



Bangladesh © Ron Haviv/VII

Malnutrizione infantile

Cosa
succede
ora?

www.StarvedForAttention.org



Premio Nobel per la Pace 1999

www.medicisenzafrontiere.it

Malnutrizione infantile

Cosa succede ora?

Nel 2010, Medici Senza Frontiere (MSF) ha lanciato una campagna per chiedere ai governi donatori di sospendere l'invio di alimenti che non soddisfano lo standard minimo di qualità nutrizionale per i bambini malnutriti dei Paesi in via di sviluppo.

L'impatto devastante della malnutrizione si manifesta soprattutto nei bambini minori di due anni. Questa è la fase cruciale per intervenire, fase in cui la qualità della dieta di un bambino ha un impatto profondo e determinante sulla sua salute e sul suo sviluppo fisico e mentale. I principi della buona alimentazione del bambino molto piccolo sono noti. Si basano su una buona alimentazione della madre e sull'allattamento materno per i primi sei mesi di vita, seguito dall'introduzione di una dieta complementare e nutriente che comprenda cibi di origine animale quali latte, carne e uova.

Gli standard internazionali su come affrontare il fabbisogno nutrizionale dell'infanzia stanno evolvendo, ma troppo lentamente.

Diete prive di componenti quali proteine di alta qualità, grassi essenziali, carboidrati, vitamine e minerali - opportunamente calibrati- possono incidere negativamente sulla crescita e lo sviluppo, aumentare i rischi di morte in caso di comuni malattie infantili e dar luogo a gravi conseguenze per la salute. Attualmente, le farine fortificate a base di cereali, donate come aiuti alimentari, non corrispondono a questi parametri nutrizionali di base.

La campagna Starved for Attention vuole riscrivere la storia della malnutrizione convincendo i governi ad assicurare aiuti alimentari che soddisfino i bisogni dei bambini con prodotti nutrizionali adeguati. Oltre 125.000 persone di oltre 180 Paesi si sono unite a MSF nella campagna contro la malnutrizione infantile.

La crisi umanitaria in Somalia e nelle zone limitrofe, causata dalla guerra e dalla prolungata siccità, deve essere un ulteriore stimolo all'azione. In questo rapporto prendiamo atto dei progressi effettuati dall'inizio della Campagna e puntualizziamo quanto bisogna fare ancora per garantire che i bambini più vulnerabili possano accedere a quei cibi ricchi di nutrienti e proteine di cui hanno bisogno per sottrarsi alla piaga della malnutrizione.

Dalla politica alla pratica: sono migliorati sistemi e direttive, ma restano da affrontare delle notevoli sfide.

Le politiche delle Agenzie delle Nazioni Unite che distribuiscono aiuti alimentari sono cambiate.

Tre Organizzazioni delle Nazioni Unite - il PAM (Programma Alimentare Mondiale), UNICEF e UNHCR (che lavora con i rifugiati)- sono responsabili della gran quantità di aiuti alimentari internazionali che vengono distribuiti ovunque ai bambini più vulnerabili. Fino a poco tempo fa, non esistevano delle direttive chiare per assicurare che i bisogni dei bambini fossero soddisfatti. Oggi, le tre agenzie delle Nazioni Unite prendono atto della necessità di garantire la qualità nutritiva dei prodotti che distribuiscono. Formule pronte all'uso sono ora incluse nella gamma di prodotti usati da queste agenzie, insieme a farine fortificate a base di cereali che sono state migliorate con l'aggiunta di latte. Le loro linee guida stabiliscono chiaramente che le farine non addizionate a prodotti derivati dal latte sono insufficienti per combattere la malnutrizione infantile e che pertanto devono essere fornite solo come una risorsa estrema ai minori di due anni.

Gli standard internazionali su come affrontare il fabbisogno nutrizionale dell'infanzia stanno evolvendo, ma troppo lentamente.

Alla fine del 2008, una riunione di esperti convocata dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS), l'agenzia più importante del mondo in materia di salute, ha considerato le numerose evidenze scientifiche e ne ha concluso che gli standard nutritivi degli aiuti alimentari dovevano superare le farine fortificate a base di cereali. Questa posizione di esperti dell'alimentazione è stata ampiamente condivisa e anche formalizzata in una lettera scritta dai Responsabili di UNICEF, PAM e OMS nel marzo 2010. Purtroppo, le direttive dell'OMS ai diversi Paesi sul come confrontarsi con il fabbisogno nutrizionale dell'infanzia, non sono state ancora pubblicate e non si sa quando saranno rese note. L'ultima bozza non è chiara: mentre riconosce che le fonti proteiche devono preferibilmente essere di origine animale (latte, uova, carne) al contempo non fornisce precise indicazioni sulla quantità di questo genere di proteine da includersi nei prodotti alimentari destinati alla prima infanzia. Senza una direttiva dell'OMS, sarà difficile convincere i Paesi della necessità di cambiare la qualità

dei contenuti nutrizionali che distribuiscono, e per le altre organizzazioni regionali, quali l'Unione Africana, incoraggiare i Paesi membri ad affrontare la malnutrizione come un intervento prioritario per la salute.

Guardando avanti: Continuando a riscrivere la storia della malnutrizione con maggiori evidenze scientifiche

Quanto latte è sufficiente? Prove scientifiche dimostrano che i cibi di origine animale e in particolare prodotti caseari come il latte hanno un'influenza determinante nella crescita di un bambino. Ma l'aggiunta di latte a prodotti destinati ad aiuti alimentari aumenta i costi. Per questa ragione, i donatori esitano ad aggiungerne in dosi adeguate nei loro aiuti.

Avere solo delle piccole quantità di latte può essere sufficiente. Se un bambino già riceve una razione ricca di altri elementi nutrizionali (fornita attraverso gli aiuti), potrebbe bastare una piccola quantità di latte per garantire il suo fabbisogno nutritivo. Ma in caso contrario, l'aggiunta in quantità insufficiente di latte fornirebbe ai bambini del cibo non idoneo ai propri bisogni.

Degli studi in corso mirano a valutare se altre fonti di proteine possano efficacemente rispondere ai bisogni nutritivi di un bambino (questo comprende forme di proteine di origine vegetale più raffinate di quelle contenute nella soia presente nella miscela CSB). Ma fino a quando non sarà dimostrata la loro efficacia, le misure volte a risparmiare sul costo del latte rischiano di tradursi in una risposta non adeguata ai bisogni nutritivi di un bambino.

Alcuni dei maggiori donatori valutano come migliorare le loro politiche di aiuti alimentari.

Ogni anno gli Stati Uniti inviano oltre 130.000 tonnellate di miscela di farine di mais e soia (CSB) per sostenere i programmi alimentari, principalmente nell'Africa subsahariana. Queste farine, prodotte in fattorie americane e modificate in fabbriche americane, sono usate sotto forma di pappe per sfamare bambini malnutriti o per i minori di due anni. Purtroppo, non soddisfano il fabbisogno nutritivo di questi bambini. Nel 2009, USAID chiese alla Tufts University di avviare una ricerca sulla qualità degli aiuti alimentari e di produrre delle raccomandazioni sui miglioramenti da apportare a questi prodotti. Il rapporto della Tufts si aggiunge alle già esistenti evidenze scientifiche utili a giudicare l'attuale aiuto alimentare del tutto inadeguato al fabbisogno dei bambini.

Il rapporto evidenzia la necessità di migliorare i componenti nutritivi del CSB attualmente distribuito da USAID e di aggiungere alla lista dei prodotti da distribuire per combattere la malnutrizione, alcuni cibi specifici per l'infanzia, come i RUSF (alimenti supplementari pronti all'uso). Questa tendenza positiva è un ulteriore chiaro segnale del bisogno di cambiamento, ma non porta molto lontano. Infatti, la proporzione di cibo di origine animale

raccomandata dal rapporto Tufts, è inferiore a quella della miscela di farine di mais e soia arricchite (nota come CSB++) adottata da PAM e UNICEF e migliorata dal punto di vista nutrizionale per far fronte al fabbisogno di un bambino piccolo. Questo significa che i bambini che ricevono cibi forniti da USAID rischiano di avere dei prodotti nutrizionalmente inferiori rispetto a quelli forniti dalle Nazioni Unite.

Inoltre, gli Stati Uniti continueranno a distribuire la propria varietà di CSB. Si tratta certamente di una miscela migliore di CSB, ma esistono prodotti più appropriati. Contrariamente al PAM - che ha sviluppato da una parte prodotti idonei all'infanzia e dall'altra prodotti per adulti - gli Stati Uniti continueranno ad affidarsi alla "taglia unica" del CSB che non contiene le proporzioni nutrizionali ottimali per rispondere ai bisogni dei bambini. Tutto questo, oltretutto, complica la distribuzione, perché coloro che forniscono il cibo hanno un ulteriore prodotto con cui competere. Sarebbe più semplice per gli Stati Uniti attenersi agli standard identificati e pubblicati dal PAM, come fanno anche altri donatori.

Un altro attore centrale del sistema degli aiuti alimentari, **la Commissione europea (CE)** è insufficiente.

Malgrado i reiterati appelli perché si tenga conto delle necessità alimentari dei minori di due anni, la CE deve ancora stilare precise direttive al riguardo. Alcuni Paesi europei stanno già fornendo prodotti di qualità come parte essenziale degli aiuti alimentari - ma il denaro proveniente dalla Commissione non sempre viene speso per tali prodotti. Sono stati anche rinviati degli incontri per pianificare una politica ad hoc mentre prosegue la distribuzione di prodotti di qualità scadente finanziati dalla Commissione. Tutto questo è particolarmente preoccupante, visto che una direttiva forte e chiara da parte della CE farebbe la differenza e sosterebbe i Paesi europei a verificare che il cibo acquistato e le proprie politiche corrispondano ai bisogni dei bambini.

La mancanza di una politica mirata alla nutrizione da parte della CE ha un impatto immediato su alcuni processi che si rivelano incoerenti. La CE finanzia infatti anche programmi che prevedono l'uso di alcuni prodotti necessari al nutrimento di un bambino, incluse paste a base di latte fortificate con vitamine, minerali e altri componenti essenziali e che MSF usa nei suoi programmi. Ma tali finanziamenti conoscono dei vincoli che limitano molto l'introduzione di alimenti supplementari di alta qualità (CSB++, RUSF), infatti si richiede di fornire le prove dei benefici risultati dall'impiego di tali cibi sui bambini che li ricevono; al contrario di quanto accade per altri programmi sempre finanziati dalla CE ma che distribuiscono prodotti a base di farine cereali, senza aggiunta di proteine, di efficacia notoriamente ridotta ma non soggetti alle stesse verifiche.

Difficoltà operative: un numero maggiore di bambini riceve oggi cibo appropriato, ma milioni ne sono ancora privi

Sono state acquistate maggiori quantità di prodotti adeguati: sempre più donatori hanno finanziato l'introduzione di prodotti specifici per combattere la malnutrizione infantile. Ma questa non è ancora divenuta la regola poiché grandi quantitativi di prodotti di qualità scadente continuano a circolare. Una difficoltà consiste nell'assenza di un meccanismo di monitoraggio che specifichi nei dettagli il totale dei fondi messi a disposizione dei programmi alimentari: impossibile quindi stabilire quali strategie e obiettivi corrispondano al denaro stanziato per combattere la malnutrizione.

I prodotti alimentari appropriati costituiscono il fulcro delle più recenti risposte alle emergenze.

Negli ultimi anni, i prodotti adeguati a soddisfare le esigenze nutritive dei minori di due anni sono stati la pietra miliare nelle risposte alle emergenze sanitarie. Hanno avuto un ruolo chiave nel 2010 nelle risposte alla crisi nutrizionale del Niger, nelle alluvioni in Pakistan e nel terremoto a Haiti. Tutto questo è incoraggiante, ma molto resta ancora da fare.

Un numero maggiore di bambini riceve del cibo di qualità
Tendenze nella Produzione di nutrienti supplementari destinati alla prima infanzia.

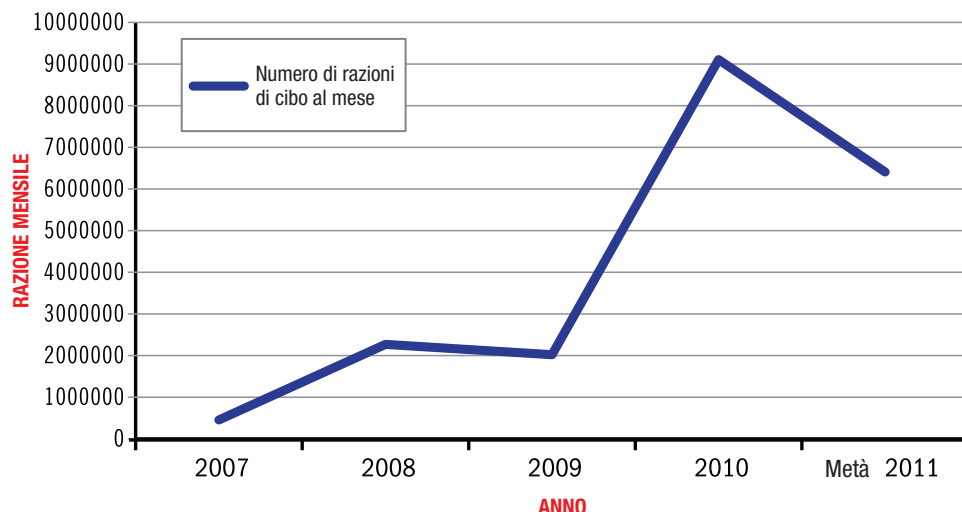


Grafico 1: L'aumento del numero di razioni mensili di cibo adeguato distribuito a bambini piccoli in forma di aiuto alimentare internazionale. I RUF (cibo pronto all'uso) sono prodotti spalmabili a base di latte e rinforzati con minerali e vitamine. Sono concepiti in particolare per corrispondere al fabbisogno nutritivo dei bambini piccoli. Miscela di farine arricchite di mais e soia (CSB++) impiegata da PAM e UNICEF è un composto addizionato per l'alimentazione dei bambini piccoli. Contrariamente alla precedente miscela di CSB, questa formulazione contiene latte, minerali e vitamine fortificati ed è più digeribile.

Evoluzione nella distribuzione di prodotti alimentari supplementari rinforzati per bambini piccoli.

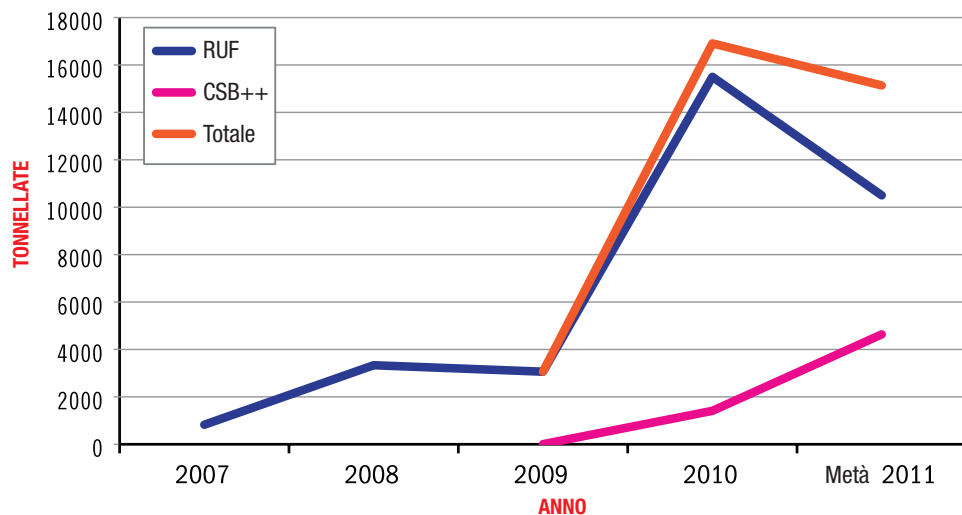


Grafico 2: il numero di bambini raggiunti con cibi arricchiti è considerevolmente aumentato negli ultimi anni.

La persistente crisi in Somalia e i campi rifugiati, oltre il confine, nel Kenya Settentrionale, illustrano perfettamente ciò che deve cambiare.

Quando l'emergenza ha cominciato a manifestarsi, il governo keniota si è trovato con il bisogno impellente di autorizzare le organizzazioni a importare grandi quantità di prodotti molto avanzati, quali cibi supplementari pronti all'uso o composti a base di farine fortificate. Nel tempo richiesto al governo per autorizzare queste importazioni, sono state fornite miscele di farine di mais e soia al di sotto degli standard minimi di qualità, per tamponare momentaneamente la situazione, in modo tale che una volta accordate le autorizzazioni, erano state già immagazzinate delle ingenti quantità di cibo di bassa qualità. I ritardi per ricevere i cibi migliori ne hanno purtroppo rallentato l'impiego.

Questi problemi dimostrano quanto sia importante avere una chiara direttiva internazionale o vincolante raccomandazione circa i componenti nutrizionali minimi indispensabili per il cibo destinato ai bambini malnutriti.

Una tale direttiva aiuterebbe i governi dei Paesi colpiti da malnutrizione e consentirebbe loro di includere dei prodotti nutritivi adeguati nei loro programmi. Inoltre per i donatori di aiuti alimentari sarebbe molto più difficile ignorare queste raccomandazioni.

I programmi di aiuti alimentari non si orientano più verso le eccedenze agricole dei Paesi ricchi per poi vedere come distribuirle nei Paesi in via di sviluppo.

Ma le emergenze rappresentano soltanto la punta dell'iceberg della malnutrizione. Lontano dai riflettori dei mezzi d'informazione, la malnutrizione è responsabile di un elevato numero di morti in estese aree dell'Africa sub-sahariana e dell'Asia meridionale. Mettere in cantiere degli ambiziosi programmi nazionali che prendano in carico la malnutrizione infantile e autorizzare l'impiego di prodotti necessari al fabbisogno dei bambini non dovrebbe essere limitato solo alle situazioni d'emergenza.

Non dovrebbe esserci una differenza tra gli standard di assistenza offerti a un bambino malnutrito in situazioni di emergenza, dovute a guerre o calamità naturali, e quelli offerti a un bambino colpito dalla stessa malattia in un contesto stabile.

Numerosi Paesi in via di sviluppo hanno (come già precedentemente gli Stati Uniti e l'Europa prima di loro) posto la loro attenzione sulla malnutrizione mediante l'avvio di programmi su vasta scala per garantire ai bambini vulnerabili la distribuzione dei cibi rispondenti ai loro bisogni. Il Messico, per esempio, ha ampiamente eradicato la malnutrizione mediante il suo programma Oportunidades/Progresas, grazie al quale i bambini ricevono cibi supplementari a base di latte durante la prima infanzia, vincolati a trasferimenti monetari dedicati e all'accesso alle cure mediche.

Nel 2010 e nel 2011, il Niger ha realizzato una campagna di distribuzione su ampia scala di RUSF per i minori di due anni esposti alla malnutrizione. Questo esempio, di fornire l'aiuto di cibi supplementari, dovrebbe essere ripetuto in molti Paesi ad elevata prevalenza di malnutrizione. Dovrebbe essere la presenza della malnutrizione, dopo tutto, e non l'attenzione mediatica mondiale, a determinare l'uso di cibi ricchi di nutrienti per i minori di due anni.

Quello che deve ancora avvenire

Tutti i donatori di aiuti alimentari dovrebbero verificare che i loro contributi ai programmi nutrizionali vengano impiegati per fornire ai bambini dei nutrimenti adeguati e che corrispondano agli standard appropriati.

In particolare:

- gli Stati Uniti dovrebbero migliorare la qualità dei loro aiuti alimentari e cessare di fornire cibo di qualità nutrizionale scadente ai bambini, in particolare a quelli sotto i due anni di età, dei Paesi in via di sviluppo;
- la Commissione Europea dovrebbe accertare che i suoi aiuti alimentari rispondano ai bisogni nutrizionali dei bambini, in particolare quelli sotto i due anni di età, e dovrebbe sospendere il finanziamento di quei progetti;
- l'OMS dovrebbe stabilire delle linee guida sulla qualità nutrizionale dei componenti dei cibi secondo quanto richiesto per il trattamento di bambini affetti da malnutrizione acuta moderata;
- sia i donatori sia i Paesi riceventi dovrebbero attenersi alle linee guida dell'OMS per accertare che i bambini a rischio di malnutrizione siano assistiti con nutrienti appropriati;
- PAM, UNICEF e UNHCR dovrebbero sistematicamente verificare che le loro pratiche siano coerenti con le loro politiche e iniziare dei negoziati con tutti i Paesi in cui hanno dei programmi alimentari per ottenerne l'autorizzazione a usare cibi nutritivi e supplementari.

Guardando avanti: continuare a riscrivere la storia della malnutrizione, con migliori programmi sul terreno.

Il Niger è stato a lungo annoverato tra i Paesi con la più elevata mortalità infantile. Nel 1990, nel Paese 300 bambini su 1.000 morivano prima di compiere 5 anni. Nel 2006, proprio dopo una crisi alimentare che aveva stimolato una risposta alla malnutrizione su vasta scala, questo indice è sceso a 200/1.000. E nel 2010, malgrado un'altra crisi alimentare, il tasso è ulteriormente diminuito, scendendo a 143 decessi per 1.000 bambini nati vivi. L'espandersi su larga scala dei programmi nutrizionali per la cura di bambini colpiti da malnutrizione acuta grave, così come i programmi mirati a fornire un'adeguata alimentazione supplementare ai minori di due anni, sono stati la chiave di volta di questo progresso nel corso degli ultimi 5 anni.

I programmi di aiuti alimentari stanno finalmente orientandosi sempre meno verso il recupero delle eccedenze agricole dei Paesi ricchi per poi vedere come distribuirle nei Paesi in via di sviluppo.

Le politiche sono cambiate ed è stata ampiamente riconosciuta la necessità di una modifica nelle strategie e nei prodotti.

L'evidenza dimostra come i bambini malnutriti si riprendono più facilmente quando vengono forniti

loro prodotti con valori nutritivi di qualità superiore a quella del CSB. I vantaggi nell'impiego di prodotti appropriati nel prevenire la malnutrizione sono evidenti, come riscontrato dalla riduzione del tasso di mortalità infantile nei programmi di MSF in Niger. Gli interventi che prevedono come componente essenziale dei programmi di salute materno-infantile, accanto ad altre attività come le vaccinazioni, l'utilizzo di cibi adatti ai minori di due anni, dovrebbero rappresentare la base dei programmi pediatrici in tutti i Paesi pesantemente colpiti dal fardello della malnutrizione.

Attualmente, i più svariati approcci che fanno uso di diversi prodotti che includono addirittura la distribuzione di denaro alle famiglie più bisognose, sono proposti come efficaci strategie per ridurre la malnutrizione. Insieme a FORSANI, organizzazione non governativa nigerina, al PAM e a Epicentre, organizzazione di ricerca epidemiologica fondata da MSF, stiamo conducendo in Niger uno studio comparativo di queste diverse strategie, per valutarne il rispettivo impatto, identificare quelle più adatte e continuare a riscrivere la storia della malnutrizione.

1994: Primo utilizzo di latte terapeutico

In una riunione organizzata da Epicentre, l'organismo di ricerca epidemiologica di MSF, vengono illustrate le proprietà di un latte terapeutico denominato F100 da parte di esperti tra cui, Mike Golden della Università di Aberdeen, e André Briend, un ricercatore medico francese dell'Istituto di Ricerca per lo Sviluppo. F100 è una nuova miscela che sostituisce il latte altamente nutritivo (una miscela di latte, olio, zucchero, arricchita con minerali e vitamine) e serve a migliorare la qualità delle cure riducendo a meno del 5% il tasso di mortalità, come riscontrato nelle cliniche specializzate nella cura per la malnutrizione acuta grave.

Questo latte deve essere preparato in precedenza con l'aggiunta di acqua pulita e calda, prima di poter essere somministrato al bambino. La prima organizzazione ad adottarlo è stata Azione contro la Fame (ACF).

1997: invenzione dei cibi pronti all'uso (RUF)

Basandosi sull'esperienza sul campo acquisita da ACF, André Briend lavora con l'azienda francese Nutriset per mettere a punto una crema spalmabile ricca di nutrienti, per la cura della malnutrizione acuta grave. La pasta, chiamata Plum-py'Nut, contiene latte in polvere, grasso vegetale, arachidi e zucchero ed è arricchita con vitamine e minerali. Il prodotto ha le stesse caratteristiche della miscela dell' F100, ma presenta dei vantaggi fondamentali. È pronto all'uso, può essere conservato anche nei climi tropicali e non richiede preparazione. Circa nello stesso periodo, con la collaborazione di Mike Golden e di Yvonne Grellety di ACF, Compact, una compagnia norvegese, inventa un biscotto, denominato BP100, con le stesse caratteristiche.

MSF impiega un campione della crema terapeutica RUF su base sperimentale nei suoi programmi di emergenza nel Sudan meridionale, quando le condizioni di sicurezza impedivano il ricovero dei pazienti nei centri di nutrizione. In questo caso, le cure al di fuori dell'ospedale erano una scelta obbligata.

1999: Adozione di un protocollo che consente cure decentralizzate

L'organizzazione umanitaria Concern prepara un protocollo che consente le cure domiciliari con l'impiego del cibo pronto all'uso per bambini severamente malnutriti che non presentino complicazioni mediche.

2000-2002: il RUF terapeutico diviene uno strumento essenziale per la cura dei bambini durante le crisi alimentari

Nel 2000, il RUF terapeutico è stato impiegato da MSF durante la grave crisi alimentare che ha colpito la regione di Pool in Congo, e nella regione dell'Ogaden in Etiopia, dove oltre 1.700 bambini sono stati assistiti. Nel 2001, MSF ha trattato 3.000 bambini nella provincia di Karuzi in Burundi e, nel 2002, 8.600 bambini a Caala in Angola. Ogni volta è stato utilizzato il RUF terapeutico come parte della cura fornita nei centri di nutrizione.

In alcuni casi il RUF terapeutico non è stato usato nelle comunità perché le equipe di MSF non si sentivano pronte a monitorare i bambini nelle proprie case. Inoltre, se un bambino assistito a domicilio avesse presentato qualche complicanza, il personale di MSF non sarebbe stato presente per soccorrerlo. Ma con l'esperienza, hanno potuto constatare che i risultati erano stati eccellenti e i loro timori infondati.

2001-2005: il trattamento a domicilio con il RUF terapeutico diviene il pilastro dei programmi per la nutrizione

All'inizio del 2001, MSF ha iniziato un programma di cure ambulatoriali nella provincia di Faryab nell'Afghanistan settentrionale. Poiché le madri non potevano passare la notte fuori casa, le equipe non avevano alternative se non di sperimentare nuove strade per curare la malnutrizione grave a domicilio. Il programma comprendeva solo pochi bambini, ma ha segnato l'inizio di una nuova strategia ambulatoriale in seno a MSF. Già nel 2004, migliaia di bambini venivano curati nel Darfur (Sudan) e a Maradi (Niger), facendo ricorso a cure ambulatoriali con il RUF terapeutico.

Questo nuovo approccio, che permetteva a gran parte dei pazienti con malnutrizione acuta grave di essere trattati a casa anziché in ospedale, ha rivoluzionato il sistema delle cure, riducendo drasticamente le risorse necessarie. Mentre per far funzionare un ospedale di 100 posti letto occorrono 80 persone, un'equipe di 12 persone può gestire un centro ambulatoriale per 500 pazienti. Anche l'impatto sui pazienti è stato notevole, poiché le madri non dovevano più passare un mese in ospedale mentre il loro bambino veniva curato. Una visita settimanale di controllo era sufficiente.

Questi fattori hanno fatto sì che ci fosse un'impennata nel numero di pazienti raggiunti e trattati. Nel 2005, anno di eccezionale insicurezza alimentare in Niger, MSF ha curato oltre 60.000 bambini severamente malnutriti usando i RUF. Circa 38.000 bambini severamente malnutriti sono stati curati solo nella regione di Maradi, con un tasso di guarigione superiore al 90%. Questa esperienza ha suggerito a MSF che la grande maggioranza dei bambini severamente malnutriti poteva essere curata con cibo terapeutico pronto all'uso.

2006: i RUF come strumento per prevenire la malnutrizione

Dati gli eccellenti risultati conseguiti in Niger nell'assistenza a bambini colpiti da malnutrizione grave, MSF ha esteso l'impiego di RUF terapeutico attraverso cure ambulatoriali anche ai bambini colpiti da malnutrizione moderata. Circa 65.000 bambini, moderatamente o severamente malnutriti, sono stati trattati. Il tasso di guarigione ha raggiunto il 95,5% tra quelli moderatamente malnutriti e l'81,3% tra quelli severamente malnutriti.

L'aspetto più rilevante, tuttavia, rimane il fatto che dall'inizio del programma nutrizionale di MSF a Maradi, per la prima volta nel 2006 non si è registrato il picco stagionale di casi di malnutrizione grave. Questo indica che le terapie con RUF possono prevenire lo svilupparsi della malnutrizione severa.

2007: distribuire cibi supplementari su larga scala

MSF ha messo a punto un duplice approccio: un più rapido accesso alle cure per i casi gravi e ai RUF supplementari per tutti i bambini a rischio. MSF ha introdotto i nuovi standard dell'OMS per definire i criteri di ammissibilità ai programmi nutrizionali, che includono un maggior numero di bambini ad alto rischio di mortalità. Sulla base di questi nuovi parametri, i bambini colpiti da malnutrizione acuta grave vengono curati con RUF terapeutico in centri ambulatoriali. I bambini vengono ricoverati solo in presenza di gravi malattie associate alla malnutrizione.

MSF ha incentrato i suoi programmi anche sulla distribuzione di RUF supplementare, che non sostituisce i pasti regolari di un bambino, ma compensa le maggiori carenze della sua dieta abituale con l'apporto giornaliero di elementi nutritivi supplementari.

MSF ha distribuito mensilmente RUF supplementare a tutti i 62.000 bambini di età compresa tra i 6 mesi e i 3 anni in un distretto di Maradi, nel periodo che intercorre tra un raccolto e l'altro.

I risultati del programma sono stati analoghi a quelli ottenuti nel 2006, poiché nello stesso progetto ci si è occupati della malnutrizione acuta sia grave che moderata. In aggiunta, la distribuzione di alimenti supplementari a tutti i bambini risulta molto meno onerosa della cura di tutti i bambini affetti da malnutrizione acuta. Inoltre, in un contesto in cui la prevalenza della malnutrizione è molto alta nei bambini piccoli, tale approccio non aspetta che un bambino mostri i sintomi della malnutrizione per fornirgli del cibo supplementare, ma punta piuttosto, come prima cosa, a proteggerlo dal rischio di sviluppare questa malattia.

Il programma ha ottenuto un'ottima partecipazione da parte delle mamme. Delle 62.922 madri presentatesi alla prima distribuzione, solo l'1.6% ha abbandonato il programma, malgrado dovessero camminare mediamente per 14 Km per ricevere il cibo supplementare.

2008: l'appello per migliorare gli aiuti alimentari comincia a essere preso in considerazione

Nel 2008, il PAM e l'UNICEF hanno iniziato a esaminare la possibilità di riformulare il CSB per migliorarne il contenuto nutritivo e renderlo idoneo ai bambini più piccoli. Hanno preso in considerazione anche l'impiego di altri cibi arricchiti in programmi pilota su larga scala in Somalia e nel Burkina Faso.

MSF è stato invitato a presentare i suoi risultati a un convegno organizzato dall'OMS e volto a rivedere le modalità di cura della malnutrizione acuta moderata e a riformulare la composizione di alimenti forniti a bambini moderatamente malnutriti.

2010: alimenti supplementari fortificati diventano la pietra miliare delle risposte alle emergenze

Di fronte ad un grave problema d'insicurezza alimentare, il governo del Niger ha configurato una risposta su larga scala per prevenire un peggioramento della situazione nutritiva dei bambini piccoli. I programmi includono la distribuzione ad ampio raggio di nutrienti ai minori di due anni. MSF si è unito al PAM, all'UNICEF e all'OMS per ottenere l'autorizzazione ad impiegare nutrimenti arricchiti.

Il Ministero della Salute ha accettato, ma a condizione che l'efficacia del loro uso venga dimostrata con dati scientifici.

Epicentre ha presentato i risultati di uno studio sulla distribuzione di cibo supplementare condotto nei programmi di MSF. Da questi studi emerge che la mortalità è stata del 50% inferiore nel gruppo di bambini che aveva ricevuto il cibo supplementare rispetto al gruppo che non ne aveva ricevuto.

Il cibo supplementare arricchito è così diventato componente essenziale della risposta a molte emergenze tra cui il terremoto a Haiti, le crisi nutrizionali del Niger e le alluvioni del Pakistan.

2011: ulteriori passi avanti per la riforma degli aiuti alimentari. Molti Paesi adottano i RUF

La Tufts University viene incaricata da USAID di valutare la qualità degli aiuti alimentari degli Stati Uniti. Tale rapporto richiede in modo chiaro un cambiamento nella qualità dei prodotti usati, in particolare per i bambini piccoli per i quali il CSB risulta inadatto.

Il governo del Niger decide di ripetere la distribuzione su larga scala di alimenti supplementari arricchiti per proteggere i bambini piccoli dalla malnutrizione. Da parte sua, il Ministero della Salute inizia a rivedere il suo protocollo per la gestione della malnutrizione.

Nel frattempo, il governo del Kenya autorizza l'uso di alimenti supplementari arricchiti nei suoi programmi nutrizionali.

Tuttavia, malgrado i prodotti supplementari arricchiti rappresentino la componente fondamentale della risposta alla crisi nutrizionale in Somalia, sono ancora pochi i bambini che ricevono assistenza alimentare in contesti stabili colpiti dalla malnutrizione. E quando la ricevono, si tratta per lo più ancora una volta di prodotti inadeguati, come il CSB.

Rimane aperta la sfida di assicurare a tutti i bambini l'accesso a prodotti che soddisfino i loro bisogni nutrizionali.