

Bambini malnutriti a Luanda (2009-2011)

Leopoldo Peratoner
Pediatra, ACP Friuli Venezia Giulia, Trieste

L'“avventura” è partita da Trieste circa nove anni fa, ma poi subito dopo si sono aggiunte Modena e due anni fa Cagliari. Sono le scuole che hanno “prestato” alcuni specializzandi per lavorare con i bambini malnutriti di un ospedale di Luanda (Angola). Franco Panizon e Marzia Lazzerini, allora specializzanda in pediatria, avevano verificato nella loro prima discesa a Luanda (2002) che la malnutrizione non era considerata, da parte dei medici locali, un problema di cui occuparsi [1].

L'Hospital Divina Providencia (HDP) è situato in una municipalità molto povera di Luanda, Kilamba-Kiaksi. Sulla situazione di degrado urbano di questo posto non mi soffermo, perché credo sia comune a tutte le megalopoli africane, cresciute senza un'apparente ragionevolezza dopo la colonizzazione, le guerre e l'inevitabile degrado sociale che ne deriva. A Luanda l'urbanizzazione selvaggia per la fuga dalla guerra interna (seguita all'indipendenza e finita solo nel 2002), che ha portato la popolazione della città dal mezzo milione iniziale agli attuali 5-7 milioni, è una delle cose che ti saltano subito all'occhio; ed è chiaro che sta alla base del degrado.

Nel 2009 ero appena tornato dalla mia prima esperienza a Luanda e c'era in quei giorni, a Roma, il vertice della FAO. Ban Ki-Moon aveva annunciato che ogni giorno muoiono 17.000 bambini per fame, uno ogni 5 secondi. Nonostante i giornali avessero riportato con evidenza la notizia, pochi, credo, hanno pesato e pensato questi numeri. Ma per chi come me aveva appena visto bambini morire, sicuramente essi hanno assunto un significato concreto nella loro pesantezza. Così avevo scritto pochi giorni dopo il mio primo impatto con l'ospedale:

22.4.2009 - Si muore, so che qui vedrò in due mesi morire più bambini di quanti ne vedrò nel resto della mia vita. Oggi è il terzo. Anche se non sono bambini seguiti da noi del reparto malnutriti, ho imparato a riconoscere questo evento dalle grida e i canti funebri della madre, che

echeggiano lungo i corridoi dell'ospedale. Non credo sia solo un rito...

Vi ricordo alcuni degli indicatori di salute in Angola:

- aspettativa di vita M/F 42/38 anni;
- mortalità materna 13-18/1000;
- mortalità < 5 aa 158/1000;
- malnutrizione severa acuta 6-30%, cronica 40-50% (quindi la maggior parte dei bambini);
- medici/abitante 0,8/10.000 (pari a 8 in una nostra città di circa 100.000 abitanti);
- spesa annua pro capite per la salute 41 dollari (in Italia 2474).

Lo scarso investimento sulla salute (carenza di risorse, assenza di piani sanitari), la guerra appena finita, la povertà della stragrande maggioranza della popolazione che stride con la ricchezza (petrolio, diamanti) in mano a pochi corrotti sono le cause che stanno alla base di questi numeri, e quindi anche della malnutrizione infantile, ovvio presupposto della mortalità.

E poi ci sono le cause di superficie della malnutrizione: lo svezzamento troppo precoce e la sostituzione del latte con alimenti poveri di proteine. Sì, perché quasi tutte le donne più o meno dopo i primi due mesi tornano a lavorare. C'è un alimento locale (ma con vari nomi diffuso in tutta l'Africa) che è il *funjie*: è simile alla nostra polenta, con contenuto proteico e vitaminico quasi nullo. Viene dato fin dai primi mesi di vita, spesso in quantità insufficiente. E poi ci sono le infezioni ripetute (intestinali e respiratorie), le parassitosi, la tubercolosi e l'HIV.

Cosa si fa in ospedale? Si dà da mangiare (seguendo schemi prefissati), si curano le quasi sempre presenti infezioni concomitanti, croniche o acute, si cerca di passare alle madri dei messaggi nutrizionali e di accudimento (parlando molto ogni giorno personalmente e in *palestras* collettive), si programmano controlli ambulatoriali gratuiti e si propone un apporto gratuito di latte in polvere per le prime settimane dopo la dimissione. Sembra semplice, ma ci sono alcuni fatti che mettono in crisi tutto questo, oltre alla nostra inadeguatezza. In ospedale le madri arrivano già stanche, si ha quasi

l'impressione talvolta che abbiano perso la consapevolezza di essere madri. E tutta la cura dei loro bambini durante la degenza è loro affidata: nei primi giorni, i più critici, l'alimento (F75) deve essere dato continuamente a piccoli sorsi durante il giorno e la notte, non possono riposarsi se non per qualche manciata di minuti. Non credo sia giusto colpevolizzarle quando non ce la fanno.

E la sorveglianza delle infermiere è precaria. Per alcune di loro quello dell'ospedale viene considerato un secondo lavoro, appaiono deresponsabilizzate oltre che poco gratificate. Anche in questo caso pretendere da loro un minimo di efficienza, un triage efficace o anche solo un atteggiamento empatico sembra utopico, tenendo conto soprattutto della loro formazione.

Cos'è cambiato? In questi otto anni, da quando è stato fondato il servizio per la malnutrizione, la mortalità dei bambini ricoverati è drasticamente calata dal 50% iniziale a una media del 15% negli ultimi anni. Per contro i ricoveri sono circa raddoppiati: negli ultimi anni sono 4-500 l'anno. Tenendo conto che quasi tutti i bambini vengono ricoverati solo quando si trovano a elevato rischio di non farcela, non sembra poco. Possiamo essere soddisfatti? Penso di no, sembra ancora una goccia nel mare. Se poi ricordate la nota immagine della “piramide della salute”, è chiaro che noi lavoriamo sulla punta della piramide, quella che riguarda gli interventi a breve termine sulla malattia, con poco o nullo impatto sui sistemi di salute e sui determinanti sociali, quelli di fatto più decisivi. Anche facendo riferimento solo ai rapporti con il governo angolano, affidati alla direzione dell'ospedale, i margini di contrattazione sono molto aleatori, basati praticamente solo sul recupero di qualche stipendio per il personale.

E poi ci sono i problemi di giustizia mondiale: Kenneth Roth (HRW, osservatorio dei diritti umani) qualche anno fa scriveva: “Basterebbe dirottare l'1% del denaro utilizzato per risanare le finanze dei Paesi ricchi per eliminare la fame dal mondo”. Mi piace, ma qualcuno dubita che questo possa essere efficace. L'economista Dambisa Moyo, che forse chi vuole avere un po' di spirito critico do-

Per corrispondenza:
Leopoldo Peratoner
e-mail: leopoldo.peratoner@tin.it

vrebbe leggere, è certa che questo, e in generale la cooperazione, non può risolvere i problemi dell'Africa, anzi... [1-2]. Sono problemi globali e talmente complessi che personalmente non sono in grado di prendere una posizione chiara, ma dobbiamo tenerli ben presenti quando ci imbarchiamo in progetti di cooperazione.

Cosa penso di aver imparato? È certo che chi fa queste esperienze ne esce diverso; sono certo che gli specializzandi hanno acquisito competenze, non solo tecniche, importanti per il loro futuro di pediatri. Ma mi fermo un po' su come sono cambiato io, sceso in Angola con un altro compito, ma soprattutto con un'altra età e con un altro ruolo, anche se poi il lavoro sul campo in gran parte è stato uguale a quello degli specializzandi e alla fine di tutti i medici dell'Ospedale.

Di me cos'è cambiato? Che bisogna capire questi "altri", quelli che laggiù abitano, quelli che soffrono per la malattia e quelli che li curano, prima di fare progetti. Cosa ci ho guadagnato? Lo dico con Dinho e Mauro, con gli... occhi di Rosita e con la mamma di Manuel:

22.6.2011- Dinho e Mauro, i due gemellini di un anno e mezzo che nella prima settimana ci avevano fatto disperare, ridono e parlottano. Dinho ormai appena mi vede vuol venirmi in braccio e mi fa le boccacce, bleah bleah. Mauro è il gemello più piccolo e ha faticato un po' di più a riprendersi, ancora non si regge in piedi, mentre Dinho si arrampica dove trova qualche appiglio. Quando sono arrivati facevano assieme meno di 9 chili, ora hanno superato abbondantemente i 10, ma soprattutto sono altri bambini. E ho l'impressione, dal loro modo di stare con i due bambini, che lo siano anche la mae e l'avò (la nonna), a mae velha, proprio per questo suo essere anche lei madre, sempre qui durante il ricovero. Ieri sera, uscendo dall'ospedale più o meno al tramonto, mi ero accorto di due occhi bianchi nella penombra che mi seguivano mentre passavo davanti alla tettoia. Era Rosita, una bimbetta di 2 anni con un'anemia falciforme a cui avevamo dovuto fare due trasfusioni a distanza ravvicinata. Era il primo giorno in cui non aveva febbre ed era quasi regredita del tutto la tumefazione in testa, che

verosimilmente era un flemmone, la causa della febbre. Non rideva, ma gli occhi... mi parlavano.

7.7.2011 - Oggi abbiamo mandato a casa Manuel, un piccolo di quasi un anno con la mae che sapeva di essere sieropositiva. Il test rapido per l'HIV ci era risultato per 2 volte negativo, lui non mangiava bene, aveva una curva di crescita molto sospetta per qualcosa di cronico, tanto che gli abbiamo messo un sondino nasogastrico. Dopo 48 ore la mae mi ingiunge con molta decisione che il sondino non serve più; ho dovuto farglielo togliere per salvarmi dalle sue insistenze. Mi diceva, lei lo sapeva, che il sondino gli impediva di mangiare bene, nonostante io fossi convinto che questo era poco probabile e avessi previsto una prova di alimentazione per bocca per 24 ore prima di farglielo togliere. Aveva ragione lei e nei due giorni successivi Manuel aveva recuperato quasi un etto e mezzo al giorno.

Credo che alla fine il punto sia questo: l'umiltà, obbligatoria come atteggiamento di fondo. In Angola sicuramente, ma credo in molte parti dell'Africa, l'orgoglio della negritudine lo percepisci, lo percepisci proprio di pelle, nelle cose che dicono, quando incontri qualcuno per strada e ti senti apostrofare *branco* (bianco), non sempre benevolmente. Anche di questo credo che dobbiamo tener conto. Potrei ancora raccontare cose che abbiamo cercato di fare negli ultimi anni per tentare di modificare la situazione che ho descritto: passaggi di consegne agli operatori locali, digitalizzazione della radiologia, uso di farmaci per ridurre il dolore da procedure, utilizzazione di presidi alimentari adeguati alle necessità di questi bambini. Non tutte, probabilmente anche per nostra responsabilità, con successo. Vorrei anche dire delle cose che abbiamo in mente, chiamiamole piccole o grandi utopie. E ancora delle piccole o grandi contraddizioni che si vivono in situazioni come questa. Ma tutto questo fa parte di un altro discorso, che forse prima o poi racconterò. ♦

Bibliografia

- [1] Panizon F, et al. L'Africa e noi. Medico e Bambino Ed., 2010.
[2] Moyo D. La carità che uccide. Milano: Rizzoli, 2009.

"GUADAGNARE SALUTE" A CA' FOSCARI, VENEZIA

Le sfide della promozione della salute. Anche l'Early Child Development fra gli argomenti trattati.

Si è svolta a Venezia all'Università di Ca' Foscari la seconda manifestazione nazionale del programma "Guadagnare salute". Il tema era: *Le sfide della promozione della salute: dalla sorveglianza agli interventi sul territorio*. Il ministro Balduzzi ha aperto i lavori segnalando l'attenzione del governo ai temi trattati che riguardano la promozione della salute.

Hanno partecipato alla manifestazione un migliaio di operatori sanitari, esponenti della società civile del terzo settore, sia pubblici che privati.

Nelle due giornate numerosi contributi sono stati presentati nelle varie sale dell'Università in sessioni plenarie e parallele. In una di queste, per il Centro per la Salute del Bambino, Giancarlo Biasini ha esposto i risultati più recenti della linea di ricerca sull'Early Child Development con una presentazione dal titolo "Gli interventi precoci: guadagno di salute e ritorno economico". La sessione era moderata da Leonardo Speri.

La sessione poster ha visto la presenza di circa 150 contributi. Vi sono stati workshop dedicati alla formazione, riunioni e incontri satellite e una mostra espositiva sulla Città della salute.

Il bilancio è stato senz'altro positivo nonostante la forse eccessiva frantumazione delle molte iniziative.

Gli interventi e la filosofia di "Guadagnare salute" richiederanno certamente tempi lunghi di lavoro, ma è importante continuare a promuovere lo scambio di esperienze e monitorare le iniziative. Ciò si può ottenere frequentando il sito www.guadagnaresalute.it.

In questo contesto rientra a pieno diritto la linea di ricerca dell'Early Child Development che questa rivista, l'ACP e il CSB, e la sua rivista online *Fin da Piccoli*, frequentano.

(Red)