

DUCCIO PERATONER

Nicola mi ha rubato anche le poche cose che avevo da dire.....

Tognoni: ho detto sintetico, ma non così...

Peratoner: riprenderò sicuramente alcune cose già dette questa mattina e spero di farla molto più breve di come avevo pensato

Nel raccontare questa esperienza riprenderò inevitabilmente alcuni temi già discussi questa mattina. E inizio con questa figura che riguarda le 4 scuole di specializzazione italiane che hanno partecipato. L' "avventura" è partita da Trieste, ma poi subito dopo è venuta Modena, poi l'anno scorso Cagliari, e quest'anno è a Luanda per la prima volta una specializzanda di Perugia.

L'interesse per la malnutrizione in questo ospedale è iniziato circa sette, otto anni fa, da parte di Marzia Lazzerini, allora specializzanda in pediatria, e di Franco Panizon. Era loro sembrato che la malnutrizione non fosse una malattia di cui occuparsi da parte dei medici locali.

L' Hospital Divina Providencia (HDP) è situato in una municipalità molto povera di Luanda, Kilamba-Kiaxi, ma 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 conseguenti e tutto quello che ne deriva.

Nel 2009 ero appena tornato da questa mia prima esperienza e c'era stato in quei giorni a Roma il vertice della FAO, dove Ban Ki-moon annunciava che di fame muoiono 17.000 bambini al giorno, uno ogni 5 secondi. Credo che pochi hanno ben pesato e ripensato a lungo questi numeri, ma per chi come me aveva appena visto i bambini morire, sicuramente questi numeri hanno assunto un significato concreto, erano molto pesanti.

Degli indicatori di salute in Angola ne ha parlato stamattina anche il dr. Kulosa Luwawa. Ve ne ricordo alcuni:

- aspettativa di vita m/f 42/38 anni
- mortalità materna 13-18 / 1.000
- mortalità < 5aa 158/1.000 (UNICEF 2007, forse oggi un po' migliorata)
- malnutrizione severa acuta 6-30%
- malnutrizione cronica 40-50%
- medici/abitante 0,8/10.000 (come se ad Aosta ce ne fossero due o tre)
- spesa pro capite per la salute 41 dollari (Italia 2.474)
- unità di salute distrutte dalla guerra: 65%

I numeri della malnutrizione sono un po' incerti perché non esiste una statistica precisa, ma grossolanamente possiamo dire che sono abbastanza verosimili.

Ma guardate queste figure che anche Don Carraro ha mostrato questa mattina, le mappe del nostro mondo ricostruite in relazione a indicatori ben diversi dalle dimensioni reali. Questo in rapporto alla mortalità infantile per esempio mostra com'è grande l'Angola e l'Italia quasi non esiste. Speculare e contraria è la mappa in rapporto alla capacità di acquisto di beni sanitari: anche qui l'Italia non la riconoscete perché è talmente obesa che ha perso la sua forma a stivale, e l'Angola non esiste. Simile a questa è la mappa per operatori sanitari. Bisogna peraltro dire che questo discorso degli operatori sanitari vale fino ad un certo punto perché, questo lo dice l'OMS, un terzo delle morti infantili sono evitabili con interventi che non richiedono personale sanitario: la promozione dell'allattamento al seno e la nutrizione complementare, l'uso di soluzioni reidratanti orali e l'uso di reti con insetticidi. Anche di questo un po' si è già accennato stamattina.

Poi c'è un'altra maledizione, vorrei dire, di questa parte del mondo: sono le guerre o conflitti armati in ogni caso, che ci sono o che ci sono appena stati. E come vedete sono sempre negli stessi posti del nostro mondo.

Se guardiamo la mappa delle cause di mortalità nei primi 5 anni di vita vediamo che questa è più elevata negli stessi posti dove maggiore e più diffusa è la malnutrizione infantile, e così sembra impossibile che non ci sia un rapporto tra queste due cose.

E questo è quello che ha fatto partire sette, otto anni fa Marzia Lazzerini e Franco Panizon, Qualche cenno su cosa è la malnutrizione, chi c'è stato sicuramente lo sa, ma forse non tutti voi avete presente, spendo solo due parole. La malnutrizione severa si può presentare in 2 forme: si parla di marasma quando c'è un rapporto peso-altezza (il parametro più importante per valutare lo stato nutrizionale) inferiore al 70%. Si parla di kwashiorkor invece quando il peso è buono ma ci sono edemi, il peso è fatto in parte di acqua. Queste due forme sono diverse anche per un diverso rischio di mortalità, d'infezioni, ecc..

Le cause: sono lo svezzamento troppo precoce e la sostituzione del latte con alimenti poveri di proteine. C'è un alimento locale (ma con vari nomi diffuso in tutta l' Africa) che è il funje: è simile alla nostra polenta, con contenuto proteico e vitaminico quasi nullo. Viene dato fin dai primi mesi di vita, e spesso in quantità insufficiente. E poi ci sono le infezioni ripetute (intestinali e respiratorie), le parassitosi, la tubercolosi e l' AIDS. Queste sono le cause, diciamo così, di superficie.

Poi ci son le cause di fondo, a cui fra poco accennerò.

L' organizzazione locale: all'ospedale Divina Providencia di Luanda il bambino arriva attraverso una consulta esterna, da cui viene inviato al reparto malnutrizione quando ha i criteri per essere giudicato malnutrito grave, in una delle 2 forme che dicevamo prima.

Ma c'è un filtro precedente: sono i 4 posti di salute che dovrebbero inviare all'ospedale solo i bambini che sono in uno stato di gravità tale da non poter essere trattati ambulatoriamente. Dico dovrebbero perché qualche volta il filtro è molto largo, arrivano in ospedale bambini che non avrebbero uno stretto bisogno di ricovero; altre volte invece si rischia che i bambini arrivino in situazione talmente grave che già capisci a vista che non ce la faranno. Il triage fatto in questi posti di salute non è quindi abbastanza efficiente. Senza tener conto del problema del viaggio dalla periferia all' ospedale, che può richiedere tempi lunghi e, per quanto pochi per noi, soldi.

La storia di Francisco: è la storia, molto esemplificativa di quello che vediamo all' HDP, di un bambino che non ho visto io; me l'ha regalata una specializzanda che invece l'ha vissuta. Un giorno arriva, ha tosse da un mese. Francisco ha 10 mesi, terzo figlio, pesa 4 Kg., mangia a questa età solo questo funje di cui dicevo prima, 2 al massimo 3 volte al giorno. La mamma vende, quasi tutte le donne nella situazione urbana di Luanda vendono quello che possono, il padre ha altre 2 mogli, e anche questo non è così raro, benché illegale.

Cosa va valutato? Il peso e l'altezza; questo bambino ha un peso/altezza al di sotto del 60%, quindi largamente nell' ambito della malnutrizione grave. Ha una linfadenopatia laterocervicale, ha un reperto polmonare bilaterale, la lastra del torace mostra addensamenti bilaterali molto importanti.

Venti giorni dopo Francisco è un bambino che stentate a riconoscere, se non altro per il rapporto peso/altezza che è aumentato da sotto il 60% al 75%. Cosa è stato fatto? Gli è stato dato da mangiare ed è stata curata una probabile tubercolosi. Però anche, in questi 20 giorni, si è lavorato con la madre, sono state fatte proposte di accudimento e consigli alimentari. E poi è stato fatto un programma di controlli ambulatoriali, è stato dato un apporto gratuito di latte in polvere per le prime settimane dopo la dimissione.

Cosa gli si è dato da mangiare? E' molto semplice: ci sono 2 tipi di latte, studiati e preparati apposta dall' OMS: sono l'F75 nella rialimentazione iniziale e l'F100 nella successiva fase di stabilizzazione. E poi si passa ad una pappa a contenuto proteico adeguato e latte, latte intero in polvere. Quando era a Luanda il costo giornaliero del latte in polvere (latte vaccino intero, che si trova facilmente anche sulle bancherelle del mercato) era pari a un po' meno di 1 euro al giorno per un bambino di 1-2 anni, forse adesso costa un po' di più. Per noi molto sostenibile, per loro forse non è esattamente così. Gli si insegna anche a preparare una minestra, una pappa fatta in modo di dare l'apporto proteico e questo si fa attraverso incontri durante la degenza, le palestras.

Le criticità. Sembra semplice, vien da dire, sentendo quello che vi ho appena raccontato. Ma ci sono alcune cose che mettono in crisi tutto questo.

In ospedale tutto è affidato alle madri e le madri arrivano stanche, alcune hanno perso la capacità di accudire il bambino, si ha quasi l'impressione che abbiano perso la loro capacità di madri, la consapevolezza di essere madri.

Il secondo punto è che la sorveglianza infermieristica è precaria, le infermiere sono sempre stanche, quello dell'ospedale da alcune viene considerato un secondo lavoro, appaiono deresponsabilizzate ma forse sono anche poco gratificate dal loro lavoro. Il pretendere da loro un triage accettabile ed un minimo di efficienza sembra in questa situazione utopico.

E poi c'è la notte. La maggior parte delle morti avviene di notte. E la riunione che si fa ogni mattina prima di iniziare a vedere i bambini ricoverati, a volte è più un bollettino di guerra che una riunione clinica.

I risultati. In questi 7, 8 anni, da quando è stato fondato il centro per la malnutrizione, la mortalità dei bambini ricoverati è drasticamente calata rispetto al 50% iniziale; negli ultimi anni varia tra il 10 e il 17%. Ma bisogna dire che ci manca il dato di cosa succede a questi bambini dopo la dimissione, se non per il relativamente breve periodo in cui vengono seguiti ambulatoriamente. E una parte di questi bambini si "perdono" già subito dopo la dimissione dall'ospedale. Per contro i ricoveri sono circa raddoppiati in questi anni, negli ultimi anni sono 4-500 l'anno.

Se ricordate la solita figura della piramide della salute, di cui stamattina hanno già parlato altri, è chiaro che noi interveniamo su questa punta della piramide, quella che riguarda gli interventi a breve termine sulla malattia; con poco o nullo impatto sui sistemi di salute e sulle determinanti sociali.

Ma ci sono anche tutti i problemi politici locali sui quali ancora non mi pare che abbiamo, come piccola iniziativa di cooperazione qual'è la nostra, nessuno strumento per intervenire in modo efficace. E poi ci sono i problemi di giustizia mondiale: forse conoscete questa frase di Kenneth Roth (Osservatorio dei diritti umani): "basterebbe dirottare l'1% del denaro utilizzato per risanare le finanze dei paesi ricchi per eliminare la fame dal mondo". Mi piace, ma già questa mattina abbiamo sentito dire che questo può non essere efficace. Dambisa Moyo, nel suo libro "La carità che uccide" (che forse chi vuole avere un po' di spirito critico dovrebbe leggere) dice che questo non risolverebbe i problemi dell'Africa. Sono problemi globali e talmente complessi che personalmente non mi sembra di poter prendere una posizione chiara, ma credo che dobbiamo tenerli ben presenti quando partecipiamo a questi progetti.

Arriviamo a cosa penso di aver imparato da questa mia esperienza, non solo mia ovviamente.

La "crescita" degli specializzandi. Credo sia uno degli esiti importanti di questa esperienza. Non volevo dirlo con le mie parole, e così vi leggo due o tre frasi di una mail che ha inviato uno degli ultimi specializzandi triestini che è andato all'HDP: "Ho imparato ad alzare la voce in pubblico, a fare la voce grossa, ad essere cinico, ad essere diretto senza giri di parole, ad alzare le spalle, scrollarmi di dosso le responsabilità che non mi appartengono. Fare interventi manuali senza anestesia, a comunicare diagnosi di HIV positive, a riferire della perdita del bambino a mamma e papà, ..."; e poi "sì, un'esperienza positiva, sotto tutti i punti di vista, anche sotto quelli che mi sono rimasti bui, quelli che non ho compreso, quelli che ho nascosto sotto la sabbia. Mi è stato chiesto perché, ma sì son venuto qui per me, certo che sono venuto qui per me e ho incontrato l'umanità, umanità al cento per cento. Qui è difficile far finta di qualcosa, è difficile imbrogliare, ingannarsi. Mamme che condividono il pranzo, padri che lavano la roba, dico la roba anche per gli altri, roba piena di feci, di vomito, di pipì. Quando tutto questo esce fuori si percepisce direttamente la possibilità di un rapporto umano che altrimenti considereresti quasi incredibile."

Forse parole tra loro contraddittorie, però mi sembra che esprimano molto bene alcune sensazioni, alcuni vissuti, che sono stati riportati anche da altri specializzandi.

Conoscere l'"altro". L'altra cosa che ho imparato è che bisogna capire questi "altri", quelli che laggiù abitano, quelli che soffrono per la malattia e quelli che li curano, prima di fare progetti. Esempio con due cose, le due storie del funji e del RUTF.

Il funji è questo alimento che dicevo prima, una polentina che è l'elemento base della alimentazione locale. Quando io sono andato giù mi ero messo in testa di fare la guerra contro il funji. Poi ho capito pian piano che invece questo era proprio sbagliato. Le donne, le maes, dopo un po' avevano capito che io ce l'avevo con questo funji, e non avevano più il coraggio di dire cosa mangiava il bambino, mi mentivano. Ho realizzato così che la cosa giusta da fare è invece valorizzare questo alimento, insegnando ad arricchirlo, sostanzialmente con altri alimenti proteici.

La storia del RUTF (Ready to Use Therapeutic Food) è più o meno simile, ma opposta. Il suo uso nella malnutrizione è un'esperienza iniziata l'anno scorso all' HDP, con un progetto pensato e realizzato da Marzia Lazzarini. Il RUTF è una cosa preparata, con alimenti locali di sufficiente contenuto proteico ma di basso costo e di facile reperibilità, nell'ospedale stesso, anche se prodotti analoghi esistono in commercio o vengono distribuiti dall' UNICEF. La difficoltà è quella di far passare questa idea, che è stata un'idea occidentale, un'idea nostra per la loro situazione, ma che rimaneva un' idea nostra. E' stato difficile, e lo è tuttora. Forse qualcuno che ha vissuto la realizzazione all' HDP di questo progetto può dire qualcosa di più di questo, io non l'ho vissuta in prima persona.

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, questo orgoglio della negritudine lo percepisci, lo percepisci proprio di pelle, nelle cose che dicono, quando incontri qualcuno per strada e senti dire "branco", qualche volta non certo benevolmente. Anche di questo credo che dobbiamo tener conto.

Le linee di azione attuali

Innanzitutto il passaggio delle consegne agli altri, da noi bianchi ("a malnutricao è uma coisa dos italianos") a chi, medici e infermieri, a Luanda vive. Questo è il punto su cui ci siamo più impegnati negli ultimi due anni: finalmente più di un anno fa è stato nominato responsabile del reparto di malnutrizione un medico nero. Mi è sembrato un buon inizio di questa fase.

Il miglioramento delle tecnologie: proprio negli ultimi mesi è partito un progetto di miglioramento del servizio radiologico dell' ospedale con la trasformazione in digitale delle apparecchiature, oggi già attive. Cosa che rende anche più facile la refertazione in comunicazione con radiologi disponibili in Italia, visto che all' HDP non ci sono radiologi; ma si sta ora cercando di mettere in comunicazione questo servizio con i radiologi presenti in altri ospedali di Luanda.

Ma non riguarda solo la radiologia questo inserimento dell' HDP in una rete collaborativa con gli altri ospedali di Luanda, in particolare con l' ospedale di riferimento pediatrico, quello in cui ci sono le specialità pediatriche. Il bisogno di servizi specialistici, non presenti nel piccolo HDP, alcune volte è ben presente. Ma non si tratta solo di distanze in chilometri, pochi ma con tempi di percorrenza che possono diventare incredibilmente lunghi; è anche un problema di organizzazione e di volontà, di abitudine alla collaborazione.

E alla fine la ricerca delle modalità per rendere stabili i cambiamenti raggiunti. Tutti noi che siamo stati giù abbiamo percepito la difficoltà di perseguire questo obiettivo e abbiamo palpato con mano la sensazione di precarietà delle iniziative che si mettono in piedi. Ma forse anche questa esigenza (il mito dell' efficacia e dell' efficienza) è una cosa che appartiene a noi bianchi, e in qualche modo è ragionevole, o almeno comprensibile, che gli angolani pongano in atto qualche sistema di difesa.

Poi ci sono i sogni, quelle cose che penso dovremmo cominciare a fare. Un'operazione di empowerment molto importante sarebbe quella di formare dei community health workers, persone locali senza una formazione sanitaria specifica precedente, che possano lavorare con la popolazione in modo più utile di quello che possiamo fare noi "altri" o gli operatori sanitari formati (medici e infermieri). E queste dovrebbero essere sostanzialmente delle donne, perché questa nella realtà di Luanda sembra l'unica possibilità. Su questo c'è molta letteratura e credo che sarebbe un passaggio importantissimo, un vero salto di qualità, soprattutto per la prevenzione, che è la chiave di volta della riuscita di qualsiasi programma di intervento sulla malnutrizione stessa.

Poi c'è la formazione e la responsabilizzazione del personale infermieristico, cosa di cui nei centri di salute ma anche nell'ospedale si sente assolutamente la necessità, come accennavo in precedenza. Sono convinto che gran parte degli interventi su questa patologia potrebbero essere responsabilmente gestiti proprio dal personale infermieristico, se su questo venissero formati (e qualche iniziativa in questo senso si è già tentata), responsabilizzati e anche gratificati con incentivi.

Concludo ringraziando, devo proprio farlo, alcune persone. Franco Panizon, che mi ha quasi forzato ad andare giù, per avermi dato la possibilità di toccare con mano, e con il cuore, una realtà diversa dalla nostra, anche se non mi era certamente del tutto sconosciuta. E poi tutti gli amici e le amiche, medici e non medici, con la freschezza e la grinta di giovani come gli specializzandi, o anche meno giovani ma con lo stesso spirito, che ho incontrato giù e che fanno parte di questa "impresa". Gli africani infine che ho

conosciuto, con alcuni dei quali i rapporti non sono stati per niente facili, ma che in ogni caso mi hanno permesso di capire qualcosa, anche se è sempre troppo poco, della realtà dell'Africa. E poi tutti voi che avete avuto la pazienza di ascoltarmi. Grazie.

Nicola mi ha rubato anche le poche cose che avevo da dire.....

Tognoni: ho detto sintetico, ma non così...

Peratoner: riprenderò sicuramente alcune cose già dette questa mattina e spero di farla molto più breve di come avevo pensato.

Qui ci sono queste due figure: una riguarda le 4 scuole di specializzazione italiane che hanno partecipato. E' partita da Trieste la cosa, ma poi subito dopo è venuta Modena, poi l'anno scorso Cagliari e quest'anno è partita per la prima volta una specializzanda di Perugia.

Questa cosa, diciamo l'interesse per la malnutrizione in questo ospedale è iniziato circa sette, otto anni fa. Adesso c'è questa piantina dell'ospedale che è quella che vedete nel cerchio rosso, l'ospedale è questo, della Divina Providencia, e dov'è situato? E' situato in una municipalità molto povera di Luanda, ma non mi soffermo su questo.

Ero appena tornato nel 2009 da questa esperienza e c'è stato il vertice della FAO.

Allora questi numeri che, io credo, che pochi hanno pensato e ripensato, ma per chi aveva appena visto i bambini morire, sicuramente questi numeri hanno un significato, acquistano un significato.

In Angola degli indicatori di salute ne ha parlato prima anche il nostro funzionario del ministero per cui non mi ci soffermo, ma guardate queste figure che ha anche mostrato Don Carraro questa mattina che guardano le mappe fatte per mortalità; per esempio guardate com'è grande l'Angola e l'Italia quasi non esiste.

Questa è la mappa delle capacità di acquisto di beni sanitari: anche qui l'Italia non la riconoscete perché è talmente obesa, talmente grande che non riconoscete la forma dell'Italia, l'Angola non esiste.

Lo stesso la mappa per operatori sanitari, la stessa cosa. Devo dire che questo discorso degli operatori sanitari vale fino ad un certo punto perché ci sono sicuramente, questo lo dice l'OMS, un terzo delle morti infantili sono evitabili con interventi che non richiedono personale sanitario. Anche di questo un po' si è accennato stamattina. Son questi, l'allattamento e la nutrizione complementare, l'uso di reti con insetticidi.

Poi c'è un'altra sfiga, vorrei dire, di questa parte del mondo che sono, come vedete, le guerre, o conflitti armati in ogni caso, che ci sono o che ci sono appena stati, come vedete sono sempre negli stessi posti.

Le cause di mortalità inferiore ai 5 anni: anche questo è più o meno il grafico mostrato da Tamburlini questa mattina, qui non mi ci soffermo, ma guardate questi puntini rossi della mortalità sotto i 5 anni sono gli stessi dove c'è la malnutrizione, cioè esattamente gli stessi posti, è impossibile che non ci sia un rapporto tra queste due cose.

E questo è quello che ha fatto partire sette, otto anni fa Franco Panizon, che era anche l'autore di quel primo schizzo che c'era nella prima diapositiva; i numeri sono un po' grossolani perché non esiste una statistica precisa, ecco, su quali sono le percentuali di questi malati, ma grosso modo possiamo dire che questi sono abbastanza verosimili.

Cos'è la malnutrizione severa? La malnutrizione severa si può presentare forme in 2 forme, chi è stato sicuramente lo sa, forse non tutti lo sanno, spendo solo due parole; il marasma è quando c'è un rapporto peso-altezza inferiore al 70%, il parametro più importante per valutare la cosa. **xxxxxxxxxxxx** quando il peso è buono ma ci sono edemi, quindi il peso è fatto di acqua sostanzialmente. Queste due forme sono due forme diverse con anche diversi rischi di mortalità, d'infezioni ecc.. Le cause: anche qui le cause sono lo svezzamento troppo precoce, la sostituzione del latte con alimenti poveri di proteine questo alimento nazionale che è il funji che viene dato fin dai primi mesi di vita e anche in quantità insufficiente, le infezioni ripetute, le parassitosi, la tubercolosi ce l'aid.

Queste son le cause, di superficie.

Poi ci son le cause di fondo, vediamo se riusciamo anche a parlare di quello.

All'ospedale Divina Providencia di Luanda lo schema è fatto di queste 2 cose: l'ospedale, questa parte centrale, in cui il bambino arriva attraverso una consulta esterna e viene mandato al reparto malnutrizione quando ha i criteri per essere giudicato malnutrito, una delle 2 forme che dicevamo prima.

C'è un filtro precedente, e di questo parlerò Aniko Aczel dopo, che sono 4 posti di salute che fanno questo filtro e mandano all'ospedale i bambini che.... Questa storia è la storia di un bambino che non ho visto io, non ho vissuto io questa storia, ma...anche perché io mi sono assolutamente rifiutato di far fotografie, poi ne arrivano fatte da altri, che non è molto diverso, ma insomma....questa cosa me l'ha data una specializzanda che invece l'ha vissuta.

Francisco aveva 10 mesi, terzo figlio, pesava 4 Kg., mangiava a quest'età questa polenta, questo funji molto simile alla nostra polenta.

E' venuto un giorno, aveva la tosse da un mese, la mamma vende, come quasi tutte le donne nella situazione urbana di Luanda vendono, il padre ha altre 2 mogli, anche questo non è così raro. Cosa va valutato? Il peso e l'altezza; questo bambino aveva un peso/altezza al di sotto del 60%, aveva una linfadenopatia laterocervicale, aveva un reperto polmonare bilaterale, la lastra era questa, vedete addensamenti bilaterali molto importanti. Venti giorni dopo Francisco è questo: cosa è stato fatto? Gli è stato dato da mangiare, è stata curata una probabile tubercolosi. Però anche, in questi 20 giorni, si è lavorato con la madre, sono state fatte proposte di accudimento o consigli alimentari, è stato fatto un programma di controlli ambulatoriali, è stato dato un apporto dopo la dimissione gratuito di latte in polvere per le prime settimane.

Che cosa si dà da mangiare, voi pensate? Sarà così difficile? E' facilissimo perché ci sono 2 tipi di latte preparato apposta dalle agenzie che si occupano di questo, l'OMS sostanzialmente, e l'UNICEF e sono l'F75 e l'F100 nella fase di stabilizzazione; sono latti ipercalorici studiati apposta per questo tipo di bambini.

Ma anche, dicevamo, educazione nutrizionale, supporto alimentare gratuito e grosso modo, quando sono andato io, il costo di un latte in polvere che si trova sul mercato, dopo la dimissione, latte in polvere normale, latte di vacca normale, il costo, dicevo, è un po' meno di 1 euro al giorno, forse adesso costa un po' di più. Per noi apparentemente molto sostenibile, per loro forse non è esattamente così. Gli si insegna a preparare una minestra, una pappa fatta in modo di dare l'apporto proteico e questo si fa attraverso incontri durante la degenza, palestre.

Sembra semplice, dicevo, ma ci sono alcune cose che mettono in crisi tutto questo.

Tutto è affidato alle madri e le madri arrivano stanche, che hanno perso la capacità di accudire il bambino, si ha l'impressione che abbiano perso la loro capacità di madri, la consapevolezza di essere madri.

Il secondo punto è che la sorveglianza infermieristica è precaria, le infermiere sono sempre stanche, fanno più di un lavoro, sono deresponsabilizzate.

E poi c'è la notte. La maggior parte delle morti avviene di notte.

E poi la riunione del mattino che si fa ogni mattina, a volte è più un bollettino di guerra che una riunione clinica.

In questi 7,8 anni da quando è stato fondato il centro per la malnutrizione la mortalità dei bambini ricoverati, quindi non possiamo sapere cosa succede dopo ai bambini dimessi, tra i bambini ricoverati la mortalità era vicina al 50%, negli ultimi anni è tra il 10 e il 17%.

C'è questa gran parte di bambini che non vengono più al controllo per cui non sappiamo cosa succede dopo. Vedete, i ricoveri sono raddoppiati circa in questi anni, la solita piramide e il solito modo di dire che noi interveniamo su questa punta della piramide.

Quindi ci sono tutti i problemi politici, organizzativi sui quali ancora non siamo, o non siamo in grado di farlo; e poi i problemi di giustizia mondiale: voi conoscete questa frase di Kenneth Road "basterebbe dirottare l'1% del denaro utilizzato per risanare le finanze dei paesi ricchi per eliminare la fame dal mondo" Va bè, però questa mattina abbiamo sentito che qualcuno pensa che questo non sia efficace.

Dambisa Moyo dice che questo non risolverebbe i problemi. Questo è un libro che forse chi vuole avere un po' di spirito critico dovrebbe leggere, è tradotto in italiano e si chiama "La carità che uccide".

Questa vignetta era su un settimanale del Burkina Faso in occasione del summit di New York sugli obiettivi del millennio. Allora c'è un signore che dice " il numero dei poveri è diminuito, di sicuro io non li vedo più" è una vignetta, ma io credo che sia molto realistico questo, è triste questa cosa.

Arriviamo a cosa penso di aver imparato da questa mia esperienza, mia, non solo mia ovviamente.

La crescita deve specializzarmi. Credo sia importante questa cosa che fanno gli specializzandi. Non volevo dirlo con le mie parole, ma vi leggo due o tre frasi di una mail che uno degli ultimi specializzandi triestini, che è andato all'ospedale della Divina Providencia, scrive: "Ho imparato ad alzare la voce in pubblico, a fare la voce grossa, ad essere cinico, ad essere diretto senza giri di parole, ad alzare le spalle, scrollarmi di dosso le responsabilità che non mi appartengono. Fare interventi manuali senza anestesia, a comunicare diagnosi di HIV positive, a riferire della perdita del bambino a mamma e papà, ma quello che non ho ancora imparato è a sopportare le mosche" poi va su questo discorso delle mosche poi torna al serio e dice " sì, un'esperienza positiva, sotto tutti i punti di vista, anche sotto quelli che mi sono rimasti bui, quelli che non ho compreso, quelli che ho nascosto sotto la sabbia. Mi è stato chiesto perché, ma sì son venuto qui per me, certo che sono venuto qui per me e ho incontrato l'umanità, umanità al cento per cento. Qui è difficile far finta di qualcosa, è difficile imbrogliare, ingannarsi. Mamme che condividono il pranzo, padri che lavano la roba, dico la roba anche per gli altri, roba piena di feci, di vomito, di pipì. Quando tutto questo esce fuori si percepisce direttamente la possibilità di un rapporto umano che altrimenti considereresti quasi incredibile."

Forse anche contraddittorio, molto, però...mi sembra che esprima molto bene, esce fuori anche le cose, le parole che hanno scritto anche gli altri specializzandi.

L'altra cosa che abbiamo imparato è la necessità che per capire questi altri...che bisogna capire questi altri prima di fare altri progetti. Le due cose, le due storie del funji e del rutf. Il funji è questa cosa che dicevo prima, questa polentina e quando io sono andato giù mi ero messo in testa di fare la guerra contro questo funji. Poi ho capito pian piano che, invece, questo era proprio sbagliato, che le donne, quando avevano capito che io ce l'avevo con questo funji, non avevano più il coraggio di dire cosa mangiava il bambino, quindi mentivano. Allora credo che la cosa da fare sia invece valorizzare questa cosa, l'atteggiamento è quello di valorizzare questa cosa, insegnare ad arricchirlo con sostanze proteiche sostanzialmente; e la storia del rutf è più o meno opposta, ma simile. Il rutf è un'esperienza iniziata l'anno scorso, sempre con un progetto iniziato dalla Marzia Lazzarini che è stata la prima, insieme a Panizon, ad andare a Luanda. Il rutf è una cosa preparata, in questo caso, ci sono anche quelli preparati industrialmente, ma qui è preparata nell'ospedale stesso, però la difficoltà a far passare questa idea, che è stata un'idea occidentale, un'idea nostra per loro, ma idea nostra. E' stato difficilissimo. Forse qualcuno può dire qualcosa di più di questo, io non l'ho vissuta, riferisco, credo che sia stata, e lo sia tutt'ora, una cosa non del tutto facile, non del tutto accettata.

Credo che sostanzialmente il punto sia questo: l'umiltà obbligatoria. Credo che ci sia questo, in Angola sicuramente, credo che in molte parti dell'Africa ci sia quest'orgoglio della negritudine e lo percepisci, lo percepisci proprio di pelle, nelle cose che dicono, quando incontri per strada e dicono branco. Questo credo che dobbiamo tenerne conto.

Le linee di azione attuale, e con questo finisco, le criticità, sono il passaggio delle consegne agli altri, a noi bianchi, questa è la cosa che abbiamo fatto negli ultimi due anni in cui è stato nominato responsabile del reparto di malnutrizione un medico nero.

La formazione, soprattutto del personale infermieristico, anche di questo si è parlato oggi, non mi soffermo.

Miglioramento delle tecnologie: proprio negli ultimi mesi è stato fatto questo progetto di radiologia digitale già portato giù, non mi soffermo sui particolari e un'altra cosa che sta facendo chi è giù in questo momento è la collaborazione con le altre strutture sanitarie; sta cercando di mettere un po' in rete quest'ospedale di riferimento pediatrico, quello in cui ci sono le specialità pediatriche.

E poi la ricerca delle modalità per rendere stabili i cambiamenti raggiunti. Ecco questo è molto difficile e anche qua non faccio tempo a soffermar mi.

Poi ci sono i sogni, le utopie. E io credo che questo, per me, sarebbe un passaggio importantissimo, un'operazione di empowerment molto importante, quella di formare dei community athroworks, persone

sanitarie di formazione, ma che possano lavorare con la popolazione in modo più utile di quello che possiamo fare noi o che possono fare.... e queste sono sostanzialmente donne, perché questa è l'unica possibilità.

Poi c'è la responsabilizzazione del personale infermieristico, cosa che nei centri di salute, se qualcuno anche ne parla dopo, ma nell'ospedale sono assolutamente deresponsabilizzati.

Questa è un'altra immagine di Panizon del giardino, giardino... diciamo degli spazi vicino all'ospedale e io devo proprio ringraziare di questa cosa, nessuno ha ringraziato, ma io credo che questo devo farlo.

Franco Panizon mi ha circa violentato ad andare, ad andar giù e io non posso che ringraziarlo per questo, perché ho capito qualcosa. A tutti gli amici e le amiche, medici e non medici che ho incontrato giù e qua e che hanno fatto parte, fanno parte, di questa impresa, gli specializzandi, soprattutto, perché quelli che ho conosciuto e con cui ho lavorato insieme soprattutto, ma anche quelli che ho conosciuto attraverso quello che scrivevano e raccontavano. Gli africani che ho conosciuto, con i quali i rapporti non sono per niente facili, ma che mi hanno permesso di capire qualcosa, poco poco, come dice qualcuno che sapete, della realtà dell'Africa. E poi tutti voi che avete avuto la pazienza di ascoltarmi. Grazie.

D'ANDREA: Grazie Duccio. Questo era il primo flash di una domanda che io vorrei porre e che spero nel dibattito venga fuori. Per chi è stato, per chi pensa di andare, per le riflessioni che sono venute fuori stamattina. Perché dei pediatri, dei medici, degli infermieri, andiamo, vanno in Africa? Passare dal 48% al 17% di mortalità in ospedale per malnutrizione, eh non è un dato proprio indifferente, per cui a quei bambini, fin che sono stati in ospedale, poi sappiamo che molti di questi... il loro destino non è conosciuto, non son seguiti, però, missione del medico è, come dice Panizon anche nel libro che ha raccolto tutte le testimonianze, è quello di curare i malati, in questo caso i bambini malati e dal 48% al 17 direi che è un risultato. Basta questo per andare in Africa? Sentiamo. Intanto adesso Aniko ci racconta l'esperienza dei punti di salute che sono, diciamo, questi satelliti dell'ospedale Divina Providencia dove ci sono delle differenze geografiche, anche all'interno della stessa città di Luanda, che ha 7 milioni di abitanti, una città, pensate, costruita dai portoghesi per 500 mila abitanti. E allora, cosa è successo? Solo facilmente immaginabile come può essere la vita di questi, non tutti, ma 6 milioni e 900mila persone. Quindi lei ha lavorato principalmente in due posti di salute e ci riferisce l'esperienza concreta, quotidiana, le varie difficoltà, gli incontri avuti e i risultati anche ottenuti.