

ANIKO ACZEL

Buongiorno, buongiorno a tutti, io vi ringrazio di essere qua e mi scuso per la mia inadeguatezza perché non sono molto abituata a parlare in pubblico.

Comunque: ho lavorato al seguito del prof. Balzo che mi ha portato in Angola. Ci sono stata 4 volte, le prime 2 in ospedale e nell'ambulatorio dell'ospedale. La seconda volta ci siamo accorti che la popolazione era forse un pochino meno povera dei primi anni, il 2004-2006 e quindi si è pensato che il numero dei malnutriti non diminuiva però, di quelli che vedevo io in ospedale, allora si è pensato che la mamma più grassoccia, con un cellulare in mano o con dei jeans nuovi, forse una disponibilità economica un pochino maggiore c'era e si poteva pensare di provare a fare della prevenzione. Vedere intanto perché la malnutrizione non diminuiva assolutamente e quindi cercare se si poteva aiutare un po'. Queste sono alcune fotografie.

La prima è il centro di salute di Santa Teresina di mamme che aspettano davanti al centro prima di entrare.

Questo è san Joao Calabra che è il centro più grosso.

Lo staff di Santa Teresina.

E questa è una cosa abbastanza importante per vedere come mangiano alcune persone e come i bambini restano male. Di fronte ai centri di salute e in tutto il bairo ci sono queste piccole postazioni di persone che vendono cose fritte, biscotti, bibite gassate; le madri li comprano e li mangiano, quindi c'è una maggior disponibilità economica, che però non va al bambino, perché il bambino...

Questo è il bairo, io non ho fatto le fotografie del bairo durante il percorso perché mi pareva per lo meno indelicato, non ho avuto il coraggio di farle, ma in un momento di vuoto, questo è il posto in cui si lavora.

Che cosa ci siamo proposti? Quello di prevenire la malnutrizione, per quanto possibile, ma come? Vedendo che cosa mangia il bambino abitualmente perché non si può uscire da una cultura. Ha detto giustamente il dr. Peratoner che non si può combattere il funji perché ogni popolazione ha delle abitudini, delle regole e si può cercare di modificarle, ma non certamente di cancellarle. E vedere quelle che possono essere delle diete assolutamente compatibili e adeguate alle condizioni della famiglia, al tipo di lavoro o secondo la situazione socio-economica e con le abitudini perché queste possono essere molto diverse.

Il secondo obiettivo è quello dell'ultima volta, dell'anno scorso, quello di trattare direttamente nei posti di salute, nei centri la malnutrizione moderata, ma anche quella severa quando non complicata e soprattutto di formare il personale locale perché nei centri di salute e anche, è auspicabile, all'interno del barrio, trovare quelle persone che non accedono ai posti di salute; del personale locale che si porga non in maniera dall'alto in basso, come spesso succede, perché il dr. Peratoner diceva che il personale è demotivato. Qualche volta può essere non demotivato, ma può porsi in una maniera non alla pari con la popolazione. E infatti direi che questo sia molto importante, non essere visti come qualcuno che insegna qualcosa, ma come qualcuno che partecipa o per lo meno io ho cercato di fare così, non so che cosa è giusto o sbagliato.

Qual è l'alimentazione abituale dei bambini? E' consigliato, anche sulla loro carta delle vaccinazioni, di assumere il latte materno fino ai 2 anni. Però non è che il latte materno è un ciuccio fino ai 2 anni perché il latte le mamme non ce l'hanno più. Vengono alimentati con il funji, questa pappa di manioca, fin dai primissimi mesi di vita, che certamente non fa sentire la fame, e il bambino, questa è una cosa che ho riscontrato anche in bambini di amici africani che stanno in Europa e che venivano da famiglie anche abbastanza abbienti, la qualità di cibo che veniva data al bambino veniva commisurata non secondo le sue necessità, ma secondo le sue dimensioni; quindi il bambino è piccolo e assume poco cibo.

E' necessario che cosa, o che cosa mi sono posta io? Quello di conoscere sia le abitudini alimentari sia le possibilità economiche dei genitori sia la situazione sociale perché è difficile porre delle cose complicate a una donna che vende sunga, si dice sungar il vendere per le strade, non so se sia bantu o portoghese, che ha 3 o 4 bambini, bisogna vedere se ha un marito, se non ce l'ha, se il marito ha altre mogli e anche se la ragazza è molto giovane, molte volte son bambine quasi di 16, 17 anni a cui è difficile

togliere qualcosa, come le nostre giovani ragazze c'è il berrettino, la cosa, per dir loro che bisogna dar da mangiare prima al proprio bambino. Bisogna farlo in modo molto affettuoso, cercando di mettersi alla pari e di disporre di molto tempo, ma soprattutto di trovare un rapporto con queste persone. Nei centri di salute io ho lavorato a San Joao Calabria, che è quello più grande, dove adesso, per fortuna, la dr. Lunardi continua il lavoro e questo è molto importante come continuità, e in uno più piccolo.

San Joao Calabria: questo per riallacciarmi a quello che ha detto il dr. Tamburlini stamattina. San Joao Calabria è quello più popoloso, ma è anche quello in cui la popolazione è formata in buona parte di rifugiati dai villaggi durante la guerra; quindi probabilmente persone che non sono riuscite ad inserirsi in un mondo di lavoro, mentre Santa Teresina è situato più verso la strada con una popolazione forse meno affollata, ma questo ce lo dirà il dr. ebolano che conosce meglio la situazione.

In realtà, normalmente ci sono 2 infermieri che vedono i bambini, le malattie respiratorie, la malaria, tutte le malattie per cui le madri si presentano e nel mese che sono stata io sono stati visitati 1048 bambini al San Joao Calabria e 872...ora è chiaro che 2 persone riescono difficilmente ad affrontare anche il discorso della malnutrizione, si limitano alla broncopolmonite, alla malaria, alla meningite e al ricovero di quello che va ricoverato. Ma c'è una grossa differenza: a San Joao Calabria io ho visto soltanto malnutriti, 164, quindi con un 14% di malnutrizione in questa parte che è più difficile, mentre a Santa Teresina la percentuale dei malnutriti era del 4,50%. Che cosa spiega? Questi due anni passati, ma forse il tipo di popolazione. In realtà, per esempio, le mamme che sapevano leggere, e questo mi pare un dato importante, a Santa Teresina erano molto di più di quante non fossero a San Joao Calabria, famiglie organizzate, padri con un lavoro a Santa Teresina erano di più che non dall'altra parte. Quindi un po' la cultura, un po' la tradizione e certamente la situazione economica e soprattutto culturale, cioè che la mamma sappia destreggiarsi, sappia aiutarsi ha una percentuale; qui ci sono i dati, c'è un'altra cosa che risulta abbastanza facilmente, nei primi sei di vita il bambino che cresce bene, allattato al latte materno, comincia a diminuire di peso, la curva si appiattisce, tra i 6 mesi e l'anno, ma poi frana tra i 13 e i 24 mesi, chi sopravvive poi sopravvive, chi si ricovera si ricovera e vanno così, delle visite di controllo... Che cosa facevamo noi? A San Joao Calabria si dava il latte in polvere, il latte di mucca in polvere, cioè non il latte nelle scatole per lattanti che viene spesso comprato dalle madri e dato un po' come una medicina, un misurino al giorno per un bambino che ha 2 anni non serve assolutamente a niente, cercando di adattare la dieta del bambino a quelle che erano le abitudini della famiglia dicendo alla madre che quando loro mangiavano la carne o il pesce lo dessero anche al bambino, che una banana era facile da trovare e aggiungessero possibilmente un quarto pasto perché il bambino se mangia all'una poi mangia alle nove della sera sono 8 ore di vuoto che sono troppe per un bambino piccolo.

I risultati: molti bambini non tornano più, c'è un 50% circa che non ritorna perché le visite al posto di salute sono gratuite, però le medicine le pagano, gli eventuali esami li pagano e pagano il ricovero in ospedale. Dei ricoverati al San Joao Calabria su 35 richieste di ricovero 22 non sono venuti, vorrei che fossero andati in un altro ospedale. Ma mi domando se il pagamento della retta non li ha frenati. Non lo so, spero di no. Questa credo sia una cosa da prendere in considerazione.

Mentre al Santa Teresina no, la situazione era migliore, li ho ritrovati tutti.

Nella seconda volta i bambini sono stati trattati con il rutf del quale vi ha già parlato il dr. Peratoner che è questa pappa fatta da latte in polvere di mucca, da noccioline tritate che loro trovano molto facilmente al mercato e da olio e zucchero. Questa è una cosa che viene distribuita in sacchetti, preparata dalle cuoche dell'ospedale, distribuita in sacchetti; ai malnutriti severi gliene davamo per tutta la giornata facendoli tornare dopo 3, 4, 5 giorni; ai malnutriti moderati come pasto del pomeriggio aggiunto in più e mi pare che abbiamo avuto dei buoni risultati, molto spesso i bambini lo gradivano anche. Noi lo provavamo, mettendo la mamma non con noi, ma nella sala d'aspetto e dicendo alla mamma di assaggiarlo e di provarlo.

Il problema sono sempre gli abbandoni, un po' per...non lo so. Forse perché non siamo stati convincenti, forse perché gestiamo noi...quello che è importante, mi sembra, nella fascia d'età è la stessa cosa, a tutti i bambini, io la vitamina A l'ho data in bocca al momento della visita: era un modo sicuro. Poi sono stati prescritti il ferro, l'acido folico, il bendazolo il polivitaminico.

Quello che è molto importante è che sia il personale angolano che riesca a fare questo lavoro mettendosi appunto affettuosamente alla pari con i genitori perché loro conoscono le abitudini, conoscono le situazioni delle famiglie e credo che con un lavoro lento e capillare probabilmente dei buoni risultati si otterranno.

Io me lo auguro di tutto cuore. Grazie.

D'ANDREA: Grazie anche ad Aniko per questa esperienza raccontata, però anche questo ci dice che, per quanto decentrati questi posti di salute in varie zone della città, l'obiettivo che, per la verità, neanche in Italia è stato poi raggiunto, quello di (famoso anche nell'ACP, più volte posto) raggiungere gli irraggiungibili, anche per altri problemi nostrani, non è facile e l'ultima cosa che lei diceva credo che dovrebbe essere questa quella da sperimentare: che nel barrio, nei quartieri della città, persone formate del posto stiano lì e facciano loro l'azione di prevenzione. Poi ci sarà un primo livello di screening, di visita che è poi il posto di salute o anche l'ospedale. Su questo credo che finora si è investito poco. Ci sono stati anche dei tentativi assurdi. C'è stato qualche operazione campata in aria come... ho visto stampare degli opuscoli che sarebbero stati poi distribuiti in questi quartieri ad analfabeti che dovevano leggere come alimentare i bambini! Cioè, più assurdo di così, perché io vedevo che 2 su 10 di mamme che venivano sapevano leggere, più o meno, anzi leggere, che sapevano fare la firma, non è detto che poi sapessero leggere!

Questo fatto di avere veramente l'umiltà, perché...

Io ho rimproverato in maniera veramente molto aspra un nonno che stava bevendo il latte, l'F75, il latte terapeutico che era per questa bambina, di 2 anni che pesava 4.250 Kg., ho scoperto che lo beveva lui! Mi sono incazzato, insomma! E lui, tranquillo "io sono cresciuto così, col funjil! E lei deve crescere così col funjil!" Ovvio che è sbagliato, ma nessuno gli aveva spiegato che...cioè, veramente, è un fatto di...d'interazione che spesso non c'è perché ci sono i protocolli, la somministrazione ogni 20 minuti, cioè sono tutte cose credo un po' da rivedere.

Tentativi di questo tipo hanno fatto anche i colleghi napoletani che invece hanno formato, hanno istituito questa partnership con Gulu, con questa città dell'Uganda dove hanno praticamente fondato la facoltà di medicina, hanno messo su anche loro un programma alimentare per i malnutriti e anche lì pare sicuramente con dei buoni risultati o delle riflessioni che adesso la dr. Fiorito che ha lavorato lì, ha fatto la sua tesi su questo lavoro e adesso ci riferirà.

Io lascio sempre la domanda 'perché andare in Africa?' che spero poi tra di noi ne dibattiamo. Prego