



La malnutrizione infantile nei paesi a risorse limitate: ruolo infermieristico all'interno di un Centro Nutrizionale in Mozambico

Domenico Ferreli

Laureando in Scienze Infermieristiche presso l'Università di Tor Vergata Anno Accademico 2007/2008

Relatori:

Paola Scarcella

ricercatore presso l'Università di Tor Vergata

Giulia Venturini

dottorando presso l'università di Tor Vergata

Abstract

Lo studio, di cui si illustrano qui di seguito la metodologia adottata e gli esiti, nasce a seguito di un'analisi condotta presso il Centro Nutrizionale della Comunità di Sant'Egidio in Mozambico e si inserisce in un contesto nel quale la figura dell'infermiere, seppure con una formazione molto diversa dagli standard europei, soddisfa molti più bisogni di un infermiere europeo, investendo a volte ruoli che, per mancanza di altre figure professionali, nessuno ricopre. Lo scopo dello studio è quello di dimostrare l'efficacia dell'azione svolta dal Centro Nutrizionale mediante la valutazione antropometrica e la somministrazione di interviste ai bambini. L'infermieristica nel sud del mondo e quello che ruota attorno al paziente sono state prerogative principali per lo svolgimento dello studio in quanto, il lavoro che si descrive è svolto quasi esclusivamente da infermieri.

Parole chiave: malnutrizione

LA METODOLOGIA ADOTTATA

Lo studio si svolge all'interno di un Centro Nutrizionale della Comunità di Sant'Egidio, situato una zona molto povera della capitale del Mozambico, Maputo, altamente endemica per malaria e infezioni gastrointestinali, che accoglie dagli 800 ai 900 bambini al giorno con un bagaglio di iscrizioni che ammonta a circa 1100 unità.

Lo studio prende in esame inizialmente un campione di 164 bambini, valutandone le condizioni di salute generali, i parametri antropometrici secondo gli standard europei, e le condizioni socio-economiche con la somministrazione di un'intervista.

Dallo studio sono poi scaturite due missioni in Mozambico, nel luglio-agosto 2007 e nel luglio-agosto 2008.

Nel primo periodo di analisi (luglio 2007), l'attività si è concentrata soprattutto nella rilevazione

antropometrica dei bambini e nella somministrazione dell'intervista.

Nel periodo successivo (luglio 2008), invece, è stata data maggiore importanza alla revisione di quanto raccolto, con visite domiciliari finalizzate alla verifica della veridicità di quanto riportato nei dati raccolti.

All'interno del campione esaminato è stato poi individuato un sottocampione di 87 bambini per i quali si disponeva di dati risalenti al 2005, in modo da avere la possibilità di effettuare un monitoraggio della crescita dei bambini nel tempo, confrontando i dati raccolti con gli standard europei.

A questo punto, disponendo di peso e altezza nonché del contesto sociale di ogni singolo bambino si è cominciato a delineare quanto poi sarebbe emerso nei risultati.

I dati raccolti sono stati inseriti in Anthro 2005 ed ENA, programmi di elaborazione nutrizionale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e messi in relazione con i parametri dell'NCHS del 1977.

La rilevazione antropometrica è stata effettuata con il supporto di tre persone (Misuratore, Assistente e Traduttore) attenendosi rigorosamente ai protocolli di misurazione disponibili nel centro.

DISCUSSIONE

Il campione esaminato è composto per il 36,2% da femmine e per il restante 62,8% da maschi, con un'età media di 9.5 anni ed un range compreso fra 3 e 14 anni.

Il 15 % dei bambini risulta essere orfano di almeno un genitore se non di entrambi, morti a causa dell'AIDS o di altre malattie; questo fa sì che i bambini molto spesso siano affidati alle cure dei parenti più vicini (nonni, zii), dei fratelli maggiori (a volte neanche adolescenti) o dei vicini.

Questa situazione di fragilità si ripercuote sia sulla situazione di salute dei bambini che sono generalmente poco seguiti sia sul fatto che molto spesso non sono iscritti all'anagrafe, quindi non godono nemmeno dei diritti più basilari, quali l'accesso all'istruzione o alle cure mediche.

Le condizioni abitative rivelano una notevole precarietà e rispecchiano quella che è la condizione della maggior parte della popolazione nel Mozambico in particolare nelle aree suburbane, come la capitale Maputo.

In tabella I si riportano le principali tipologie di abitazioni in cui vive la popolazione della quale fa parte il campione esaminato.

Dall'analisi svolta risulta che quasi la metà dei bambini vive in abitazioni in lamiera o in canne di bambù, tre quarti delle abitazioni sono prive di acqua rendendo necessario l'approvvigionamento idrico presso fontane pubbliche più o meno distanti o a fonti ancor meno controllate, di cui spesso sono proprio i bambini all'interno della famiglia ad occuparsi, percorrendo anche parecchi chilometri per raggiungere la fonte più vicina.

La quasi totalità delle abitazioni è priva di servizi igienici. Spesso si utilizzano latrine a cielo aperto anche molto vicine alle abitazioni con evidenti

rischi di infezioni oro-fecali e di tipo gastroenterico soprattutto nei primi anni di vita (peraltro come è noto le diarree infantili rappresentano una delle principali cause di morbosità e mortalità in età infantile nei paesi del Sud del mondo).

Anche l'assenza di abitazioni in muratura rende più difficile qualunque intervento di prevenzione delle infezioni trasmesse da vettori.

Questa situazione igienico-sanitaria peraltro si ripercuote facilmente sulla salute dei bambini che infatti nella totalità dei casi riportavano recenti episodi di malaria.

Per quanto riguarda le condizioni di salute dei bambini, essa è stata indagata attraverso i colloqui con i parenti o con coloro che si prendono cura di loro. Tuttavia, l'assenza di persone di riferimento ha reso difficile questa parte dell'indagine, proprio per la mancanza di memoria di episodi di malattia. Le informazioni al riguardo derivano dal database del Centro Nutrizionale e da interviste con gli operatori del centro stesso. Diffusissima la prevalenza di episodi malarici soprattutto nella stagione di alta epidemia, molto frequenti gli episodi di parassitosi intestinali.

Proprio per questa carente situazione igienico-sanitaria assume ancor più valore l'opera educativa che viene svolta all'interno del Centro Nutrizionale. Trasmettere ai bambini delle norme di igiene personale anche semplici è un modo per difendere la loro salute anche in ambienti privi di risorse e pieni di insidie per la salute. La regola di lavarsi le mani prima di pranzare al centro, per quanto semplice possa apparire, è di primaria importanza per la prevenzione di infezioni oro-fecali.

Lo stato nutrizionale dei bambini valutato in termini di malnutrizione acuta e cronica è stato confrontato con i dati disponibili per il paese forniti dall'UNICEF. I tassi di underweight riscontrati, pari al 15%, sono inferiori a quelli del paese (24%); discorso analogo può essere fatto per la prevalenza di stunting (41% secondo l'Unicef) che nello studio risulta essere del 22% circa. Tale discrepanza nei dati è legata probabilmente alla localizzazione geografica dell'indagine. Lo studio è stato infatti condotto nella zona suburbana di Maputo, la capitale del Mozambico quindi in una zona sicuramente in migliori condizioni economiche e quindi anche di disponibilità di alimenti rispetto alle zone rurali del Nord.

Infatti un confronto con dati dell'OMS per quanto meno recenti (2003) permette di mettere a raffronto i dati raccolti con quelli ottenuti attraverso studi realizzati nella città di Maputo e quindi in condizioni analoghe. Tali studi infatti riportano percentuali di underweight variabili dal 7,9% al 13,2% e percentuali di stunting che variano dal 24,7% al 35,7%.

Tabella I. Tipologie di abitazioni

Tipologia	Numero	%
muratura	97	59
lamiera (Ethernit)	5	3
canne di bambù	62	38
privi di acqua corrente	125	76
privi di servizi igienici interni	134	82
privi di energia elettrica	89	54

Non va inoltre dimenticato che il campione esaminato nell'ambito del presente studio è costituito da bambini grandi (età media 9,5 anni) quindi è difficilmente confrontabile con dati disponibili nel paese.

Il monitoraggio della crescita degli 87 bambini per i quali è stato possibile seguire la crescita dal 2005 al 2007 mostra un miglioramento dello stato nutrizionale.

La prevalenza di *underweight* (moderato e severo nel complesso) a distanza di due anni si è più che dimezzata (dal 14,9% al 6,9%) e anche in termini di *stunting* si è ottenuto un miglioramento (dal 21,8% al 17,2%).

Questi risultati, ottenuti a distanza di due anni dalla presa in carico dei bambini, sono una prova dell'efficacia di un'alimentazione corretta e sufficiente che garantisca ai bambini un giusto apporto energetico e proteico e che sia perciò in grado di ridurre i tassi di malnutrizione.

Soprattutto i tassi di malnutrizione acuta migliorano sensibilmente, proprio per l'efficacia anche in tempi brevi della alimentazione nel mettere in moto quel processo di guadagno di peso nei bambini. Viceversa il miglioramento, per quanto esistente, è meno evidente nella prevalenza dello *stunting* o malnutrizione cronica. L'analisi di questo secondo indicatore mette infatti in risalto che il ritardo nella crescita è più severo rispetto allo stato di malnutrizione e che il deficit di statura si recupera con maggiore difficoltà e lentezza rispetto al deficit ponderale. E questo è ovvio se si tiene conto che questa condizione è spesso frutto di anni di sottoalimentazione, se non addirittura un retaggio di malnutrizione materna. Inoltre mentre nei bambini di età inferiore ai due anni, al migliorare delle condizioni di alimentazione, si assiste ad un recupero totale del deficit staturale, nei bambini più grandi il ritardo nella crescita in altezza non si recupera del tutto, ma restano comunque dei bambini più piccoli.

In ogni caso l'evoluzione positiva degli indici antropometrici è un'indicazione dell'utilità di migliorare l'alimentazione dei bambini in paesi ad elevata insicurezza alimentare con una dieta adeguata e variata.

Va infatti notato che la dieta proposta ai bambini presso il Centro Nutrizionale non si limita ad essere il miglioramento dell'alimentazione solo in termini di incremento del numero dei pasti, ma si prefigge di garantire un'alimentazione adeguata non solo in termini di calorie, ma anche di proteine, presenti ogni giorno e con una discreta quantità di proteine animali che spesso sono invece carenti, se non assenti, nell'alimentazione dei paesi africani.

CONCLUSIONI

Lo studio conferma l'importanza della supplementazione nutrizionale in età evolutiva in paesi ad elevata insicurezza alimentare.

Anzitutto, il campione presenta una buona sopravvivenza, al tempo 1 e i bambini sono tutti vivi il che non è trascurabile.

L'andamento positivo registrato in tutti gli indici antropometrici sia di malnutrizione acuta che cronica dimostrano l'importanza di integrare con una dieta equilibrata, anche se solo per un pasto al giorno, la normale alimentazione del bambino mozambicano.

Tra i problemi che emergono si rileva l'urgenza di trattare la malnutrizione in età precoce al fine di evitare il cronicizzarsi del ritardo della crescita. Infatti molto più difficile è migliorare e recuperare la bassa statura, nonostante a buona alimentazione, negli anni della seconda infanzia.

Inoltre l'attenzione alla salute e alla nutrizione del bambino da parte di tutti gli operatori del centro sono già un elemento di grande innovazione e di cambiamento di mentalità in una società in cui il bambino non è mai al centro di attenzioni particolari.

L'intervento mette anche in luce l'importanza del ruolo dell'infermiere che si pone come figura clinica e di valutazione, ma anche come figura nodale di educatore nei confronti dei bambini e del contesto in cui vivono.

Il ruolo dell'infermiere all'interno del Centro Nutrizionale è quello di valutare non solo le condizioni cliniche con le visite periodiche, ma anche lo stato nutrizionale e giorno per giorno di analizzare la situazione di ogni piccolo paziente, e quello di educare ad uno stile di vita sano, sia i bambini che altre figure professionali che collaborano all'interno del Centro.

L'efficacia del Centro Nutrizionale sta nell'approccio olistico ai piccoli pazienti, in quanto vengono presi totalmente in carico, analizzando e curando ogni aspetto partendo dalla salute e dalla nutrizione e arrivando fino all'inserimento scolastico e alla registrazione anagrafica.

Questo studio fa emergere un ruolo dell'infermiere forse meno "specialista e specializzato" di quello occidentale, ma sicuramente figura chiave sia come clinico di primo livello, ma anche come educatore sanitario e formatore, come propagatore di cultura sanitaria.

Questo studio vuole accendere una lampadina su un mondo poco conosciuto, e che con semplicità e praticità mette davanti ad una realtà diversa e affascinante, dimostrando come un intervento che mira all'eccellenza e agli "Standard Europei", in Africa è possibile.

Quanto ottenuto è stato di incredibili risultati in quanto è stato dimostrato che un progetto, oltre ad essere possibile in Africa, ha dei risultati migliori dei nostri, mettendo alla luce come aderenza, impegno e conoscenza non sono segretissime qualità del Nord del Mondo.