



Il cibo non basta!

Per i bambini malnutriti occorrono alimenti terapeutici pronti all'uso



DOSSIER PER LA STAMPA

FOTO DI COPERTINA

Mariama, 24 mesi, pesava 7 kg il primo giugno quando è arrivata nel centro nutrizionale di Medici Senza Frontiere a Madarounfa, in Niger. Dopo una settimana la bilancia segnava 7,7 kg, e dopo due settimane 8,2 kg. Mariama ha recuperato peso e il suo sistema immunitario si è rinforzato dopo due settimane che mangiava alimenti terapeutici pronti all'uso (Plumpy Nut) due volte al giorno. Di solito la lunghezza delle cure per un bambino è più lungo, circa un mese.

IL CIBO NON BASTA

Senza un trattamento specifico milioni di bambini continueranno a morire

“Mangiare tutti i giorni solamente pappa di miglio è come vivere a pane e acqua. Qui in Niger, se sono fortunati, i bambini di età compresa tra 6 mesi e 3 anni ricevono un po' di latte una o due volte a settimana. I bambini più piccoli sono così vulnerabili alla malnutrizione perché la loro alimentazione è priva di elementi nutritivi essenziali come le vitamine e i minerali necessari per crescere, rimanere forti e combattere le infezioni”.

Dr. Susan Shepherd, coordinatrice medica del programma nutrizionale di MSF a Maradi, Niger.

I persistenti alti tassi di mortalità infantile nell’Africa Sub-sahariana e nel Sud-Est asiatico non saranno ridotti se la malnutrizione non verrà affrontata in modo più efficace e determinato per quello che è: una vera emergenza medica.

I team di MSF assistono ogni giorno all’impatto devastante della malnutrizione infantile. Nel solo 2006 MSF ha curato 150mila bambini malnutriti in 99 progetti. La malnutrizione indebolisce le difese e fa aumentare il rischio di morire di polmonite, diarrea, malaria, Aids e morbillo: cinque malattie che sono responsabili della metà di tutti i decessi di bambini al di sotto dei 5 anni¹. Nonostante il ruolo determinante della malnutrizione nei tassi di mortalità infantile e il suo impatto sulla salute a lungo termine, il trattamento di questa patologia fin qui non è stato una priorità nella programmazione sanitaria a livello internazionale o nazionale.

Privato dei nutrienti essenziali un bambino piccolo smette di crescere. Quelli che sopravvivono spesso patiscono conseguenze di lungo periodo come ritardi di sviluppo e una maggiore vulnerabilità alle malattie croniche.

Gravi forme di perdita di peso sono molto comuni nella prima infanzia in vaste aree del Shael, del Corno D’Africa e del Sud dell’Asia: le zone del mondo dove la malnutrizione è più diffusa. Quando le carenze di elementi nutritivi diventano intense l’organismo del bambino inizia a consumare i suoi propri tessuti. L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che in questo momento nel mondo ci sono 20 milioni di bambini piccoli affetti da una forma grave di malnutrizione².

Recentemente è apparsa sul mercato una nuova generazione di alimenti terapeutici altamente nutritivi specificamente pensati per i bambini più piccoli (detti RUTF – *ready-to use-therapeutic-food* – alimenti terapeutici pronti all’uso) che hanno enormemente esteso la possibilità di trattare in modo efficace la malnutrizione nei bambini più piccoli.

Eppure, nonostante la grande quantità di dati che dimostrano l’efficacia di questi prodotti, appena il 3% dei bambini affetti da malnutrizione grave sono trattati con questi RUTF³.

¹ Statistiche UNICEF <http://childinfo.org/areas/childmortality/>

² Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition. A Joint Statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children’s Fund. May 2007. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/Severe_Acute_Malnutrition_en.pdf

³ Il dato deriva da una stima di MSF secondo cui per trattare tutti 20 milioni di bambini malnutriti servirebbero 258mila tonnellate di cibo terapeutico (in media 12,9 chili per ogni bambino), mentre nel 2007 ne sono state utilizzate appena 8,500 tonnellate.

Politiche inadeguate aumentano il rischio di morti infantili

Per salvare la vita ai bambini di età compresa tra 6 mesi e 3 anni affetti da forme gravi di malnutrizione **gli alimenti terapeutici pronti all'uso devono essere considerati come un farmaco essenziale** e per questo devono essere resi disponibili a tutti coloro che ne hanno urgente bisogno.

Le strategie adottate finora a livello nazionale e internazionale per combattere la malnutrizione sono fatalmente fallaci. Molti dei programmi pensati per ridurre la mortalità per malnutrizione dei bambini al di sotto dei 5 anni sono focalizzati sul cambiamento dei comportamenti delle madri; prevedono la distribuzione di farine arricchite di elementi nutritivi e puntano sulla lotta alla povertà o sulla sicurezza alimentare. Queste strategie sono importanti ma non soddisfano in alcun modo i bisogni dei bambini malnutriti al di sotto dei tre anni. Le madri del Sahel, del Corno D'Africa e dell'Asia del Sud non hanno bisogno solamente di consigli su come alimentare i loro bambini; hanno bisogno di ricevere alimenti dall'alto contenuto nutritivo.

Gli alimenti terapeutici pronti all'uso: essenziali per rispondere a un'emergenza medica

Negli ultimi 5 anni l'uso degli alimenti terapeutici pronti all'uso (RUTF - *Ready to use therapeutic food*) ha radicalmente cambiato l'approccio al trattamento della malnutrizione grave nei bambini. Grazie ai RUTF oggi è possibile trattare i bambini gravemente malnutriti senza ospedalizzarli, purché non presentino complicazioni mediche⁴. La grande maggioranza dei bambini malnutriti può ora esser curato a casa sotto la supervisione della madre.

Eppure, nonostante le molte prove accumulate sull'efficacia dei RUTF come trattamento essenziale e salvavita, i donatori e le agenzie della Nazioni Unite continuano a rispondere alle emergenze nutrizionali limitandosi a inviare centinaia di migliaia di tonnellate di farine miste e di razioni alimentari supplementari, anche se questa strategia si è dimostrata inefficace per salvare la vita ai più vulnerabili: i bambini al di sotto dei tre anni⁵.

Ogni bambino gravemente malnutrito dovrebbe ricevere l'adeguato trattamento terapeutico, e ci sono inoltre ottime ragioni per estendere l'uso degli alimenti pronti all'uso a tutti i bambini a rischio di malnutrizione prima che insorgano forme più gravi, potenzialmente mortali.

COSA CHIEDE MSF

- I ministri della salute e tutte le Organizzazioni che li sostengono devono affrontare i nodi critici che impediscono al 97% dei bambini colpiti da malnutrizione acuta di ricevere l'adeguato trattamento salvavita;
- I donatori istituzionali devono rivedere la qualità degli aiuti alimentari diretti ai bambini malnutriti di età inferiore a tre anni e reindirizzare gli sforzi non limitandosi a distribuire i tradizionali mix di alimenti e di farine arricchite ma includendo l'invio degli alimenti terapeutici ad hoc dall'alto valore nutritivo (RUTF) che hanno dimostrato di essere facili da usare ed estremamente efficaci;
- L'UNICEF e il World Food Programme devono sviluppare un piano che assicuri la pronta disponibilità dei RUTF per tutti i bambini a rischio. Questo implicherà sia un adeguato

⁴ Collins S. Changing the way we address severe malnutrition during famine. *Lancet* 2001; 358: 498-501

⁵ A Retrospective Study of Emergency Supplementary Feeding Programmes. Dr. Carlos Navarro-Colarado. June 2007. ENN and SC UK. Available at <http://www.ennonline.net/research/>

finanziamento sia la capacità di trovare soluzioni che garantiscano una produzione sufficiente di questi prodotti.

- L'Organizzazione Mondiale della Sanità deve sostenere i Paesi dove la malnutrizione infantile è più diffusa anche elaborando raccomandazioni per il trattamento efficace della malattia quando è in uno stadio non ancora grave e deve promuovere gli approcci più promettenti.
- I ricercatori, i produttori e coloro che utilizzano i RUTF devono lavorare insieme per sviluppare nuovi prodotti ad hoc per il trattamento precoce della malnutrizione nei bambini ma anche per studiarne il possibile utilizzo nell'alimentazione delle donne incinte per prevenire il basso peso alla nascita dei neonati che li rende più vulnerabili.

IL CIBO NON BASTA, è la nuova campagna lanciata da Medici Senza Frontiere – la più grande organizzazione medico-umanitaria al mondo – per chiedere una diffusione globale degli alimenti terapeutici pronti all'uso (RUTF) per i bambini affetti da malnutrizione grave e per stimolare ulteriori sforzi per estendere l'uso dei RUTF per la prevenzione delle forme più gravi di malnutrizione. MSF chiede inoltre maggiori sforzi per la ricerca e lo sviluppo di una più ampia gamma degli alimenti terapeutici.

UN ESEMPIO DI RUTF (*Ready To Use Therapeutic Food* - Alimenti terapeutici pronti all'uso)

Un esempio di RUTF attualmente disponibile sul mercato è il **Plumpy Nut**, una pasta a base di latte e arachidi che contiene tutti gli elementi nutritivi essenziali per trattare la malnutrizione grave. Si presenta in pacchetti monodose, igienici resistenti ai batteri e facili da distribuire. Il prodotto è facilmente trasportabile, dura a lungo e si conserva anche nei climi caldi.

COMPRENDERE LA MALNUTRIZIONE

Cos'è la malnutrizione?

Il tema della malnutrizione è spesso confuso con quello della fame, specialmente nell'ambito del discorso generale della "lotta alla fame nel mondo" o di "nutrire il mondo". Queste definizioni confuse contribuiscono a perpetuare una risposta inadeguata alla malnutrizione. È cruciale distinguere tra la malnutrizione e la fame, poiché la malnutrizione richiede una risposta che deve andare al di là degli aiuti alimentari.

La fame è normalmente definita come una deficienza nell'apporto calorico – una persona che quotidianamente assume una quantità di calorie inferiore a quella definita come minima (dall'ACNUR) di 2'100 kilocalorie è considerata come persona che soffre la fame, o sottonutrita. La risposta tipica alla fame è costituito da aiuti alimentari che contribuiscono all'apporto calorico quotidiano della persona.

La malnutrizione, tuttavia, non è semplicemente la conseguenza della scarsità di cibo assunto. È una patologia causata principalmente dalla mancanza di sostanze nutritive essenziali. La maggior parte degli aiuti alimentari costituisce una risposta inadeguata alla malnutrizione o perché fornisce un quantitativo insufficiente di sostanze nutritive essenziali o perché li fornisce in un modo nel quale vengono distrutti dalla cottura o non assunti correttamente dall'organismo.

Chi è a rischio?

La malnutrizione colpisce anzitutto i bambini sotto i tre anni, ma anche i bambini sotto i cinque anni, gli adolescenti, le madri incinte o che allattano, gli anziani e i malati cronici (inclusi quelli malati di HIV/AIDS e TBC) sono vulnerabili. I bambini sono esposti al rischio di problemi della crescita specialmente durante i primi due anni di vita, quando alimenti supplementari dovrebbero integrare l'allattamento al seno. Il marasma⁶ e altre forme di malnutrizione acuta appaiono spesso tra i bambini in cicli stagionali, specialmente durante il periodo che intercorre tra un raccolto e un altro.

“Quando i bambini soffrono di malnutrizione acuta, il loro sistema immunitario è talmente danneggiato che il rischio di mortalità aumenta notevolmente. Una banale malattia infantile come un'infezione respiratoria o una gastroenterite può portare molto velocemente a complicazioni in un bambino malnutrito, e i rischi di morte sono elevati”

Dr. Susan Shepherd, coordinatore medico di MSF per il programma nutrizionale a Maradi, Niger.

Come si identifica la malnutrizione?

La malnutrizione è definita in tre modi: rapporto peso / altezza di una popolazione di riferimento; perimetro brachiale; presenza di edemi (gonfiori ai piedi o al volto).

Se le deficienze alimentari continuano, i bambini subiscono un ritardo della crescita (altezza insufficiente rispetto all'età). Questo viene definito come **malnutrizione cronica**. Se i bambini presentano perdita di peso o sono emaciati (peso insufficiente rispetto all'altezza), sono descritti come sofferenti di **malnutrizione acuta**. Entrambe queste manifestazioni della malnutrizione possono essere ulteriormente classificate come moderata o severa.

La malnutrizione acuta severa include due principali forme cliniche – l'emaciazione severa (marasma) e l'edema nutrizionale (conosciuta come kwashiorkor). È l'analisi clinica che determina se la cura sarà in ospedale o con i RUTF (*Ready to use food* – alimenti pronti all'uso) terapeutici a casa. La malnutrizione acuta severa ha un tasso di mortalità fino al 21% in mancanza di un intervento efficace⁷. Ogni bambino malnutrito è comunque maggiormente soggetto al rischio di sviluppare complicazioni che possono portare a una grave malattia o alla morte.

Quali sono le conseguenze della malnutrizione?

La malnutrizione è associata al 50% delle morti nei bambini sotto i cinque anni ogni anno⁸. Il rischio di morte è particolarmente elevato per i bambini colpiti da malnutrizione acuta severa, fino a venti volte più elevato che in un bambino sano⁹.

⁶ Progressivo ed estremo decadimento delle condizioni dell'organismo, dovuto a vecchiaia o a gravi malattie

⁷ Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition. A Joint Statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund. May 2007. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/Severe_Acute_Malnutrition_en.pdf

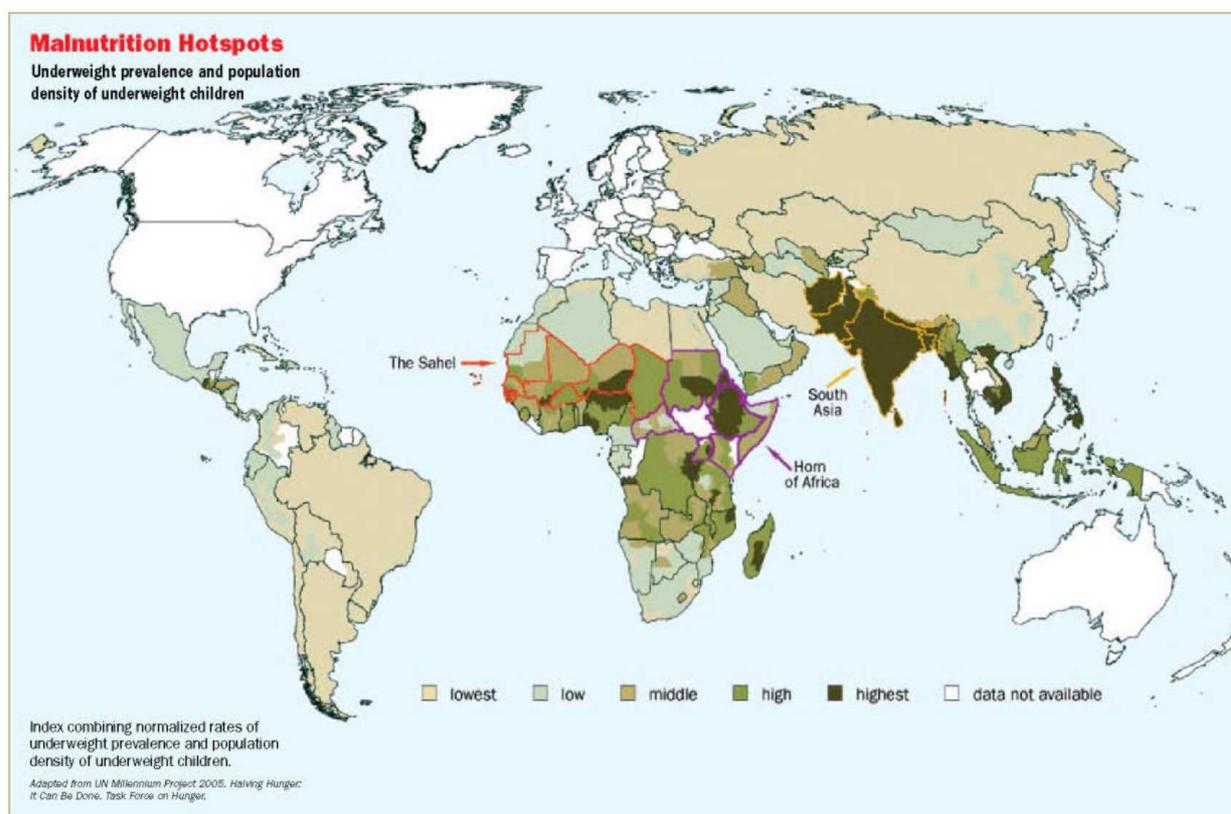
⁸ UNICEF, The State of the World's Children 2006

⁹ Pelletier-DL, The relationship between child anthropometry and mortality in developing countries, implications for policy, programs and future research. The Journal of Nutrition, supplement, 1004. 2047S-2018S .

Qual è il fardello globale della malnutrizione?

Nei paesi in via di sviluppo 146 milioni di bambini sotto i cinque anni sono sottopeso, secondo la definizione del rapporto tra peso e età (un bambino su quattro).¹⁰ Sessanta milioni di bambini sotto i cinque anni sono emaciati (quasi un bambino su dieci).

La mappa dei “punti caldi” della malnutrizione mostra come l’Asia meridionale e l’Africa subsahariana siano le zone più colpite dalla malnutrizione e dalla mortalità infantile. La maggioranza dei bambini sottopeso ed emaciati del mondo vive in Asia Meridionale. Nei paesi in via di sviluppo un terzo dei decessi dei bambini sotto i cinque anni avviene in queste regioni.



51

¹⁰ Progress for Children, Unicef Report on Nutrition, April 2006

CURARE LA MALNUTRIZIONE: LA RIVOLUZIONE DEGLI ALIMENTI TERAPEUTICI PRONTI ALL'USO (RUTF)

Il sistema internazionale degli aiuti alimentari si basa quasi esclusivamente su miscele di cibo per migliorare la dieta dei bambini. Oltre 450'000 tonnellate di questo tipo di cibo, la maggior parte in forma di una miscela di grano e soia, sono state distribuite nel corso del 2006.¹¹

Le combinazioni arricchite di cibo presentano tuttavia serie limitazioni che le rendono meno efficaci dei RUTF nel curare la malnutrizione dei bambini sotto i tre anni:

- Le miscele di cibo arricchite non sono particolarmente dense in calorie o in sostanze nutrienti. Sebbene le combinazioni di cibo siano arricchite di sostanze nutrienti, raramente includono tutti gli elementi necessari a un bambino malnutrito, e i livelli di fortificazione sono spesso inadeguati. Inoltre, i composti a base di cereali e soia possono rendere difficile l'assorbimento dei componenti nutrizionali.¹² Se uno qualunque dei 40 componenti nutrizionali essenziali manca nella dieta di un bambino, questa carenza avrà un grave impatto sul funzionamento del suo sistema immunitario e sulla sua abilità di combattere la malattia.
- Al contrario, gli **ingredienti dei RUTF sono più adatti ai bisogni dei bambini**. Le creme dense di sostanze nutrienti sono più efficaci nel fornire in maniera sicura l'intera gamma di minerali, aminoacidi essenziali e lipidi e altri componenti nutrizionali necessari ai bambini piccoli che stanno rapidamente crescendo. Sono saporiti, densi in calorie, e ideali per i bambini piccoli con piccoli stomaci.
- I RUTF durano di più, sono più sicuri e più facili da usare. Il fatto che non ci sia bisogno di preparare un semolino o altri miscugli significa che, con i RUTF, non c'è bisogno di aggiungere acqua, il che elimina il rischio di contaminazioni. Il confezionamento dei RUTF permette inoltre di conservarli per lunghi periodi senza il pericolo di rovinarli, anche in climi caldi o umidi. Le miscele fortificate di cibo, invece, hanno bisogno di acqua e di lunghe preparazioni per la cottura, rischiano un sottodosaggio o sovradosaggio, possono essere conservate per poco tempo e sono facilmente rovinate o infestate.
- L'esperienza dimostra come il **RUTF renda più facile curare un bambino** perché è distribuito in pacchetti monodose. Distribuire quantità di miscele arricchite di cibo a una famiglia significa rischiare che il cibo sia diviso da tutta la famiglia, e il bambino non sia curato.
- I pacchetti di RUTF sono facili da conservare e trasportare. I RUTF sono più leggeri e meno voluminosi, necessitano di minore spazio in magazzino e sono facilmente trasportabili dal sito di produzione alla casa del bambino.

I risultati ottenuti con i RUTF per i bambini moderatamente malnutriti sono di gran lunga superiori ai molti programmi di nutrizione supplementare d'emergenza realizzati con le miscele di cibo. Uno studio concentrato principalmente sui bambini sotto i cinque anni che ha passato in rassegna l'impatto di 82 programmi di nutrizione supplementare d'emergenza, condotti da 16 agenzie in 22 paesi, mostra risultati preoccupanti. Solo il 41% hanno raggiunto standard accettabili riguardo all'impatto a livello individuale.¹³

Considerando i vantaggi e l'efficacia dei RUTF, le miscele rinforzate di cibo devono essere sostituite con i RUTF per rispondere ai bisogni nutrizionali dei bambini sotto i 3 anni.

¹¹ WFP in Statistics 2006. World Food Programme 2007

¹² Enhancing the Nutritional Quality of Relief Diets Workshop Proceedings. SUSTAIN 1999 <http://www.sustaintech.org/publications/pubq6.pdf> (accessed October 1st, 2007)

¹³ Field Exchange; Emergency Nutrition Network; Issue 31; September 2007; p. 1

STORIA DELL'UTILIZZO DEI RUTF DA PARTE DI MSF

Action Contre la Faim, Concern e Valid International hanno svolto un ruolo di guida nella produzione e l'utilizzo degli alimenti terapeutici pronti all'uso (RUTF). Il loro contributo è stato importantissimo. Di seguito, una sintesi dell'esperienza di MSF.

1994: il primo utilizzo del latte terapeutico

Action Contre la Faim (ACF) utilizza per la prima volta il latte terapeutico F100 per la cura della malnutrizione severa acuta. Il latte terapeutico F100 è utilizzato nei centri nutrizionali terapeutici dove i bambini sono ricoverati per ricevere le cure. Il latte necessita di una preparazione precedente poiché deve essere aggiunta acqua pulita e calda prima che possa essere dato ai bambini.

1997: invenzione dei RUTF

Partendo dall'esperienza sul terreno di ACF, un ricercatore medico francese dell'*Institut de Recherche pour le Développement* di Parigi, insieme alla compagnia francese Nutriset, riesce a creare una crema densa di elementi nutritivi per la cura della malnutrizione acuta severa. La crema contiene latte in polvere, grassi vegetali, arachidi e zucchero ed è arricchita di vitamine e sali minerali. Il prodotto ha le stesse specifiche della formula F100, ma con vantaggi cruciali: è pronto all'uso, può essere conservato anche in climi tropicali, e non necessita di preparazione.

MSF usa un prototipo di questo cibo terapeutico pronto all'uso (RUTF – *Ready to Use Therapeutic Food*) nei programmi d'emergenza in Sud Sudan, dove le condizioni di sicurezza impediscono alle equipe di mettere in piedi centri nutrizionali terapeutici. In questo caso, le cure ambulatoriali rappresentavano la sola opzione.

1998: primo utilizzo di una crema RUTF commercializzata

Mentre MSF iniziava a utilizzare i RUTF su piccola scala nei centri nutrizionali terapeutici, la prima crema RUTF commerciale viene messa in commercio sotto il nome di Plumpy Nut.

1999: viene adottato un protocollo per le cure decentralizzate

L'organizzazione umanitaria Concern crea un protocollo per la cura a casa con l'utilizzo di prodotti pronti all'uso per i bambini malnutriti che non presentano complicazioni mediche.

2000 – 2002: i RUTF diventano uno strumento essenziale per curare i bambini durante le crisi alimentari

Nel 2000, i RUTF erano usati da MSF durante le principali crisi alimentari nella regione del Pool in Congo, e oltre 1'700 bambini sono stati curati nella regione dell'Ogaden in Etiopia. Nel 2001, MSF ha curato 3mila bambini nella provincia di Karuzi in Burundi e, nel 2002, 8'600 bambini sono stati curati a Caala, in Angola. Ogni volta, i RUTF sono stati usati come parte di una cura fornita nei centri nutrizionali terapeutici.

In alcuni di questi casi i RUTF non erano ancora utilizzati nella fase ambulatoriale poiché le equipe di MSF non erano ancora pronte a mettere in piedi un sistema di monitoraggio in casa. Il principale problema di questo nuovo approccio era rappresentato dalle preoccupazioni delle equipe mediche che temevano che non sarebbero state in grado di monitorare i bambini e di conseguenza non sarebbero state presenti in caso di complicazioni che potevano avvenire in casa. Ma con l'esperienza le equipe hanno visto risultati eccellenti e così le loro paure sono risultate infondate.

2001 – 2007: cure ambulatoriali coi RUTF

MSF ha avviato le cure ambulatoriali nella provincia di Faryab, nell'Afghanistan del nord all'inizio del 2001. Poiché le madri non potevano trascorrere la notte lontano dalle loro case, le equipe non hanno avuto alternative se non cercare nuove opzioni per curare la malnutrizione severa in casa. Il

programma ha coinvolto solo pochi bambini, ma ha segnato il lancio della nuova strategia ambulatoriale all'interno di MSF.

Nel 2004, migliaia di bambini erano stati curati in Darfur, Sudan e a Maradi, in Niger, utilizzando strategie ambulatoriali con i RUTF.



L'ESPERIENZA DI MSF IN NIGER

2005 - Il punto di svolta

Il 2005 è stato un anno eccezionale in cui in Niger si sono toccati allarmanti picchi di malnutrizione. Nel corso di questa emergenza MSF ha trattato più di 60mila bambini gravemente malnutriti utilizzando alimenti terapeutici pronti all'uso. Nella sola area di Maradi MSF ha trattato 38mila bambini con un tasso di guarigione superiore al 90%. Si è trattato del primo caso di utilizzo su ampia scala dei RUTF da parte di MSF durante una crisi nutrizionale.

2006 – L'espansione dell'assistenza ambulatoriale ai bambini con malnutrizione moderata

Visti i risultati eccellenti ottenuti con i RUTF nel trattamento su larga scala dei bambini gravemente malnutriti, MSF ha esteso l'utilizzo degli alimenti terapeutici pronti all'uso anche ai bambini affetti da malnutrizione moderata che potevano essere trattati anche senza ospedalizzazione. Sono stati così trattati 65mila bambini: il 92.5% di loro era affetto da malnutrizione moderata e il 7.5% da malnutrizione grave. I tassi di guarigione hanno raggiunto il 95.5% tra i bambini con malnutrizione moderata e l'81.3% tra quelli con malnutrizione grave. Da quando il programma nutrizionale di MSF è stato aperto a Maradi nel 2001, il 2006 è stato il primo anno in cui non si è registrato il consueto picco di ricoveri di bambini gravemente malnutriti. Questa esperienza fa pensare che l'utilizzo su larga scala dei RUTF nei bambini con malnutrizione moderata prevenga l'insorgenza di forme più gravi.

Si è inoltre confermata l'efficacia dell'utilizzo degli alimenti terapeutici pronti all'uso per trattare la malnutrizione moderata acuta. L'acquisto di peso registrato (5.28 grammi per chilo al giorno tra i moderatamente malnutriti) è decisamente più elevato rispetto a quello ottenuto generalmente nei programmi nutrizionali tradizionali in cui si utilizzano farine arricchite (generalmente inferiore a 3 grammi per chilo per giorno)¹⁴.

¹⁴ A Retrospective Study of Emergency Supplementary Feeding Programmes. Dr. Carlos Navarro-Colarado. June 2007. ENN and SC UK. Available at <http://www.ennonline.net/research/>

Allo stesso modo, il numero di bambini che hanno abbandonato la cura è stato molto basso al confronto con quello registrato nei programmi tradizionali: appena il 3,4% tra i moderatamente malnutriti e il 10,3% tra i gravemente malnutriti.

“Nel 2005 e nel 2006 abbiamo sperimentato che dare alle madri la responsabilità di occuparsi dei bambini con malnutrizione acuta che non presentino complicazioni, dà ottimi risultati. Adesso ospedalizziamo solo i bambini che presentano forme particolarmente gravi o con complicazioni”.

Isabelle Defourny, responsabile del programma nutrizionale a Maradi, Niger

Raggiungere più bambini con un approccio innovativo (2007)

In due distretti del Niger nella zona meridionale di Maradi i dati raccolti da MSF alla fine del 2006 hanno dimostrato che più della metà dei bambini al di sotto dei tre anni hanno sviluppato un episodio di malnutrizione acuta. MSF ha sperimentato un nuovo approccio basato su un accesso precoce alle cure per i casi più gravi e su una distribuzione precoce degli alimenti terapeutici pronti all'uso per tutti i bambini a rischio nell'area.

MSF ha iniziato a utilizzare le nuove tabelle della crescita elaborate dall'OMS¹⁵ per definire nuovi criteri di ammissione che permettono di includere nei programmi terapeutici un maggior numero di bambini a rischio (con i nuovi parametri bambini che prima erano considerati moderatamente malnutriti ora sono classificati come casi gravi). In base a questi nuovi standard, i bambini che soffrono di malnutrizione acuta grave sono trattati con gli alimenti terapeutici pronti all'uso (RUTF) e sottoposti a controlli ambulatoriali nei centri terapeutici mentre in caso di complicanze e altre gravi malattie associate alla malnutrizione i bambini sono ospedalizzati.

Il secondo pilastro del nuovo approccio di MSF prevede la distribuzione di dosi supplementari di alimenti pronti all'uso che non sostituiscono i pasti regolari ma compensano le principali deficienze dalla dieta dei bambini assicurando loro tutti i micronutrienti necessari.

Attualmente, durante il picco stagionale dell'emergenza alimentare, MSF distribuisce mensilmente razioni supplementari di alimenti pronti all'uso a tutti i 63mila bambini di età compresa tra i 6 mesi e i 3 anni in un distretto di Maradi

AUMENTARE E ASSICURARE LA FORNITURA DI ALIMENTI TERAPEUTICI PRONTI ALL'USO - RUTF

Per tradurre in realtà la raccomandazione delle Nazioni Unite di trattare la malnutrizione grave con i RUTF occorrerebbero 258mila tonnellate di alimenti terapeutici¹⁶. Ma la capacità produttiva nel 2007 è stimata in meno di 19mila tonnellate, con ordini effettivi per appena 8.500 tonnellate.

Dunque appena il 3% dei bambini gravemente malnutriti avranno possibilità di accedere a questi alimenti terapeutici. Questa enorme carenza di disponibilità di RUTF non tiene nemmeno in considerazione i bisogni che si creerebbero se si applicasse su larga scala la strategia di trattare con i RUTF anche i bambini affetti da malnutrizione moderata o semplicemente a rischio di malnutrizione.

¹⁵ Per i dettagli si veda <http://www.who.int/childgrowth/en/>

¹⁶ Il dato deriva da una stima di MSF secondo cui per trattare tutti 20 milioni di bambini malnutriti servirebbero 258mila tonnellate di cibo terapeutico (in media 12,9 chili per ogni bambino), mentre nel 2007 ne sono state utilizzate appena 8,500 tonnellate.

Il mercato è attualmente dominato da un singolo produttore di alimenti terapeutici pronti all'uso a base di latte e arachidi, con ben poche altre opzioni a disposizione. Per questo MSF ha chiesto all'azienda produttrice e che detiene il brevetto di offrire licenze a condizioni agevolate ad altri possibili produttori.

Al prezzo attuale di €3 per chilo il costo totale per salvare tutti i 20 milioni di bambini gravemente malnutriti sarebbe di 750 milioni di euro. Ma il prezzo è destinato ad aumentare drammaticamente visto che il componente più costoso del Plumpy Nut è rappresentato dal latte in polvere il cui prezzo è enormemente cresciuto nel 2006 salendo da 2mila a 4mila euro per tonnellata. Oggi c'è una carenza mondiale nella produzione di latte. Nel giugno 2007 il costo medio per trattare un bambino malnutrito con gli alimenti terapeutici pronti all'uso era di €34.2. Si prevede che a gennaio 2008 questa cifra salirà a €38.7 per trattamento. **E' pur sempre un prezzo contenuto per salvare la vita di un bambino.**

Per rispondere ai bisogni dei bambini malnutriti nelle zone più a rischio ci sarà bisogno non solo di una rapida espansione della produzione degli alimenti terapeutici già esistenti, ma sarà anche necessario un sforzo per ricercare, sperimentare e sviluppare nuove varietà e formulazioni di RUTF. C'è infatti un bisogno urgente di aumentare la scelta e differenziare l'offerta di prodotti dall'alto valore nutritivo e di adattare il loro utilizzo a una varietà di situazioni cliniche che vanno dal trattamento dei casi più gravi alla fornitura di integratori nella dieta dei gruppi di bambini non ancora malnutriti, ma a forte rischio di ammalarsi a causa di una dieta povera e scarsa.