

ISTITUTO FIGLIE DI
S. ANNA - ERITREA

RAPPORTO DEL PROGRAMMA SICUREZZA ALIMENTARE 2015

*Garantire l'alimentazione ai bambini malnutriti dei
villaggi eritrei di Abo e Tokonda*



UN SILENZIOSO GRAZIE
DAL PROFONDO DEL
CUORE DEL BAMBINO
GUARITO

RIASSUNTO

Anche quest'anno, per il sesto anno consecutivo, abbiamo dovuto lottare contro la malnutrizione in due villaggi eritrei che sono stati colpiti da una forte siccità e carestia. Grazie ai soccorsi prestati in tempo abbiamo avuto la grande gioia di garantire la vita a 428 bambini, che erano stati selezionati con vari gradi di malnutrizione, ma tutti con un indice peso/altezza/età inferiore al 70% di quello standard. Anche quest'anno abbiamo avuto la gioia di assistere ad un loro cambiamento radicale: inizialmente avevano delle faccine tristi e dei corpicini sciupati, ma dopo aver recuperato peso fino a raggiungere almeno il 86,5% dell'indice standard, erano sorridenti e allegri, mentre le loro mamme, felici, ringraziavano voi tramite noi.

Negli interventi abbiamo adottato la solita strategia intensificando, però, le visite presso le singole famiglie per fare il primo screening dei bambini denutriti di età inferiore a cinque anni, attraverso la misura della circonferenza brachiale (MUAC). Questo per inserirli nel programma prima che arrivino ad uno stadio molto grave di malnutrizione. Dei 428 bambini selezionati, 110 (26%) avevano un'età inferiore ai 24 mesi e il 72% era concentrato nel villaggio di Abo.

Per nove mesi (da gennaio a settembre 2015) sono stati distribuiti 41.480 kg di DMK, l'integratore alimentare, e 7.130 l. di olio, oltre a 165 ovini (pecore/capre) a 86 famiglie molto povere per garantire la disponibilità di un po' di latte quotidiano ed evitare ricadute. Abbiamo dovuto rinunciare, invece, ad acquistare il latte perché è difficilmente disponibile sul mercato e a prezzi troppo onerosi.

Al termine del periodo c'erano ancora 7 bambini gravemente malnutriti e 33 moderatamente: quest'ultimi sono stati dimessi a ottobre, mentre i primi rimarranno in cura fino a fine anno. Il problema che non si è riusciti a completare la cura in nove mesi è concentrato nei villaggi dove le donne sono tutte musulmane e mancano normalmente delle basi di istruzione necessaria per una buona formazione. Per questo ci sono delle ricadute anche durante il periodo di cura, dovute a una errata gestione degli alimenti che ricevono dall'ambulatorio.

Dal punto di vista economico, si sono spesi 122.120 €, il 3,5% in più del budget di 118.016 €, per un maggior consumo di alimenti, con un'incidenza di 285 € per bambino.

Il programma proseguirà nel 2016, sempre in questi due villaggi che presentano il maggior rischio di malnutrizione dei bambini.

INTRODUZIONE

Nel 2014 aveva piovuto abbondantemente in gran parte dell'Eritrea, tranne alcune zone, tra cui quella del villaggio di Tokondà, dove il raccolto non era giunto a maturazione, portando così carestia. Nel villaggio di di Abo, invece, dove l'agricoltura ha meno influenza, vi sono delle situazioni locali molto difficili. La vita della popolazione dipendeva principalmente dal commercio di pesce con Gibuti e lo Yemen, dalla produzione di sale marino e dall'allevamento di capre e cammelli. Purtroppo oggi non ci sono relazioni tra i paesi, le saline sono state chiuse e, in più, c'è in corso una guerra nello Yemen che blocca i commerci.

A questo si sommano altri fattori che dappertutto rendono difficile l'approvvigionamento di cibo, quali l'aumento dei prezzi dovuto a un'alta inflazione, l'impossibilità d'importazione di alimenti e, generalmente, una dieta non corretta. Questo punto è conseguenza dell'ignoranza, intendendo dire che le mamme hanno scarsa conoscenza di come comporre una dieta bilanciata sfruttando anche i pochi alimenti che hanno a disposizione.

Quando abbiamo intervistato le mamme sulla modalità di nutrizione, ci hanno risposto che praticano un allungamento del tempo di allattamento ed anche un'errata alimentazione, con eccessivo uso dei carboidrati, per cui moltissimi bambini presentano carenza di proteine (specialmente quelli al di sotto di 24 mesi, che ne avrebbero maggior bisogno per la crescita) e di micro e macro nutrienti (calcio, vitamina C, magnesio e potassio).

A fine 2014 avevamo controllato 760 bambini nel villaggio di Abo, e ne avevamo selezionati 308 con vari gradi di malnutrizione. Nel villaggio di Tokonda ne avevamo controllati 700 e individuato 120 casi. Nella tabella seguente riportiamo quelli selezionati divisi in fasce di età:

BAMBINI			
	ABO	TOKONDA	TOTALE
	num	num	num
Controllati	760	700	1460
Inseriti nel programma:			
Età inferiore 24 mesi	78	32	110
Età 2-5 anni	230	88	318
TOTALE	308	120	428

Di questi 428 bambini selezionati, 224 erano nello stato di grave malnutrizione, mentre 204 erano con sintomi gravi .

Tutti i bambini presentavano i seguenti sintomi:

- gonfiore a mani e a piedi, o a tutto il corpo, dovuto alla deficienza di proteine;
- magrezza scheletrica dovuta alla deficienza alimentare generale.

Al controllo iniziale (peso, altezza, MUWAC, esame visivo) più della metà presentavano un indice, rapportato alla loro età, inferiore al 70% di quello standard. Secondo il WHO¹ la malnutrizione è dovuta ad un prevalente consumo di carboidrati (mais, frumento, sorgo), e conseguentemente, ad un'alimentazione povera di proteine, grassi e vitamine. Perciò un bambino è malnutrito se la sua dieta non gli fornisce adeguate calorie, proteine e micronutrienti necessari per la crescita

La malnutrizione provoca facilmente altre malattie, abbassando le difese immunitarie, e mette a rischio la vita stessa dei più piccoli. Esistono anche altre cause correlate, quali carenze dei servizi sanitari e di assistenza a livello di nuclei familiari. Per il nostro paese la causa principale è la fragilità dei sistemi di sicurezza sociale di fronte a ricorrenti emergenze (siccità, migrazioni, conflitti).

I costi umani ed economici della malnutrizione sono enormi, e ricadono soprattutto sulle famiglie più povere e su donne e bambini non abbastanza protetti dato che mariti e padri sono spesso assenti per lunghi periodi di servizio militare.

METODOLOGIA

La malnutrizione è spesso invisibile, quindi il monitoraggio e la sorveglianza nutrizionale per le donne in gravidanza e allattamento sono fondamentali. Per questo è basilare il lavoro di informazione e sensibilizzazione alle mamme e sono ormai sei anni che stiamo portando avanti la formazione delle giovani mamme nei villaggi con seminari in cui si approfondisce, tra gli altri, anche il tema della corretta alimentazione e cura del bambino. Inoltre, quando le mamme si recano negli ambulatori con i loro bambini, diamo loro delle brevi lezioni su:

- Quando iniziare a dare cibo al neonato
- Come preparare la soluzione ORS per i bambini disidratati
- Come cucinare cibi con valore nutritivo, usando la verdura
- Vantaggi dell'allattamento materno esclusivo fino ai sei mesi
- Igiene dell'acqua
- Riconoscere i primi sintomi della malattia
- Necessità di effettuare la vaccinazione e il controllo crescita

Insistiamo molto sulla qualità del cibo piuttosto che sulla quantità, al fine di garantire una dieta equilibrata, specialmente in questi tempi in cui in Eritrea c'è scarsità di cibo.

¹ WHO: World Health Organization

Come risulta nella tabella precedente, in totale sono stati seguiti 428 bambini sotto i 5 anni. In caso di malnutrizione molto grave, i bambini sono stati seguiti accuratamente effettuando un controllo settimanale di crescita e di sviluppo delle malattie associate, per la durata di un mese. Nel caso di malattie gravi, il bambino è stato controllato in ospedale e, nel caso, ricoverato.

Quando il bambino ha superato le malattie associate alla malnutrizione, il controllo viene eseguito ogni due settimane, finalizzato alla crescita di peso e altezza. Quando raggiunge il rapporto del 80,1% del valore medio (malnutrizione moderata) il controllo è eseguito una volta al mese sia per la malnutrizione che per lo stato generale.



Mensilmente, dopo aver eseguito il controllo crescita, sono state distribuite le razioni di DMK e olio in conformità ai consumi previsti. Quando il bambino raggiunge l'86,5% dell'indice standard, viene dimesso e il suo posto viene preso da un altro bambino in lista di attesa.

Alle famiglie molto povere, che avrebbero difficoltà a continuare a nutrire adeguatamente il piccolo, vengono donati degli ovini (da uno a tre) per garantire una minima quantità di latte, in modo da evitare ricadute, e per permettere di avviare un piccolo allevamento che darà una certa sicurezza economica alla famiglia.

CENTRI DI ASSISTENZA

ABO

E' un villaggio situato in Dancalia a circa 750 Km da Asmara, una regione che si estende lungo la costa del Mar Rosso fino a Gibuti e all'Etiopia. Abo ha una popolazione di più di 8000 abitanti, sparpagliati su un vasto territorio. Esso è considerato

come centro di riferimento per tutti i villaggi circostanti (Harsile, Asbelu, Mergabla, Garbato, Kiloma, Iseita, Asbelulailai, Ghibdo e Menkakah), alcuni distanti anche 60 km.

Gli abitanti appartengono al gruppo etnico Afar e sono per il 100 % musulmani. Si parla l'afar ma anche arabo e amarico. Gli unici servizi sociali sono l' ambulatorio, la scuola materna e un centro di sviluppo della donna, gestiti da noi, e una scuola elementare governativa. Il clima è secco con una temperatura media di 40 C° e con piogge al di sotto dei 100 mm all'anno. Il luogo è desertico e l'agricoltura non è praticata.



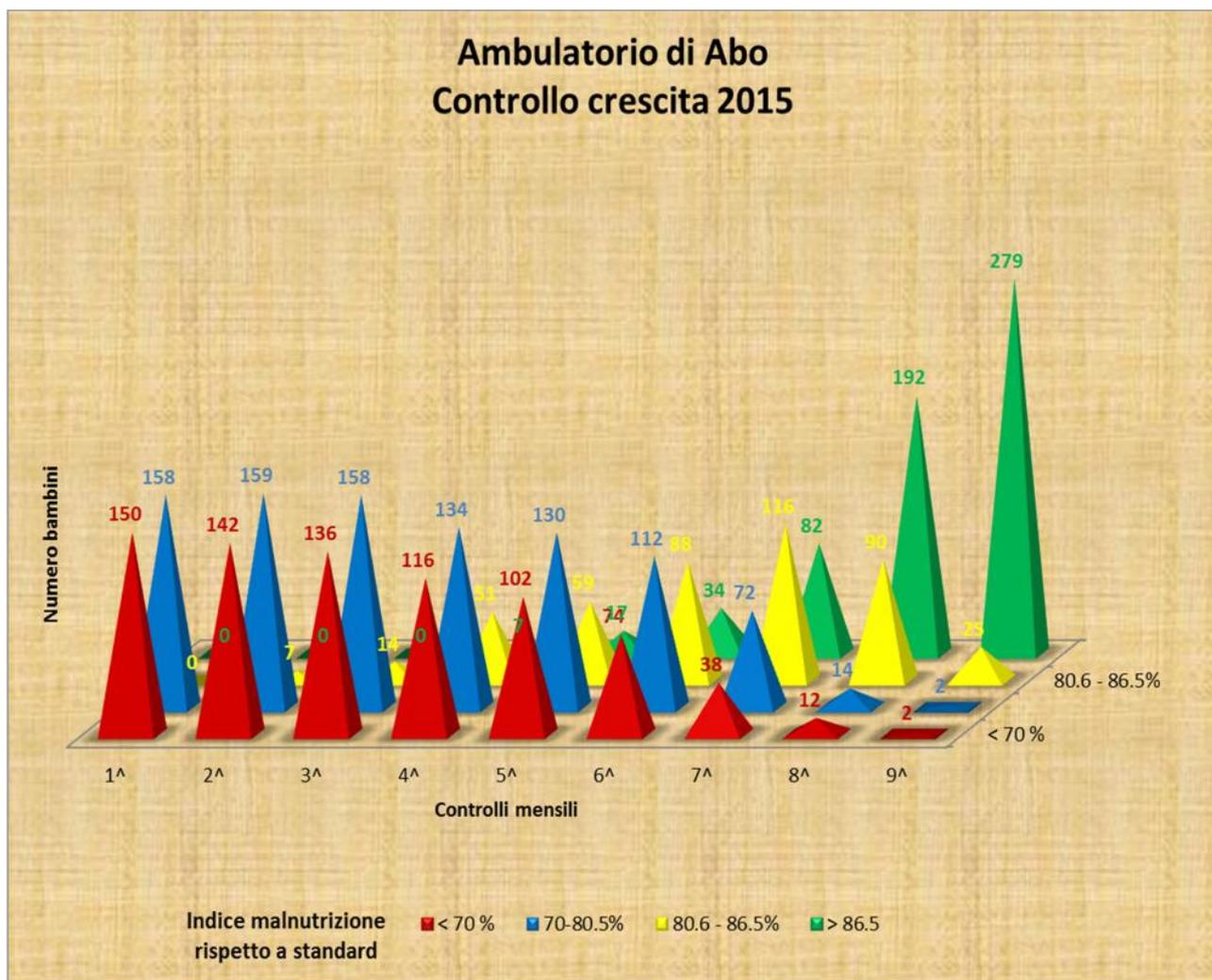
d Abo era stato fatto lo screening di 760 bambini, e ne erano stati registrati 308 in condizioni di malnutrizione grave: di questi, 78 con meno di 24 mesi d'età.

Nella seguente tabella è riportato il numero dei bambini malnutriti curati annualmente nell'ambulatorio di Abo:

Anno	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bambini curati	76	106	123	124	361	308

Nel 2014 c'era stata un'impennata a seguito di un violento tornado che aveva distrutto le tende di abitazione, ed allagato i depositi di cereali, e questo aveva acuito i problemi di alimentazione. Quest'anno anche la guerra nello Yemen ha avuto delle ripercussioni negative sulla vita degli abitanti abituati a commerciare con quel Paese.

Il seguente grafico e la tabella illustrano l'andamento dei risultati raggiunti nella cura dei bambini malnutriti:



MESI	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
Indice malnutr.	Numero bambini								
<70%	150	142	136	116	102	74	38	12	2
70% - 80,5%	158	159	158	134	130	112	72	14	2
80,6% - 86,5%	0	7	14	51	59	88	116	90	25
> 86,5%	0	0	0	7	17	34	82	192	279

Al termine del periodo quattro bambini erano ancora in una situazione critica e la loro cura si estenderà fino alla fine dell'anno: venticinque, moderatamente malnutriti, sono stati dimessi in ottobre.

Questo dipende anche dal fatto che la formazione delle donne musulmane è più difficile poiché esse mancano generalmente delle basi d'istruzione necessarie. Di conseguenza ci sono delle ricadute anche durante il periodo di cura, dovute a una errata gestione degli alimenti che ricevono dall'ambulatorio.

Data la dispersione delle abitazioni su un vasto territorio è anche più difficile monitorare le famiglie con regolarità, per cui la formazione avviene generalmente con la consegna degli alimenti.

TOKONDA

È un villaggio dell'altopiano, nella regione Debub, a 118 km. da Asmara. È abitato dall'etnia Tigrigna (cristiani copti) e Saho (musulmani). Le suore gestiscono un ambulatorio, una scuola materna e un centro di sviluppo della donna.

Gli abitanti sono circa 2300, ma all'ambulatorio fanno capo circa 10.000 persone da villaggi limitrofi (Mesalih, Mnah, Ighila, Kutur, Malowia distanti 3/7 km) e lontani (Sibiraso, Foro, Ruba, Hadas, Mahfid, Emihina, Daribosa distanti fino a 35 km).

La popolazione è dedicata all'agricoltura (mais, orzo) e alla pastorizia, ma Tokonda ha sofferto per il settimo anno consecutivo l'assenza di piogge; il raccolto è stato molto scarso e la conseguente carestia ha colpito in modo particolare i bambini di alcuni villaggi musulmani, tra cui Sibiraso dove la malnutrizione colpisce quasi il 50% dei bambini inferiori ai 5 anni.



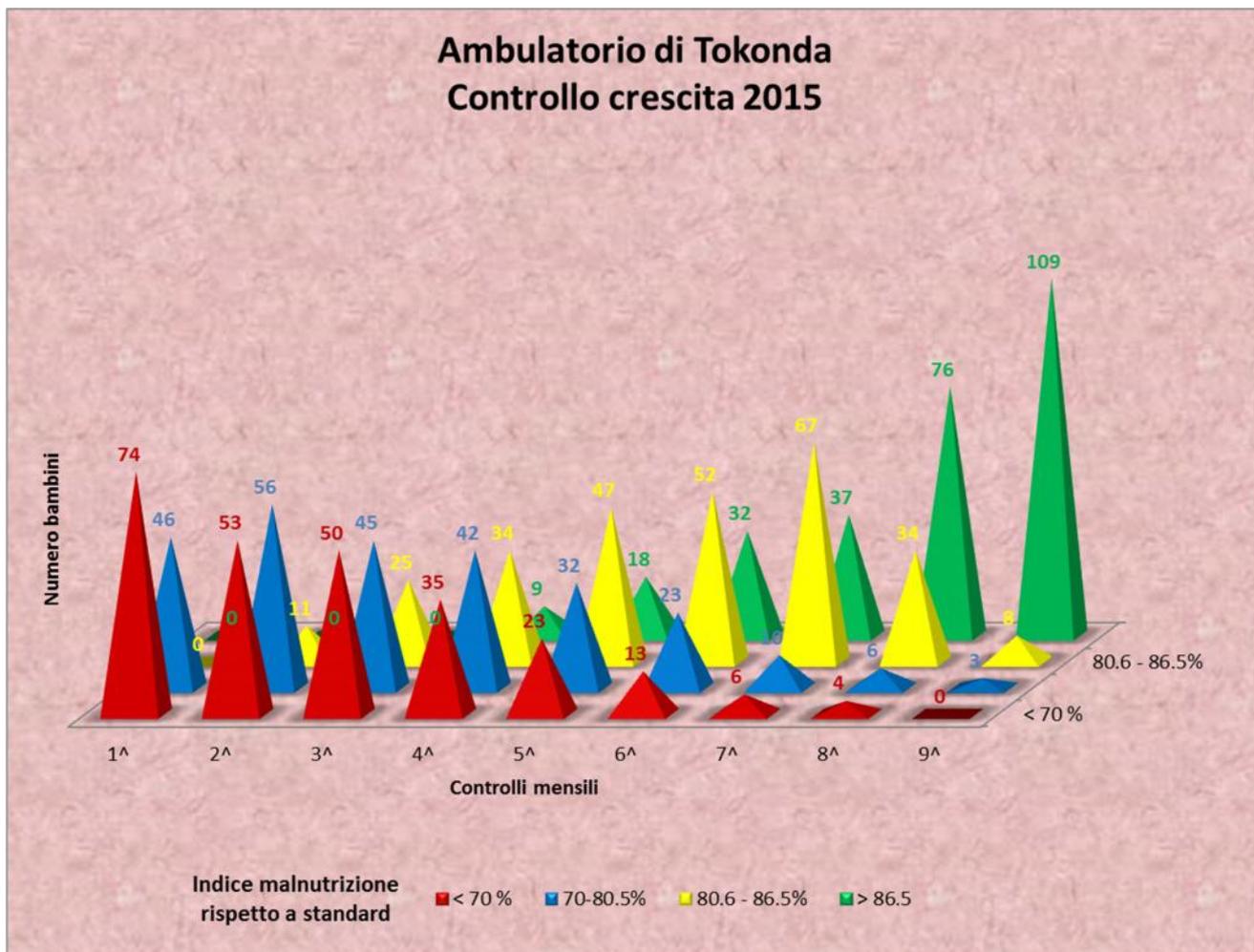
È stato fatto lo screening di 700 bambini e 120 erano stati registrati come malnutriti: di questi, 32 con meno di 24 mesi d'età.

Nella seguente tabella è riportato il numero dei bambini malnutriti curati annualmente nell'ambulatorio di Tokonda:

Anno	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bambini curati	72	94	138	120	92	120

Anche in questa zona abitano molte famiglie musulmane e la difficoltà di formazione delle loro donne è legata alla scarsa istruzione di base. I seminari di formazione delle giovani mamme, che vengono ripetuti nell'ambulatorio quando ci sono disponibilità finanziarie, permettono almeno di tenere sotto controllo le donne che vi partecipano e limitare così gli effetti negativi delle carestie ricorrenti.

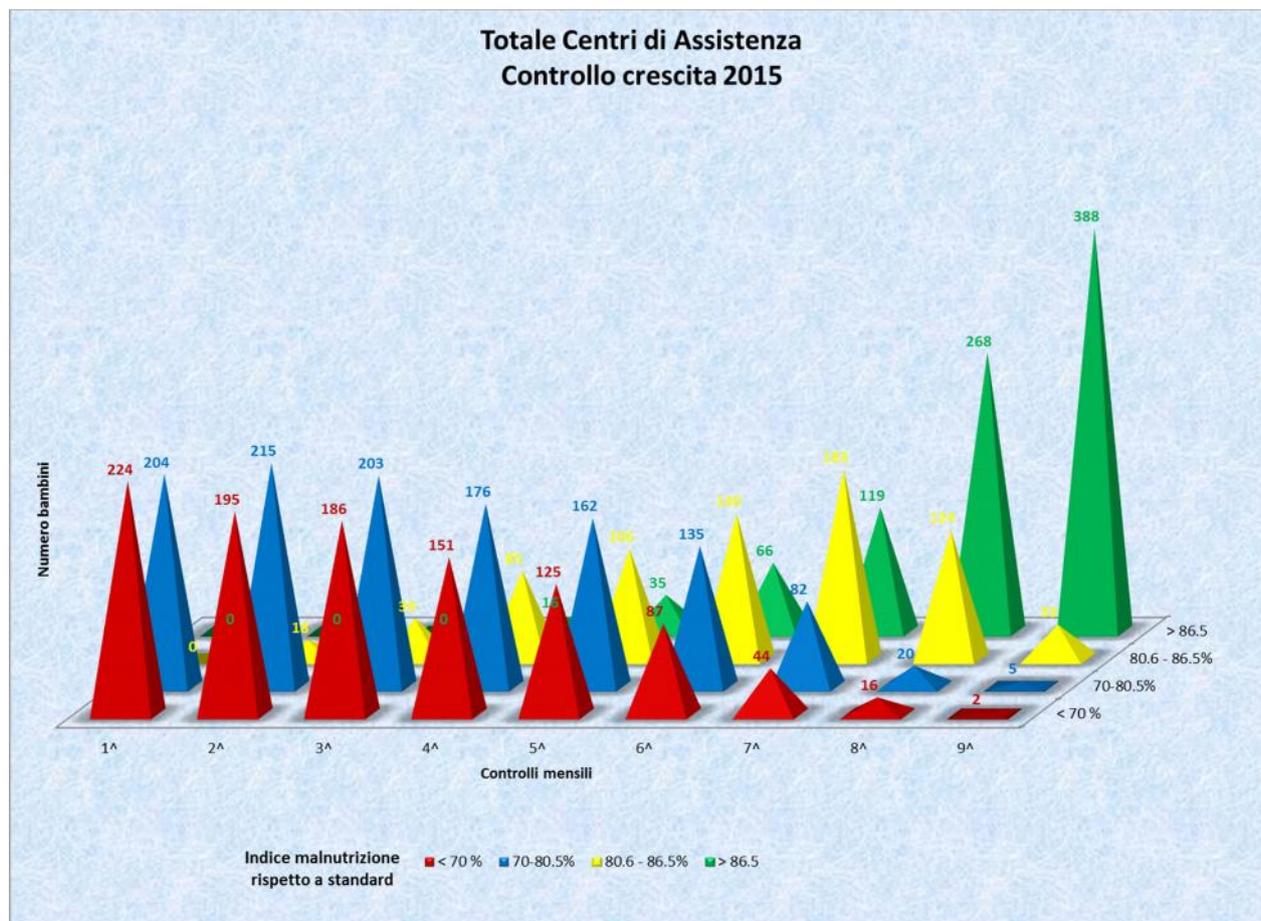
Il seguente grafico e la tabella illustrano l'andamento dei risultati raggiunti nella cura dei bambini malnutriti:



MESI	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
Indice malnutr.	Numero bambini								
<70%	74	53	50	35	23	13	6	4	0
70% - 80,5%	46	56	45	42	32	23	10	6	3
80,6% - 86,5%	0	11	25	34	47	52	67	34	8
> 86,5%	0	0	0	9	18	32	37	76	109

Al termine del periodo tre bambini erano ancora in una situazione grave e la loro cura si estenderà fino alla fine dell'anno: otto, moderatamente malnutriti, sono stati dimessi a ottobre.

L'andamento complessivo dei risultati raggiunti nella cura dei 428 bambini malnutriti è riportato nel seguente grafico e nella tabella:



MESI	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
Indice malnutr.	Numero bambini								
<70%	224	195	186	151	125	87	44	16	2
70% - 80,5%	204	215	203	176	162	135	82	20	5
80,6% - 86,5%	0	18	39	85	106	140	183	124	33
> 86,5%	0	0	0	16	35	66	119	268	388

I sette bambini ancora affetti da malnutrizione grave, dopo nove mesi di cura, continueranno il trattamento nei prossimi mesi e prevediamo di dimetterli entro il fine anno. Gli altri 33, invece, sono stati dimessi a ottobre.

A partire dal sesto mese abbiamo iniziato anche la distribuzione degli ovini (pecore o capre, a seconda del luogo) alle famiglie estremamente povere per poter garantire la disponibilità di latte ai bambini appena usciti dalla cura ed impedire, così, che ricadano nella malattia.

Le famiglie beneficiarie, inoltre, possono iniziare un piccolo allevamento domestico che, nel giro di poco tempo, potrà aumentare il gregge e garantire un reddito

dalla vendita di capretti/agnelli. Infine anche il letame prodotto dagli animali nei ricoveri notturni permetterà di concimare gli orti familiari delle famiglie stesse e, quindi, raccolti più abbondanti.

Questa tabella evidenzia la distribuzione di ovini nei villaggi:

OVINI				
		ABO	TOKONDA	TOTALE
		num	num	num
Ovini	num	127	38	165
	%	77%	23%	100%
Famiglie	num	62	24	86
	%	72%	28%	100%



RISULTATI

A gennaio 2015 erano stati presi in cura 428 bambini, di cui 110 di età inferiore ai 24 mesi. Alla fine dei nove mesi di monitoraggio, 388 bambini (91%) sono stati dimessi, avendo recuperato l'86,5% del rapporto standard; 33 (8%) presentavano ancora una moderata denutrizione e sono stati tenuti in cura per un altro mese; 7 (2%) erano ancora gravemente malnutriti e sono ancora in cura, prevedendo di dimetterli entro fine anno.

Coloro che hanno evidenziato rapidi miglioramenti sono stati dimessi prima della fine del programma (16 ad Aprile, 19 a Maggio, 31 a Giugno, 53 a Luglio, 149 ad Agosto), ma ne sono arrivati altri che necessitavano di un intervento immediato e ne hanno preso il posto.

Altri risultati positivi sono che le mamme sono diventate più esperte a identificare i sintomi di malnutrizione, hanno creato un clima di amicizia con il personale degli ambulatori, per cui la loro collaborazione è stata costante, e hanno capito che devono dare priorità' alla dieta del bambino.



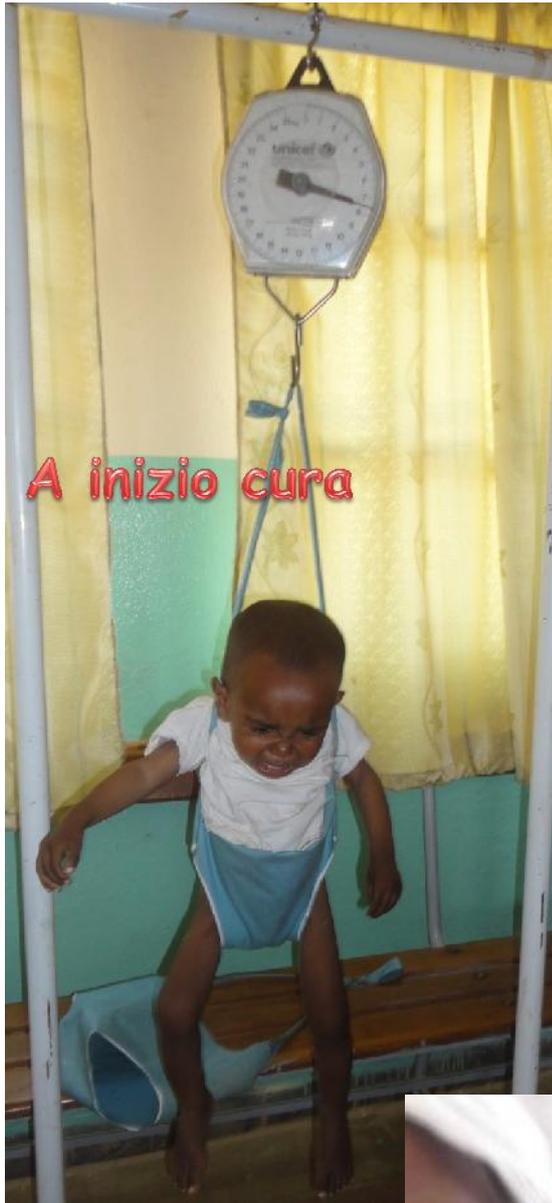
Inoltre approfittiamo sempre della presenza delle mamme, quando vengono a ritirare la razione mensile, per mostrare loro i risultati raggiunti, discutere le eventuali correzioni da apportare e continuare la loro formazione ribadendo i principi di una sana alimentazione, della necessità di non aspettare l'ultimo momento per venire a

far controllare il bambino in ambulatorio e delle norme di igiene quotidiana.

Le mamme dimostrano un grande interesse all'apprendimento e si trasformano rapidamente in attive animatrici nelle loro comunità.

E' interessante osservare visivamente i progressi di crescita di qualche bambino:

MERHAWI WELDU



A inizio cura

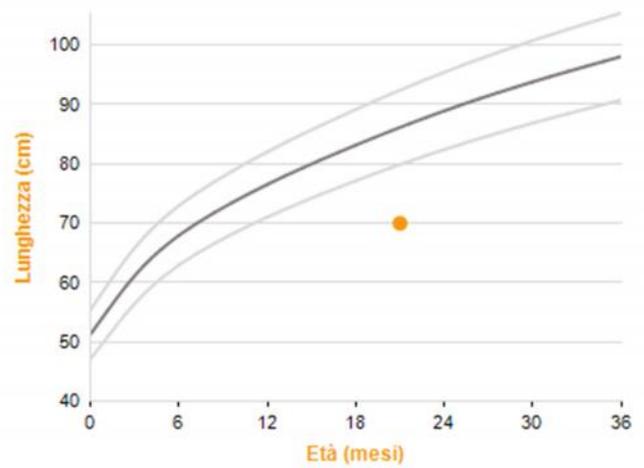


A metà cura



A fine cura

Merhawi Weldu		Età	21 mesi
		Altezza	70 cm
Controllo	Data	Peso	Indice
Primo	Gennaio	5,6	65.9%
Secondo	Febbraio	5.8	68.2%
Terzo	Marzo	6.0	70.6%
Quarto	Aprile	6.4	75.3%
Quinto	Maggio	6.5	76.5%
Sesto	Giugno	6.7	78.8%
Settimo	Luglio	6.8	80.0%
Ottavo	Agosto	7.1	83.5%
Nono	Settembre	7.5	88.2%



MEHAMED ABDELLA



CONSUNTIVO

I consumi di alimenti e ovini sono stati i seguenti:

2015	Consumi		
	DMK Kg	Olio Lit	Ovini Num
Previsto			
Unitari per bambino	94,2	15,7	0,37
Totale	40.300	6.730	160
Reale			
Unitari per bambino	96,9	16,6	0,38
Totale	41.480	7.130	165
Differenza	+ 1.180	+ 400	+ 5

I consumi di DMK sono stati del 3% superiori a quelli previsti, come quelli degli ovini, mentre quelli di olio sono stati del 6% superiori al budget. Conoscendo le condizioni delle famiglie, qualche volta si danno delle quantità superiori al previsto.

I costi sostenuti sono stati i seguenti:

2015	Costi (Euro)					
	DMK	Olio	Ovini	Totale	Gestione progetto	Totale generale
Previsto						
Costo unitario	2,06	2,45	85,6			
Costo totale	83.056	16.505	13.695	113.257	4.759	118.016
Reale						
Costo unitario	1,97	2,88	86,1			
Costo totale	82.410	20.560	14.200	117.170	4.950	122.120
Differenza	- 646	+ 4.055	+ 505	+ 3.913	+191	+ 4.104
Costo bambino	193	48	33	274	11	285

Il 4% in meno del costo del DMK non è bastato a compensare il 17% in più del costo dell'olio, anche perché i consumi di alimenti sono stati superiori, come visto nella tabella precedente, per cui il costo totale è stato del 3,5% superiore a quello previsto.

Di seguito riportiamo l'elenco dei giustificativi di spesa, ricordando che non è stato sempre possibile ottenere una fattura o ricevuta dal fornitore a causa della situazione economica.

PRIMA NOTA

(Valori in Nakfa)

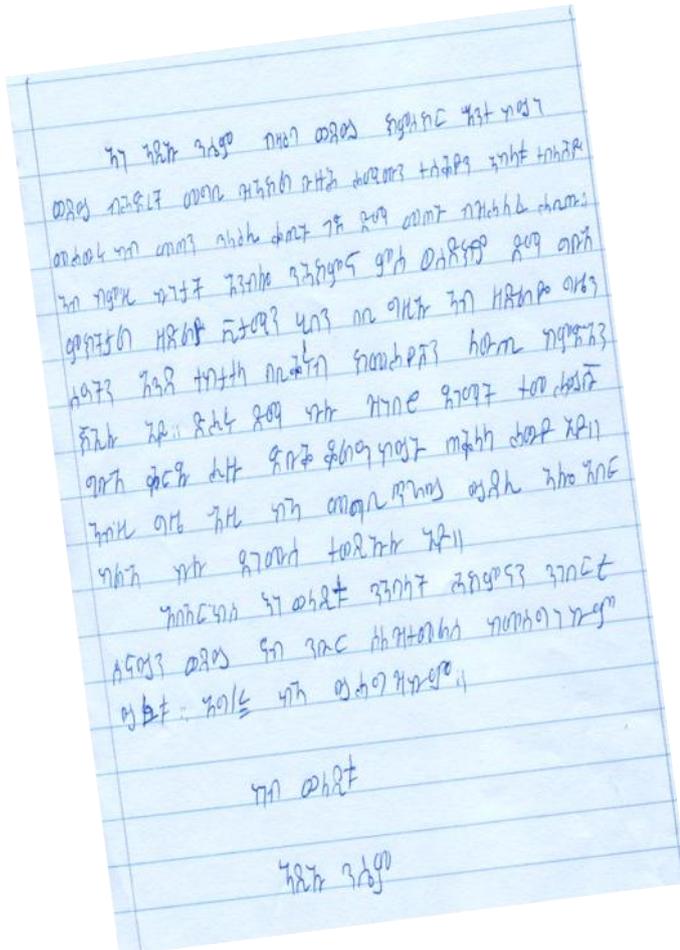
NR.	DATE	DESCRIPTION	QTY	UNIT	TOTAL
1	23/10/14	PURCHASE DMK	9.500	35	332.500
2	23/10/14	TRANSPORT DEK-ABO	9.500	6	57.000
3	28/10/14	PURCHASE OIL	2.000	110	220.000
4	28/10/14	TRANSPORT ASM-ABO	2.000	6	12.000
5	30/10/14	LOADING	76	10	760
6	30/10/14	TRANSPORT TOK	45	50	2.250
7	14/01/15	PURCHASE DMK	15.000	80	1.200.000
8	14/01/15	TRANSPORT ASM-ABO	150	600	90.000
9	02/02/15	PURCHASE OIL	2.000	110	220.000
10	09/04/15	PURCHASE DMK	6.125	80	490.000
11	09/04/15	PURCHASE DMK	1.875	80	150.000
12	09/04/15	LOADING	55	10	550
13	14/04/15	TRANSPORT TOK	30	130	3.900
14	14/04/15	TRANSPORT ASM-ABO	50	600	30.000
15	17/04/15	PURCHASE OIL	1.666	120	199.920
16	17/04/15	TRANSPORT ASM-ABO	1.666	6	9.996
17	04/06/15	PURCHASE GOAT	45	3.200	144.000
18	05/06/15	PURCHASE DMK	9.000	80	720.000
19	05/06/15	TRANSPORT TOK	90	80	7.200
20	05/06/15	PURCHASE OIL	1.500	120	180.000
21	05/06/15	TRANSPORT TOK	1.500	6	9.000
22	22/08/15	PURCHASE GOAT	18	3.200	57.600
23	24/09/15	PURCHASE GOAT	102	3.200	326.400
		TOTAL			4.463.076

Copia dei giustificativi di spesa è a disposizione dei benefattori che ne fanno richiesta.

CONCLUSIONE

428 bambini sono stati salvati da grave denutrizione nel programma di quest' anno. La formazione delle mamme e la distribuzione di ovini hanno ridotto di molto le ricadute, anche se il cibo a casa continua ad essere molto scarso per la situazione economica molto precaria delle famiglie.

Le mamme dei bambini sono molto felici e non hanno parole per esprimere la loro gratitudine verso coloro che hanno reso possibile la realizzazione del programma. Questa è la testimonianza di una di loro:



*Sono la madre di Siym.
 Mio figlio Siym e' stato tanto male a causa della carenza di cibo. Soffriva molto ed era dimagrito tanto. Aveva i piedi magrissimi e la faccia gonfia, a quattro anni neanche riusciva a parlare, si lamentava sempre e non mi lasciava respirare un attimo. Quando la sua situazione ha cominciato a peggiorare l'ho portato in clinica e l'ho fatto visitare. La suora mi ha detto che era gravemente denutrito e perciò lo hanno messo in la cura d'alimentazione: dopo otto mesi è cambiato così tanto che nemmeno io, la sua mamma, lo riconosco. Adesso è guarito ed è diventato un bellissimo bambino. Ora ha solo bisogno di alimenti. Perciò ringrazio di cuore tutti i dottori e voi benefattori che mi avete aiutato a far tornare alla normalità la vita di mio figlio e che Dio vi aiuti e vi protegga.
 Nebiat
 La madre*

I bambini che sono migliorati grazie al vostro generoso sostegno sono tantissimi, ma ogni giorno ne arrivano di nuovi, e ci è impossibile chiudere un occhio davanti a tanta miseria.

Quest'anno è piovuto poco nella maggior parte del Paese e, quindi, il raccolto è scarso. Continueremo a fare lo screening dei bambini nei nostri ambulatori per vedere quanti hanno ancora bisogno di assistenza e prepareremo un programma per il 2016.

E quindi ancora una volta chiederemo il vostro aiuto per soccorrere e salvare la vita di tanti altri bambini di questo paese, travagliato da difficoltà e carestie.

Grazie e contiamo sempre su di voi!

