



L'alimentazione di lattanti e bambini piccoli nelle emergenze

**Guida Operativa
per personale
di Primo Soccorso
nelle emergenze
e per i Direttori di progetto**

Sviluppato dall'IFE Core Group

Versione 2.1 – Febbraio 2007

Note di traduzione

| | |
|------------------------|---|
| Agency | Tradotto con “agenzia” o “organizzazione” |
| Breastmilk substitutes | Tradotto con “sostituti del latte materno” |
| Caregiver | Non tradotto, oppure “chi si prende cura dei bambini” |
| Emergency Relief | Tradotto con “primo soccorso nelle emergenze” |
| Infant | Tradotto con “lattante” |
| Infant formula | Tradotto con “latte artificiale” |
| Milk products | Alimenti a base di latte |
| Young child | Tradotto con “bambino piccolo” |

Elenco delle sigle

| | | |
|----------------|---|--|
| AINE | (inglese IFE) | Alimentazione Infantile Nelle Emergenze |
| ENN | Emergency Nutrition Network | Rete per l'Alimentazione nelle Emergenze |
| GIFA | Geneva Infant Feeding Association | Associazione per l'Alimentazione Infantile, Ginevra |
| IASC | Inter-Agency Standing Committee | Comitato Permanente Interagenzia |
| IBFAN | International Baby Food Action Network | Rete Internazionale di Azione per l'Alimentazione Infantile |
| ICDC | International Code Documentation Centre | Centro di Documentazione sul Codice Internazionale |
| ICMC | Italian Code Monitoring Coalition | Coalizione Italiana per il Monitoraggio del Codice - associazione IBFAN Italia |
| IFE | Infant Feeding in Emergencies | Alimentazione Infantile nelle Emergenze |
| IFE Core Group | Infant Feeding in Emergencies Core Group | Gruppo Centrale sull'Alimentazione Infantile nelle Emergenze |
| ILCA | International Lactation Consultancy Association | Associazione Internazionale Consulenti Professionali in Allattamento |
| SLM | (inglese BMS: Breast Milk Substitutes) | Sostituti del Latte Materno |
| UNHCR | United Nations High Commissioner for Refugees | Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati |
| WFP | (United Nations) World Food Programme | Programma Alimentare Mondiale (PAM) |
| WHA | World Health Assembly | Assemblea Mondiale della Sanità (AMS) |
| WHO | World Health Organization | Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) |

Traduzione italiana a cura di IBFAN Italia

Un ringraziamento particolare a

Laura Arcara, Angela Giusti, Annalisa Pains e Paola Scardetta

Background

La Guida Operativa è stata prodotta per la prima volta nel 2001 dal gruppo di lavoro inter-agenzia (Interagency Working Group) sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini piccoli nelle emergenze. Questo gruppo di lavoro comprendeva i membri dell'IFE Core Group, una collaborazione inter-agenzia dedicata allo sviluppo del materiale per la formazione e delle relative linee di indirizzo sull'alimentazione di lattanti e bambini piccoli nelle emergenze. La versione 2.0 è stata prodotta nel maggio 2006 dai membri del Core Group IFE (UNICEF, OMS, UNHCR, WFP, IBFAN-GIFA, CARE USA, la Fondazione Terre des homes e la Emergency Nutrition Network (ENN)), coordinati da ENN. Questa versione (2.1, febbraio 2007) comprende una riorganizzazione della Sezione 6.0, con lo scopo di chiarire le aree basate sulla realizzazione di esperienze sul campo. L'IFE Core Group esprime la propria gratitudine a tutti coloro che hanno dato i propri suggerimenti ed hanno contribuito a questa e alle precedenti edizioni.

Mandato

Questo è un documento di supporto all'applicazione pratica dei *Principi-guida per l'alimentazione dei lattanti e dei bambini piccoli durante le emergenze* (OMS, (1)), della *Policy and Strategy Statement on Infant Feeding in Emergencies (Dichiarazione sulle politiche e le strategie per l'alimentazione infantile durante le emergenze)* (ENN, (2)), e del *Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno e sue successive risoluzioni dell'AMS* (3) [d'ora in poi: "il Codice"]. Il documento è conforme allo *Sphere Project (Progetto Sfera)* (4) e agli altri standard internazionali sull'emergenza^a.

È anche un contributo che si propone di aiutare decisori, pianificatori e donatori ad affrontare le responsabilità precisate nella *Strategia Globale per l'alimentazione dei lattanti e dei bambini* OMS/UNICEF^b, di cui all'articolo 24 della *Convenzione sui diritti dell'infanzia*^c e nell'Invito all'Azione contenuto nella *Dichiarazione degli Innocenti 2005* sull'alimentazione di lattanti e bambini piccoli^d, accolto all'unanimità dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel 2006.

Scopo

Lo scopo di questo documento è di fornire una guida concisa, pratica (ma non specialistica) su come assicurare un'alimentazione appropriata a lattanti e bambini piccoli durante le emergenze. Alcuni elementi sono applicabili anche in situazioni di non-emergenza.

Destinatari

La Guida Operativa si focalizza in particolar modo sui lattanti e i bambini piccoli al di sotto dei 2 anni e su coloro che se ne prendono cura, riconoscendo loro una particolare vulnerabilità negli stati di emergenza.

È destinato al personale di primo soccorso e ai direttori di progetto delle

agenzie che lavorano in programmi di emergenza, compresi i governi nazionali, le agenzie delle Nazioni Unite (NU), le organizzazioni non governative (ONG) nazionali ed internazionali e i donatori. Riguarda le situazioni di emergenza in tutti i Paesi, ma anche le situazioni di non-emergenza, durante quali è utile prepararsi nell'eventualità di emergenze future.

Struttura

Questo documento si apre con un sommario di punti chiave, a cui seguono sei sezioni di passi concreti, i contatti-chiave (*Sezione 7*), i riferimenti bibliografici (*Sezione 8*) e infine le definizioni (*Sezione 9*). Ulteriori informazioni su come mettere in pratica la Guida sono citate nell'intero documento (*1-30*). Materiale supplementare su come i media e il pubblico possono contribuire all'applicazione della Guida si può ottenere in (*2,8*). La valutazione medica e la cura della denutrizione grave di lattanti e bambini piccoli non vengono considerate in questo documento (*vedi (9) e (24b) per le fonti relative a queste informazioni*).

Feedback e Sostegno

L'IFE Core Group accoglie favorevolmente commenti su questo documento e sulla sua applicazione sul campo. Inoltre stiamo predisponendo una lista di organizzazioni che sostengono la Guida Operativa. Un'organizzazione sostiene la Guida quando le sue strategie e le sue linee di condotta sono in accordo con la Guida e/o la Guida è in linea con la filosofia dell'organizzazione e le sue direttive sono considerate un obiettivo da perseguire.

Potete registrare il sostegno della vostra organizzazione alla Guida Operativa e visualizzare la lista corrente di sostenitori *online* all'indirizzo <http://www.ennonline.net> oppure contattare:

IFE Core Group c/o Emergency Nutrition Network, 32, Leopold Street, Oxford, OX4 1TW, UK.

Tel: +44 (0)1865 324996

fax: +44 (0)1865 324997

email: ife@ennonline.net

<http://www.ennonline.net>

Un'attenta cura all'alimentazione infantile e il sostegno a buone pratiche possono salvare delle vite. Mantenere l'allattamento al seno, in particolare, è importante non solo durante dell'emergenza, ma può avere effetti per tutta la vita sulla salute del bambino piccolo e sulle future decisioni delle donne in merito all'alimentazione. Ogni gruppo di persone ha abitudini e tradizioni proprie su come alimentare lattanti e bambini piccoli. È importante conoscerle e usarle in modo adeguato, promuovendo le pratiche migliori.

Contenuti

| | |
|--|-----------|
| PUNTI CHIAVE | 6 |
| Passi Concreti (1-6) | 7 |
| 1 Aderire o sviluppare strategie | 7 |
| 2 Formare il personale | 7 |
| 3 Coordinare le operazioni | 8 |
| 3.1 Coordinamento dell'emergenza | 8 |
| 3.2 Creare abilità e sostegno tecnico | 8 |
| 4 Valutare e Monitorare | 9 |
| 4.1 Informazioni chiave | 9 |
| 4.2 Valutazioni rapide | 9 |
| 4.3 Informazioni chiave supplementari | 9 |
| <i>qualitative (4.3.1) e quantitative (4.3.2)</i> | |
| 5 Proteggere, promuovere e sostenere l'alimentazione ottimale di lattanti e bambini piccoli con interventi multisettoriali integrati | 11 |
| 5.1 Interventi essenziali | 11 |
| <i>razioni generali (5.1.1), alimentazione complementare e micronutrienti (5.1.2 - 5.1.5), registrazione dei nuovi nati (5.1.6, 5.1.7), sostegno ai caregiver (5.1.8, 5.1.9)</i> | |
| 5.2 Interventi tecnici | 13 |
| <i>formazione (5.2.1), sviluppo e integrazione dei servizi (5.2.2 -5.2.5), considerazioni su HIV e AIDS (5.2.7, 5.2.8)</i> | |
| 6 Ridurre i rischi da alimentazione artificiale | 15 |
| 6.1 Gestione di donazioni e forniture di SLM | 15 |
| 6.2 Stabilire e rendere operativi i criteri per l'individuazione dei destinatari e per l'uso dei SLM | 16 |
| 6.3 Controllo degli approvvigionamenti | 17 |
| <i>responsabilità degli enti donatori (6.3.1), tipo e fonte del latte artificiale per lattanti (6.3.2), etichettatura (6.3.3), condizioni di fornitura (6.3.4), biberon e tettarelle (6.3.6)</i> | |
| 6.4 Controllo della gestione e distribuzione | 19 |
| 7 Contatti chiave | 20 |
| 8 Riferimenti bibliografici e altre fonti di informazioni | 22 |
| 8.1 Linee guida | 22 |
| 8.2 Advocacy | 23 |
| 8.3 Informazioni tecniche | 23 |
| 8.4 Materiali per la formazione | 26 |
| 8.5 Monitoraggio e valutazione | 27 |
| 9 GLOSSARIO | 28 |

PUNTI CHIAVE

1. Un appropriato e tempestivo sostegno all'alimentazione di lattanti e bambini piccoli nelle emergenze [d'ora in poi: "AINE"] salva vite.
2. Ogni agenzia dovrebbe adottare o sviluppare una linea di condotta relativa all'alimentazione infantile nelle emergenze. L'agenzia dovrà adattare le proprie procedure a tale linea di condotta, assicurarne l'attuazione e diffonderla a tutto il personale (Sez. 1).
3. Gli enti dovrebbero assicurare la formazione e l'orientamento del loro personale, tecnico e non, sull'AINE, usando il materiale formativo disponibile (Sez. 2).
4. Nell'ambito dell'Approccio Coordinato (Cluster Approach) alle questioni umanitarie del Comitato Permanente Interagenzia (IASC) delle Nazioni Unite, l'UNICEF è solitamente l'organizzazione ONU responsabile del coordinamento sul campo dell'AINE. Gli altri organismi dell'ONU e le ONG hanno ruoli chiave in stretta collaborazione con il governo (Sez. 3).
5. Le informazioni chiave sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini piccoli devono essere integrate nelle procedure routinarie di valutazione rapida. Se necessario, si potrebbero condurre più valutazioni sistematiche usando le metodologie raccomandate (Sez. 4).
6. Si dovrebbero approntare dei semplici provvedimenti per garantire che i bisogni delle mamme, dei lattanti e dei bambini piccoli vengano presi in considerazione sin dalle prime fasi dell'emergenza. Anche gli aiuti per chi si prende cura dei piccoli e per i bambini con bisogni particolari, ad esempio orfani e bambini piccoli rimasti soli, devono essere stabiliti sin dall'inizio (Sez. 5).
7. Il sostegno all'allattamento al seno e all'alimentazione dei lattanti e bambini piccoli dovrebbero integrarsi negli altri servizi rivolti a mamme, lattanti e bambini piccoli (Sez. 5).
8. Alimenti adatti a soddisfare i bisogni nutrizionali dei lattanti all'avvio dello svezzamento e dei bambini piccoli devono essere inclusi nelle normali razioni per popolazioni bisognose di aiuti alimentari (Sez. 5).
9. Le forniture - donate o sovvenzionate - dei sostituti del latte materno (ad esempio latte artificiale) andrebbero evitate. Le donazioni di biberon e tettarelle andrebbero rifiutate durante le emergenze. Tutte le donazioni dei sostituti del latte materno, biberon e tettarelle fatte a fin di bene, ma incautamente, dovrebbero essere sottoposte al controllo di un'unica agenzia designata (Sez. 6).
10. La decisione di accettare, procurare, usare o distribuire latte artificiale durante le emergenze deve essere presa da personale tecnico informato dopo averne discusso con l'ente coordinatore e gli altri enti tecnici; inoltre, deve essere regolata da precisi criteri (Sez. 6).
11. I sostituti del latte materno, altri alimenti per lattanti e di proseguimento, biberon e tettarelle non devono mai essere inclusi in una distribuzione collettiva di viveri. I sostituti del latte materno e altri alimenti a base di latte devono essere distribuiti solamente secondo rigorosi criteri riconosciuti, forniti solamente alle mamme o a chi si prende cura di quei bambini che ne hanno bisogno. L'uso di biberon e tettarelle durante le emergenze dovrebbe essere attivamente evitato (Sez. 6).

PASSI CONCRETI

1 Aderire o sviluppare strategie

- 1.1** Ogni agenzia dovrebbe, a livello centrale, aderire ad una strategia^e o svilupparne una propria che si occupi di:
- alimentazione di lattanti e bambini piccoli durante le emergenze, evidenziando la necessità di difendere, promuovere e sostenere l'allattamento al seno e un'adeguata alimentazione complementare nei tempi dovuti.
 - reperimento, distribuzione e uso dei sostituti del latte materno (SLM), altri alimenti a base di latte, alimenti commerciali per bambini piccoli e attrezzatura per l'alimentazione infantile; rispetto del Codice.
- 1.2** Le strategie dovrebbero essere ampiamente diffuse, integrate con le altre linee di condotta e procedure dell'organizzazione, adattate in modo coerente a tutti i livelli.

2 Formare il personale

- 2.1** Ogni agenzia dovrebbe garantire un **orientamento di base** per tutto il personale coinvolto (a livello nazionale e internazionale) per sostenere un'appropriata alimentazione di lattanti e bambini piccoli durante le emergenze. Questo implica la consapevolezza che le aspettative culturali e le esperienze personali dello staff possono rappresentare delle barriere alla comprensione ed all'attuazione della pratica suggerita, e quindi sono fattori da considerare. *Sono raccomandati per la formazione i seguenti materiali: la strategia propria dell'agenzia laddove esista, questa Guida Operativa e i Moduli I e II dell'IFE (24a e 24b).*
- 2.2** Oltre a questo, il personale coinvolto in programmi di salute e nutrizione avrà bisogno di una formazione specifica utilizzando, ad esempio, il Modulo II dell'IFE (24b) che include l'orientamento sulle linee guida disponibili (9-23), il corso di formazione OMS/UNICEF *Allattamento al seno: corso pratico di counselling (26)* e *le risorse per la rilattazione (18)*. Un elenco dei gruppi esistenti a livello nazionale dotati di personale con competenze specifiche è reperibile sul sito www.mami.org

- 2.3** Competenze specifiche nel *counselling* e nel sostegno all'allattamento al seno o nella formazione su questi temi potrebbero essere reperite a **livello nazionale** per mezzo del Ministero della salute, UNICEF, OMS, La Leche League, IBFAN e a **livello internazionale** per mezzo dell'ILCA^f, OMS, UNICEF o IBFAN-GIFA^g. Un elenco dei gruppi esistenti a livello nazionale dotati di personale con competenze specifiche è reperibile sul sito www.mami.org

3 Coordinare le operazioni

- 3.1** Nell'ambito dell'Approccio Coordinato alle questioni umanitarie del Comitato Permanente Interagenzia (IASC) delle Nazioni Unite, solitamente l'agenzia responsabile del coordinamento sul campo dell'AINE è l'UNICEF. Nel caso in cui l'UNICEF non sia presente, un'altra agenzia con le necessarie competenze dovrebbe essere designata al coordinamento. In un'operazione di emergenza, sono richiesti i seguenti livelli di coordinamento:

- coordinamento delle linee di condotta: le linee di condotta delle singole agenzie e quelle nazionali dovrebbero fornire la base per concordare la specifica linea programmatica da adottare per le operazioni di emergenza
- coordinamento intersettoriale: le diverse agenzie dovrebbero prender parte alle riunioni di coordinamento settoriali ad esse pertinenti (salute/nutrizione, aiuti alimentari, acqua e servizi igienici e servizi sociali) per garantire l'applicazione della linea di condotta
- sviluppo di un piano di azione per le operazioni di emergenza che identifichi ambiti e gestione delle responsabilità delle agenzie
- diffusione delle linee di condotta e del piano di azione ad agenzie operative e non, compresi i donatori e i media (ad es. per garantire che le spedizioni di aiuti umanitari e le donazioni rispettino il Codice e questa Guida Operativa)
- valutazione del risultato degli interventi a favore dell'alimentazione di lattanti e bambini piccoli quando l'operazione di emergenza sia finita

- 3.2** Il gruppo di coordinamento deve valutare e riferire i bisogni per quanto riguarda il rinforzo delle capacità e il sostegno tecnico tra i partner operativi. Se non è possibile assicurare finanziamenti supplementari per soddisfare i bisogni così identificati, il coordinamento e la qualità degli interventi per l'alimentazione di lattanti e bambini

piccoli saranno gravemente compromessi.

4 Valutare e monitorare

4.1 Per determinare le priorità di azione e risposta, si dovrebbero ottenere le **informazioni chiave** sull'alimentazione di lattanti e bambini piccoli durante le prime valutazioni. Nei team di valutazione dovrebbe essere presente almeno una persona che abbia ricevuto l'orientamento di base sull'alimentazione infantile durante le emergenze (*vedi 2.1*). Le valutazioni dovrebbero essere coordinate e i risultati dovrebbero essere condivisi attraverso il gruppo di coordinamento.

4.2 Le informazioni chiave da ottenere nelle prime fasi attraverso **rapide analisi di contesto** routinarie e attraverso l'osservazione e il confronto includono:

- un profilo demografico, che rilevi chiaramente se i seguenti gruppi sono sotto o sovra-rappresentati: donne, lattanti e bambini piccoli, donne incinte e bambini non accompagnati^h
- le pratiche alimentari prevalenti, compreso l'inizio precoce dell'allattamento esclusivo al seno, e se il ricorso al baliatico sia tradizionalmente praticato
- se vi è una ingente disponibilità di SLM, alimenti a base di latte, biberon, tettarelle e tiralatte, tra la popolazione colpita dall'emergenza e nei normali circuiti distributivi
- qualsiasi problema che sia stato segnalato riguardo l'alimentazione di lattanti e bambini piccoli, in particolar modo i problemi legati all'allattamento al seno e allo scarso accesso a cibi complementari adeguati
- gli approcci osservati e pre-crisi rispetto all'alimentazione dei lattanti orfani
- i rischi per la sicurezza di donne e bambini piccoli

4.3 Se l'analisi rapida di contesto indica la necessità di un'ulteriore valutazione, si dovrebbero raccogliere **informazioni chiave aggiuntive** nell'ambito di un'analisi approfondita delle cause di malnutrizione (*1*)

4.3.1 Usare i **metodi qualitativi** per:

- valutare la disponibilità di cibi adatti all'alimentazione

complementare dei bambini piccoli nella razione generale e nei programmi di alimentazione mirata

- valutare l'ambiente dal punto di vista igienico, incluse qualità e quantità di acqua, il combustibile, i servizi igienici, gli alloggi, le attrezzature per la preparazione e la cottura del cibo
- valutare l'aiuto offerto dalle infrastrutture sanitarie per le cure prenatali, per il parto, per il post-parto e l'assistenza ai bambini piccoli
- identificare tutti i fattori che ostacolano l'allattamento al seno
- identificare e valutare la competenza di coloro che possono offrire sostegno (mamme che allattano al seno, operatori sanitari formati, consulenti formati, donne esperte della comunità)
- identificare i principali decisori che influenzano le pratiche di alimentazione di lattanti e bambini piccoli a livello di unità familiari, comunità e struttura sanitaria locale.
- Identificare le barriere culturali avverse alle pratiche consigliate quali la rilattazione, la spremitura del latte materno o il baliatico.

4.3.2 Usare i **metodi quantitativi** o le statistiche routinarie di salute esistenti per stimare:

- il numero dei lattanti e dei bambini piccoli, accompagnati e non, al di sotto dei due anni (dati stratificati per età per 0-6 mesi, 6-12 mesi, 12-24 mesi), dei bambini di 24-60 mesi (2-5 anni), delle donne incinte e in fase di allattamento
- l'adeguatezza nutrizionale della razione alimentare
- la morbilità e mortalità dei lattantiⁱ
- le pratiche di alimentazione di lattanti e bambini piccoli, tra cui i metodi di alimentazione (tazzina o biberon; metodi per facilitare lattanti e bambini piccoli nell'alimentazione complementare); *dettagli circa gli indicatori standard e la metodologia per la raccolta dei dati sono riportati in (28), (29) e (30)*
- le pratiche pre-crisi di alimentazione (dalle fonti di dati esistenti^j) e tutti i cambiamenti recenti
- la disponibilità, la gestione e l'utilizzo di SLM, tazzine, biberon e tettarelle: dati ottenibili mediante osservazione, intervista e monitoraggio - un esempio di scheda di monitoraggio è disponibile in (24b).

4.3.3 Conservare i documenti per analisi future, condividere esperienze e

pratiche con altre agenzie e *network* per contribuire all'informazione e migliorare la programmazione e le strategie (vedi Sezione 7.0 per i contatti).

5 Proteggere, promuovere e sostenere l'alimentazione ottimale di lattanti e bambini piccoli con interventi multisettoriali integrati

5.1 Interventi essenziali

5.1.1 Assicurare che siano soddisfatti i **bisogni nutrizionali di tutta la popolazione**, rivolgendo una particolare attenzione all'accessibilità a prodotti idonei, da usare come alimenti complementari per bambini piccoli^k. Nelle situazioni in cui i bisogni nutrizionali non siano soddisfatti, richiedere una razione generale appropriata in quantità e qualità. In situazioni in cui siano disponibili gli alimenti supplementari, ma non cibo sufficiente per tutta la popolazione, privilegiare le donne in gravidanza e in allattamento.

5.1.2 Dove i cibi ad alto contenuto nutrizionale scarseggiano e finché non siano divenuti disponibili, dovrebbero esser fornite integrazioni di micronutrienti alle donne in gravidanza e in allattamento, e ai bambini tra i 6 e i 59 mesi^l. Tuttavia, nelle **aree in cui la malaria è endemica**, la supplementazione *sistematica* con preparati contenenti ferro e acido folico *non è raccomandata* in lattanti e bambini piccoli. La sicurezza di preparati a base di ferro somministrati attraverso integrazioni domestiche di alimenti complementari per lattanti e bambini piccoli, per esempio polverine, tavolette e creme a base di grassi, non è sicura a causa della mancanza di sufficienti ricerche ed esperienze. Le attuali raccomandazioni suggeriscono quindi di trattare la malaria e la carenza di ferro secondo le linee guida esistenti^m.

5.1.3 **L'alimentazione complementare** per i lattanti più grandi (oltre i sei mesi) e i bambini piccoli (12≤24 mesi) nelle emergenze può comprendere:

- alimenti essenziali presenti nelle razioni generali, integrati con cibi poco costosi disponibili localmente
- alimenti miscelati integrati con micronutrienti, ad es. miscele di mais e soia, di grano e soia (come componenti di un'alimentazione integrativa o della razione generale)

- alimenti ricchi di nutrienti nell'ambito dei programmi di alimentazione supplementare
- 5.1.4** In ogni situazione, si dovrebbe fare particolare attenzione al valore nutritivo della razione di cibo distribuita a lattanti e bambini piccoli i cui specifici bisogni nutrizionali spesso non sono coperti dalla normale razione. Alimenti densi e nutrienti per bambini, sia arricchiti che non arricchiti, dovrebbe essere scelti prendendo in considerazione le possibili carenze di micronutrienti.
- 5.1.5** Laddove una popolazione dipenda da aiuti alimentari, nella razione alimentare generale dovrebbe essere incluso anche un alimento arricchito con micronutrienti per i lattanti più grandi e i bambini piccoli⁹. Gli “alimenti terapeutici pronti per l'uso” (Ready to Use Therapeutic Foods - RUTF) sono formulati per la gestione della denutrizione e non sono un cibo complementare adatto ai lattanti (*vedi definizione*).
- 5.1.6** Prima di distribuire un alimento commerciale per bambini piccoli (*vedi definizione*) in un'emergenza, si dovrebbero valutare i costi comparati dei cibi locali di analogo valore nutritivo e considerare il rischio di indebolire le pratiche tradizionali di alimentazione complementare. Di regola, gli alimenti commerciali costosi per bambini piccoli non devono essere presenti tra i sussidi distribuiti in caso di emergenza.
- 5.1.7** Assicurare che la registrazione dei bambini al di sotto dei due anni avvenga secondo specifiche classi di età: 0-6 mesi, 6-12 mesi, 12-24 mesi e di bambini piccoli di 24-60 mesi (2-5 anni), per determinare le dimensioni dei gruppi di beneficiari potenziali.
- 5.1.8** Costituire il registro dei nuovi nati entro due settimane dal parto, per assicurare un accesso tempestivo all'assegnazione della razione familiare aggiuntiva e per assicurare un sostegno particolare all'allattamento al seno (soprattutto se esclusivo) se è necessario.
- 5.1.9** Nel caso di popolazioni di rifugiati, profughi e sfollati, garantire delle aree di riposo lungo il tragitto e stabilire, dove culturalmente appropriato, aree separate per l'allattamento al seno. Monitorare i nuovi arrivi per identificare le mamme o i lattanti con gravi problemi di alimentazione e indirizzarli all'assistenza immediata. Costituire e promuovere il sostegno da mamma-a-mamma, dove culturalmente

appropriato.

5.1.10 Assicurare ai caregivers l'accesso facile e sicuro ai rifornimenti idrici, ai servizi igienici e ai generi alimentari e non.

5.2 Interventi tecnici

5.2.1 Formare gli operatori della salute/nutrizione/comunità affinché promuovano, proteggano e sostengano l'alimentazione ottimale di lattanti e bambini piccoli nel più breve tempo possibile dopo l'inizio dell'emergenza. Le conoscenze e le competenze del personale formato dovrebbero aiutare mamme e caregivers a mantenere, aumentare o ristabilire l'allattamento al seno attraverso la rilattazione, incluso il possibile uso di un dispositivo per l'alimentazione supplementare - (2), (18), (24b) - *se appropriati culturalmente e se esistono strutture che ne assicurino un uso igienico (vedi Sezione 6.2)*. Se non è possibile l'allattamento al seno da parte della mamma naturale, operare le opportune scelte tra le alternative possibili (balia, latte umano da banca del latte, latte artificiale non di marca (generico), latte artificiale commerciale acquistato localmente, latte modificato a casa) - (2) e (24b).

5.2.2 Integrare la formazione e il sostegno all'allattamento al seno e all'alimentazione di lattanti e bambini piccoli a tutti i livelli dell'assistenza sanitaria: servizi di salute materno-infantileⁿ, inclusa l'assistenza pre e post natale, pianificazione familiare, ostetriche, levatrici tradizionali e reparti di maternità (i *10 Passi per il successo dell'allattamento al seno* dell'Iniziativa "*Ospedali amici dei bambini*" dovrebbero essere parte integrante dei servizi di maternità nelle emergenze (2)); servizi di vaccinazione, di monitoraggio della crescita (consultori familiari e pediatria di base), servizi di cura, programmi alimentari specifici (di supplemento e di terapia) ed i servizi sanitari di comunità. Questo può comportare di lavorare con tutte le agenzie locali per assicurarsi che la loro attività risponda a queste raccomandazioni.

5.2.3 Allestire spazi per madri/caregivers che hanno bisogno di sostegno individuale per l'allattamento al seno e l'alimentazione dei bambini piccoli. Fare in modo che il sostegno all'alimentazione artificiale sia dato in un luogo diverso da quello in cui viene dato sostegno all'allattamento al seno. Si dovrebbe fare particolare attenzione a coloro che si occupano di bambini da poco tempo, e si dovrebbero

trovare soluzioni e supervisioni speciali per donne che stanno cercando di aumentare la propria produzione di latte e che durante il processo di rilattazione potrebbero ricorrere sia all'alimentazione artificiale sia all'allattamento al seno.

- 5.2.4** Costituire servizi per provvedere ai bisogni immediati di alimenti e di cure di lattanti e bambini piccoli orfani o non accompagnati.
- 5.2.5** Fornire le informazioni e il sostegno necessari per assicurare la corretta preparazione di alimenti complementari inusuali forniti attraverso i programmi alimentari e che tutto il cibo possa essere preparato igienicamente. Sostenere i caregivers nell'aiutare i bambini piccoli a mangiare quanto messo a loro disposizione.
- 5.2.6** Sottolineare l'importanza della prevenzione primaria della trasmissione dell'HIV attraverso mezzi come la fornitura di preservativi.
- 5.2.7** Dove si ignori se la madre sia HIV positiva, o si sappia che è negativa, la si dovrebbe aiutare ad allattare al seno secondo le raccomandazioni previste per l'alimentazione ottimale di lattanti e bambini piccoli (*vedi definizioni*)^o.
- 5.2.8** Le donne HIV positive dovrebbero essere aiutate a prendere una decisione consapevole sull'alimentazione infantile. Per la maggior parte delle donne in stato di emergenza è improbabile che l'alimentazione sostitutiva o l'interruzione precoce dell'allattamento al seno (*vedi definizioni*) sia un'opzione **Accettabile, Fattibile, Accessibile, Sostenibile e Sicura (AFASS)**. I rischi di infezione o di malnutrizione in seguito all'uso di SLM possono essere maggiori del rischio di trasmissione dell'HIV attraverso l'allattamento al seno. Di conseguenza, l'inizio precoce dell'allattamento al seno *esclusivo* per i primi sei mesi compiuti e il proseguimento dell'allattamento nel secondo anno di vita possono fornire la migliore probabilità di sopravvivenza per lattanti e bambini piccoli nelle emergenze. La decisione dovrebbe essere basata sulla valutazione della situazione personale della donna ma dovrebbe tenere in grande considerazione la disponibilità di servizi sanitari, il counselling e il sostegno che potrà ricevere. L'alimentazione mista (ossia allattamento al seno e somministrazione di SLM), è la scelta peggiore, poiché comporta un più alto rischio di trasmissione rispetto all'allattamento al seno esclusivo.

In tutti i casi, a causa delle lacune nella ricerca e nell'esperienza attuali, è opportuno consultare personale con esperienza per avere

suggerimenti aggiornati.

(Vedi i riferimenti (6), (7), (13), (14), e (25). Per evidenze scientifiche più aggiornate, si rimanda a http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_car_e/child/nutrition/hivif/en/index.html)

6 Ridurre i rischi da alimentazione artificiale

Durante le emergenze, la destinazione d'uso, il reperimento, la gestione e la distribuzione di SLM, alimenti a base di latte, biberon e tettarelle dovrebbero essere rigorosamente controllati in base alle raccomandazioni tecniche, e dovrebbero conformarsi al Codice Internazionale e tutte le pertinenti Risoluzioni AMS (4).

La Sezione 6.1 stabilisce come gestire le donazioni di SLM e quali siano le responsabilità delle agenzie che forniscono SLM ad altri.

Le Sezioni 6.2-6.4 descrivono a grandi linee come controllare le forniture dei SLM che vengono acquistate.

6.1 Gestire donazioni e forniture di SLM

6.1.1 Nelle emergenze le donazioni di SLM non sono necessarie e possono mettere a rischio la vita dei lattanti. Questa informazione dovrebbe essere fornita ai potenziali donatori (inclusi i governi e le forze militari) e ai media, sia in situazioni di non emergenza (per essere meglio preparati) sia, specialmente, nelle prime fasi di gestione dell'emergenza.

6.1.2 Non si dovrebbero richiedere donazioni di SLM, né accettare donazioni non richieste. Gli interventi per finanziare l'alimentazione artificiale, invece, andrebbero destinati all'acquisto di forniture di SLM insieme ad altri aiuti essenziali per rendere possibile l'alimentazione artificiale, come il combustibile, l'attrezzatura da cucina, l'acqua potabile e i servizi igienici, la formazione dello staff e il personale qualificato.

6.1.3 Ogni donazione non richiesta di SLM, alimenti a base di latte, biberon e tettarelle dovrebbe essere raccolta da un'agenzia designata, preferibilmente dai punti di accesso all'aerea d'emergenza, sotto le direttive del gruppo di coordinamento. Queste forniture dovrebbero essere conservate fin quando l'UNICEF - o l'agenzia designata per la gestione degli alimenti - insieme al governo se operativo, sviluppi un piano per il loro utilizzo sicuro o la loro eventuale distruzione.

6.1.4 Un'agenzia dovrebbe rifornire di SLM un'altra agenzia solo se entrambe stanno lavorando per la Risposta sanitaria e nutrizionale all'emergenza (*vedi definizione*) e solo se sono soddisfatte le disposizioni della Guida Operativa e del Codice (*vedi 6.2-6.4*). Sia l'agenzia che rifornisce che quella che riceve la fornitura hanno la responsabilità di garantire che le disposizioni della Guida Operativa e del Codice vengano applicate e continuano ad esserlo per tutta la durata dell'intervento.

6.2 Stabilire e rendere operativi criteri per l'individuazione dei destinatari e per l'uso dei SLM

6.2.1 Il latte artificiale dovrebbe essere destinato solo ai lattanti che ne hanno bisogno, come stabilito dalla valutazione di un operatore sanitario qualificato, con specifica formazione in tema di allattamento al seno e di alimentazione infantile. Tale valutazione dovrebbe sempre prendere in considerazione la possibilità di una balia o di utilizzare latte umano spremuto donato.

6.2.2 Esempi di criteri per l'utilizzo temporaneo o a lungo termine di latte artificiale possono essere: madre assente o deceduta, madre gravemente malata, madre in fase di rilattazione fino a quando la lattazione non sia ristabilita, madre HIV positiva che ha scelto di non allattare al seno, laddove siano soddisfatti i criteri AFASS (*vedi 5.2.8*), madre che rifiuta il bambino, madre che nutrive artificialmente il lattante prima dell'emergenza, madre vittima di stupro che non desidera allattare al seno (*vedi 24a e 24b*). Bisogna aver cura di non stigmatizzare la scelta di usare il latte artificiale.

6.2.3 L'uso di latte artificiale da parte di singoli caregiver dovrebbe sempre essere associato alla formazione, a dimostrazioni faccia-a-faccia e all'esercitazione pratica sull'**adeguata preparazione**^p del latte artificiale, e anche a visite di controllo regolari da parte di operatori sanitari qualificati sia nei punti di distribuzione del latte artificiale che a casa. **Le visite di controllo** dovrebbero includere il monitoraggio regolare del peso del lattante al momento della distribuzione (non meno di due volte al mese).

6.2.4 Quando l'utilizzo di latte artificiale è indicato, l'UNICEF o l'agenzia designata per la gestione degli alimenti dovrebbe **formare** e sostenere le agenzie nella formazione del personale e delle madri su come preparare e usare il latte artificiale in modo sicuro in quello

specifico contesto.

6.2.5 La disponibilità di combustibile, acqua e attrezzature per la preparazione sicura di sostituti del latte materno a livello di unità familiari dovrebbe essere sempre valutata accuratamente prima di attuare un programma di uso domestico dei SLM. Nel caso in cui questi elementi non siano disponibili e dove non sia possibile garantire una preparazione e un uso sicuro del latte artificiale, si dovrebbe intraprendere la ricostituzione e il consumo in aree apposite (la cosiddetta alimentazione “liquida”). Quando le condizioni vengono ritenute adatte all'alimentazione artificiale, sono necessarie successive rivalutazioni per assicurarsi che tali condizioni continuino ad essere soddisfatte.

6.3 Controllo degli approvvigionamenti

6.3.1 Le **organizzazioni donatrici** che intendono finanziare forniture di SLM e altri alimenti a base di latte dovrebbero assicurarsi che da parte dell'agenzia coinvolta siano attuate le disposizioni della Guida Operativa e del Codice. Questo potrebbe incidere sui costi per soddisfare eventuali bisogni connessi (*vedi ad esempio 6.1.2 e 6.3.3*). Gli interventi a sostegno dei lattanti non allattati al seno dovrebbero sempre contemplare delle misure che tutelino i lattanti allattati al seno. La stessa attenzione si dovrebbe avere per finanziare il sostegno alle mamme che allattano inteso come un intervento di emergenza che potrebbe consistere interamente in competenze invece che in beni materiali.

6.3.2 Si dovrebbero verificare tipo e fonte dei SLM da acquistare:

- Il latte artificiale generico (non di marca) è consigliato come prima scelta, seguito da quello acquistato localmente. Il latte animale modificato a casa dovrebbe essere usato solo come misura temporanea e come ultima risorsa per i lattanti al di sotto dei 6 mesi di età⁹.
- Il latte artificiale dovrebbe essere prodotto e confezionato secondo le regole del *Codex Alimentarius* e avere una scadenza di almeno 6 mesi dal ricevimento della fornitura.
- Il tipo di latte artificiale dovrebbe essere adatto al lattante e alla sua età. I lattati con formulazioni speciali, detti “di

⁹Nei programmi alimentari “Wet feeding” (alimentazione “liquida”) è il termine che designa una preparazione e somministrazione centralizzata, al contrario di “Dry feeding” (alimentazione “secca”) in cui gli alimenti vengono distribuiti in polvere per essere ricostituiti e consumati nelle proprie abitazioni.

proseguimento”, non sono necessari. Anche i “latte per la crescita”, spesso commercializzati per bambini oltre i 12 mesi, non sono necessari.

Dove ci sono rifugiati, secondo le politiche dell’UNHCR⁵ e di questa Guida Operativa, l’UNHCR procurerà latte artificiale solo dopo l’esame e l’approvazione delle proprie unità tecniche. L’ UNICEF non fornisce latte artificiale per lattanti.

- 6.3.3** Le etichette del latte artificiale reperito dovrebbero essere scritte nella lingua del posto e corrispondere ai requisiti di etichettatura del Codice Internazionale (21). Questi includono: dichiarare la superiorità dell’allattamento al seno, indicare che il prodotto dovrebbe essere usato solo dietro consiglio di un operatore sanitario e mettere in guardia circa i rischi per la salute; non ci dovrebbero essere immagini di lattanti o altre immagini che idealizzino l’uso del latte artificiale. I prodotti acquistati potrebbero aver bisogno di essere nuovamente etichettati prima della distribuzione, il che probabilmente comporterà considerevoli implicazioni di tempo e costi. *(Un esempio di un’etichetta di massima è disponibile in (24a) e online presso <http://www.enonline.net>).*
- 6.3.4** L’approvvigionamento dovrebbe essere gestito in modo tale che la **fornitura di latte artificiale per lattanti** sia sempre sufficiente e continui fin quando i lattanti a cui è destinato ne avranno bisogno - fin quando l’allattamento al seno non verrà ristabilito o almeno fino ai 6 mesi di età. In seguito sono necessari latte artificiale o altro latte ed altri alimenti di origine animale per tutto il periodo di alimentazione complementare (6-24 mesi di età)⁶.
- 6.3.5** L’uso di **biberon e tettarelle** dovrebbe essere fortemente scoraggiato in situazioni di emergenza, a causa dell’alto rischio di contaminazione e della difficoltà nella pulizia. Si dovrebbe promuovere attivamente l’uso di tazze (senza beccucci). L’uso di dispositivi per l’alimentazione supplementare e di tiralatte dovrebbe essere preso in considerazione solo dove è possibile pulirli adeguatamente.
- 6.3.6** Il **latte terapeutico** non è un sostituto appropriato del latte materno e andrebbe usato solo nella gestione della denutrizione grave secondo le attuali linee guida internazionali (9).

6.4 Controllo della gestione e distribuzione

- 6.4.1** Dove siano soddisfatti i criteri per l'uso dei SLM (*vedi 6.2*), il latte artificiale *acquistato* dalle agenzie che operano nella Risposta sanitaria e nutrizionale d'emergenza (*vedi definizione*) possono essere utilizzati all'interno del sistema sanitario o distribuiti da esso^u. Tuttavia, la distribuzione dovrebbe essere effettuata in modo separato e non come parte della distribuzione generale di razioni alimentari, per evitarne l'effetto diffusivo o “*spillover*” (ovvero la diffusione a chi non ne ha bisogno).
- 6.4.2** SLM, alimenti a base di latte, biberon e tettarelle non dovrebbero mai far parte di una distribuzione generale o non mirata. Prodotti a base di latte disidratato [che, una volta ricostituito, non è adatto a sostituire il latte materno] andrebbero distribuiti solo quando premiscelati con alimenti di base macinati (farina lattea), non come prodotti a sé stanti (5). Il latte disidratato può essere rifornito come prodotto a sé stante solo per preparare latte terapeutico per l'alimentazione terapeutica sul posto (usando una miscela di vitamine e minerali come il CMV).
- 6.4.3** Secondo il Codice Internazionale, non si dovrebbero dare alle mamme singole confezioni (campioni omaggio) di SLM, a meno che esse non siano una parte della fornitura garantita come continuativa di latte artificiale (*vedi 6.3.4*).
- 6.4.4** Secondo il Codice Internazionale, non si dovrebbero promuovere i SLM nei punti di distribuzione, né con esposizioni di prodotti, né con articoli recanti il marchio dell'azienda produttrice; inoltre le forniture di SLM non dovrebbero essere usate come un incentivo alla vendita.

7 Contatti chiave

- 7.1** Le violazioni del Codice Internazionale dovrebbero essere segnalate alla Coalizione Italiana per il Monitoraggio del Codice (ICMC), email: icmc@ibfanitalia.org e violazioni@ibfanitalia.org
Maggiori informazioni sull'ICMC sono presenti sul sito di IBFAN Italia, www.ibfanitalia.org, dove è anche possibile compilare un formulario online per segnalare le violazioni.
- 7.2** Ogni questione relativa all'alimentazione di lattanti e bambini piccoli o sul coordinamento dell'AINE in un'emergenza dovrebbe essere indirizzata all'UNICEF, a livello nazionale/regionale. Per maggiori informazioni contattare l'UNICEF presso la sua sede principale: pdpimas@unicef.org
- 7.3** Ogni questione relativa all'accettazione, distribuzione e utilizzo degli alimenti a base di latte nei programmi alimentari per i rifugiati (*UNHCR policy on the acceptance, distribution and use of milk products in feeding programmes in refugee settings*) dovrebbero essere segnalate all'UNHCR a livello regionale o centrale. Contattare: Servizio di sostegno tecnico dell'UNHCR: HQTS01@unhcr.org
- 7.4** Per osservazioni sulle disposizioni della Guida Operativa o per condividere esperienze sul campo sulla sua applicazione, contattare l'IFE Core Group presso l'Emergency Nutrition Network (ENN). Contattare: ife@enonline.net

Note

- ^a i) Food and Nutrition Handbook. World Food Programme. 2000.
ii) Handbook for Emergencies. United Nations High Commissioner for Refugees. 2006, third edition.
iii) Technical Notes: Special Considerations for Programming in Unstable Situations. UNICEF Programme Division and Office of Emergency Programmes, January 2001.
iv) Revised MSF Guidelines (forthcoming 2006).
v) Management of Nutrition in Major Emergencies. OMS 2000.
vi) IFRC Handbook for Delegates.
vii) UNICEF Emergency Field Handbook. A Guide for UNICEF staff. July 2005.
viii) UNICEF Core Commitments for Children in Emergencies. March 2005.
- ^b Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, UNICEF/OMS, OMS, 2003
Traduzione in italiano: *Strategia Globale per l'alimentazione dei lattanti e dei bambini OMS/UNICEF*, disponibile:
http://www.mami.org/Docs/WHO_docs/Strategia_globale.pdf
- ^c A/RES/44/25, Convention on the Rights of the Child. 61st plenary meeting, 20 November 1989. <http://www.un.org/documents/ga/res/44/a44r025.htm>
Traduzione in italiano: *Convenzione sui diritti dell'infanzia*, disponibile:
<http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeAttachment.php/L/IT/D/D.261f2fab15d8f523d608/P/BLOB%3AID%3D51>
- ^d <http://innocenti15.net/declaration.htm>. Welcomed by the WHO 59th World Health Assembly. 4 May 2006. A59/13. Provisional agenda item 11.8. WHA 59.21
Traduzione in italiano: *L'alimentazione dei lattanti e dei bambini. Dichiarazione degli Innocenti 2005*, disponibile: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_it_v.pdf
- ^e Un modello di strategia che si raccomanda è nel riferimento (2), sezione 7.
- ^f ILCA: email: ilca@erols.com
- ^g GIFA: email: info@gifa.org
- ^h Orientativamente, in un Paese in via di sviluppo con un alto tasso di nascite, ci si può aspettare che le proporzioni siano: lattanti 0-6 mesi: 1,35%; da 6 a 12 mesi: 1.25%; bambini piccoli di 12-24 mesi: 2.5%; bambini totali al di sotto dei 5 anni: 12.5%; donne incinte e in allattamento: 5-7% a seconda della durata media dell'allattamento. N.B. Questi dati sono approssimativi e dipendono dai tassi di natalità e da quelli di mortalità infantile.
- ⁱ La valutazione della malnutrizione nei lattanti con le curve di crescita NCHS disponibili ad aprile 2006 è problematica; tuttavia sono ora disponibili i nuovi standard di crescita dell'OMS, basati su una popolazione di bambini allattati al seno. Vedi <http://www.who.int/childgrowth/en/>. La valutazione della diarrea nei lattanti allattati al seno è problematica.
- ^j Per una visione d'insieme (Multi indicator cluster surveys): www.childinfo.org/; Demographic Health Surveys: www.macromint.com/dhs/; dati statistici per paese dell'UNICEF: www.unicef.org/statis; Health Information Network for Advanced Planning: www.hinap.org/; Data base globale dell'OMS sulla malnutrizione: www.who.int/nutgrowthdb/; dati sulla nutrizione in Africa: www.africanutrition.net
- ^k Food and nutrition needs in emergencies (*Cibo e bisogni alimentari nelle emergenze*), UNHCR, UNICEF, WFP, OMS, 2003. Disponibile in inglese: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/a83743.pdf>
- ^l Preventing and Controlling Micronutrient Deficiencies in people affected by the Asian Tsunami. Joint Statement by WHO and UNICEF (*Prevenzione e controllo delle carenze di micronutrienti nella popolazione asiatica colpita dallo tsunami. Dichiarazione congiunta di OMS e UNICEF*). OMS 2005. Disponibile in inglese: <http://www.who.int/topics/nutrition/publications/emergencies/Tsunami%20May%2005.pdf>
Per ulteriori informazioni, contattare: Dr Bruno de Benoist. Nutrition for Health and Development (NHD), OMS e-mail: debenoistb@who.int <http://www.who.int/>
- ^m Iron supplementation of young children in regions where malaria transmission is intense and infectious diseases highly prevalent. OMS Statement. (*Supplementazioni di ferro ai bambini piccoli in regioni in cui vi è una forte trasmissione della malaria e*

un'alta prevalenza di malattie infettive. Dichiarazione OMS). Disponibile in inglese: http://www.who.int/entity/child_adolescent_health/documents/pdfs/who_statement_iron.pdf

- ⁿ Servizi sanitari sulla salute riproduttiva sono da approntare nelle prime fasi di ogni emergenza. Vedi *Reproductive Health in Refugee Situations: an InterAgency Field Manual*, UNHCR 1999. (Riferimento (19)).
- ^o La Risoluzione dell'AMS 57.14 (2004): al punto 2. sollecita gli Stati Membri, come questione prioritaria, (3) a perseguire politiche e pratiche che promuovano (i) l'allattamento al seno alla luce del United Nations Framework for Priority Action on HIV and Infant Feeding (disponibile in varie lingue dalla pagina <http://www.who.int/nutrition/publications/hivaid/9241590777/en/>) e le nuove OMS/UNICEF Guidelines for Policy-Makers and Health-Care Managers (vedi riferimento (13)).
- ^p Linee guida tecniche dell'OMS per la preparazione sicura del latte artificiale in polvere saranno presto disponibili su <http://www.who.int/foodsafety/en/>.
- ^q Home-modified animal milk for replacement feeding: Is it feasible and safe? Discussion Paper Prepared for HIV and Infant Feeding Technical Consultation, 25-27 October 2006. (*Latte animale modificato in modo domestico: è fattibile e sicuro?*) Disponibile in inglese: <http://whqlibdoc.who.int/HQ/2006/a911064.pdf>
- ^r Risoluzione AMS 39.28 (1986).
- ^s Vedi riferimento (5): Policy of the UNHCR on the acceptance, distribution and use of milk products in refugee settings (2006). Disponibile online in inglese e francese <http://www.enonline.net>. Contact: ABDALLAF@unhcr.org or HQT501@unhcr.org
- ^t Per una guida su quando usare latte artificiale con bambini di 6-12 mesi d'età, vedi *Feeding the non-breastfed child 6-24 months age*, p14 (11)
- ^u La distribuzione di SLM donati in una qualunque parte del sistema sanitario è una violazione del codice Internazionale (Risoluzione AMS 47.5 (1994)).

8 Riferimenti bibliografici e altre fonti di informazioni

8.1 Linee guida

(1) Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva, World Health Organisation, 2004. Testo completo in inglese:

<http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/9241546069.pdf>

Traduzione italiana *Principi guida per l'alimentazione dei lattanti e dei bambini durante le emergenze*, disponibile su:

http://www.epicentro.iss.it/focus/terremoti/pdf/principi-guida_Oms.pdf

(2) Infant Feeding in Emergencies: Policy, Strategy and Practice. Report of the Ad Hoc Group on Infant Feeding in Emergencies, 1999. <http://www.enonline.net>

In italiano vedi "*I dieci passi per il successo dell'allattamento al seno*", disponibile su:

<http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeAttachment.php/L/IT/D/D.8e804f42b214dc080eec/P/BLOB%3AID%3D1146>

(3) The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. OMS, 1981. Full Codice and relevant WHA resolutions are at:
<http://www.ibfan.org/English/resource/who/fullcode.html>
http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF
Traduzione italiana *Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno*, disponibile su:
http://www.ibfanitalia.org/monitor_codice/Codice_internaz.htm

(4) The SPHERE Project (*Progetto Sfera*): Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. 2004.
<http://www.sphereproject.org/handbook>

The SPHERE Project, P.O. Box 372, 1211 Geneva 19, Switzerland

(5) Policy of the UNHCR on the acceptance, distribution and use of milk products in refugee settings (*Politica dell'UNHCR sull'accettazione, la distribuzione e l'uso degli alimenti a base di latte in aree con rifugiati*) (2006). Disponibile in inglese e francese su <http://www.unhcr.org> o <http://www.enonline.net>
Contatto: ABDALLAF@unhcr.org o HQTS01@unhcr.org

(6) OMS HIV and Infant Feeding Technical Consultation Consensus Statement. Held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants. Geneva, October 25-27, 2006.
Disponibile in inglese su: http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/consensus_statement.htm

(7) Le linee guida dell'OMS per una preparazione sicura del latte artificiale in polvere sono disponibili in varie lingue (non in italiano) alla pagina:
<http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/index.html>

8.2 Advocacy

(8) Infant feeding in emergencies. Do you know that your generous donations of breastmilk substitutes could do more harm than good? IBFAN-Gifa, Wemos, June 2001, 2nd edition.

8.3 Informazioni tecniche

(9) Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers. Geneva, World Health Organisation, 1999. In inglese:
http://www.who.int/nut/documents/manage_severe_malnutrition_eng.pdf

In altre lingue (ma non in italiano) dalla pagina
<http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9241545119/en/index.html>

(10) Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child (*Principi guida per l'alimentazione complementare del bambino allattato al seno*) PAHO/OMS, Division of Health Promotion and Protection/Food and Nutrition Program, Washington, DC, USA, 2003. In inglese: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/guiding_principles.pdf
In francese e spagnolo dalla pagina
<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/a85622/en/index.html>

(11) Feeding the non-breastfed child 6-24 months age (*Alimentare i bambini non allattati al seno di 6-24 mesi*). OMS/FCH/CAH/04.13 Solo in inglese: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_FCH_CAH_04.13.pdf

(12) Nutrition Feeding in Exceptionally Difficult Circumstances
Disponibile in inglese:
http://www.who.int/nutrition/topics/feeding_difficulty/en/index.html

(13) HIV and infant feeding. Guidelines for decision makers (*HIV e alimentazione dei lattanti. Linee guida per i decisori*). UNICEF, UNAIDS, OMS, UNFPA, 2003. In inglese, francese e spagnolo dalla pagina
<http://www.who.int/nutrition/publications/hiv aids/9241591226/en/>

(14) HIV and infant feeding. A guide for health-care managers and supervisors (*HIV e alimentazione dei lattanti. Guida per i responsabili e i supervisori dei servizi sanitari*). UNICEF, UNAIDS, OMS, UNFPA, 2003
In inglese, francese e spagnolo dalla pagina:
<http://www.who.int/nutrition/publications/hiv aids/9241591234/en/>

(15) Feeding in Emergencies for Infants under Six Months: Practical Guidelines (*L'alimentazione nelle emergenze dei bambini sotto i 6 mesi. Linee Guida pratiche*). K Carter, OXFAM Public Health Team, 1996. Richiedere a: OXFAM, 274 Banbury Road, Oxford OX2 7DZ, England.

(16) Helping Mothers to Breastfeed in Emergencies (*Aiutare le madri ad allattare nelle emergenze*). OMS European Office.
www.who.dk/nutrition/infant.htm

(17) Helping Mothers to Breastfeed. F. Savage King, AMREF, 1992.

Testo in italiano: *Allattamento al seno: come aiutare le madri*, edito da AMREF. Contattare www.amref.it

(18) Relactation: Review of Experiences and Recommendations for Practice. OMS, 1998. In inglese, francese e spagnolo dalla pagina: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/who_chs_cah_98_14/en/

(19) Reproductive Health in Refugee Situations: an Interagency Field Manual (*Salute riproduttiva in situazioni con rifugiati*). UNHCR, 1999. Visionabile in inglese dalla pagina <http://www.unfpa.org/emergencies/manual/>

(20) Risorse da LINKAGES

Facts for Feeding:

- (i) Recommended Practices to Improve Infant Nutrition during the First Six Months (July 2004)
- (ii) Guidelines for Appropriate CF of Breastfed Children 6-24m (April 2004)
- (iii) BM: A Critical Source of Vit A for Infants and Young Children (October 2001)
- (iv) Birth, Initiation of Breastfeeding, and the First Seven Days after Birth (July 2003)

(tutti scaricabili in inglese, francese, spagnolo e portoghese dalla pagina <http://www.linkagesproject.org/publications/index.php?series=5>)

Frequently Asked Questions:

- (i) Breastfeeding and HIV/AIDS (April 2004)
- (ii) Breastmilk and Maternal Nutrition (July 2004)
- (iii) Exclusive Breastfeeding: The Only Water Source Young Infants Need (June 2004)

Also: Mother-to-Mother Support for Breastfeeding (April 2004)

The Lactational Amenorrhea Method (September 2001).

(tutti scaricabili in inglese, francese, spagnolo dalla pagina <http://www.linkagesproject.org/publications/index.php?series=6>)

Fonte: LINKAGES, Academy for Educational Development, e-mail: linkages@aed.org <http://www.linkagesproject.org>.

(21) Protecting Infant Health. A Health Workers' Guide to the International Code of Marketing of Breastfeeding Substitutes, 9th edition. IBFAN, 1999.

Disponibile in italiano: *Proteggere la salute infantile. Una Guida per Operatori Sanitari al rispetto del Codice OMS-Unicef per la Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno*, 10^a edizione, 2002. Richiedibile a segreteria@ibfanitalia.org.

(22) Cup Feeding information. BFHI News, May/June 1999, UNICEF.
e-mail: pubdoc@unicef.org

(23) Risks and Realities: FAQs on breastfeeding & HIV/AIDS. In: The Health Exchange, April 2001. Available from International Health Exchange, e-mail: info@ihe.org.uk

8.4 Materiale per la formazione

(24a) Module 1 Infant Feeding in Emergencies for emergency relief staff (*Modulo 1: Alimentazione Infantile nelle Emergenze per il personale di primo soccorso nelle emergenze*), OMS, UNICEF, LINKAGES, IBFAN, ENN and additional contributors, November 2001.
<http://www.ennonline.net/ife/resources.aspx>

(24b) Module 2 for health and nutrition workers in emergency situations (*Modulo 2: per operatori sanitari nelle situazioni di emergenza*). Version 1.0. December 2004. ENN, IBFAN, Terre Des hommes, UNICEF, UNHCR, OMS, WFP.
<http://www.ennonline.net/ife/resources.aspx>

Entrambi i Moduli sono disponibili in cartaceo o su CD-ROM presso l'ENN, 32, Leopold Street, Oxford, OX4 1TW, UK. Tel: +44 (0)1865 324996, Fax: +44 (0)1865 324997; e-mail: ife@ennonline.net, e scaricabili da <http://www.ennonline.net>

(25) HIV and infant feeding counselling job aids. (*Sussidi didattici per il counselling su HIV e alimentazione infantile*) Guardare alla pagina http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241592494/en/index.html

(26) Vedi Breastfeeding Counselling, A Training Course, su: <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/BFC.htm>
Traduzione in italiano: *Allattamento al seno: corso pratico di counselling*, disponibile su: <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/allattamento/oms.asp>

(27) Infant and Young Child Feeding Counselling: An integrated course. (*Corso integrato di counselling sull'alimentazione di lattanti e bambini piccoli*). Varie parti sono scaricabili dalla pagina: http://www.who.int/nutrition/iycf_intergrated_course/en/

8.5 Monitoraggio e Valutazione

(28) Indicators for assessing breastfeeding practices. (*Indicatori per la valutazione delle pratiche di allattamento*) WHO/CDD/SER/91.14, OMS, Geneva. http://www.emro.who.int/cah/pdf/bf_indicators.pdf
(Una revisione più recente del documento è presente in inglese, francese e spagnolo dalla pagina http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241596664/en/)

(29) Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding (*Indicatori per la valutazione delle pratiche ospedaliere che influenzano l'allattamento al seno*). OMS/CDR/93.1 http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/UNICEF_SM_93.1.pdf

(30) Tool Kit for Monitoring and Evaluating Breastfeeding Practices and Programs (*Strumenti per monitorare e valutare le pratiche e i programmi di allattamento al seno*) . Wellstart International Expanded Promotion of Breastfeeding Program (EPB), September 1996. e-mail: linkages@aed.org; website: www.linkagesproject.org - disponibile in lingua inglese: <http://www.enonline.net/resources/view.aspx?resid=211>

Alimentazione complementare (precedentemente chiamato 'svezzamento' e indicata più esattamente come '**alimentazione complementare al momento opportuno**): il bambino piccolo riceve un alimento solido o semisolido sicuro, in quantità adeguate e adatto all'età in aggiunta al latte materno o ad un sostituto del latte materno.

Alimentazione ottimale di lattanti e bambini piccoli: inizio precoce (entro un'ora dalla nascita) dell'allattamento esclusivo al seno, allattamento esclusivo al seno per i primi sei mesi di vita, seguito dall'introduzione di alimenti complementari sicuri adeguati a livello nutritivo, mentre l'allattamento al seno prosegue fino ai due anni o oltre.

Alimentazione sostitutiva: Alimentare i lattanti che non stanno ricevendo latte materno con una dieta che fornisca loro gli elementi nutritivi di cui hanno bisogno fino all'età in cui possano essere completamente nutriti con i cibi domestici. Durante i primi sei mesi, l'alimentazione sostitutiva dovrebbe utilizzare un sostituto del latte materno adeguato. Dopo i sei mesi il sostituto del latte materno adeguato dovrebbe essere integrato con altri alimenti.

Nota: Questa terminologia è utilizzata nel contesto dell' HIV e dell' AIDS e dell' alimentazione infantile. Le attuali raccomandazioni delle Nazioni Unite (6) stabiliscono che l'opzione più adatta di alimentazione infantile per una madre HIV-positiva dovrebbe continuare a dipendere dalle sue personali circostanze, che comprendono il suo stato di salute e la situazione locale, ma dovrebbe prendere sempre più in considerazione i servizi medico-sanitari disponibili e i consigli e il sostegno che la mamma potrebbe ricevere. L'allattamento esclusivo al seno è raccomandato nelle donne HIV-positive nei primi 6 mesi di vita, a meno che l'alimentazione sostitutiva non sia accettabile, fattibile, accessibile, sostenibile e sicura per loro e per i loro bambini prima di allora. Quando l'alimentazione sostitutiva è accettabile, fattibile, accessibile, sostenibile e sicura, si raccomanda di evitare del tutto l'allattamento al seno da parte di donne HIV-positive.

Alimenti a base di latte: latte intero, semiscremato o scremato in polvere; latte liquido intero, semiscremato o scremato, latte di soia, latte evaporato o condensato, latte fermentato o yogurt.

Alimenti commerciali per bambini piccoli: alimenti complementari per lattanti, quali vasetti e confezioni di marca di alimenti in polvere, semisolidi o solidi, prodotti e commercializzati su scala industriale.

Alimenti supplementari: sono prodotti destinati ad integrare una razione generale ed utilizzati nei programmi d'alimentazione in emergenza per la prevenzione e la riduzione della denutrizione e mortalità in gruppi vulnerabili.

Alimento complementare per lattante: qualsiasi alimento, sia prodotto su scala industriale che preparato localmente, usato come complemento al

latte materno o ad un sostituto del latte materno; tali alimenti andrebbero introdotti dopo i sei mesi.

Nota: Il termine "alimento complementare per lattante" è utilizzato nella Guida Operativa riferito al contesto di alimentazione complementare del bambino piccolo e del lattante, mentre "alimento supplementare" è utilizzato nel contesto dell'Aiuto Alimentare (cioè alimenti, oltre ai prodotti assistenziali di alimenti primari, dati ad una popolazione colpita per differenziare il loro apporto dietetico e per integrare la razione, ad esempio frutta e verdure fresche, condimenti o spezie).

Gli alimenti complementari infantili non dovrebbero essere commercializzati per lattanti al di sotto dei sei mesi compiuti.

Alimento terapeutico pronto all'uso (Ready to Use Therapeutic Food - RUTF): I RUTF sono prodotti speciali utilizzabili nella cura di gravi stati di denutrizione, di solito in comunità e in ambiente domestico. Possono essere prodotti localmente o fabbricati a livello nazionale o internazionale.

Nota: I lattanti non hanno il riflesso automatico di inghiottire gli alimenti solidi prima dei 6 mesi e i RUTF non andrebbero mai somministrati prima di quella età. Inoltre, commercializzare o comunque descrivere i RUTF come sostituti parziali o totali del latte materno per i lattanti al di sotto dei sei mesi significherebbe farli rientrare pienamente nella definizione di sostituti del latte materno, ponendoli nell'ambito di applicazione del Codice Internazionale.

Allattamento esclusivo al seno: il lattante riceve solo latte materno e nessun altro cibo liquido o solido, neppure acqua, con l'eccezione di gocce o sciroppi composti da vitamine, integratori minerali o medicine.

Ausili per l'alimentazione infantile: biberon, tettarelle, siringhe e tazze per bebè con o senza coperchio e/o con beccuccio.

Bambino piccolo: un bambino di età compresa tra i 12 e i 24 mesi (12-23 mesi completati). *Questo gruppo d'età è equivalente alla definizione del 'bambino ai primi passi' (12-23 mesi) come definito nel World Health Report 2005, p.155 (<http://www.who.int/whr/2005/en/>).*

Codice Internazionale: il Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno, adottato dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel 1981, e le successive risoluzioni dell'AMS ad esso pertinenti, citati qui come "il Codice" (4). Lo scopo del Codice è contribuire a provvedere un'alimentazione sicura e sufficiente per i lattanti, attraverso la difesa e promozione dell'allattamento al seno e assicurando l'uso adeguato dei sostituti del latte materno quando questi risultano necessari, sulla base di informazioni adeguate e attraverso un marketing e una distribuzione appropriati. Il Codice precisa le *responsabilità* dei fornitori e dei distributori dei sostituti del latte materno, degli operatori sanitari, dei governi nazionali e delle organizzazioni interessate rispetto alla commercializzazione dei sostituti del latte materno, biberon e tettarelle.

Forniture: nel contesto del Codice Internazionale, le forniture rappresentano le quantità di prodotto fornito per un uso di lunga durata, *gratuitamente o a prezzi bassi*, per scopi sociali, come per aiutare le famiglie nel bisogno. In situazioni di emergenza, il termine 'forniture' è usato generalmente per descrivere il quantitativo di un prodotto, che sia stato acquistato, ottenuto con uno sconto o a titolo gratuito.

Lattante: bambino al di sotto dei 12 mesi d'età.

Latte "di proseguimento": prodotti a base di latte specificamente formulati, definiti come "alimenti destinati ad essere usati come parte liquida della dieta di svezzamento per i lattanti dal sesto mese e per i bambini piccoli" (Codex Alimentarius Standard 156-19871). Non è necessario fornire ai lattanti latte di proseguimento (vedi la Risoluzione AMS 39.28 (1986) (para 3 (2)). Questi latte possono essere considerati SLM e rientrano nell'ambito di applicazione del Codice Internazionale se sono commercializzati o presentati come adatti a lattanti e bambini al di sotto dei 2 anni.

Nota: Le fonti accettabili di latte dopo i sei mesi includono latte materno spremuto (trattato termicamente se la madre è HIV positiva), latte animale intero (mucca, capra, bufalo, pecora, cammello), latte UHT, latte evaporato ricostituito (ma non condensato) e latte o yogurt fermentato. (Vedi il riferimento (11)).

Latte animale modificato a casa: un sostituto del latte materno fino a sei mesi preparato a casa da latte animale fresco o trattato, diluito adeguatamente con acqua e con l'aggiunta di zucchero e micronutrienti.

*Nota: Le fonti accettabili di latte includono latte animale intero (liquido o in polvere), latte UHT, o latte evaporato ricostituito (ma non condensato). Questi tipi di latte devono essere adattati/modificati secondo precise prescrizioni mediche e andrebbero aggiunti anche micronutrienti (24b). È difficile ottenere un adeguato apporto nutrizionale con tali tipi di latte, anche con l'aggiunta di micronutrienti. **Quindi, il latte animale modificato a casa dovrebbe essere usato solo come ultima risorsa quando non vi è altra scelta per nutrire i lattanti.***

Latte artificiale (Alimento per Lattanti): un sostituto del latte materno formulato su scala industriale, conforme agli standard del Codex Alimentarius (sviluppato dall'unione di FAO/OMS Food Standards Programme). I latte artificiali prodotti per la vendita, recanti il marchio del produttore, possono essere acquistati nei mercati locali. I latte artificiali *generici* non recano una marca e non sono disponibili sul mercato, ma richiedono una catena di rifornimento separata.

Latte terapeutico: Termine comunemente usato per descrivere le diete a base di latte artificiale per bambini gravemente malnutriti, per esempio F75 e F100. In senso stretto, questi non sono dei tipi di latte – l' F100 contiene solo il 42% di prodotto latteo e l' F75 ancora meno. Il latte terapeutico può essere pre-formulato o preparato da latte scremato in polvere (Dried Skimmed Milk - DSM), olio e zucchero, con l'aggiunta di vitamine e

complessi minerali.

Nota: Il latte terapeutico non dovrebbe essere usato per alimentare lattanti e bambini piccoli non denutriti. La diluizione standard del F100 è troppo concentrata per lattanti al di sotto dei sei mesi. Il latte terapeutico non contiene ferro e il suo uso a lungo termine conduce ad anemia da carenza di ferro.

Risoluzioni dell'AMS: vedi la definizione alla voce "Codice Internazionale".

Risposta sanitaria e nutrizionale d'emergenza: Per prender parte alla risposta sanitaria e nutrizionale, un'organizzazione deve avere personale attivamente impiegato nel sistema sanitario (vedi definizione) che è preposto a stabilire i destinatari dei sostituti del latte materno, a monitorare i lattanti e a garantire che la fornitura di SLM prosegua fino a quando i lattanti interessati ne avranno bisogno.

Sistema sanitario: istituzioni o organizzazioni governative, non governative o private impegnate, direttamente o indirettamente, a fornire assistenza sanitaria a madri, lattanti e donne incinte; e asili nido o istituzioni di assistenza all'infanzia. Include anche gli operatori sanitari nell'esercizio privato della professione. Non comprende farmacie o altri punti di vendita.

Sostituto del latte materno (SLM): qualsiasi alimento commercializzato o comunque rappresentato come idoneo a sostituire parzialmente o totalmente il latte materno, che sia adatto o meno a tale scopo.

Nota: In pratica, gli alimenti possono essere considerati sostituti del latte materno in base a come vengono commercializzati o presentati. I SLM includono il latte artificiale, altri prodotti a base di latte, latte terapeutico, gli alimenti complementari per il nutrimento artificiale messi in vendita per bambini fino a 2 anni e alimenti complementari, spremute, tè o tisane, messi in vendita per lattanti al di sotto dei 6 mesi.

