	6.4	4.1	6.1	<5
Angola	66.0	44.0	29.8 *	15.5 *	26.0	22.0	40.6	27.2
Argentina	1.0 *	1.0 *	3.5 *	2.3 *	2.9	1.6	<5	<5
Armenia	-	23.0	3.7 *	4.2	5.6	2.3	-	9.8
Azerbaijan	-	11.0	10.6 *	8.4	9.8	3.6	-	7.7
Bahrain	-	-	6.3	4.5 *	1.6	1.2	-	-
Bangladesh	36.0	26.0	56.5	41.3	14.9	5.4	35.8	24.2
Bielorussia	-	2.0 *	2.4 *	1.3	2.4	1.3	-	<5
Benin	28.0	19.0	25.7 *	20.2	18.4	12.1	24.0	17.1
Bhutan	-	-	34.0	12.0 *	14.8	8.1	-	-
Bolivia	24.0	23.0	9.7	4.3	12.2	5.4	15.3	10.9
Bosnia - Herzegovina	-	3.0 *	3.5 *	1.6	2.3	1.5	-	<5
Botswana	20.0	26.0	18.0 *	8.4 *	5.0	3.1	14.3	12.5
Brasile	10.0	6.0	6.1	2.2	5.6	2.2	7.2	<5
Bulgaria	4.0 *	8.0 *	2.5 *	2.2 *	1.8	1.1	<5	<5
Burkina Faso	14.0	9.0	33.9 *	37.4	20.1	16.9	22.7	21.1
Burundi	44.0	63.0	32.4 *	35.0	18.9	16.8	31.8	38.3
Cambogia	38.0	25.0	44.7 *	28.8	11.7	9.0	31.5	20.9
Camerun	34.0	23.0	18.0	16.6	14.9	13.1	22.3	17.6
Rep. Centrafricana	47.0	41.0	25.3 *	24.0	17.8	17.3	30.0	27.4
Ciad	59.0	38.0	33.8 *	33.9	20.1	20.9	37.6	30.9
Cile	7.0	2.0 *	1.1 *	0.5 *	2.2	0.9	<5	<5
Cina	15.0	10.0	15.3	6.0	4.6	2.1	11.6	6.0
Colombia	15.0	10.0	8.8	5.1	3.5	2.0	9.1	5.7
Comore	40.0	51.0	16.2	22.1	12.8	10.5	23.0	27.9
Rep. Dem. Congo	29.0	75.0	25.2 *	28.2	19.9	19.9	24.7	41.0
Rep. Congo	40.0	21.0	16.9 *	11.8	10.4	12.7	22.4	15.2
Costa Rica	3.0 *	4.0 *	2.5	1.1 *	2.2	1.1	<5	<5
Costa d'Avorio	15.0	14.0	18.1 *	16.7	15.0	11.4	16.0	14.0
Croazia	-	3.0 *	0.5 *	0.2 *	1.3	0.6	-	<5
Cuba	5.0	1.0 *	4.5 *	3.5	1.4	0.6	<5	<5
Gibuti	60.0	31.0	20.2	30.1	12.3	9.5	30.8	23.5
Rep. Domenicana	27.0	21.0	8.4	3.4	6.2	3.3	13.9	9.2
Ecuador	24.0	13.0	9.5 *	6.2	5.3	2.5	12.9	7.2
Egitto	3.0 *	3.0 *	9.1	6.8	9.0	2.3	7.0	<5
El Salvador	9.0	10.0	11.1	5.8 *	6.2	1.8	8.8	5.9
Eritrea	-	66.0	- *	35.3 *	15.0	5.8	-	35.7
Estonia	-	4.0 *	6.1 *	1.2 *	1.8	0.6	-	<5
Etiopia	71.0	44.0	39.2	34.6	21.0	10.9	43.7	29.8
Fiji	8.0	3.0 *	7.7 *	4.4 *	2.2	1.8	6.0	<5
Gabon	5.0	3.0 *	8.8 *	8.4 *	9.2	7.7	7.7	6.4
Gambia	20.0	29.0	17.3 *	15.8	15.3	10.6	17.5	18.5
Georgia	-	12.0	1.6 *	2.3	4.7	3.0	-	5.8
Ghana	34.0	8.0	24.4	14.3	11.8	7.6	23.4	10.0
Guatemala	14.0	16.0	23.6 *	16.5 *	7.7	3.5	15.1	12.0
Guinea	19.0	16.0	23.7 *	20.8	23.1	14.6	21.9	17.1
Guinea-Bissau	20.0	31.0	18.6 *	17.2	24.0	19.5	20.9	22.6
Guyana	18.0	6.0	16.4 *	10.8	8.8	6.1	14.4	7.6

Nota: * indica una stima degli autori.

DATI ALLA BASE DEL CALCOLO DEGLI INDICI GLOBALI DELLA FAME 1990 E 2010

Paese	Percentuale di popolazione denutrita (%)		Prevalenza dei bambini sottopeso in età compresa tra 0 e 5 anni (%)		Tasso di mortalità sotto i cinque anni (%)		GHI	
	1990-92	2004-06	1988-92	2003-08	1990	2008	1990 2010 (con dati dal 1988-92)	(con dati dal 2003-08)
Haiti	63.0	58.0	22.5	18.9	15.1	7.2	33.5	28.0
Honduras	19.0	12.0	15.8	8.6	5.5	3.1	13.4	7.9
India	24.0	22.0	59.5	43.5	11.6	6.9	31.7	24.1
Indonesia	19.0	16.0	31.0	19.6	8.6	4.1	19.5	13.2
Iran	3.0 *	4.0 *	16.0 *	4.4	7.3	3.2	8.8	<5
Iraq	-	-	10.4	7.1	5.3	4.4	-	-
Giamaica	11.0	5.0	5.2	2.2	3.3	3.1	6.5	<5
Giordania	3.0 *	3.0 *	4.8	3.5 *	3.8	2.0	<5	<5
Kazakistan	-	1.0 *	2.7 *	4.9	6.0	3.0	-	<5
Kenya	33.0	30.0	17.4 *	16.5	10.5	12.8	20.3	19.8
Kuwait	20.0	4.0 *	6.8 *	2.5 *	1.5	1.1	9.4	<5
Kyrgyzistan	-	3.0 *	4.8 *	2.7	7.5	3.8	-	<5
Laos	27.0	19.0	44.4 *	31.6	15.7	6.1	29.0	18.9
Lettonia	-	2.0 *	2.0 *	0.9 *	1.7	0.9	-	<5
Libano	3.0 *	2.0 *	4.6 *	4.2	4.0	1.3	<5	<5
Lesotho	15.0	15.0	13.8	13.6	10.1	7.9	13.0	12.2
Liberia	30.0	38.0	16.9 *	20.4	21.9	14.5	22.9	24.3
Libia	1.0 *	2.0 *	4.1 *	5.6	3.8	1.7	<5	<5
Lituania	-	0.0 *	2.5 *	1.3 *	1.6	0.7	-	<5
Macedonia	-	4.0 *	2.8 *	2.0	3.6	1.1	-	<5
Madagascar	32.0	35.0	35.5	36.8	16.7	10.6	28.1	27.5
Malawi	45.0	29.0	24.4	15.5	22.5	10.0	30.6	18.2
Malesia	2.0 *	2.0 *	22.1	7.0	1.8	0.6	8.6	<5
Mali	14.0	10.0	33.5 *	27.9	25.0	19.4	24.2	19.1
Mauritania	10.0	8.0	43.2	19.4 *	12.9	11.8	22.0	13.1
Mauritius	7.0	6.0	12.6 *	12.4 *	2.4	1.7	7.3	6.7
Messico	5.0 *	4.0 *	13.9	3.4	4.5	1.7	7.8	<5
Moldova	-	6.0 *	3.6 *	3.2	3.7	1.7	-	<5
Mongolia	30.0	29.0	10.8	5.3	9.8	4.1	16.9	12.8
Montenegro	-	9.0 *	-	2.2	1.5	0.8	-	<5
Marocco	5.0	4.0 *	8.1	9.9	8.8	3.6	7.3	5.8
Mozambico	59.0	37.0	28.4 *	21.2	24.9	13.0	37.4	23.7
Myanmar	44.0	17.0	32.5	29.6	12.0	9.8	29.5	18.8
Namibia	29.0	19.0	21.5	17.5	7.2	4.2	19.2	13.6
Nepal	21.0	16.0	47.2 *	38.8	14.2	5.1	27.5	20.0
Nicaragua	52.0	21.0	11.3 *	6.0	6.8	2.7	23.4	9.9
Niger	38.0	28.0	41.0	32.9 *	30.5	16.7	36.5	25.9
Nigeria	15.0	8.0	35.1	26.7	23.0	18.6	24.4	17.8
Corea del Nord	21.0	32.0	22.0 *	20.6 *	5.5	5.5	16.2	19.4
Oman	-	-	21.4	8.4 *	3.1	1.2	-	-
Pakistan	22.0	23.0	39.0	25.3 *	13.0	8.9	24.7	19.1
Panama	18.0	17.0	8.8 *	4.3 *	3.1	2.3	10.0	7.9
Papua Nuova Guinea	-	-	18.0 *	18.0 *	9.1	6.9	-	-
Paraguay	16.0	12.0	2.8	3.0	4.2	2.8	7.7	5.9
Perù	28.0	13.0	8.8	5.4	8.1	2.4	15.0	6.9
Filippine	21.0	15.0	29.9	20.7	6.1	3.2	19.0	13.0
Qatar	-	-	-	-	2.0	1.0	-	-
Romania	3.0 *	0.0 *	5.0	2.8 *	3.2	1.4	<5	<5
Russia	-	2.0 *	2.5 *	1.6 *	2.7	1.3	-	<5
Ruanda	45.0	40.0	24.3	18.0	17.4	11.2	28.9	23.1

Nota: * indica una stima degli autori

DATI ALLA BASE DEL CALCOLO DEGLI INDICI GLOBALI DELLA FAME 1990 E 2010

Paese	Percentuale di popolazione denutrita (%)		Prevalenza dei bambini sottopeso in età compresa tra 0 e 5 anni (%)		Tasso di mortalità sotto i cinque anni (%)		GHI	
	1990-92	2004-06	1988-92	2003-08	1990	2008	1990 2010 (con dati dal 1988-92)	(con dati dal 2003-08)
Arabia Saudita	2.0 *	1.0 *	12.2 *	5.3	4.3	2.1	6.2	<5
Senegal	28.0	25.0	19.6	14.5	14.9	10.8	20.8	16.8
Serbia	-	9.0 *	-	1.8	2.9	0.7	-	<5
Sierra Leone	45.0	46.0	25.4	21.3	27.8	19.4	32.7	28.9
Slovacchia	-	4.0 *	8.5 *	0.8 *	1.5	0.8	-	<5
Somalia	-	-	-	32.8	20.0	20.0	-	-
Sud Africa	6.0 *	5.0 *	10.3 *	10.1	5.6	6.7	7.3	7.3
Sri Lanka	27.0	21.0	33.4 *	21.1	2.9	1.5	21.1	14.5
Sudan	31.0	20.0	35.9 *	31.7	12.4	10.9	26.4	20.9
Suriname	11.0	7.0	12.6 *	7.0	5.1	2.7	9.6	5.6
Swaziland	12.0	18.0	8.1 *	6.1	8.4	8.3	9.5	10.8
Siria	4.0 *	4.0 *	14.2 *	10.0	3.7	1.6	7.3	5.2
Tagikistan	-	26.0	10.0 *	15.0	11.7	6.4	-	15.8
Tanzania	28.0	35.0	25.1	16.7	15.7	10.4	22.9	20.7
Thailandia	29.0	17.0	17.2 *	7.0	3.2	1.4	16.5	8.5
Timor-Leste	-	23.0	-	44.6	18.4	9.3	-	25.6
Togo	45.0	37.0	23.5	20.5	15.0	9.8	27.8	22.4
Trinidad & Tobago	11.0	10.0	6.2 *	2.4 *	3.4	3.5	6.9	5.3
Tunisia	1.0 *	1.0 *	9.1	3.3	5.0	2.1	5.0	<5
Turchia	1.0 *	2.0 *	8.6 *	2.6	8.4	2.2	6.0	<5
Turkmenistan	-	6.0	13.4 *	8.0	9.9	4.8	-	6.3
Uganda	19.0	15.0	19.7	16.4	18.6	13.5	19.1	15.0
Ucraina	-	2.0 *	1.6 *	0.6 *	2.1	1.6	-	<5
Uruguay	5.0	2.0 *	6.6 *	6.0	2.4	1.4	<5	<5
Uzbekistan	-	13.0	9.3 *	4.4	7.4	3.8	-	7.1
Venezuela	10.0	12.0	6.7	4.4	3.2	1.8	6.6	6.1
Vietnam	28.0	13.0	40.7	20.2	5.6	1.4	24.8	11.5
Yemen	30.0	32.0	47.7 *	43.1	12.7	6.9	30.1	27.3
Zambia	40.0	45.0	19.5	14.9	17.2	14.8	25.6	24.9
Zimbabwe	40.0	39.0	8.0	14.0	7.9	9.6	18.6	20.9

Nota: * indica una stima degli autori.

BIBLIOGRAFIA

Ackerson, L., and S. V. Subramanian. 2008. **Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India.** *American Journal of Epidemiology* 167 (10): 1188–96.

Alderman, H., J. Hoddinott, and B. Kinsey. 2003. **Long-term consequences of early childhood malnutrition.** Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper 168. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.

Alkire, S., and M. E. Santos. 2010. **Multidimensional Poverty Index: 2010 data.** Oxford Poverty and Human Development Initiative. www.ophi.org.uk/policy/multidimensional-poverty-index/.

Bezanson, K., and P. Isenman. 2010. **Scaling up nutrition: A framework for action.** *Food and Nutrition Bulletin* 31 (1): 178–86.

Bhutta, Z. A., T. Ahmed, R. E. Black, S. Cousens, K. Dewey, E. Giugliani, B. A. Haider, B. Kirkwood, S. S. Morris, H. P. S. Sachdev, and M. Shekar, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008. **What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival,** *The Lancet* 371 (9610): 417–40.

Black, R. E., L. H. Allen, Z. A. Bhutta, L. E. Caulfield, M. de Onis, M. Ezzati, C. Mathers, J. Rivera, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008. **Maternal and child undernutrition: Global and regional exposures and consequences.** *The Lancet* 371 (9608): 243–60.

CEPAL/PMA. 2007. **Análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. Resultados del Estudio en Centroamérica y República Dominicana, Panorama General.** Santiago, Chile.

Chen, S., and M. Ravallion. 2008. **The developing world is poorer than we thought, but no less successful in the fight against poverty.** Policy Research Working Paper 4703. Washington, DC: World Bank.

de Benoist, B., M. Andersson, I. Egli, B. Takkouche, and H. Allen. 2004. **Iodine status worldwide: WHO global database on iodine deficiency.** Geneva: World Health Organization.

de Benoist, B., E. McLean, M. Cogswell, I. Egli, and D. Wojdyla. 2008. **Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005: WHO global database on anaemia.** Geneva: World Health Organization.

DFID (UK Department for International Development). 2010. **The neglected crisis of undernutrition: DFID's strategy.** London. [http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/DNEO-83GJH4/\\$file/DFID_mar10.pdf?openelement](http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/DNEO-83GJH4/$file/DFID_mar10.pdf?openelement).

FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations). 2009. **State of food insecurity in the world 2009.** Rome.

———. 2010a. **State of food insecurity in the world 2010.** Rome.

———. 2010b. **When emergencies last for decades: How to improve food security in protracted crises.** Economic and Social Perspectives Policy Brief 7. Rome.

Gillespie, S., J. Mason, and R. Martorell. 1996. **How nutrition improves.** Nutrition Policy Discussion Paper No. 15. Geneva: United Nations Administrative Committee on Coordination–Subcommittee on Nutrition (ACC/SCN).

Government of Ireland. 2008. **Hunger Task Force: Report to the Government of Ireland.** http://www.irishaid.gov.ie/uploads/hunger_task_force.pdf.

Griffiths, M. 2009. **Focusing on improving household practices and strengthening community support. Presentation at the Bread for the World's National Gathering,** American University, Washington, DC, June.

Hoddinott, J., J. A. Maluccio, J. R. Behrman, R. Flores, and R. Martorell. 2008. **Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults.** *The Lancet* 371 (9610): 411–16.

Horton, S., B. France, A. Greig, and A. Lakshman. 2008. **Best Practice Paper: Micronutrient Supplements for Child Survival (Vitamin A and Zinc),** Copenhagen Consensus Centre, Copenhagen.

Iannotti, L., K. Cunningham, and M. Ruel. 2009. **Diversifying into healthy diets: Homestead food production in Bangladesh.** In D. J. Spielman and R. Pandya-Lorch, eds., **Millions fed: Proven successes in agricultural development.** Washington, DC: International Food Policy Research Institute.

IFPRI (International Food Policy Research Institute)/Welthungerhilfe/Concern. 2007. **The challenge of hunger 2007: Global Hunger Index: Facts, determinants, and trends.** Washington, DC, Bonn, and Dublin.

Khor, G. L. 2005. **Micronutrient status and intervention programs in Malaysia.** Food and Nutrition Bulletin 26 (2): S281–85.

Leroy, J. L., M. Ruel, and E. Verhofstadt. 2009. **The impact of conditional cash transfer programmes on nutrition: A review of evidence using a programme theory framework.** Journal of Development Effectiveness 1 (2): 103–29.

MEASURE DHS. 2010. **Demographic health surveys.** Calverton, USA. http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/search/search_survey_main.cfm?SrvyTp=type.

Monteiro, C. A., M. H. D'Aquino Benicio, S. C. Konno, A. C. F. Silva, A. L. L. Lima, and W. L. Conde. 2009. **Causes for the decline in child under nutrition in Brazil, 1996–2007.** Revista de Saude Publica 43: 35–43.

Monteiro, C. A., M. H. D'Aquino Benicio, W. L. Conde, Silvia Konno, A. L. Lovadino, A. J. D. Barros, and C. G. Victora. 2010. **Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: The Brazilian experience, 1974–2007.** Bulletin of the World Health Organization 88: 305–11.

République du Mali, Ministère de la Santé. 2005. **Plan stratégique national pour l'alimentation et la nutrition.** Bamako. <http://www.sante.gov.ml/cps/Documents/PSNAN.pdf>.

Rossi, L., T. Hoerz, V. Thouvenot, G. Pastore, and M. Michael. 2006. **Evaluation of health, nutrition, and food security programmes in a complex emergency: The case of Congo as an example of a chronic post-conflict situation.** Public Health Nutrition 9 (5): 551–56.

Ruel, M. T. 2008. **Addressing the underlying determinants of undernutrition: Examples of successful integration of nutrition in poverty-reduction and agriculture strategies.** SCN News 36: 21–29.

Ruel, M. T., P. Menon, J.-P. Habicht, C. Loechl, G. Bergeron, G. Pelto, M. Arimond, J. Maluccio, L. Michaud, and B. Hankeba. 2008. **Age-based preventive targeting of food assistance and behaviour change and communication for reduction of childhood undernutrition in Haiti: A cluster randomised trial.** The Lancet 371 (9612): 588–95.

Ruel, M.T. **The Oriente study: program and policy impacts.** 2010. Journal of Nutrition 140: 415–418.

Samaké, S., S. M. Traoré, S. Ba, E. Dembélé, M. Diop, S. Mariko, and P. R. Libité. 2007. **Enquête démographique et de santé du Mali 2006.** Calverton, MD, USA: Macro International. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR199/FR199.pdf>.

SCN (United Nation Standing Committee on Nutrition). 2006. **Third World Urban Forum – Vancouver 19-23 June SCN Statement.** The double burden of malnutrition – A challenge for cities worldwide. Press release, June 19. http://www.unscn.org/files/Statements/The_Double_Burden_of_Malnutrition_A_Challenge_for_cities_Worldwide.pdf.

Smith, L., and L. Haddad. 2000. **Explaining malnutrition in developing countries: A cross-country analysis.** Washington, DC: International Food Policy Research Institute.

Smith, L. C., U. Ramakrishnan, A. Ndiaye, L. Haddad, and R. Martorell. 2003. **The importance of women's status for child nutrition in developing countries.** Washington, DC: International Food Policy Research Institute.

Svedberg, P. 2007. **Child malnutrition in India and China. 2020 Focus Brief on the World's Poor and Hungry People.** Washington, DC: International Food Policy Research Institute.

Tontisirin, K., and P. Winichagoon. 1999. **Community-based programmes: Success factors for public nutrition derived from the experience of Thailand.** Food and Nutrition Bulletin 20 (3): 315–22.

UNICEF (United Nations Children's Fund). 2003–08. **Mali: Statistics.**

———. 2009a. **The state of the world's children 2010: Child rights.** New York.

———. 2009b. **Tracking progress on child and maternal nutrition: A survival and development priority.** New York.

———. 2010. **Childinfo statistics on child nutrition.** New York. http://www.childinfo.org/undernutrition_underweight.php.

Victora, C. G., L. Adair, C. Fall, P. C. Hallal, R. Martorell, L. Richter, H. Singh Sachdev, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008. **Maternal and child undernutrition: Consequences for adult health and human capital.** The Lancet 371 (9609): 340–57.



Victora, C. G., M. de Onis, P. C. Hallal, M. Blössner, and R. Shrimpton. 2010. **Worldwide timing of growth faltering: Revisiting implications for interventions.** *Pediatrics* 125 (3): e473.

von Braun, J., M. Ruel, and A. Gulati. 2008. **Accelerating progress toward reducing malnutrition in India: A concept for action.** Washington, DC: International Food Policy Research Institute.

von Grebmer, K., H. Fritschel, B. Nestorova, T. Olofinbiyi, R. Pandya-Lorch, and Y. Yohannes. 2008. **Global Hunger Index: The challenge of hunger 2008.** Bonn, Washington, DC, and Dublin: Deutsche Welthungerhilfe, International Food Policy Research Institute, and Concern.

von Grebmer, K., B. Nestorova, A. Quisumbing, R. Fertziger, H. Fritschel, R. Pandya-Lorch, and Y. Yohannes. 2009. **2009 Global Hunger Index: The challenge of hunger: Focus on financial crisis and gender inequality.** Bonn, Washington, DC, and Dublin: Deutsche Welthungerhilfe, International Food Policy Research Institute, and Concern.

WFP (World Food Programme). 2006. **Ending child hunger and undernutrition initiative. Global framework for action: summary note.** Informal consultation on the ending child hunger and undernutrition initiative. Press release, October 9. <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/resources/wfp111813.pdf>.

WHO (World Health Organization). 2009. **Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk, 1995–2005: WHO global database on vitamin A deficiency.** Geneva.

———. 2010a. **Global database on child growth and malnutrition.** Geneva. <http://www.who.int/nutgrowthdb/database/countries/en/index.html>.

———. 2010b. **Global database on child growth and malnutrition: India.** http://www.who.int/nutgrowthdb/database/countries/who_standards/ind.pdf.

Wiesmann, D. 2004. **An international nutrition index: Concept and analyses of food insecurity and undernutrition at country levels.** Development Economics and Policy Series 39. Frankfurt am Main: Peter Lang.

———. 2006a. **2006 Global hunger index: A basis for cross-country comparisons.** Washington, DC: International Food Policy Research Institute.

———. 2006b. **A global hunger index: Measurement concept, ranking of countries, and trends.** Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper 212. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.

Wiesmann, D., J. von Braun, and T. Feldbrügge. 2000. **An international nutrition index: Successes and failures in addressing hunger and malnutrition.** ZEF Discussion Papers on Development Policy No. 26. Bonn, Germany: Zentrum für Entwicklungsforschung (ZEF) [Center for Development Research].

Wiesmann, D., L. Weingärtner, and I. Schöninger. 2006. **The challenge of hunger: Global Hunger Index: Facts, determinants, and trends.** Bonn and Washington, DC: Deutsche Welthungerhilfe and International Food Policy Research Institute.

World Bank. 2007. **From agriculture to nutrition: Pathways, synergies, and outcomes.** Washington, DC.

———. 2009. **Governance matters 2009: Worldwide governance indicators, 1996–2008.** Washington, DC. <http://info.worldbank.org/governance/wgi/faq.htm>.

———. 2010. **World development indicators database.** Washington, DC.

Gli autori ringraziano l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO), per aver fornito dati inediti sul consumo di calorie. Tali dati sono stati usati per calcolare i punteggi del GHI 2010 e per fornire indicazioni sul numero di denutriti nel 2010.



PARTNER



INTERNATIONAL
FOOD
POLICY
RESEARCH
INSTITUTE

L'Istituto Internazionale di Ricerca sulle Politiche Alimentari (International Food Policy Research Institute, IFPRI) è stato fondato nel 1975. La sua mission è fornire soluzioni strategiche per ridurre

la povertà nei paesi in via di sviluppo, raggiungere una sicurezza alimentare sostenibile e promuovere una crescita agricola rispettosa dell'ambiente. Per raggiungere questi obiettivi, l'Istituto si concentra sulla ricerca così come sul rafforzamento delle capacità e sulla comunicazione politica. Lavora a stretto contatto con gli istituti di ricerca agricola e nutrizionale nazionali e con i network regionali dei paesi in via di sviluppo. Inoltre l'Istituto è impegnato in un dialogo di ampio respiro per far sì che le nuove conoscenze scientifiche prodotte dai risultati delle sue ricerche possano integrarsi nelle politiche agricole e alimentari e aumentare la consapevolezza pubblica relativa alla sicurezza alimentare, alla povertà e alla protezione dell'ambiente. L'IFPRI è sovvenzionato da governi, organizzazioni internazionali e regionali, e fondazioni private, molte delle quali sono membri del Gruppo Consultivo sulla Ricerca Agricola Internazionale (CGIAR, si veda www.cgiar.org). Questa associazione consiste di 15 centri internazionali di ricerca agricola che lavorano a stretto contatto con i sistemi di ricerca agricola nazionali, i governi, le ONG e il settore privato. IFPRI è basato a Washington DC, con uffici regionali in India, Cina, Etiopia e Senegal.



La nostra identità – Chi siamo

Concern Worldwide è la più grande organizzazione non governativa irlandese, si dedica alla riduzione della sofferenza

e lavora per l'eliminazione della povertà estrema. È presente in 28 dei paesi più poveri al mondo e ha uno staff composto di più di 3.300 persone impegnate e competenti.

La nostra mission - cosa facciamo

La mission di Concern è aiutare le popolazioni che vivono nella povertà estrema a raggiungere dei miglioramenti ampi e duraturi delle proprie condizioni di vita che possano proseguire anche oltre il sostegno di Concern Worldwide. A questo scopo Concern lavora con le stesse popolazioni povere, e con i partner locali e internazionali che condividono la stessa visione, per creare società giuste e pacifiche dove i poveri possano esercitare i loro diritti fondamentali. Per raggiungere i propri obiettivi Concern promuove lo sviluppo a lungo termine, risponde alle situazioni di emergenza e cerca di affrontare le cause della povertà attraverso l'educazione allo sviluppo e il lavoro di advocacy.

La nostra visione - per il cambiamento

Un mondo dove nessuno viva in povertà, paura o oppressione; dove tutti abbiano accesso a degli standard di vita dignitosi e a opportunità e scelte essenziali per una vita lunga, sana e creativa; un mondo dove tutti siano trattati con dignità e rispetto.



La visione: tutte le persone di questo mondo vivono autonomamente la propria vita, in dignità e giustizia, libere dalla fame e dalla povertà.

La nostra organizzazione

Welthungerhilfe è nata nel 1962 come parte della pionieristica e globale "Campagna per la libertà dalla fame" sotto l'ombrello dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO). Oggi è una delle più grandi organizzazioni non governative presenti in Germania, indipendente e con un'ampia base nella società tedesca costituita da membri, donatori e sostenitori. Nel compimento della nostra missione, sosteniamo il coraggio, la gioia di vivere e l'umanità.

I nostri obiettivi

Facciamo campagne in tutto il mondo per la sicurezza alimentare, lo sviluppo rurale e la conservazione delle risorse naturali. Siamo convinti del potere dei sogni, che sanno motivare la gente e sono potenti strumenti politici sia per migliorare le condizioni di vita dei poveri e dei malnutriti sia per salvaguardare il nostro comune futuro. Questo ci spinge a sostenere una rete globale dinamica che colleghi i nostri partner in Germania con quelli nei paesi dove abbiamo progetti, affinché la cooperazione allo sviluppo diventi un'esperienza condivisa.

Il nostro lavoro

Aiutiamo le persone nei paesi in via di sviluppo a prendere il controllo delle loro vite, adesso come in futuro. I nostri anni di esperienza internazionale come grande organizzazione umanitaria tedesca sono sfociati in storie di successo in Africa, Asia e America Latina. Siamo anche politicamente attivi nell'organizzazione di campagne per modificare le condizioni che producono fame e povertà. Mobilitiamo persone in Germania a favore della nostra visione.

Il nostro approccio

Il nostro concetto olistico è incentrato sulla qualità e orientato a raggiungere un impatto e dei risultati significativi. Le nostre attività spaziano dagli interventi di emergenza alla ricostruzione fino ai progetti di sviluppo a lungo termine. Lavoriamo in stretta collaborazione con le persone colpite; siamo competenti, affidabili e trasparenti. Appoggiamo le organizzazioni partner perché i nostri progetti nei Paesi abbiano una base sociale per conseguire successi duraturi.

IMPRINT

Deutsche Welthungerhilfe e. V.

Friedrich-Ebert-Str. 1
53173 Bonn, Germany
Tel. +49 228-2288-0
Fax +49 228-2288-333
www.welthungerhilfe.de

Segretario Generale

Dr. Wolfgang Jamann

International Food Policy Research Institute (IFPRI)

2033 K Street, NW
Washington, DC 20006-1002, USA
Tel. +1 202-862-5600
Fax +1 202-467-4439
www.ifpri.org

Direttore Generale:

Dr. Shenggen Fan

Concern Worldwide

52-55 Lower Camden Street
Dublin 2, Ireland
Tel. +353 1 417 7700
Fax +353 1 475 7362
www.concern.net

Direttore esecutivo:

Tom Arnold

Editori:

Nina Wünsche
Dr. Klaus von Grebmer
Olive Towey

Autori:

IFPRI: Dr. Klaus von Grebmer (Director, Communications Division), Dr. Marie T. Ruel (Director, Poverty, Health, and Nutrition Division), Purnima Menon (Research Fellow, Poverty, Health, and Nutrition Division), Bella Nestorova (Research Analyst), Tolulope Olofinbiyi (Research Analyst), Heidi Fritschel (Consultant Writer), Yisehac Yohannes (Research Analyst)

Concern Worldwide and Welthungerhilfe: Constanze von Oppeln (Senior Policy Adviser for Food Aid and Food Security), Olive Towey (Advocacy Officer for Aid Effectiveness), Kate Golden (Senior Nutrition Adviser), Jennifer Thompson (Advocacy Officer for Hunger)

Concept, grafica e produzione:

muehlhausmoers kommunikation gmbh, Cologne, Germany
Tobias Heinrich, Pascal Schöning, Dorina Volkhausen

Stampa:

D+L Printpartner GmbH, Bocholt, Germany, info@dul-print.de

Stampa per l'edizione italiana:

Arte Grafica 2B, Milano, Italia, info@artegrafica2b.it

Ordering number:

460-5392

ISBN:

978-0-89629-926-9

Credits:

Foto in copertina: Philip Flämig/Welthungerhilfe, Mali, consulenza nutrizionale per donne incinte e che allattano, 2008; pagina 2: Jörg Böthling/Welthungerhilfe, India, Sundarbans, check-up in un centro materno infantile, 2008; pagina 6: Miriam Böttner/Welthungerhilfe, Ethiopia, Villaggio del Millennio Sodo, raccolta del miglio, 2006; pagina 10: Florian Kopp/Welthungerhilfe, Bolivia, Villaggio del Millennio Cañadón Peñas, donna vende pasticceria tradizionale per strada, 2010; pagina 20: Andreas Bretz/Welthungerhilfe, Burkina Faso, Villaggio del Millennio Ouagadougou, donna in ospedale con i figli, 2008; pagina 24: Marcia Griffiths/Kecamatan Godean, Indonesia, Java, nei pressi di Yogyakarta, 1979; pagina 32: Jörg Böthling/Welthungerhilfe, India, Sundarbans, consulenza nutrizionale per donne incinte, neonati e puerpere in un centro materno infantile, 2008; pagina 35: Mahamane Maïga/Welthungerhilfe, Mali, Bema, nel distretto di Diéma, socie della associazioni orticole irrigano gli orti, 2008; pagina 41: Allyson Brown/Concern Worldwide, Bangladesh, Rangpur, meeting delle madri al reparto maternità dell'Ospedale, 2007; pagina 42: Eva Häberle/Welthungerhilfe, Burundi, donna che ha partecipato ad una presentazione di cucina, 2008; pagina 45: Christian Weische/Welthungerhilfe, India, bambini mangiano davanti al loro asilo, 2006; Ritratti: i ritratti delle persone intervistate sono a cura dello staff di Welthungerhilfe.

“LINK 2007 - Cooperazione in Rete” nasce dalla volontà di promuovere nuove ed efficaci forme di collaborazione e coordinamento tra Ong Italiane di cooperazione internazionale.

La crescente complessità dell'azione di cooperazione allo sviluppo e di aiuto umanitario richiede elevate conoscenze, capacità operative e qualità, che le Ong italiane possono garantire solo mettendo in comune competenze e professionalità acquisite nel corso di decenni di attività in ogni continente.

In questo contesto, LINK 2007 opera per la valorizzazione, e il miglioramento della cooperazione allo sviluppo, mette a disposizione l'impegno delle organizzazioni associate nell'analisi dei problemi e nella formulazione di ipotesi d'azione, si propone come interlocutore diretto di quanti elaborano le priorità e le strategie d'intervento a livello governativo, europeo e internazionale, e nell'ambito di reti, coordinamenti e alleanze strategiche di più ampio respiro.

In uno scenario che muta rapidamente e che richiede approcci innovativi, le Ong di LINK 2007 condividono le proprie esperienze non solo per dare consistenza alla propria azione, ma anche per potenziare le motivazioni e le identità di cui sono portatrici, valorizzando il confronto come la principale risorsa dell'aggregazione.

Oltre quindi a partecipare all'ampio dibattito sulla cooperazione internazionale, LINK 2007 opera per l'affermazione di quella “cooperazione realizzata” che rappresenta il principale patrimonio fatto di valori, saperi, professionalità, esperienza pratica che sono l'espressione di quanti operano quotidianamente, al fianco delle popolazioni insieme ai partner locali.



Fondata nel 2007
Presidente Arturo Alberti
Recapiti:
Via Aniene, 26 A - 00198 Roma
www.link2007.org
E-mail: presidenza@link2007.org



Fondata nel 1972
Paesi di intervento 38
Settori di intervento: Sostegno a distanza • Progetti di sviluppo urbano • Prevenzione e tutela della salute • Formazione professionale e sviluppo PMI • Agricoltura e ambiente • Aiuto umanitario e d'emergenza • Adozioni internazionali
Recapiti: www.avsi.org
Viale Padre Vicinio da Sarsina, 216 - 47521 Cesena (FC)
E-mail: cesena@avsi.org • Tel. 0547 360811
Via Legnone 4 - 20158 Milano
E-mail: milano@avsi.org • Tel. 02 6749881



Fondata nel 1985
Paesi di intervento 37
Settori di intervento: Emergenza • Ambiente • Acqua ed igiene ambientale • Infanzia e Giovani • Social Business • Salute • Educazione in Europa
Recapiti: www.cesvi.org
Via Brosetta 68/A - 24128 Bergamo
E-mail: cesvi@cesvi.org • Tel. 035 2058058



Fondata nel 1983
Paesi di intervento 25
Settori di intervento: Lotta alla povertà e sviluppo rurale • Sicurezza alimentare • Salute • Educazione e formazione • Gestione delle risorse naturali e ambiente • Lotta al razzismo e all'esclusione sociale
Recapiti: www.sviluppodeipopoli.org
Via Germanico 198 - 00192 Roma
E-mail: cisp@cisp-ngo.org • Tel. 06 3215498



Fondata nel 1965
Paesi di intervento 25
Settori di intervento: Agricoltura • Formazione • Salute • Acqua e servizi igienico-ambientali • Servizi socio-economici • Assistenza umanitaria • Governance/ società civile/diritti umani • Migrazione • Sostegno a distanza • Educazione allo sviluppo.
Recapiti: www.coopi.org • coopi.wordpress.com
Via F. De Lemene 50 - 20151 Milano
E-mail: coopi@coopi.org • Tel. 02 3085057



Fondata nel 1968
Paesi di intervento 15
Settori di intervento: Sanità • Water and sanitation • Ambiente • Educazione e formazione • Diritti umani • Dialogo e gestione del conflitto • Generazione di reddito e supporto a piccole imprese e cooperative
Recapiti: www.cosv.org
Via Soperga 36 - 20127 Milano
E-mail: cosv@enter.it • Tel. 02 2822852
Via Aniene 26A - 00198 Roma
E-mail: cosv.roma@tin.it • Tel. 06 85358411



Fondata nel 1971
Paesi di intervento 27
Settori di intervento: Agricoltura • Educazione • Acqua • Interventi di Emergenza • Ricostruzione • Riabilitazione • Minori • Nuove Tecnologie • Sanità • Disabili • Microcredito • Sostegno a distanza
Recapiti: www.gvc-italia.org
Via dell'Osservanza 35/2 - 40136 Bologna
E-mail: gvc@gvc-italia.org • Tel. 051 585604



Fondata nel 1966
Paesi di intervento 12
Settori di intervento: Sviluppo agricolo • Acqua • Attività produttive • Tutela della salute • Capacity building • Istruzione e formazione professionale • Emergenza e riabilitazione
Recapiti: www.icu.it
V.le G. Rossini 26 - 00198 Roma
E-mail: info@icu.it • Tel. 06 93938367



Fondata nel 1992
Paesi di intervento 32
Settori di intervento: Prima emergenza • Campi rifugiati, centri di accoglienza, protezione e servizi sociali e comunitari • Rimpatrio profughi e ricostruzione (acqua, salute, educazione) • Sminamento ed educazione al rischio mine • Dialogo e riconciliazione
Recapiti: www.intersos.org
Via Aniene 26 A - 00198 Roma
E-mail: intersos@intersos.org • Tel. 06 8537431



Fondata nel 1966
Paesi di intervento 12
Settori di intervento: Sviluppo rurale • Sicurezza Alimentare • Capacity Building • Idrico • Tutela dell'Ambiente • Energie rinnovabili • Emergenza e post-emergenza
Recapiti: www.lvvia.it
Corso IV Novembre 28 - 12100 Cuneo
E-mail: lvvia@lvvia.it • Tel. 0171 696975



Fondata nel 1950
Paesi di intervento 7
Settori di intervento: Sanità • Formazione
Recapiti: www.mediciconlfrica.org
Via S. Francesco 126 - 35121 Padova
E-mail: cuamm@cuamm.org • Tel. 049 8751279