COMITATO INTERNAZIONALE PER LO SVILUPPO DEI POPOLI

Salute per tutti ?

Esperienze e valutazioni da un'area rurale della Somalia

a cura di Francesco Branca e Rosa D'Arca



Franco Angeli

COMITATO INTERNAZIONALE PER LO SVILUPPO DEI POPOLI

Salute per tutti ?

Esperienze e valutazioni da un'area rurale della Somalia

a cura di Francesco Branca e Rosa D'Arca

Franco Angeli

Il volume è stato realizzato con il contributo della Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo del Ministero degli Affari Esteri e della Direzione generale VIII della Commissione delle comunità europee.

Le opinioni espresse dagli autori non riflettono necessariamente quelle del Cisp.

Copyright © 1992 by Franco Angeli s.r.l., Milano, Italy.
È vietata la riproduzione, anche parziale o ad uso interno o didattico, con qualsiasi mezzo effettuata, non autorizzata.

I lettori che desiderano essere regolarmente informati sulle novità pubblicate dalla nostra Casa Editrice possono scrivere, mandando il loro indirizzo, alla "Franco Angeli, Viale Monza 106, 20127 Milano", ordinando poi i volumi direttamente alla loro Libreria.

INDICE

Prefazione p. 11
Abbreviazioni » 15

Introduzione, di *Francesco Branca e Rosa D'Arca* » 17

Parte prima
Il secondo decennio della «salute per tutti»

1. **«Primary Health Care»: cronaca del primo decennio e prospettive per gli anni '90**, di *Francesco Branca* » 23
2. **«Primary Health Care» e povertà: vecchie e nuove sfide**, di *David Werner* » 35
3. **Tecnologie per la produzione domestica di salute**, di *W. Henry Mosley* » 47
4. **Il distretto: un ambito per la promozione della salute**, di *John Martin* » 65

Parte seconda
Salute e politica nella Somalia contemporanea

5. **La storia politica recente della Somalia**, di *Ioan M. Lewis* » 77

6. **Organizzazione della «Primary Health Care» in Somalia**, di *Mohamed A. Alasow* p. 91

7. **Dieci anni di politica sanitaria in Somalia (1979-1989)**, di *Ranieri Guerra* » 101

8. **Il sostegno del governo italiano ai programmi di «Primary Health Care» in Somalia**, di *Agostino Miozzo e Giulio Molinari* » 119

Parte terza
«Primary Health Care» nel distretto di Jilib

9. **L'ambiente e la popolazione di un'area rurale della Somalia del sud**, di *Francesco Branca* » 133

10. **Elementi per una diagnosi di comunità**, di *Francesco Branca* » 149

11. **Mutamento sociale e questione dei generi nella valle del Giuba**, di *Francesca Declich* » 159

12. **Aspetti della tradizione islamica nella Somalia del sud**, di *Giulia Olmi* » 171

13. **Il programma Mareerey: una strategia di intervento per la salute della comunità**, di *Francesco Branca* » 177

14. **L'approccio alla «Primary Health Care»: educazione per la salute**, di *Francesco Branca e Silvia Declich* » 193

15. **La formazione di operatori sanitari di villaggio**, di *Teresa D'Arca, Rosa D'Arca e Francesca Declich* » 211

16. **La strutturazione della rete di «Primary Health Care»**, di *Francesco Branca, Teresa D'Arca, Silvia Declich, Maria Grazia Dente e Vittorio Roscio* » 225

17. **Strategie di immunizzazione in area rurale**, di *Teresa D'Arca, A.Alas Ali, Silvia Declich e Giuseppe Scozzafava* » 257

18. I costi del programma di «Primary Health Care», di *Rosa D'Arca* p. 267

19. La domanda di salute: un esperimento di valutazione della efficienza dei servizi di medicina moderna in relazione con la medicina tradizionale, di *Francesca Declich* » 287

20. Lo sviluppo fisico dei bambini in un'area rurale del Medio Giuba, di *Francesco Branca* » 299

21. Punti di vista di operatori sul campo, di *A. Alas Ali, Giuseppe Scozzafava e Stefania Pace* » 309

22. Conclusioni, di *Francesco Branca e Rosa D'Arca* » 319

Postfazione, di *Paolo Dieci e Maura Viezzoli* » 327

Glossario » 331
Gli Autori » 333

Questo libro è dedicato alla memoria del
prof. Ken Newell (1925-1990).
A lui e a tutti coloro che - come lui - si adoperarono
per la creazione e la diffusione dei principi
della «Salute per tutti» va la nostra gratitudine.
Questo libro è anche dedicato agli uomini e alle donne
di Mareerey che hanno creduto a questi principi,
ma sono stati travolti dalla ferocia
e dall'assurdità dell'intolleranza razziale.

PREFAZIONE

A partire dal 1983, il Cisp è impegnato in Somalia per promuovere azioni di sviluppo nel settore della salute pubblica. Questo libro descrive il quadro strategico, gli obiettivi e le realizzazioni del «programma Mareerey», condotto tra il 1985 e il 1991 come contributo alla strutturazione della rete nazionale di *Primary Health Care*.

Dopo molti mesi di incertezza politica, vissuti nella continua preoccupazione per l'incolumità del personale, quando già quasi tutti gli altri interventi di cooperazione erano stati sospesi, il «programma Mareerey», promosso dal Cisp nel sud della Somalia, si è interrotto nel gennaio del 1991.

In questi mesi, ci siamo chiesti se la presentazione di questo lavoro avesse un significato al di là della documentazione storica. Consultandoci con i colleghi somali, abbiamo tratto l'idea che proprio in una situazione così disgregata è necessario sforzarsi di riflettere sulle prospettive che la Somalia può avere e di proporre indicazioni sull'organizzazione della sanità e dei servizi sociali. Inoltre, la guerra civile a Mogadiscio ha comportato la dispersione di libri e documenti contenuti negli archivi del Ministero della Sanità. Questo libro può rappresentare una tessera della memoria storica della Phc in Somalia.

Gli eventi degli ultimi mesi sono la prevedibile conseguenza dei conflitti accumulatisi in Somalia fin da dopo la «Rivoluzione senza sangue», che portò Barre al potere nel 1969, inaspriti dall'insuccesso della guerra con l'Etiopia del 1979. Sotto il governo di Barre, il nepotismo e la corruzione nei pubblici uffici erano divenuti comuni, mentre la formulazione di politiche sociali era stata completamente ignorata.

Sebbene la Somalia sottoscrivesse la Dichiarazione di Alma Ata, l'impegno del governo centrale nell'edificazione di un servizio sanitario pubblico fu minimo. La proporzione della spesa pubblica

destinata alla sanità passò dal 7,2% nel 1972[1] all'1% nel 1987[2], una quota tra le più basse del mondo. Il 95% della spesa sanitaria era sovvenzionato dagli aiuti internazionali, che complessivamente costituivano il 57% del prodotto interno lordo. Inoltre, la gestione non era immune da particolarismi e privilegi, per cui le spese erano concentrate nel settore curativo e nelle aree urbane. Nel 1984, la professione medica privata venne liberalizzata, con il risultato di un esodo dei medici dal servizio pubblico e di una loro concentrazione nelle città.

Inoltre, non veniva perseguita una seria politica di decentramento, così che i distretti avevano un'autonomia solo formale e non potevano formulare piani di sviluppo locale.

In questo quadro poco incoraggiante, il Cisp scelse di operare in Somalia a fianco della popolazione e, in particolare, a fianco dei gruppi più marginali. Consapevoli dell'atteggiamento del governo, intendevamo rappresentare un fattore di stimolo nei confronti della parte più illuminata della *leadership* somala e promuovere un modello di cooperazione incentrato sulla risposta ai bisogni della popolazione e sulla valorizzazione delle risorse umane locali.

L'intervento in Somalia si collegava inoltre a un'azione di sensibilizzazione in Italia, rivolta in particolare agli studenti e ai docenti, sul ruolo della cooperazione italiana nella promozione dello sviluppo e della salute in Africa e sulla storia dell'avventura coloniale italiana.

Anche la consapevolezza e la solidarietà possono essere importanti per il futuro di questo paese, oggi diviso e tormentato, ma domani, ci auguriamo, ripacificato.

Ringraziamenti

Questo libro nasce dalle idee e dalle iniziative di quanti si sono impegnati per l'attuazione del «programma Mareerey». Non è cosa semplice ringraziare tutti, perché molteplici e di vario genere sono stati i contributi.

E' indispensabile menzionare, in primo luogo, il supporto finanziario e tecnico della Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo del Ministero degli Affari Esteri italiano e della Direzione generale VIII della Commissione delle comunità europee.

Essenziale è stato il ruolo dello *staff* del Cisp che ha diretto il programma da Roma, contribuendo a delineare le scelte strategiche e fornendo il prezioso supporto dell'organizzazione logistica.

Ringraziamo poi tutto il personale che ha operato sul campo, con vari compiti e responsabilità. Il personale somalo: Halimo Abdullahi Abdi, Husseen Hilowle Ibrahim, Farah Muse Mohamed, Farah Mohamed Hirsi, Aden Abdi

1. The World Bank. *World Development Report*, 1989, Oxford U.P.
2. Ministry of Health, Somalia and the World Bank, *Institutional Analysis of the Central Ministry of Health, Somalia*, Weideplan Consulting, GmbH, 1989.

Muse, Abdi Ismahil Suleyman, Dahabo Hassan Halene, Maryan Ahmed Hirey, Abdirahman Ghedi Rage, Mohamed, Xassan, Suleyman Aden Mohamed, Ibrahim, Ahmed e molti altri. Il personale italiano: Maria Allegra, Ernesto Calabrese, Annamaria Corsetti, Nadia Felici, Mario Maritano, Giuseppe Zanetti e Tomaz Zdanowich, oltre a coloro che compaiono tra i contributori di questo volume. Ricordiamo con particolare affetto Gares, autista e logistico del programma, assassinato lo scorso anno.

Un contributo particolare, per la partecipazione a missioni e per lo stimolo, spesso critico, a svolgere il nostro lavoro, ci è venuto da Francesca Agneta. Per alcuni periodi sono stati con noi anche Stefano Berterame, Mariarita Capirci, Paola Declich, Giuseppe Marabotto, Francesca Patrizi, Caterina Rosso, Riccardo Stefanori, Enzo Chiacchierini, Massimo Tommasoli, Claudio Viezzoli, Giandomenico Catarinella e Adele Simonetti. Ringraziamo tutti loro per l'impegno profuso con gratuità ed entusiasmo.

Un contributo alla impostazione del progetto e alla formazione del personale ci è venuto da Abdulaziz Sharif Aden e Abdullahi Rita dell'Università nazionale somala, da Gianfranco Tarsitani e Antonio Cappelli della facoltà di medicina dell'Università La Sapienza di Roma e da Emilio Tresalti, dell'Università Cattolica di Roma.

Supporto alla realizzazione del programma ci è venuto da Elio Sommavilla, dalla Finnish Anti Tubercolosis Association e da Ghedi Raghe.

Con un grande sentimento di gratitudine vogliamo poi ricordare le sorelle della Consolata e i padri francescani della missione di Jilib, particolarmente padre Pietro, assassinato durante la guerra civile.

Il programma ha inoltre ottenuto contributi finanziari e incoraggiamento dai gruppi di sostegno in Italia, tra cui alcuni istituti scolastici di Roma, gruppi aderenti all'Agesci, l'Assessorato Sanità e ambiente della provincia di Roma, il servizio materno-infantile della Usl Rm1 e l'ospedale S. Camillo (Usl Rm16), l'Istituto Superiore di Sanità e l'Istituto Italiano di Medicina Sociale. Molti di essi hanno animato le iniziative di divulgazione e sensibilizzazione sul programma, sui temi della educazione sanitaria e della tutela della salute.

Ringraziamo inoltre Adriana Ammassari per l'analisi storica sulla Phc, Ada Maria D'Addosio per l'esame dei vetrini di sangue e tutti coloro che hanno sostenuto il «programma Mareerey» con contributi volontari o semplicemente con il loro interessamento al nostro lavoro e che solo per disattenzione abbiamo dimenticato di menzionare.

Nota

Il testo di David Werner (cap. 2) è una rielaborazione degli interventi su *Public health, poverty and empowerment: a challenge* (Convocation Address, Johns Hopkins School of Public Health, 1985), *Empowerment and health* («Christian Medical Commision/CCPD Joint Commission Meeting», Manila, Filippine, 12-19 Gennaio 1988) e *Health for no one by the year 2000: the high cost of placing «national security» before global justice* («16th Annual International Health Conference», National Council for International Health, Arlington, Virginia, 18-21 Giugno 1989). Il testo di W. Henry Mosley (cap. 3) è una versione riveduta della sua relazione al seminario su «Towards more efficacy in child survival strategies», Johns Hopkins University-Ford Foundation, St.Michaels, Maryland, 15-18 Maggio 1988. Il materiale del cap. 10 è stato in parte presentato al «III Congresso internazionale di studi somali», Roma 26-30 Maggio 1986 con il titolo *Prevalence of communicable and non communicable diseases in a village of Jilib district, in the framework of a Primary Health Care programme*. Una precedente versione dell'articolo sulle immunizzazioni (cap. 17) è stata pubbli-

cata con il titolo «Immunization Strategies in Rural Areas. Examples from Somalia» sugli *Annali di Igiene*, n.2, 1990, pp.263-270. Il materiale del cap. 20 è stato in parte presentato al «IV Congresso internazionale di studi somali», Mogadiscio 25-30 Giugno 1989, con il titolo *Growth performance of children in an area of Middle Juba. Analysis of possible determinants.*

Le traduzioni dei testi di Lewis e di Alasow sono di Simona Carusi Fusco; quelle di Werner, Mosley e Martin sono di Anna Paola Massetti. La tav.1 del cap.14 è stata disegnata da Anna Maria Corsetti.

F.B. e R.D'A.

Roma, 15 Dicembre 1991

ABBREVIAZIONI

Aspima	Agenzia somala per l'importazione di medicinali e affini
Bcg	Vaccino antitubercolare (Bacillo di Calmette e Guérin)
Cdc	Center for Disease Control
Chw	Community Health Worker
Csr	Consiglio supremo della rivoluzione
Dhc	District Health Centre
Dgcs	Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo del Ministero degli Affari Esteri italiano
Dpt	Vaccino contro difterite, pertosse e tetano
D.s.	Deviazione standard
Epi	Expanded Programme for Immunisation
Gobi	Growth Monitoring, Oral Rehydration Therapy, Breast-feeding, Immunization (strategia Unicef che comprende: controllo della crescita, terapia di reidratazione orale, allattamento al seno, immunizzazione)
Mch	Mother and Child Health
Moh	Ministry of Health
Nchs	National Center for Health Statistics
Nrc	National Refugee Commission
Nss	National Security Service
Oecd	Organization for Economic Cooperation and Development
Ong	Organismi non governativi
Oms	Organizzazione mondiale della sanità
Opv	Vaccino antipoliomielite (Oral Polio Vaccine)
Ors	Oral Rehydration Salts
Ort	Oral Rehydration Therapy
Phc	Primary Health Care
Phcp	Primary Health Care Post
Phcu	Primary Health Care Unit
Pvs	Paesi in via di sviluppo

Rhu	Refugee Health Unit
Rhc	Regional Health Centre
Snf	Somali National front
Snm	Somali National Movement
Spm	Somali Patriotic Movement
Ssdf	Somali Salvation Democratic Front
Sss	Salt and Sugar Solutions
Tba	Traditional Birth Attendent
Undp	United Nations Development Programme
Unicef	United Nations Children's Fund
Unhcr	United Nations High Commissioner for Refugees
Usaid	United States Agency for International Development
Usc	United Somali Congress

INTRODUZIONE

di *Francesco Branca e Rosa D'Arca*

Salute per tutti ?

Il titolo di questo libro riprende lo slogan della strategia mondiale della «Salute per tutti nell'anno 2000» lanciata dall'Oms. L'aggiunta del punto interrogativo riflette la consapevolezza che l'obiettivo è ancora lontano e che le iniziative adottate per raggiungerlo vanno sottoposte continuamente a una verifica. Siamo d'accordo con chi sostiene che il problema stia nelle limitazioni di carattere politico ed economico che operano su una scala «macro», nazionale e internazionale. Al tempo stesso, tuttavia, crediamo che si debba valutare l'adeguatezza delle soluzioni operative della *Primary Health Care* (Phc); o meglio, che occorra identificare quell'insieme di elementi strategici e organizzativi che possono fare della Phc un sistema in grado di garantire assistenza sanitaria alle popolazioni dei Paesi in via di sviluppo.

E' sorprendente come, nonostante la quantità di risorse investite nella cooperazione sanitaria, l'informazione sui progetti non vada spesso al di là dei rapporti ufficiali. Vogliamo quindi mettere a disposizione il materiale del nostro «studio di caso», fornendo inoltre il quadro storico e politico in cui esso si è concretizzato.

La prima parte di questo volume affronta gli interrogativi sorti attorno alla Phc e propone alcune linee di azione. Il primo capitolo ricostruisce la storia subito controversa delle interpretazioni della Phc ed elenca otto aree problematiche su cui si giocherà il successo della «Salute per tutti». Nel secondo capitolo, David Werner sottolinea come le condizioni di salute nei paesi poveri siano responsabilità dei paesi sviluppati che, da un lato, offrono assistenza sanitaria e, dall'altro, perpetuano forme di asservimento economico e di sfruttamento commerciale. La ricerca della «Salute per tutti» deve perciò prevedere un impegno civile contro la diffusione del tabacco, degli alcoolici e dei narcotici nei Pvs, per la moralizzazione del

mercato dei farmaci e degli alimenti per l'infanzia e per la soluzione del problema del debito. Segue un saggio di Henry Mosley (cap. 3) che valuta il contributo che alcune semplici soluzioni tecnologiche, quali la terapia reidratante orale, i farmaci essenziali, la contraccezione, i vaccini, possono dare al livello «domestico» di difesa della salute. La prima parte si chiude con un intervento di John Martin (cap. 4), che presenta i vantaggi del decentramento distrettuale per la gestione del sistema sanitario nei Pvs.

La seconda parte delinea un quadro storico e politico della Somalia contemporanea. Ioan Lewis (cap. 5) traccia per grandi linee la storia della Somalia sotto il regime di Siyad Barre, esponendo le ragioni che hanno portato all'attuale situazione politica. Mohamed Alasow (cap. 6) descrive l'organizzazione della sanità somala nei primi anni dopo l'adozione della Phc e Ranieri Guerra (cap. 7) valuta la concreta adesione del governo alla nuova strategia analizzando i flussi della spesa sanitaria nel decennio 1978-1988. Nel cap. 8, infine, Agostino Miozzo e Giulio Molinari esaminano le scelte compiute dalla cooperazione governativa italiana in tema di Phc, illustrando le linee direttrici del programma dello *Italian Medical Team* nella regione dell'Hiran-Galgadud.

La terza parte contiene il vero e proprio studio di caso. Nell'esposizione abbiamo operato un compromesso fra taglio sistematico e taglio cronologico. Abbiamo voluto dare un'idea del processo che, a partire dalla descrizione dell'area di intervento (cap. 9) e dalla diagnosi di comunità (cap. 10) ha portato alla formulazione della strategia e degli obiettivi (cap. 13) e quindi alla realizzazione del programma (capp. 15-17). Nei capp. 11 e 12 sono presentati alcuni risultati degli studi sulla cultura locale e sulla religione, che furono condotti nel primo anno di attività per mettere a punto la metodologia di intervento. Negli ultimi quattro capitoli sono raccolti gli studi più specificamente indirizzati alla valutazione del programma.

Valutazione

Perché valutare ?

La preoccupazione di registrare, analizzare e valutare le attività svolte è stata presente in tutte le fasi del «programma Mareerey». Nel *team* del programma, come nel gruppo che seguiva il programma da Roma era presente una «coscienza valutativa» che ha portato a fare di questo progetto un'occasione per sperimentare anche diverse forme di verifica del lavoro svolto.

Questa verifica, oltre che sulla congruità degli obiettivi, doveva essere sull'appropriatezza delle metodologie di intervento nel contesto somalo e quindi sulla generalizzabilità di alcune scelte operative - mutuate dalla letteratura o introdotte dal programma - alla realtà del paese. La maggiore autonomia di azione che derivava dall'essere un Organismo non governativo poteva quindi essere messa a frutto considerando il programma come «laboratorio».

Questioni metodologiche

Il programma non è stato impostato come «valutabile», perché la definizione degli obiettivi e dei relativi indicatori non è stata fatta *a priori*. Anche in tema di valutazione sono stati tentati diversi approcci. Abbiamo affrontato nodi quali la scelta fra valutazione partecipativa e valutazione esterna o l'equilibrio fra indicatori quantitativi e informazioni socio-antropologiche. In definitiva, si è trattato di uno sforzo multidisciplinare, all'inizio poco sistematico, ma che ha dato buoni risultati di conoscenza della realtà locale e della rilevanza del progetto al suo interno. A nostro parere, questo risultato è più difficile da ottenere in progetti che nascono con una più rigida strutturazione iniziale.

La descrizione delle attività del progetto presentata nei capp. 14-17 si fonda sui dati raccolti per il monitoraggio del progetto, che comprendeva, fra l'altro, la compilazione di schede mensili sull'attività dei centri sanitari di secondo livello (che riportavano, ad esempio, il numero dei pazienti esaminati, le diagnosi effettuate, i farmaci consumati), del servizio materno-infantile, del laboratorio e del servizio di controllo della tubercolosi. Su schede separate si raccoglievano dati sulle attività preventive e di primo livello, quali le vaccinazioni e l'operato dei *Community Health Worker* (Chw) e delle *Traditional Birth Attendant*. Il cap. 16. contiene anche un esperimento di applicazione della metodologia di valutazione della partecipazione comunitaria proposto da Rifkin *et al.*[1].

Il paziente lavoro di rendicontazione delle spese effettuate ha consentito di analizzare i costi di sviluppo e di funzionamento del sistema di Phc. In tal modo è possibile, come si fa nel cap. 18, esprimere un giudizio sulla sostenibilità economica del programma.

Per valutare l'atteggiamento della popolazione nei confronti di vari livelli della Phc e delle altre istituzioni, moderne e tradizionali, coinvolte nel sistema della salute è stato condotto uno studio socio-antropologico, presentato nel cap. 19. Se ne traggono informazioni

1. S.B.Rifkin, F.Muller, W.Bichmann, «Primary Health Care: on measuring participation», *Soc. Sci. Med.*, vol. 26, n. 9, 1988, pp. 931-940.

interessanti sulla qualità del servizio offerto dai Chw e sull'influenza di fattori quali l'età, il sesso e il gruppo etnico dell'utente sulla domanda di salute.

Il cap. 20 utilizza la misura dello sviluppo fisico dei bambini come indicatore dello stato di salute nelle comunità oggetto dell'intervento. Per aggirare il problema dell'identificazione di un gruppo di controllo, abbiamo comparato i villaggi in cui la rete di Phc era stata strutturata con villaggi in cui questo lavoro era solo allo stadio iniziale. Abbiamo cioè applicato un disegno «quasi-sperimentale», non randomizzato, in cui il controllo era costruito sulla base delle differenze di intensità con cui l'intervento era effettuato in vari gruppi di popolazione[2]. Nello stesso studio abbiamo anche utilizzato la tecnica del *reflexive control*, comparando lo stato di nutrizione dei bambini pre-scolari nel primo e nel quarto anno di attività del programma. Lo studio mette in luce una riduzione della prevalenza di malnutrizione moderata e grave nelle comunità con migliore accesso ai servizi sanitari preventivi e curativi.

Il cap. 21, infine, riporta le riflessioni di alcuni membri dello *staff* sugli aspetti che essi ritenevano più problematici nella pianificazione e nella realizzazione delle attività di Phc. Il lettore noterà che abbiamo fatto uso indifferentemente di elementi qualitativi e quantitativi. Si tratta di una procedura condivisa da diversi autori. La stessa Oms riconosce che «è spesso inevitabile applicare giudizi qualitativi, purché questi siano sostenuti, quando possibile, da affidabile informazione quantitativa»[3].

La questione del giudizio, come sottolinea la federazione degli Ong americani, è delicata, dato che tutte le valutazioni partono da un sistema di valori preconcetto[4]. E' dunque importante stabilire chi è la fonte di questi giudizi. Rossi e Freeman[5] riconoscono l'utilità di un giudizio dei partecipanti e degli amministratori di un programma e Vaughan *et al.*[6] sostengono che nella valutazione dovrebbero essere coinvolti il personale del programma, gli esterni e la comunità, direttamente o per mezzo di interviste e sondaggi. Personalmente, riteniamo che il giudizio qualitativo sia utile purché provenga da diversi punti di vista disciplinari e istituzionali. E' quanto abbiamo tentato di fare con questo volume.

2. P.H. Rossi, H.E. Freeman, *Evaluation. A systematic approach*, Sage, London, 1982.
3. Who, *Health Programme Evaluation: Guiding Principles*, Who, Geneva, 1981.
4. D. Santo Pietro (ed.), *Evaluation Sourcebook for Private and Voluntary Organizations*, Acvafs, New York, 1983.
5. P.H. Rossi, H.E. Freeman, *op. cit.*.
6. J.P. Vaughan, G. Walt, D. Ross, «Evaluation od Primary Health Care: approaches, comments and criticisms», *Tropical Doctor*, vol.14, 1984, pp.56-60.

Parte prima
Il secondo decennio della «salute per tutti»

1. «PRIMARY HEALTH CARE»: CRONACA DEL PRIMO DECENNIO E PROSPETTIVE PER GLI ANNI '90

di *Francesco Branca*

Accanto alla fondazione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite, alla Dichiarazione dei diritti dell'uomo e alla affermazione della necessità di un nuovo ordine economico internazionale, la strategia della «Salute per tutti nell'anno 2000» rappresenta l'espressione istituzionale di un movimento storico e politico caratteristico del nostro secolo.

Nei paesi economicamente sviluppati, la ricerca dell'eguaglianza sociale nella salute data forse alla rivoluzione industriale ma è solo a partire dalla fine dell'800 che nascono servizi sanitari nazionali. In Italia, ad esempio, la prima legge istitutiva è del 1888. Va inoltre diffondendosi un'idea della salute pubblica legata alla prevenzione e alla promozione anziché esclusivamente al trattamento delle malattie.

Al tempo stesso, al termine dell'era coloniale, emerge una preoccupazione per le gravi disparità di sviluppo esistenti nel pianeta, si mettono in luce le responsabilità dei Paesi del Nord nei confronti di quelli del Sud e si studiano possibili forme di riequilibrio. Negli anni '70 guadagna consenso l'approccio dei *basic needs*, secondo il quale il nodo del sottosviluppo può essere sciolto innanzitutto soddisfacendo i bisogni essenziali dell'intera popolazione mondiale nell'arco di tempo di una generazione. Questi bisogni sono individuali (cibo, casa e indumenti) e sociali (salute, acqua, igiene ambientale, istruzione, cultura e trasporti). Appare così esplicito il rapporto tra salute, benessere e sviluppo. In questo quadro è significativa la pubblicazione, nel 1975, di un documento della World Bank che formula una strategia della Banca per il settore della salute[1]. Prendendo atto della situazione sanitaria mondiale e dell'impatto che la malattia e la disabilità hanno sul sottosviluppo,

1. World Bank, *Health*, Sector Policy Paper, World Bank, Washington, 1975.

la Banca istituisce il prestito diretto per progetti sanitari.

Mentre nelle sedi accademiche e politiche maturano questi concetti, nelle realtà periferiche dei Paesi in via di sviluppo si mettono a punto, da un lato, schemi di tecnologia medica appropriati alle esigenze e alle risorse locali; dall'altro, forme organizzative in grado di estendere alla maggior proporzione possibile della popolazione alcuni elementi di base per la protezione della salute.

Il migliore esempio di adattamento delle conoscenze e delle tecnologie mediche moderne ai problemi dei Paesi in via di sviluppo è senz'altro quello fornito dal gruppo della Università di Makerere, che pubblica nel 1966 un manuale dal titolo *Medical Care in Developing Countries*, frutto di una conferenza su «Health Centres and Hospitals in Africa» organizzata con il supporto dell'Oms e dell'Unicef[2]. La tesi centrale del libro è che i fattori del sottosviluppo, oltre ad essere una sfida formidabile per la fornitura di assistenza medica, sono lo stimolo a produrre un *corpus* specifico di conoscenze e di metodologie. Sebbene il punto di partenza sia la medicina moderna, l'adattamento presuppone che essa si liberi dai preconcetti della cultura occidentale e che stabilisca diverse priorità: ottenere il massimo ritorno dalle poche risorse disponibili, far giungere i servizi il più vicino possibile alle persone, fornire in permanenza almeno una forma di base di assistenza sanitaria, organizzare i servizi dal basso, promuovere la funzione educativa del medico, trasferire a personale ausiliario alcune funzioni preventive e curative, curare aspetti «non medici» quali l'igiene dell'ambiente.

Nella prima metà del secolo, nei Paesi in via di sviluppo l'accesso all'assistenza sanitaria è limitato alla popolazione dei centri urbani e ai ceti sociali in grado di pagare per le prestazioni e i farmaci necessari. I servizi esistenti hanno soprattutto carattere curativo e sono forniti da privati o da organizzazioni di volontariato. Gran parte della popolazione fa riferimento a figure di curatori tradizionali. In aggiunta, i governi promuovono programmi di eradicazione di malattie quali il vaiolo, la malaria, la febbre gialla, con il supporto della Organizzazione mondiale della sanità.

Le riforme del sistema sanitario in Cina e a Cuba, rispettivamente nel 1950 e nel 1959, con il sorprendente impatto che hanno sulla mortalità infantile, forniscono un importante modello organizzativo per la salute pubblica. Questi ed altri esempi di estensione di sistemi sanitari e di piccoli interventi di sviluppo comunitario costituiscono la base dell'approccio detto dei Basic Health *Services*, che si propone di estendere l'accesso dei servizi sanitari di base alla popolazione rurale, attraverso l'introduzione di figure

2. M. King (ed.), *Medical care in developing countries*, Office of Health Economics, London, 1972.

professionali paramediche, il coinvolgimento delle comunità e la creazione di diversi livelli di riferimento dei casi. In alternativa, alcuni paesi si orientano verso una integrazione dei preesistenti programmi «verticali» in strutture polivalenti.

La strategia della «Salute per tutti nell'anno 2000» viene elaborata in occasione della conferenza internazionale sulla *Primary Health Care* (Phc), organizzata dall'Oms e dall'Unicef e tenutasi ad Alma Ata nel 1978. La Dichiarazione di Alma Ata rappresenta soprattutto un atto politico, con cui i Paesi industrializzati accettano i principi della autodeterminazione, dell'autosviluppo dei Paesi del Sud e sottoscrivono forme egualitarie di sviluppo socioeconomico[3].

Ad Alma Ata non si adotta un piano d'azione globale, ma si conviene su alcuni criteri: l'equità, il coinvolgimento della comunità, l'accento sulla prevenzione, l'uso di tecnologie appropriate, l'approccio multisettoriale. Si stabilisce inoltre che la Phc debba avere almeno otto elementi: l'educazione sanitaria, le immunizzazioni, la salute materno-infantile e la pianificazione familiare, l'alimentazione e la sorveglianza dello stato di nutrizione, l'acqua e l'igiene ambientale, il trattamento delle comuni patologie, la prevenzione e il controllo delle endemie locali, la distribuzione di farmaci essenziali.

Successivamente, l'Assemblea mondiale della sanità invita gli stati membri a formulare strategie nazionali per conseguire l'obiettivo della «Salute per tutti entro l'anno 2000»[4]. A questo invito gli uffici regionali dell'Oms rispondono elaborando strategie regionali. La formulazione definitiva della strategia compare nel 1981, ed è accompagnata da una serie di indicazioni metodologiche su come operare sul campo e sugli indicatori prescelti per la periodica valutazione dei risultati ottenuti[5].

La strategia viene sottoscritta dai paesi aderenti all'Oms ma in realtà non vi è una visione unitaria sul significato e sulle implicazioni della strategia. L'impegno dei governi è assai variabile e diversi soggetti, governativi e non governativi, vi riconoscono obiettivi diversi, spesso in contrasto fra loro. Nabarro e Mosley individuano quattro possibili interpretazioni della Phc, ciascuna corredata da una peculiare individuazione di priorità e da proprie modalità di intervento: la Phc come forma di riorganizzazione della società, con più potere alle classi povere, più controllo sulla forma, sul contenuto e sulle modalità operative dei servizi sanitari; come strumento per la soddisfazione dei bisogni di base dell'intera popolazione;

3. Who, Unicef, *Alma Ata 1978. Primary Health Care*, Who, Geneva, 1978.
4. Who, *Formulating strategies for health for all by the year 2000*, Who, Geneva, 1978.
5. Who, *Global strategy for Health for All by the year 2000*, Who, Geneva, 1981.

come forma di riorganizzazione del sistema sanitario per garantire l'assistenza di base a più ampi settori della popolazione; come sistema per diffondere la conoscenza, l'accesso e la capacità d'uso delle tecnologie esistenti per combattere la malattia e l'invalidità[6].

Di fronte alle interpretazioni più restrittive Navarro obietta subito che la Phc ha come finalità la medicalizzazione e non la salute. Anche gli interventi al di fuori del settore sanitario che essa promuove, pur rappresentando una proposta di trasformazione politica e sociale, sarebbero in realtà condotti come mere forme di riorganizzazione e di trasferimento tecnologico[7]. Viceversa, ai tentativi più radicali di riforma sono mosse accuse di idealismo, di scarsa scientificità e di sostanziale irrealizzabilità per i costi comunque elevati, le ampie necessità di personale e i tempi medio-lunghi di realizzazione.

In risposta a questo secondo tipo di critica si diffonde l'idea di un approccio «selettivo», basato sulla definizione di priorità per intere popolazioni o per gruppi a rischio e sulla scelta delle più efficaci, economiche e fattibili misure di controllo[8]. I teorici della *selective* Phc ritengono chę in tal modo si possa influire sostanzialmente sugli indicatori di morbosità e di mortalità, contenendo al tempo stesso la spesa.

La *selective* Phc avrebbe tuttavia il significato di una strategia provvisoria in attesa che la Phc «comprensiva» divenga accessibile a tutti. I donatori vi troverebbero inoltre il vantaggio di poter finanziare iniziative specifiche, più facilmente individuabili in termini di risorse e di risultati, più semplici da organizzare e meglio integrabili con i preesistenti sistemi di assistenza sanitaria, tra cui i sistemi privati.

L'idea della *selective* Phc viene presentata per la prima volta in un convegno organizzato dalla Rockefeller Foundation a Bellagio, nel 1979. In questa linea, nel 1982-83 l'Unicef lancia la *Child Survival and Development Revolution*, in cui identifica quattro linee di intervento prioritarie: la promozione di sistemi per il controllo della crescita dei bambini, la diffusione della reidratazione orale per la lotta alle diarree infantili, la promozione dell'allattamento al seno, l'immunizzazione contro la difterite, la pertosse, il tetano, il

6. D. Nabarro, W.H. Mosley, *Aid for Primary Health Care: a Decade of Experience*, in *Strengthening Development Co-operation for Primary Health Care: a DAC Concern*, Oecd, Paris, 1989, pp. 13-43.

7. V. Navarro, «A Critique of the Ideological and political Positions of the Willy Brandt Report and the Who Alma Ata Declaration», *Soc. Sci. Med.*, vol. 18, n. 6, 1984, pp. 467-474.

8. J.A. Walsh, K.S. Warren, «Selective Primary Health Care: an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries», *New Engl. J. Med.*, vol. 301, n. 18, 1979, pp. 967-974.

morbillo, la poliomielite e la tubercolosi[9]. All'insieme di questi interventi si fa riferimento con l'acronimo Gobi, dalle iniziali delle attività nella loro traduzione inglese[10]. Successivamente, si propone l'aggiunta di altri tre aspetti, la pianificazione familiare, la somministrazione di supplementi alimentari e l'educazione delle donne. Negli anni che seguono la stessa Rockefeller Foundation, in collaborazione con l'Unicef, l'Oms, l'Undp e la World Bank, convoca una serie di convegni in cui vengono di volta in volta discusse priorità e metodologie di intervento; nel 1984 si costituisce anche un gruppo di lavoro per la sopravvivenza dei bambini (*Task Force for Child Survival*) con il compito di coordinare le iniziative per ridurre in modo specifico gli alti tassi di mortalità infantile nei Paesi in via di sviluppo. A questo gruppo si deve, nel 1988, la stesura della dichiarazione di Talloires, in cui si stabilisce che gli obiettivi per gli anni '90 sono l'eradicazione del morbillo e della poliomielite, l'immunizzazione del 90% dei bambini, la riduzione della mortalità infantile al di sotto del 50 per mille[11].

La ragione di questa scelta strategica viene ribadita dalla considerazione che il modello di salute del Nord, in cui il miglioramento dello stato di salute è legato al miglioramento delle condizioni di vita (casa, acqua, igiene ambientale, diffuso consumo dei prodotti dell'agricoltura e dell'industria ha costi insostenibili per i Paesi del Sud. L'esempio di paesi come lo Sri Lanka, la Cina, il Costa Rica e lo stato indiano del Kerala suggerirebbe invece un modello di salute per i Paesi del Sud, in cui l'intera popolazione ha ugualmente accesso ai servizi sanitari e al sistema educativo e può disporre di un'adeguata alimentazione. Nel Sud, quindi, l'organizzazione del sistema sanitario e l'uso della tecnologia medica consentirebbero di operare rapidi cambiamenti del livello di salute che a loro volta contribuirebbero allo sviluppo.

La filosofia della *selective* Phc riceve una serie di critiche, tra cui quella di non apprezzare la base sociale di molte malattie, di ricercare esclusivamente soluzioni tecnologiche il cui controllo è nelle mani di gerarchie esterne alle comunità e i cui risultati non sono spesso quelli attesi o propagandati, di ricercare solo strumentalmente la partecipazione delle comunità, di intralciare il processo di integrazione dei servizi verticali e, in generale, del processo di costituzione dei servizi sanitari di base, di preoccuparsi più dei risul-

9. Unicef, *The State of the World's Children 1984*, Unicef, New York, Oxford U.P., 1984.

10. Gobi: controllo della crescita, terapia di reidratazione orale, allattamento al seno, immunizzazioni.

11. The Task Force for Child Survival, *Protecting the World's Children. An Agenda for the 1990's*, , Talloires, 10-12 marzo 1988.

tati immediati che del mantenimento di un livello di salute[12].

Nel tentativo di mediare tra le varie interpretazioni della Phc, Mosley ha proposto il concetto di *categorical programs* (programmi finalizzati), definiti come attività dirette verso singole malattie o verso un problema di salute generale (quale la malnutrizione) che richiede la mobilitazione simultanea di risorse sociali, tecniche ed economiche[13]. I programmi sarebbero perciò definiti in base ai problemi da risolvere e non in base alla tecnologia che si intende adoperare o alla malattia che si intende combattere. Inoltre, la scelta di una tecnologia medica non dovrebbe omettere la considerazione dei problemi sociali relativi all'uso di questa tecnologia.

Il primo decennio di attuazione della strategia della salute per tutti coincide tuttavia con un periodo di contingenza economica gravemente sfavorevole per i paesi africani. Il rallentamento dello sviluppo economico che colpisce il mondo sviluppato in seguito alle crisi petrolifere, alle disparità produttive tra Giappone, Europa e Stati Uniti e all'aumento del costo del denaro negli Stati Uniti si trasmette infatti amplificato ai Paesi in via di sviluppo. Diminuisce infatti l'importazione delle materie prime, gli aiuti allo sviluppo non aumentano e i crediti concessi dalle banche commerciali diminuiscono, determinando nel 1984-85 un trasferimento netto di risorse dal Terzo mondo al mondo industriale. L'aumento degli interessi decretato dagli Stati Uniti determina inoltre la crisi del debito. Nell'Africa sub-sahariana la forte crescita della popolazione aggrava la situazione, così che il prodotto nazionale lordo *pro capite* cresce, per l'intera regione esclusa la Nigeria, di un misero 0,2% all'anno tra il 1961 e il 1987. In realtà, la cifra è negativa per circa un terzo dei paesi.

In risposta a questo quadro, la Banca mondiale e il Fondo monetario internazionale impongono a numerosi governi politiche di stabilizzazione e di aggiustamento strutturale, che hanno l'obiettivo di ridurre il disavanzo nei conti con l'estero e di migliorare l'efficienza dell'economia. Queste politiche prevedono misure quali aumenti dei prezzi, riduzione dei crediti, controllo dei salari, svalutazione della moneta nazionale, provvedimenti fiscali e tariffari, con lo scopo di ridurre la domanda di generi di importazione e di aumentare la disponibilità di prodotti per l'esportazione. Esse stabiliscono inoltre di ridurre la spesa pubblica e incentivano la privatizzazione dei servizi.

L'effetto combinato della recessione e delle politiche di aggiu-

12. S. Rifkin, G. Walt, «Why health improves: defining the issue concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary health care'», *Soc. Sc. Med*, 23, 1986, pp. 559-566.

13. W.H. Mosley, «Is there a middle way? Categorical programs for PHC», *Soc. Sci. Med.*, vol. 26, n. 9, 1988, pp. 907-908.

stamento è quello di diminuire le risorse a disposizione di alcuni settori della popolazione. L'occupazione diminuisce, i salari reali si riducono e aumenta la quota di popolazione che si trova al di sotto di una determinata soglia di povertà. Il fenomeno si verifica in tutte le regioni del globo: osservazioni precise vengono dal Ghana, dalle Filippine, dal Cile, dalla Jamaica, dal Peru. Al tempo stesso, aumenta il costo del cibo e dei servizi. In alcuni paesi, le strutture sanitarie chiudono, in altri l'utenza si contrae in ragione dell'aumento dei costi.

Nel giro di pochi anni è possibile riscontrare gli effetti di queste dinamiche sul benessere della popolazione e, in particolare, dei più vulnerabili. In quasi tutti i paesi dell'Africa sub-sahariana la prevalenza della malnutrizione aumenta, indipendentemente dalle circostanze ambientali. In alcuni paesi (Ghana, Brasile) aumenta anche la mortalità infantile, mentre in altri (Filippine, Cile) la tendenza alla diminuzione dei tassi di mortalità, registrata negli anni '70, si ferma. Anche i livelli di istruzione peggiorano, diminuendo la proporzione dei bambini che seguono corsi scolastici e aumentando gli insuccessi. In alcuni paesi si osserva un fenomeno di abbandono in massa dell'insegnamento, attività non più remunerativa[14].

L'emergere di questi dati sollecita una riflessione sull'efficacia e l'adeguatezza delle strategie adottate in materia di salute e sulla compatibilità degli obiettivi con le risorse a disposizione. Nel 1988 a Riga, in Unione Sovietica, il cartello dei promotori della conferenza di Alma Ata si riunisce per valutare i risultati del primo decennio della strategia della «Salute per tutti». Malgrado tutto, a Riga emerge un giudizio complessivamente positivo, si riafferma l'obiettivo della «Salute per tutti» e si estende l'iniziativa al ventunesimo secolo. I principi chiave della equità, efficacia, accessibilità economica, partecipazione comunitaria e collaborazione intersettoriale vengono ribaditi e al tempo stesso vengono formulate indicazioni specifiche per il decennio a venire. L'agenda, come espresso nella Dichiarazione di Riga, prevede: intensificare l'azione sociale e politica per la salute; sviluppare una *leadership* per la strategia della «Salute per tutti», ad ogni livello; dare potere alla gente, fornendo informazioni, supporto tecnico, possibilità di decisione; attivare i meccanismi di collaborazione intersettoriale a tutti i livelli; rafforzare le strutture distrettuali; formare il personale per la Phc; applicare la scienza e la tecnologia appropriata; stabilire priorità di intervento allo scopo di superare gravi nodi problematici, quali l'alta mortalità infantile e materna, l'abuso di alcool e ta-

14. Unicef (A. Cornia, R. Jolly, F. Stewart, eds.), *Adjustment with a human face*, Oxford U.P., Oxford, 1987.

bacco, lo squilibrio tra crescita della popolazione e le risorse ambientali e socioeconomiche; sviluppare iniziative speciali in appoggio ai paesi meno sviluppati[15].

L'ottimismo dei convenuti a Riga non cancella tuttavia le preoccupazioni circa la varietà e la dimensione dei problemi da risolvere. Sviluppando questa riflessione, abbiamo identificato otto aree problematiche che è necessario considerare, su cui già emergono alcune proposte operative.

In primo luogo, vi sono problemi di livello internazionale. Si è fatto cenno alle conseguenze della recessione degli anni '80 sull'economia internazionale, con l'emergere della crisi del debito, il ridimensionamento delle politiche di aiuto e il ristagno dello sviluppo nei paesi del Terzo mondo. In questo quadro, l'onere finanziario rappresentato dall'acquisto dei farmaci e del materiale sanitario aumenta, dato che il mercato è in larga misura controllato da un esiguo numero di multinazionali del mondo sviluppato e che l'importazione implica un cospicuo esborso di valuta pregiata.

La seconda questione riguarda l'impegno dei governi a fare proprio l'obiettivo della salute dei cittadini. Nonostante il documento di Alma Ata sia stato sottoscritto da 134 paesi, infatti, vi sono innumerevoli esempi di scelte di pianificazione nazionale che mettono in secondo piano il benessere dei cittadini. Il rapporto sullo *State of the World Children* del 1990, pur riconoscendo la necessità delle misure di riaggiustamento dell'economia, richiama i governi ad applicare un principio della priorità (*first call*) per la soluzione dei problemi dell'infanzia e a operare quindi aggiustamenti «dal volto umano», che non penalizzino i settori più vulnerabili della popolazione. Viceversa, sono le spese militari a non subire riduzioni[16].

Le risorse disponibili per i servizi, già complessivamente insufficienti, vengono poi ripartite in modo inappropriato, favorendo il centro a svantaggio della periferia, il curativo a svantaggio del preventivo, gli ospedali a svantaggio delle strutture sul territorio. I paesi che, espressamente o meno, adottano politiche di privatizzazione accentuano infine le disparità sociali nell'accessibilità dei servizi. La stessa struttura amministrativa di un paese può avere influenza sul benessere della popolazione. Laddove esistono politiche di regionalizzazione e di decentramento amministrativo è possibile migliorare la qualità dei servizi che giungono nella periferia. Infine, vi è un'enorme difficoltà a concretizzare la collaborazione intersettoriale. Essa non va al di là della costituzione di comitati o della realizzazione di iniziative specifiche, nel migliore dei casi.

15. Who, *Alma Ata reaffirmed at Riga*, Who, Geneva, 1988.
16. Unicef, *State of the World Children*, Unicef, New York, 1990.

Il terzo ordine di problemi riguarda l'organizzazione del sistema sanitario. In risposta all'inadeguatezza della gestione dei servizi da parte dei Ministeri della Sanità si auspicano forme di decentramento e si individua nei sistemi distrettuali (*District Health Systems*) uno schema adatto a garantire il funzionamento delle strutture periferiche.

A tale proposito, nel 1987 si svolge ad Harare, in Zimbabwe, un convegno sul consolidamento dei *District Health Systems*, organizzato dall'Oms. Dal convegno emergono molte indicazioni: il senso del decentramento deve essere quello di dare ai distretti un reale potere di utilizzazione delle risorse e ciò deve essere garantito da un idoneo supporto legislativo e da una effettiva allocazione di fondi[17]. I distretti devono consentire una pianificazione della sanità dalla base, riflettendo i bisogni delle comunità, e utilizzando le risorse locali disponibili. Secondo l'Oms si deve incoraggiare la partecipazione delle comunità e si devono sperimentare forme di finanziamento locale, quali il pagamento da parte dell'utenza, la costituzione di fondi di sicurezza sociale, di assicurazioni private o forme di tassazione della comunità. Occorre inoltre sviluppare adeguate capacità manageriali che consentano una gestione ottimale dei fondi e stabilire indicatori di *performance* finanziaria che permettano una valutazione di efficienza economica. A livello di distretto sarà inoltre più facile istituire sistemi informativi per la individuazione dei gruppi a rischio, integrare le strutture curative ed i programmi verticali nel sistema della Phc, mettere in pratica il coordinamento intersettoriale e regolare efficacemente il rapporto tra l'ospedale e il territorio.

La quarta questione è relativa al finanziamento della sanità. Già da tempo in molti Paesi in via di sviluppo gli utenti dei servizi sanitari pagano una quota per interventi terapeutici e per l'acquisto dei medicinali. Queste entrate non riescono tuttavia a integrare le risorse sempre minori messe a disposizione dei governi. Da un lato, perciò, i prezzi di questi servizi aumentano; dall'altro le strutture esistenti chiudono per mancanza di personale o di equipaggiamento.

Nel settembre 1987, a Bamako, in occasione della 37ª riunione della regione africana dell'Oms, l'Unicef presenta ai governi uno schema di finanziamento basato sul meccanismo dei *revolving funds*, che permetterebbe di coprire i costi ricorrenti della struttura di Phc[18]. Secondo questo sistema, il governo o un donatore mettono a disposizione un quantitativo iniziale di farmaci essenziali per

17. Who, *Strenghtening District Health Services*, Who, Geneva, 1988.
18. Unicef, *The Bamako Initiative: Women's and Children's Health through the Funding and Management of Essential Drugs at Community Level*, Unicef, New York, 1988, mimeografo.

ogni comunità. I farmaci vengono successivamente venduti al pubblico a tre-cinque volte il loro prezzo di costo. Il ricavato va a costituire un fondo con il quale riacquistare i farmaci, retribuire il personale sanitario e finanziare una serie di attività di Phc, particolarmente i servizi materno-infantili e le attività di immunizzazione. Nell'ambito dei villaggi, i fondi sono gestiti dai Comitati di salute. Per il periodo 1989-91 l'Unicef mette anche a disposizione dei paesi dell'Africa sub-sahariana 180 milioni di dollari per finanziare alcuni costi iniziali, per la fornitura di un quantitativo limitato di farmaci essenziali, per la supervisione, la formazione e la mobilitazione sociale nel periodo del programma. L'iniziativa di Bamako si basa in gran parte sull'esperienza di un progetto pilota condotto in Benin ed è in corso di sperimentazione in Guinea, Mali e Sierra Leone, Tanzania e Zaire. L'iniziativa ha sollevato tuttavia numerose perplessità per l'impatto negativo che potrebbe avere sull'accesso ai servizi, sfavorendo i più svantaggiati, e per l'idea stessa di legare il funzionamento della Phc all'acquisto dei farmaci[19].

Un quinto punto nell'elenco dei problemi riguarda il livello delle comunità locali. Si lamenta lo scarso coinvolgimento delle comunità nella gestione e nel supporto delle attività di Phc, l'insufficiente uso dei servizi da parte della popolazione - particolarmente dei servizi preventivi - la mancanza di equità nell'accesso da parte di varie fasce della popolazione. Ciò si verifica anche perché i servizi sono spesso insufficienti e inaffidabili.

Una sesta questione è rappresentata dalla necessità di riformulare l'agenda e l'ordine di priorità degli interventi, di fronte all'emergere di nuovi problemi di salute pubblica. I fenomeni di transizione demografica che si verificano in alcuni Paesi in via di sviluppo in conseguenza dell'aumento della vita media della popolazione e delle politiche di controllo delle nascite, in aggiunta alle dinamiche sociali della modernizzazione, stanno infatti determinando una vera e propria «transizione epidemiologica», con l'aumento dell'incidenza delle malattie degenerative e cardiovascolari e la diminuzione delle malattie trasmissibili. In realtà, sarebbe forse più giusto parlare al tempo stesso di un «ristagno epidemiologico», dato che in molte circostanze i due tipi di malattie si sommano[20].

L'esempio più evidente dell'impatto del mutamento sociale sulla salute è rappresentato dal fenomeno dell'urbanizzazione. Negli ultimi decenni, si è infatti spostato l'equilibrio fra città e campagna, e si sono costituite vaste periferie urbane affette da malesseri fisici e sociali. Si prevede che nel 2000 il 40% della popolazione dei Pae-

19. N. Kanji, «Charging for drugs in Africa: Unicef's 'Bamako Initiative'», *Health Policy and Planning*, vol. 4, n. 2, 1989, pp. 110-120.

20. L. Chen, «Ten years after Alma Ata: balancing different primary health care strategies», *Tropical and Geographical Medicine*, vol. 40, n. 3, suppl., 1988, pp. 22-29.

si in via di sviluppo vivrà in aggregati urbani, contro il 25% degli anni '70. Secondo la stessa previsione, l'America latina raggiungerà i livelli di urbanizzazione dei paesi economicamente sviluppati. Gran parte della popolazione immigrata in città vive poi in *slum*, in condizioni di estrema povertà, in abitazioni fatiscenti, spesso prive di servizi igienici e di acqua potabile, e in un tessuto sociale disgregato, che lascia spazio a forme di emarginazione e di devianza.

Di conseguenza, il quadro epidemiologico delle aree urbane comprende malattie dovute alle cattive condizioni di vita (gastroenteriti, malattie infettive, malnutrizione), malattie dovute all'ambiente e allo stile di vita della città (tumori, malattie respiratorie, malattia mentale, malattie cardiovascolari, obesità) e malattie legate alla instabilità sociale (alcoolismo, tossicodipendenze, violenza, malattie sessualmente trasmissibili). L'approccio della Phc può fornire un contributo importante alla difesa della salute nelle aree urbane, ma richiede un opportuno adattamento e aggiornamento.

Una settima area problematica è costituita dalla qualità della preparazione del personale - a tutti i livelli del sistema sanitario - e dalla necessità di identificare nuove figure professionali, particolarmente per i compiti di gestione.

Un'ultima serie di questioni nasce dal rapporto tra governi locali e donatori. In primo luogo, deve essere meglio delimitato il ruolo dei donatori che, oltre a risorse, trasferiscono schemi di azione e priorità, spesso in contrasto con la volontà dei paesi beneficiari e perfino in contrasto tra di loro. Quando poi i donatori sono agenzie internazionali, è particolarmente difficile per i governi sottrarsi alle loro direttive. In alcune circostanze, i donatori svolgono una funzione di supplenza dello stato nella erogazione dei servizi sanitari e tendono ad agire autonomamente, con il rischio di divenire insostituibili. Tuttavia, per quanto stretto sia il rapporto con la struttura pubblica del paese, per ogni programma di cooperazione esiste il problema dello *hand over*, cioè del passaggio delle consegne dal donatore alla controparte locale. Al termine del periodo del programma, il donatore dovrebbe farsi indietro e la controparte locale dovrebbe garantire la continuità dei servizi e assicurare il mantenimento delle strutture. Perché ciò avvenga è necessario tuttavia che siano soddisfatte alcune condizioni: la controparte locale deve avere risorse sufficienti; si deve verificare l'effettivo trasferimento delle competenze tecniche e organizzative, in modo da consentire il mantenimento del livello di efficienza e di funzionalità dei servizi; si deve stabilire un corretto rapporto tra gli operatori dei servizi e la struttura amministrativa nazionale, da un lato, e tra gli operatori e la comunità locale, dall'altro.

2. «PRIMARY HEALTH CARE» E POVERTA': VECCHIE E NUOVE SFIDE

di *David Werner*

Come ben sappiamo, nel mondo di oggi i maggiori ostacoli al raggiungimento dell'obiettivo della «salute per tutti» sono non tanto tecnici, quanto piuttosto di ordine sociale e politico.

La diffusione della fame e della cattiva salute non derivano, come si pensava, da un'assoluta carenza di risorse o dalla sovrappopolazione, quanto piuttosto da una ineguale distribuzione di terre, risorse, conoscenza e potere: troppo nelle mani di pochissimi. O, come diceva il Mahatma Gandhi: «C'è abbastanza per soddisfare tutte le necessità, ma non abbastanza per tutta la cupidigia».

Viene spesso affermato che i maggiori ostacoli al raggiungimento dalla salute sono di natura economica. Ed in verità, per la stragrande maggioranza della popolazione mondiale, la causa fondamentale della cattiva salute è la povertà; la povertà e la propria impotenza a risolverla. Tuttavia le risorse economiche ci sarebbero. Sfortunatamente, il controllo di tali risorse è nelle mani di *leader* locali, nazionali o mondiali, il cui principale obiettivo è troppo spesso non tanto il benessere della popolazione quanto cercare di rimanere al potere.

La *Primary Health Care* (Phc), secondo la definizione della Dichiarazione di Alma Ata del 1978, è un processo onnicomprensivo nel quale si lavora allo stesso tempo per migliorare la situazione generale della comunità e per affrontare le cause profonde della cattiva salute. Essa ammette che «sono necessari dei cambiamenti fondamentali nella situazione economica e sociale della maggioranza povera» e che «tali cambiamenti sono correlati ai temi di giustizia sociale, pari accesso alle risorse disponibili e giusto ritorno per il lavoro svolto».

Ciò significa che la Phc è efficace se spinge la popolazione a prendere posizione per il proprio benessere. Può iniziare con poco, ma necessariamente si espanderà fino a coprire aspetti sempre più vasti della vita della gente.

La Phc, quando riesce effettivamente a coinvolgere le persone nella ricerca di soluzioni ai loro problemi, crea una domanda di strutture sociali più eque. Gli operatori di Phc che lavorino realmente a contatto con la gente, apprendendo così quali siano i principali ostacoli alla salute, diventeranno necessariamente politicizzati. In tal modo, il *Community Health Worker* (Chw) può diventare «un agente di cambiamento, non solo per quanto riguarda la tutela della salute, ma anche per la presa di coscienza, da parte della gente, del proprio potenziale umano ed in ultima analisi dei propri diritti umani».

Oggi si afferma spesso che la Phc è un esperimento tentato e fallito. Tuttavia, nella maggior parte dei paesi, esso non è mai stato veramente messo in pratica, almeno da parte dei governi. Non sarà perché la Phc possiede una potenziale carica liberatoria e di autodeterminazione? Aiutando la gente ad assumere il controllo di alcuni aspetti della propria vita, questa strategia può catalizzare l'azione collettiva verso cambiamenti sociali. Nel suo significato più pieno, la Phc è, in effetti, rivoluzionaria. Non è quindi una sorpresa che in molti paesi alla Phc non sia stato permesso di funzionare. I pochissimi paesi in cui i governi le hanno offerto una reale possibilità sono in genere quelli in cui si è recentemente verificata una trasformazione sociale. Nella maggior parte dei paesi, invece, una effettiva e comprensiva Phc ha incontrato direttamente o indirettamente numerose opposizione.

Molte delle nazioni che ufficialmente hanno sottoscritto la Dichiarazione di Alma Ata hanno introdotto «pacchetti» di Phc rigidamente controllati dal centro. Invece di aiutare la gente ad assumersi la responsabilità della propria salute, hanno creato una maggiore dipendenza da forniture, servizi e vincoli esterni. La partecipazione, nonostante fosse ampiamente sollecitata, si riduceva spesso a lavoro volontario. Il ruolo e le funzioni dei Chw erano limitati a pochi interventi preventivi e ancor meno interventi curativi. Un simile modello di assistenza sanitaria non contribuisce a rafforzare o costruire la fiducia di nessuno. Al contrario, rafforza il potere centralizzato ed il controllo sociale.

Forse la peggiore minaccia alla funzione della Phc come processo di autodeterminazione si è determinata nel corso degli anni '80, in relazione alle cosiddette «politiche di aggiustamento» imposte in larga misura dal sistema bancario internazionale, aggravandosi ulteriormente a causa dell'attuale crisi economica mondiale. I pesanti debiti con l'estero ed i soffocanti pagamenti degli interessi hanno costretto la maggior parte dei paesi del Terzo mondo in una posizione sempre più impotente e dipendente. Come parte dell'aggiustamento, le nazioni povere sono state costrette ad aumentare la produzione destinata all'esportazione (a scapito di quella destinata

al consumo interno), a congelare i salari e liberalizzare i prezzi, a limitare la spesa pubblica. Queste misure di aggiustamento, se da una parte hanno permesso ai paesi poveri di continuare a gestire i propri enormi debiti, dall'altra hanno prodotto un aumento della situazione di malnutrizione e della mortalità infantile, oltre a tagli nei servizi sanitari disponibili.

La rivoluzione inesistente

Durante una delle ultime riunioni dell'Unicef sulla pianificazione di un programma globale, mi venne quasi da piangere nel vedere come i portavoce di questa organizzazione analizzavano attentamente e quindi accettavano come inevitabile l'ordinamento economico mondiale degli anni '80, sempre più ingiusto con le sue indebolitrici misure di aggiustamento. Gli esperti dell'Unicef affermano che questa tragica situazione si manterrà costante negli anni '90. Avendo ammesso la propria impotenza circa le cause che sono alla base di tale situazione, l'Unicef ha proposto numerose misure alternative, tra le quali una propria politica di aggiustamento per la sanità. In breve, ha sacrificato il concetto potenzialmente liberatorio di Phc comprensiva e lo ha rimpiazzato con quello di Phc selettiva, con il nome di Gobi o di *Child Survival and Development Revolution*. Alcuni critici l'hanno definita come «la rivoluzione inesistente», in quanto essendo focalizzata su un numero limitato di interventi tecnologici che valgono la spesa (attualmente immunizzazione e reidratazione orale), viene a trovarsi ben lontano da quel processo di crescita implicito nel concetto di Phc universale. In effetti essa tende a trascurare ed in alcuni casi a distruggere le basi della Phc, che richiede una effettiva mobilitazione popolare rivoluzionaria, nella lotta per un ordine economico e sociale più sano e più giusto.

La Phc selettiva è per molti aspetti un grave passo indietro nel processo tendente ad arrivare alla radice dei problemi che interferiscono con la salute della maggioranza povera nel mondo. Poiché le statistiche sanitarie degli anni '80 peggiorano progressivamente in molti paesi, i sostenitori di una Phc selettiva affermano che non ci sono più nè il tempo nè il denaro necessari allo sviluppo di un processo di Phc comprensiva. Per contro, essi hanno deciso di concentrarsi su un numero limitato di interventi che valgano la spesa e possano in tempi relativamente brevi ridurre la mortalità di gruppi ad alto rischio senza richiedere, nè favorire, lo sviluppo di strutture sociali più eque.

Esiste accordo unanime sul fatto che, dove possibile, la vita dei bambini debba essere salvaguardata. *Ma la sopravvivenza non è*

sufficiente. Se bisogna migliorare la qualità della vita, è essenziale che la terapia di reidratazione orale, le immunizzazioni e gli altri interventi ad alta priorità vengano integrati all'interno di strategie centrate sulla popolazione, che siano parte di una lotta globale per la ridistribuzione di risorse e potere.

Vorrei far notare che la difficoltà della Phc selettiva non risiede tanto nel fatto che si focalizzi su pochi interventi prioritari. Qualsiasi strategia volta alla soluzione di problemi deve prendere in considerazione delle priorità. La difficoltà risiede piuttosto in chi decide la priorità, chi controlla gli interventi selettivi, il modo in cui vengono messi in pratica.

La tutela della salute può essere diretta all'*autodeterminazione della popolazione*, nel senso di dare alla gente maggiore possibilità di controllo dei fattori che influenzano la propria salute e la propria vita, oltre che una maggiore capacità di intervento nei confronti delle istituzioni pubbliche, dei *leader*. Oppure può essere diretta all'*indebolimento della popolazione*, nella misura in cui viene usata dalle autorità come uno strumento di controllo sociale. La tutela della salute diretta all'autodeterminazione utilizza l'educazione sanitaria *non* al fine di cambiare le attitudini ed il comportamento della gente, ma per aiutarla a cambiare la propria situazione. O, come direbbe Paulo Freire, a cambiare il loro mondo.

Ogni intervento di sanità pubblica può servire ad una di queste due strategie contrastanti. Prendiamo per esempio l'Ort, la terapia di reidratazione orale. (Personalmente, preferisco chiamarla «reintegro dei liquidi perduti». Ciò perché la maggior parte della popolazione mondiale ha un basso livello di scolarità e potrebbe non capire parole come terapia, o reidratazione, od orale. Penso che il primo passo verso la consegna della salute nelle mani della gente sia quello di semplificare il nostro linguaggio. Inoltre, «reintegro dei liquidi perduti» è più simpatico e più poetico). Sono certo che, in qualsiasi programma di sanità pubblica, i vari approcci alternativi alla reidratazione orale vengano esaminati con cura, soppesandone i vantaggi e gli svantaggi. Mi chiedo però quanto ci si preoccupi delle implicazione politiche delle varie alternative: quali cioè sviluppino l'autodeterminazione nella gente e quali creino dipendenza. Il *fattore di autodeterminazione* dovrebbe infatti essere sempre una delle principali considerazioni nella valutazione delle implicazioni a lunga scadenza di qualsiasi alternativa di assistenza sanitaria.

Come è noto, quando un bambino è affetto da diarrea, il «reintegro dei liquidi perduti» può salvargli la vita. Dal momento che la diarrea è la principale causa di mortalità infantile nel mondo oggi, la reidratazione orale è una delle più importanti misure sanitarie che le madri, i padri, i bambini, gli insegnanti e gli operatori

sanitari possano imparare. Il suo impatto potenziale sulla salute della popolazione (e sulla fiducia della gente nel poter affrontare da soli uno dei più diffusi *killer* del mondo) è enorme. Si può certamente affermare che se i bambini in età scolare potessero imparare come preparare e somministrare la «bibita speciale» ai loro fratellini e sorelline affetti da diarrea, potrebbero influenzare la diminuzione della mortalità infantile più di quanto facciano tutti i medici e gli infermieri della terra.

Come ben sappiamo, esistono due strategie principali di terapia di reidratazione orale: i «pacchetti» e le «preparazioni casalinghe». I «pacchetti», come li chiamavano gli esperti fino a quando qualcuno scoprì che neppure un diplomato capiva quella parola, sono delle bustine pronte di zuccheri e sali da sciogliere in un litro di acqua. Vengono preparate a milioni dalle compagnie multinazionali in base ai contratti con organizzazioni come l'Oms, l'Unicef, e l'Usaid. Essi vengono generalmente distribuiti attraverso gli uffici regionali ai ministeri della sanità, alle cliniche, ai centri per l'Ort ed infine alle madri quando i loro figli hanno la diarrea.

Il «preparato casalingo», d'altra parte, viene allestito interamente in casa, usando ingredienti locali e metodi di misurazione tradizionali al fine di mescolare l'acqua con le quantità di sali e zuccheri indicate. Oppure può essere preparato sfruttando costumi locali, usando acqua di riso, zuppe o tè di erbe leggeri. I vantaggi e gli svantaggi relativi delle preparazioni a «pacchetti» o casalinghe sono stati a lungo discussi. Alcuni studi dimostrano che la loro sicurezza ed efficacia sarebbero approssimativamente le stesse, se i pacchetti fossero sempre disponibili al momento del bisogno, cosa che spesso non accade.

Politicamente, tuttavia, i due metodi sono diametralmente opposti. L'uso dei pacchetti mantiene il controllo della diarrea medicalizzata, istituzionalizzata, mistificata e crea dipendenza. Per poter reidratare un bambino con diarrea, la famiglia deve dipendere da una «medicina» magica, spesso importata, che implica un'intera catena di anelli commerciali, internazionali, governativi, burocratici, professionali e di distribuzione. Se uno degli anelli della catena si rompe, la fornitura di pacchetti si arresta. O se la gente nelle campagne cerca di far valere i propri diritti, la fornitura di pacchetti si arresta. Così, il controllo del problema sanitario più comune, più fatale e più facilmente trattabile viene tolto dalle mani della gente. Le famiglie povere sono costrette a ricorrere al governo per ottenere aiuto e ad essere grati per delle piccole elemosine in grado di salvare una vita.

L'uso dei preparati casalinghi ha esattamente l'effetto opposto rispetto al pacchetto. E' un approccio demistificato e demistificante, indipendente da risorse esterne, se si esclude una componente

educativa iniziale. Aiuta la gente a capire che, con poche conoscenze e senza nessuna medicina magica, possono salvare i propri bambini da un potente nemico, senza essere in obbligo con nessuno. I preparati casalinghi aiutano a liberare la gente da una inutile dipendenza ed a costruire la confidenza nella propria capacità di risolvere i problemi che limitano il loro benessere.

Non è quindi una sorpresa che in tutto il mondo i programmi diretti da piccole comunità e dedicati al rispetto dei diritti fondamentali scelgano quasi costantemente i preparati casalinghi. Nè è una sorpresa che l'Oms, la maggior parte dei ministeri della sanità ed altre grandi agenzie nazionali ed internazionali siano sostenitori dei pacchetti.

E' oggi normale concentrarsi sulla sopravvivenza dei bambini e credere che dipenda principalmente da pochi semplici interventi. Ma la salute e la sopravvivenza dei bambini dipende da moltissimi fattori: dalla salute dei genitori; dalle capacità di sopravvivenza delle famiglie; dallo stato relativo di pace o di violenza delle comunità in cui vivono; dalla situazione economica e politica delle loro nazioni; se i salari guadagnati o le terre coltivate procurano abbastanza da mangiare; dalla disponibilità, qualità e costo dell'educazione, dei servizi sanitari, di acqua, di abitazione e di trasporti; dall'abilità della gente di organizzare e difendere i propri diritti; dal consumo locale di alcool, tabacco e narcotici; da chi detiene il potere e su chi; dalla guerra; dal rapporto tra le spese militari e le spese per il servizio pubblico; dalle relazioni commerciali internazionali; dalla preservazione o distruzione dell'ambiente; da quanto lontano la madre debba camminare per trovare legna e letame per cucinare; se vengano subdolamente indeboliti i movimenti di base; se il presidente degli Stati Uniti riuscirà ad ingannare il Congresso; se verrà consentito alle banche di continuare a proteggere i loro miliardi togliendo il cibo di bocca a milioni di bambini.

Multinazionali e salute per tutti

Sebbene sia facile dare la colpa dell'elevato tasso di malattia e di mortalità alle «cause naturali», quali batteri, virus, terremoti, siccità ed ambiente insalubre, le «cause provocate dell'uomo» svolgono un ruolo sempre maggiore. Molte di queste cause sono correlate alla cupidigia umana: gli sforzi di alcuni per prosperare a spese di altri.

Al giorno d'oggi esistono un gran numero di imprese di grandi dimensioni che realizzano straordinari profitti a scapito della salute e della vita di miliardi di persone e che hanno un impatto fortemente negativo sul benessere e la sopravvivenza dei bambini.

Fra queste industrie multinazionali che distruggono la salute ci sono quelle che producono:

- bevande alcooliche (industria da 170 miliardi di dollari l'anno);
- tabacco (35 miliardi di dollari l'anno solo negli Usa);
- narcotici illegali (100 miliardi l'anno);
- pesticidi (14 miliardi di dollari l'anno);
- alimenti per neonati (2 miliardi e mezzo di dollari l'anno);
- farmaci inutili, pericolosi, con prezzi spropositati (128 miliardi di dollari l'anno, 15 dei quali venduti al Terzo mondo);
- prestiti monetari internazionali (1000 miliardi di prestiti al Terzo mondo in pendenza).

Ognuna di esse è un'enorme, potente ed incredibilmente fruttuosa industria di miliardi. Il loro costo in termini di vite umane e salute è inestimabile. L'indebolimento delle resistenze (fisica, economica, mentale e sociale) provocato da questi affari condotti senza scrupoli contribuisce notevolmente all'impatto delle infezioni e della malnutrizione. Come sempre, sono i poveri che sopportano il peso del danno, specialmente da quando l'industria degli alcoolici, del tabacco, dei pesticidi, degli alimenti per neonati, dei farmaci, delle armi e le banche hanno individuato nel Terzo mondo il loro nuovo e più vulnerabile mercato. Analizziamo alcuni esempi.

Alcool

La quantità di violenza, malnutrizione, famiglie distrutte, bambini affamati, gioventù abbandonata, malattie croniche e morti precoci dovute al bere rendono il consumo di alcool uno dei maggiori rischi sanitari del mondo. In molti dei paesi più poveri (ed anche in alcuni non così poveri), omicidi, incidenti e cirrosi, in prevalenza correlati al bere, sono tra le principali cause di morte tra i 15 ed i 50 anni, in particolare negli uomini. In alcuni paesi africani l'influenza dell'alcool sulla salute di intere comunità è enorme. Si vedono spesso villaggi vicini, musulmani e cristiani, uno accanto all'altro. Nella comunità musulmana la gente sembra relativamente prospera, i loro bambini sono più o meno sani e ben nutriti. Al contrario, nella comunità cristiana, la gente ha un'aria abbattuta ed i loro bambini sono magri e malaticci. La struttura economica di base e l'agricoltura dei rispettivi villaggi sono le stesse. La principale differenza sembra essere il fatto che nelle comunità cristiane gli uomini spesso bevono. Nella comunità musulmana bere è severamente proibito.

Ugualmente, in America latina, molti dei bambini più gravemen-

te malnutriti provengono da famiglie nelle quali i padri, durante una baldoria di alcuni giorni, hanno venduto il raccolto per una miseria o che, quando sono ubriachi, hanno picchiato ed umiliato le loro mogli così spesso che esse sono scappate con i bambini e cercano di sopravvivere da sole. Sia nei Paesi in via di sviluppo che in quelli industrializzati, l'alcoolismo è un problema di particolare importanza nelle comunità in cui la povertà e la disoccupazione sono alte, nonché tra le minoranze indigene (come gli indiani d'America e gli aborigeni australiani) che sono state in larga misura defraudate della loro terra, delle loro tradizioni e dei loro diritti.

Riconoscendo il danno causato dall'alcool, le comunità e talvolta anche i governi locali hanno preso provvedimenti per cercare di ridurre o limitare la disponibilità di alcoolici. Tuttavia le grandi compagnie produttrici di bevande alcooliche, insieme ai loro distributori locali, sono molto potenti ed in tutto il mondo hanno spesso piegato la legge o corrotto ufficiali pubblici per aumentare le vendite. Nei villaggi messicani dove lavoro, alcuni operatori sanitari della comunità ed un insegnante sono stati imprigionati per aver organizzato l'opposizione delle donne all'apertura di un bar.

Tabacco

Il tabacco è una droga pericolosa che dà assuefazione. Produce dipendenza quanto l'eroina e il *crack*, ma, in termini di salute globale della popolazione, è molto più pericolosa. Il fumo è attualmente riconosciuto dall'Oms come uno dei più importanti fattori di rischio per la salute. Negli Usa provoca 350.000 morti all'anno, più di quanto non facciano eroina, cocaina, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme. *Nel mondo, provoca 2,5 milioni di morti all'anno*: diminuisce sostanzialmente l'aspettativa di vita non solo di coloro che fumano, ma anche dei membri della famiglia e delle altre persone esposte al fumo. E' un importante fattore di rischio per tumore, malattie cardiache e infarti, attualmente le maggiori cause di morte nei paesi industrializzati. E' alla base di milioni di casi di asma cronica ed enfisema e peggiora l'ulcera peptica. Aumenta la mortalità infantile e ritarda lo sviluppo fetale; diminuisce il peso alla nascita dei bambini le cui madri fumavano durante la gravidanza. Infine, nei bambini con un genitore fumatore, aumenta l'incidenza di allergie, malattie respiratorie e polmonite.

I governi dei paesi industrializzati ora avvertono i cittadini che «il fumo di sigarette danneggia la salute». Questi stessi governi, tuttavia, mentre da una parte riducono i sussidi sanitari ai poveri, dall'altra continuano a sovvenzionare l'industria del tabacco con milioni di dollari. E dal momento che nei paesi ricchi sempre meno

gente fuma, le grandi compagnie di tabacco hanno diretto le loro campagne di vendita verso il Terzo mondo.

L'uso crescente del tabacco nei Paesi in via di sviluppo contribuisce alla cattiva salute e agli alti tassi di mortalità con diversi meccanismi, sia diretti che indiretti:

1. il primo è l'effetto diretto sui fumatori. Si calcola che la crescente epidemia di fumo nel Terzo mondo contribuisca oggi ad un numero di morti più elevato di quelle determinate dalle cosiddette malattie «tropicali». Nonostante ciò provochi l'aumento del rischio di tumori nei paesi poveri, *le sigarette che le compagnie di tabacco americane vendono all'estero hanno in genere livelli di nicotina e di catrame molto più alti di quelli delle stesse marche vendute in Usa*;
2. l'acquisto di tabacco si traduce, per le famiglie povere, in un maggiore sforzo finanziario, sforzo che influisce sulla sopravvivenza infantile. In Bangladesh, alcuni studi hanno mostrato come il denaro speso per le sigarette significhi meno cibo per i bambini ed un aumento delle morti per malnutrizione;
3. milioni di acri di terra coltivabili sono stati destinati alla coltura del tabacco invece che del grano. Le compagnie produttrici di sigarette incoraggiano questi cambiamenti fornendo ai piccoli coltivatori sementi, fertilizzanti e pesticidi gratuiti. L'Oms calcola che, *negli ultimi 10 anni, il cambio da grano a tabacco ha aumentato il debito del Terzo mondo per le importazioni di cibo da 8 a 50 miliardi di dollari*;
4. milioni di acri di foresta sono stati distrutti per rifornire l'industria del tabacco del carburante necessario per «trattare» le foglie di tabacco. Solo in Brasile, 60 milioni di alberi vengono abbattuti ogni anno dai suoi 115.000 coltivatori di tabacco. L'80% dell'energia va sprecata.

Alimenti per neonati

Il sovvenzionamento dell'industria del tabacco è solo uno dei moltissimi modi in cui i tentativi di garantire la salute pubblica vengono dispersi da governi che cercano di restare al potere proteggendo agli interessi dei potenti. Gli Stati Uniti, una delle nazioni più ricche e più forti del mondo, hanno costantemente preso decisioni che favoriscono i ricchi ed i potenti a spese della salute e del benessere della maggioranza povera. La loro opposizione alla risoluzione delle Nazioni Unite contro la promozione non etica dei prodotti al latte per l'infanzia è un buon esempio. E' interessante notare che, a lungo andare, il boicottaggio popolare della Nestlè e

di altre multinazionali ha avuto più peso nel rimettere in riga le compagnie produttrici del latte che non tutte le risoluzioni delle Nazioni unite.

Industria farmaceutica

Un altro eclatante esempio di come la politica estera degli Stati Uniti sia pronta ad ostacolare la salute di una nazione povera pur di proteggere potenti interessi economici si può trovare nella reazione alla recente politica farmaceutica del ministro della sanità del Bangladesh. Come è ben noto, oggi nel mondo l'abuso e l'uso improprio di farmaci ha raggiunto proporzioni epidemiche. Nei paesi poveri, fino al 50 per cento del budget sanitario può essere speso per l'importazione di medicine. Dei 25.000 differenti farmaci attualmente sul mercato, solo circa 250 sono classificati come essenziali dall'Oms. Tuttavia le compagnie farmaceutiche promuovono i loro prodotti nei paesi poveri con grande impegno. In questi paesi, le informazioni pubblicate sui prodotti sono spesso pericolosamente falsificate. In molti paesi poveri, le compagnie farmaceutiche spendono per il lavaggio del cervello ed il disorientamento dei medici più di quanto l'università abbia speso per educarli. Le compagnie pagano sottobanco i ministri della sanità perché continuino ad utilizzare farmaci che sono stati ritirati dal commercio nei paesi sviluppati e svenduti al Terzo mondo. In tutto il mondo, gli abusi e l'ingannevole promozione di farmaci inutili, irrazionali e costosi hanno raggiunto proporzioni allarmanti e pericolose per la salute, particolarmente nel Terzo mondo. Quando il governo del Bangladesh, avendo ammesso una grave carenza di 150 farmaci essenziali, ha approvato un decreto che vietava l'importazione di 1700 preparazioni non essenziali, le compagnie farmaceutiche multinazionali hanno fatto quanto era in loro potere per costringere il governo del Bangladesh ad annullare il decreto. In fondo, se un paese povero come il Bangladesh può prendere posizione contro le multinazionali a favore della salute del suo popolo, cosa impedisce ad altre nazioni di seguire il suo esempio? Quindi le compagnie iniziano a minacciare. Le fabbriche saranno chiuse. Le compagnie straniere si ritireranno. I lavoratori saranno licenziati. Ne risulterà una carenza acuta di farmaci essenziali. Il futuro dei prossimi investimenti in Bangladesh sarebbe messo a repentaglio. I rappresentanti del governo degli Stati Uniti non solo hanno rifiutato l'appoggio alla nuova politica sui farmaci del Bangadlesh, ma addirittura hanno minacciato di ridurre o interrompere gli aiuti internazionali se fosse stata approvata.

Cosa si può fare?

Cosa si può fare? In effetti si può fare molto, se si è preparati ad affrontare i rischi.

Molti aiuti internazionali si sono dimostrati più nocivi che benefici, specialmente per chi ha più bisogno. Ciò perché gli aiuti passano generalmente da governo a governo invece che dalla gente alla gente. In questo generalmente gli Organismi non governativi (Ong) hanno un vantaggio potenziale. Lavorando direttamente con gruppi emarginati, rispondendo con il loro linguaggio alle loro necessità, ci sono maggiori possibilità che i benefici dell'assistenza superino i danni.

In termini di politica, credo sia importante che gli Ong continuino a sovvenzionare i programmi della gente comune, in particolare quelli che operano per la salute nel più ampio contesto di un cambiamento sociale. Altrettanto importante è il fatto che dobbiamo fare attenzione che le battagliere associazioni popolari che incoraggiamo non vengano destabilizzate, distrutte o coercite dai poteri in carica, siano essi locali, nazionali o internazionali.

La protezione di queste iniziative popolari, locali o nazionali, è forse il compito più importante ed impegnativo che gli Ong devono affrontare nel pericoloso mondo d'oggi. Compito particolarmente difficile, in quanto il mondo è diventato tanto piccolo ed i poteri che lo controllano tanto connessi e disonesti.

Perché i professionisti della salute e gli Ong possano efficacemente contribuire alla salute del Terzo mondo, io credo che il nostro primo compito sia di favorire la trasformazione delle strutture di potere qui, in casa nostra. Dobbiamo investire una quota maggiore delle nostre risorse e del nostro impegno politico non tanto nella difesa delle vittime dell'ingiustizia mondiale, quanto nella repressione della prepotenza. Dobbiamo investire nel lungo ed arduo compito di rieducare gli americani e gli europei, cominciando da noi stessi, fino a quando, come accadde negli ultimi giorni della guerra del Vietnam, la gente affronti il proprio governo e «dica semplicemente *no*».

No alle installazioni militari. No alle vendite di armi. No alle soffocanti politiche di compromesso. No alle politiche commerciali che favoriscono le nazioni ricche a spese di quelle povere. No alle operazioni segrete ed alla destabilizzazione di piccole nazioni in lotta. No alle quotidiane bugie di *leader* nazionali. No alle industrie *killer*. No al contrabbando di stupefacenti protetto dal governo. No alle enormi spese militari. No alle violazioni delle leggi internazionali.

E' inoltre importante che gli Ong sostengano l'Oms, l'Unicef, la Corte internazionale e le altre agenzie delle Nazioni Unite quando

queste si oppongono a politiche od azioni malsane di paesi che rappresentano i principali donatori, specialmente gli Stati Uniti.

Vorrei chiudere con una citazione di Zafrullah Chowdhury, un medico che fu un combattente per la libertà durante la liberazione del Bangladesh e che in seguito fondò *Cianoshasthaya Kendra*, un programma sanitario basato sulla comunità che intraprese numerose nuove e coraggiose iniziative al fine di conferire potere agli agricoltori, alle donne ed a tutti coloro che erano stati a lungo trattati ingiustamente. A Zafrullah, tra l'altro, fu offerto il posto di ministro della sanità del Bangladesh, ma egli lo rifiutò, affermando che se avesse lavorato nel governo avrebbe avuto le mani legate. Gli sembrava che avrebbe potuto fare di più per cambiare la politica se fosse rimasto all'esterno, lavorando direttamente per e con la gente. Ed infatti la creazione della Compagnia farmaceutica popolare di Gonoshasthaya, con il fine di produrre farmaci essenziali a basso costo, fu uno dei fattori chiave che spinsero il governo del Bangladesh a promuovere la coraggiosa politica dei farmaci che ho menzionato prima. Ecco quindi la citazione di Zafrullah Chowdhury.

La Phc è di solito carente quando vengono negati anche altri diritti. E' generalmente carente dove l'ingordigia di pochi non viene controllata, riconosciuta (o ammessa) come la causa. Una volta che la Phc sia stata accettata come un diritto umano, il lavoratore della Phc (e, potremmo dire noi, l'operatore della sanità pubblica) diventa, innanzitutto, una figura politica, coinvolto nella vita della comunità e nella sua integrità. Con una sensibilità rivolta agli abitanti ed alla comunità intera, sarà in grado di diagnosticare e prescrivere meglio. In fondo, tuttavia, non farà altro che produrre quella salute che è un diritto naturale della comunità, affrontando i problemi politici più ampi dell'oppressione e dell'ingiustizia, [...] apatia e buona volontà traviata.

Ciò che ho cercato di dire con molte parole è stato riassunto in maniera molto più eloquente dagli alunni di Barbiana, Italia, poveri figli di contadini che erano stati espulsi dalla scuola ed aiutati da un sacerdote ad istruirsi a vicenda. La citazione è tratta dal loro libro «Lettera ad una professoressa», che potrebbe anche essere intitolato «Lettera ad un operatore di sanità pubblica». Scrivono: «Chiunque ama la comodità e la fortuna stia fuori dalla politica; non vuole cambiare niente». Ma gli alunni aggiungono anche: «Conoscere i figli dei poveri ed amare la politica è tutt'uno. Non si possono amare degli esseri umani colpiti da leggi ingiuste e non lavorare per altre leggi».

3. TECNOLOGIE PER LA PRODUZIONE DOMESTICA DI SALUTE

di *W. Henry Mosley*

Introduzione

Il dizionario definisce il progresso tecnologico come l'applicazione della conoscenza, del metodo e della ricerca scientifica allo sviluppo dell'industria e dei processi produttivi al fine di aumentare la produttività e/o di eliminare alcune operazioni manuali. Il presente studio prende in esame alcuni dei progressi raggiunti nella conoscenza scientifica e nella tecnologia, valutandone l'impatto sui tentativi, da parte dei membri della famiglia, ed in particolar modo delle madri, di aumentare l'efficienza nella produzione della salute. L'efficacia delle tecnologie in sè non è in questione, dal momento che è considerata intrinseca al loro sviluppo. Ci si deve tuttavia porre il problema della loro accettabilità ed efficacia quando vengano applicate, all'interno dei nuclei familiari, alla produzione della salute. L'analisi che segue sarà limitata alle tecnologie che hanno per fine la salute e la sopravvivenza dei neonati e dei bambini, dal momento che questi sono i gruppi più vulnerabili e più sensibili alle azioni svolte in ambito domestico relativamente alla salute.

Innovazioni tecnologiche nella produzione domestica di salute

Le innovazioni tecnologiche discusse in questa sede saranno valutate all'interno del quadro teorico proposto da Schultz[1]. Secondo il suo schema concettuale, i programmi pubblici volti ad influenzare i comportamenti inerenti alla salute possono operare attraverso tre meccanismi principali:

1. T.P.Schultz, «Studying the impact of household economic and community variables on child mortality», *Population and Development Review*, vol. 10, suppl., 1984, pp.215-235.

- possono ridurre il prezzo dei servizi sanitari sia direttamente, mediante sovvenzioni per l'acquisto di beni o servizi, che indirettamente, aumentandone la disponibilità e riducendo in tal modo i tempi o i costi di trasporto necessari per l'utilizzazione del servizio;
- possono intervenire direttamente sull'ambiente; i programmi di controllo della malaria o i programmi di approvvigionamento idrico sono esempi di interventi sulle condizioni sanitarie determinate dall'ambiente da cui possono trarre vantaggio tutti gli abitanti della zona indipendentemente dalle loro condizioni economiche e dal loro livello di istruzione;
- possono diffondere informazioni su come rendere più efficiente la produzione della salute, attraverso l'uso di nuove tecnologie (quali ad esempio le soluzioni reidratanti orali) e attraverso l'incoraggiamento di pratiche tradizionali (come nel caso dell'allattamento al seno).

Nella sua formulazione, Schultz sottolinea che, a seconda della strategia di intervento prevista dal programma sanitario (la sovvenzione, gli interventi di carattere informativo o quelli sull'ambiente), ci si possono attendere differenze di impatto sulla salute, dovute alle limitazioni di carattere sociale ed economico imposte sulla domanda da fattori di tipo familiare, quali il reddito e l'istruzione. Ad esempio, i programmi che prevedono una sovvenzione, come la distribuzione di vaccini o l'assistenza prenatale, andranno con maggiore probabilità a beneficio delle famiglie più benestanti ed istruite, in ragione di una domanda più alta, mentre innovazioni che alterino l'ambiente, come la fornitura di acqua o il controllo dei vettori, possono procurare maggiori benefici alle famiglie più povere, che sono più gravemente colpite e meno in grado di proteggersi dai rischi ambientali.

Sovvenzione delle tecnologie sanitarie

Lo schema tradizionale per la sovvenzione dell'assistenza sanitaria da parte dei Ministeri della Sanità prevede un approccio istituzionale, cioè la creazione di ospedali, centri sanitari di diverso livello ed una rete di operatori periferici nella comunità. Si tratta di una strategia tipicamente piramidale, diretta dal vertice alla base, nella quale vengono impegnate sempre meno risorse e capacità, a mano a mano che i servizi si espandono verso la periferia. E' l'inefficacia di tale approccio che ha portato al movimento per la *Primary Health Care* (Phc), definito nel 1978 dalla Dichiarazione di Alma Ata. Successivamente, la quota più rilevante degli aiuti internazio-

nali è stata utilizzata per sostenere una strategia di Phc selettiva, formulata da Walsh e Warren[2]. Dal punto di vista operativo, tale approccio spesso scavalca la maggior parte del sistema sanitario istituzionalizzato nel tentativo di raggiungere le famiglie direttamente con alcune tecnologie di base che si ritiene possiedano un'elevata efficacia nel migliorare la sopravvivenza infantile. Si discuterà ora l'impatto che alcune di queste tecnologie hanno sulla produzione domestica di salute.

Terapia di reidratazione orale

L'innovazione che di recente è stata più diffusamente promossa e studiata è la terapia di reidratazione orale (Ort) per il trattamento domestico della disidratazione da diarrea. Sono ben documentate l'efficacia e la buona tollerabilità che la somministrazione di soluzione reidratante orale (Ors) presenta quando venga eseguita presso strutture sanitarie o nelle comunità da parte di operatori qualificati. Il problema è se l'Ors ottenuta da miscele saline pronte o preparate in casa (come soluzioni di sale e zucchero (Sss) o soluzioni a base di alimenti) venga adottata dalle madri ed impiegata efficacemente nel trattamento domestico della diarrea.

Una recente rassegna dell'Organizzazione mondiale della sanità[3], mette in luce le numerose difficoltà incontrate nell'applicazione della terapia di reidratazione orale a livello domestico. Innanzitutto, gli ingredienti di base, sale, zucchero e perfino alcuni semplici utensili impiegati per miscelare la soluzione, non sono disponibili presso le popolazioni di molte aree (come Bangladesh, India, Mali, Nigeria, Senegal). In Nepal, ad esempio, si è visto che solo in meno della metà delle case c'era zucchero o cucchiaini di qualsiasi tipo. In alcuni casi sono stati distribuiti cucchiaini di plastica appositamente fabbricati. Tuttavia, due settimane dopo la distribuzione gratuita, solo il 34% delle famiglie era ancora in possesso dei cucchiaini.

In secondo luogo, la preparazione di una soluzione di sale e zucchero con una composizione tollerabile ed efficace si è dimostrata problematica. Mentre in Bangladesh il Comitato per lo sviluppo rurale (*Rural Advancement Committee*) è stato in grado di insegnare alla maggior parte delle madri a produrre soluzioni costantemente accettabili, in Nigeria si è osservato che solo il 34% delle donne (in un campione di 217) era in grado di preparare cor-

2. J.A. Walsh, K.S. Warren, «Selective Primary Health Care: an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries», *New Engl. J. Med.*, vol. 301, n. 18, 1979, pp.967-974.

3. Who, *Oral Rehydration Therapy for Treatment of Diarrhoea in the Home*, WHO-/CDD/SER/86.9, Geneva, 1986.

rettamente la soluzione di sale e zucchero con l'impiego di cucchiaini. Ampie variazioni sono state osservate anche in altri paesi. Studi condotti in Egitto ed in India hanno dimostrato che la concentrazione delle soluzioni di reidratazione orale, anche se preparate da miscele saline pronte, poteva risultare errata, non sicura ed inefficace quando non venivano utilizzati per la preparazione contenitori adatti. Più inquietanti sono stati i risultati ottenuti in uno studio su una comunità del Rwanda, durante il quale sono state esaminate soluzioni di zucchero e sale preparate da madri istruite dagli operatori sanitari: 469 madri hanno descritto 54 differenti ricette per la preparazione di Sss; solo nel 21% dei casi la concentrazione di sodio rispettava la percentuale raccomandata e in più della metà dei casi era eccessivamente alta; il volume di liquidi somministrato dalle madri variava tra i 3 ed i 325 ml/kg di peso corporeo, con una media sostanzialmente inferiore al valore richiesto per un trattamento efficace della disidratazione.

Un ultimo problema può presentarsi quando, a distanza di tempo dalla campagna promozionale, le madri possono non ricordare o utilizzare efficacemente la terapia di reidratazione orale. Un controllo effettuato dopo due anni nello Zimbabwe ha rivelato che, sebbene il 72% delle madri fosse ancora consapevole dell'impiego della soluzione di zucchero e sale per il trattamento della diarrea, solo il 21% era ancora in grado di ricordare l'esatta formula. In Gambia, immediatamente dopo una campagna di due anni, più del 70% delle madri era in grado di riferire la formula della Sss. In uno studio di controllo eseguito un anno dopo, tuttavia, meno del 10% delle madri era ancora in grado di riferire la maniera corretta di preparare e di somministrare la soluzione e solo il 25% dichiarava di averla usata nel corso dell'ultimo episodio diarroico dei loro bambini. Più recentemente è stato analizzato l'impiego di varie soluzioni a base di alimenti; tuttavia, anche nel caso di tali preparazioni, l'efficacia clinica è documentata in ambiente ospedaliero, mentre la loro applicazione nell'uso domestico richiederà ulteriori studi.

L'esperienza acquisita con la somministrazione domestica della terapia di reidratazione orale è stata riferita in dettaglio al fine di evidenziare le limitazioni insite persino nell'introduzione di una tecnologia apparentemente semplice. In numerose comunità sono state riscontrate gravi carenze di molti beni e strumenti elementari ed anche dove tali difficoltà hanno potuto essere superate, la trasmissione di conoscenze ed abilità si è dimostrata più problematica del previsto. In assenza di continui rinforzi sociali, infine, i comportamenti innovativi non possono essere mantenuti con facilità. Sulla base di tali limitazioni, il rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità conclude che, indifferentemente dall'approccio scelto

per la diffusione dell'uso domestico delle soluzioni reidratanti, è essenziale che sia anche garantito ad ogni bambino l'accesso a strutture od operatori sanitari appositamente istruiti per la terapia della disidratazione grave, non efficacemente controllabile dalla madre. Tra le numerose spiegazioni riguardo all'utilizzazione limitata e spesso inefficace della terapia di reidratazione orale da parte delle madri, due rientrano chiaramente nel contesto sociale, psicologico e microeconomico precedentemente identificato. Dal momento che la somministrazione di Ort non riduce la durata dell'episodio diarroico e può addirittura prolungarla (correggendo tuttavia allo stesso tempo la disidratazione), non c'è rinforzo positivo per le madri (nè talvolta per gli operatori sanitari), che si aspettano una «medicina» che blocchi la diarrea. Inoltre, la somministrazione ad un bambino di un cucchiaino di Ors ogni pochi minuti per molte ore consecutive richiede un notevole investimento di tempo che sicuramente interferisce con gli altri compiti che la madre deve assolvere in una famiglia tradizionale.

Farmaci essenziali

La terapia di reidratazione orale potrebbe essere considerata un esempio della classe dei farmaci essenziali e la sua introduzione nella popolazione mette in luce i numerosi problemi che possono insorgere, durante un programma di distribuzione di farmaci essenziali, riguardo alla capacità di assicurare prodotti accessibili, accettabili e che possano essere impiegati efficacemente e costantemente. La malaria fornisce un altro esempio della complessità della produzione domestica della salute mediante tecnologie moderne. La clorochina è sufficientemente tollerabile e può essere utilizzata a livello familiare dagli stessi genitori nella terapia di presunzione di episodi acuti febbrili dei bambini. Nonostante la clorochino-resistenza stia rapidamente assumendo le proporzioni di un problema mondiale, il farmaco rimane un intervento di prima linea, particolarmente nell'Africa sub-sahariana.

Recentemente, il Center for Disease Control (Cdc) ha intrapreso in alcuni paesi africani una serie di studi sul trattamento della malaria con clorochina, nel quadro della iniziativa per la sopravvivenza dei bambini africani *Combatting Childhood Communicable Diseases* (Cccd, Progetto per la lotta alle malattie trasmissibili dell'infanzia). Berman e Campbell[4] riferiscono su 21 studi realizza-

4. J.G. Berman, C.C. Campbell, *A strategy for decreasing severe malaria in African children: Current experiences*, Malaria Branch, Division of Parasitic Diseases, Center for Infectious Diseases, Center for Disease Control, Atlanta, 1987, mimeografo.

ti in 6 paesi, nei quali è stata determinata la frequenza di episodi febbrili nei bambini, si è verificato se e dove fosse stato effettuato un trattamento e se questo fosse stato eseguito con farmaci adeguati ed a dosi congrue. Ne è emerso un quadro di pratiche estremamente variabili, che hanno suggerito ad un importante funzionario africano della sanità l'espressione di «anarchia terapeutica della malaria».

Nelle zone rurali del Togo meridionale, la clorochina veniva generalmente presa a casa ed acquistata presso venditori ambulanti, ma in numerosi casi, nelle prime critiche 24 ore di terapia, veniva assunta una dose inferiore a quella raccomandata. In Rwanda, dove i bambini venivano condotti presso le unità sanitarie, è stato osservato che la metà degli episodi febbrili rimaneva senza trattamento. Anche nelle aree rurali della Guinea la maggior parte dei casi di febbre non veniva trattato, perchè le madri non portavano i bambini ai centri sanitari regolarmente e non li curavano a casa, non essendo la clorochina sempre disponibile nei punti di vendita. Viceversa nella capitale, Conakry, dove la clorochina veniva utilizzata con frequenza, circa la metà degli interventi terapeutici erano eccessivi per durata e dosaggio. Apparentemente, ciò si verificava per un complesso di ragioni, quali un'istruzione poco aggiornata in alcune scuole mediche ed infermieristiche, l'accettazione di raccomandazioni di testi superati, la promozione da parte delle ditte farmaceutiche, l'inattendibilità delle forniture di farmaci nei centri sanitari e la carenza di linee guida da parte dei funzionari di sanità pubblica.

I problemi incontrati nella terapia della malaria con clorochina, una delle malattie più semplici da trattare, suscitano alcuni interrogativi fondamentali circa il successo potenziale dell'introduzione di una gamma più ampia di terapie di uso domestico. Inoltre, sia l'esperienza con la terapia di reidratazione orale che quella con la clorochina rivelano problematiche generali che devono essere tenute presenti nello sviluppo di programmi nazionali volti ad adottare una politica di diffusione di farmaci essenziali. Fra queste:

- chi deve avere accesso ai farmaci?
- verrà posta la corretta diagnosi e scelta la terapia appropriata?
- il farmaco sarà impiegato a dosaggi efficaci e per un periodo di tempo adeguato?

Mentre sta crescendo il consenso internazionale per rendere disponibile una vasta gamma di farmaci essenziali mediante meccanismi di rimborso dei costi, si è posta poca attenzione a queste fondamentali limitazioni al miglioramento della produzione della salute mediante tale strategia.

Vaccini

I vaccini rappresentano una delle tecnologie più valide per promuovere la sopravvivenza infantile e prevenire le invalidità permanenti. Il rapporto costi-benefici delle vaccinazioni attualmente disponibili è infatti estremamente favorevole, se si considera solo il costo materiale dell'iniezione contro le invalidità ed i decessi causati da malattie quali la poliomielite, il morbillo ed il tetano neonatale. Tuttavia, tra tutte le tecnologie, le caratteristiche biologiche dei vaccini ed i requisiti per la loro somministrazione richiedono un grado estremamente elevato di strutturazione del sistema sanitario e di disciplina della popolazione. Tale duplice esigenza organizzativa, con i costi sociali ed economici che comporta, ha portato alla bassa copertura e alla scarsa efficacia osservate in molti dei programmi di immunizzazione realizzati in vari paesi del mondo.

Parlando di produzione domestica di salute, non esaminerò le esigenze di strutturazione del sistema sanitario, se non per sottolineare che un efficace programma di immunizzazione richiede una fornitura costante di vaccini, il mantenimento di una catena del freddo perfettamente funzionante e, tranne che per la vaccinazione orale anti-polio, una siringa e un ago sterili per ogni iniezione. Inoltre, la rete di distribuzione deve essere abbastanza estesa affinchè i vaccini siano disponibili per l'intera popolazione. In alcune località, il costo dello sviluppo e del mantenimento di queste infrastrutture può risultare pari alla cifra *pro capite* disponibile per tutti gli altri servizi sanitari governativi.

Anche a livello familiare, è necessario un certo grado di disciplina individuale ai fini di un efficace programma di immunizzazione contro le malattie dell'infanzia. Il tossoide tetanico dovrebbe essere somministrato alle donne in gravidanza; il vaccino Bcg dovrebbe essere dato alla nascita o nei primi anni di vita; il Dpt ed il vaccino antipolio dovrebbero essere somministrati in una serie di tre dosi ad intervalli di un mese a partire dal secondo o terzo mese di vita. Infine, sebbene per il vaccino antimorbilloso sia necessaria una sola dose, essa deve essere somministrata entro un breve periodo, tra gli otto ed i nove mesi di età, quando l'immunità materna è scomparsa, ma prima che si verifichi l'esposizione al virus.

La disciplina sociale (o mobilitazione sociale, come è definita quando è a carattere volontario) è stata ottenuta in maniere differenti nelle società nelle quali sono stati istituiti efficaci programmi di immunizzazione. Negli Stati Uniti le immunizzazioni sono obbligatorie per legge; le norme sono rigidamente applicate, cosicchè i genitori sono costretti a far immunizzare i loro figli come condizione per l'iscrizione a scuola. Come risultato, le malattie dell'infanzia

sono state praticamente eradicate dagli Stati Uniti. La copertura immunitaria è diversa nei paesi europei, dove i programmi sono su base volontaria. Per esempio, recentemente è stato calcolato che in Italia solo il 10-20% della popolazione è vaccinato contro il morbillo ed in Gran Bretagna si è verificata una ripresa della pertosse, in quanto i genitori si rifiutavano di praticare ai loro figli una vaccinazione che presenta degli effetti collaterali.

In numerosi paesi latino-americani, dove la popolazione è altamente urbanizzata e le comunicazioni sono buone, una strategia efficace, almeno per la vaccinazione anti-polio, si è dimostrata la mobilitazione di massa delle comunità ad intervalli semestrali. Ciò si ottiene con l'attento coordinamento delle campagne di comunicazione di massa, mediante l'istituzione di stazioni temporanee di vaccinazione distribuite in tutto il paese. Tale strategia si è dimostrata efficace in paesi come Cuba, Messico e Brasile.

Nella maggior parte dei paesi del mondo, soprattutto nell'Africa sub-sahariana, non è possibile attuare un programma imposto nè ottenere una mobilitazione di massa semestrale. In queste circostanze, la sola alternativa è stata di istituire stazioni di immunizzazione presso cliniche e ambulatori, spesso affiancate da unità mobili, con la speranza che la gente si presentasse volontariamente per il servizio. Chiaramente, tutte le limitazioni sociali ed economiche dell'utilizzazione dei servizi sanitari operanti a livello domestico influiranno sul programma di immunizzazione. Dato che nei Paesi in via di sviluppo è frequente la sottoutilizzazione delle strutture sanitarie persino nel caso dei servizi curativi[5], non sorprende che si verifichi una sottoutilizzazione ancora maggiore quando si tratta di assistenza preventiva, cui si dovrebbe fare ricorso quando il bambino non è malato.

Solo alcuni dei sempre più numerosi studi relativi ai determinanti familiari dell'uso delle vaccinazioni saranno riportati in questa sede. Mentre la distanza è un fattore limitante riconosciuto, spesso non si considera che si può verificare una cattiva utilizzazione dei servizi di immunizzazione anche da parte di coloro che hanno agevolmente accesso alle strutture sanitarie. Un recente studio effettuato in Uganda sulle 75 abitazioni più vicine a 36 centri sanitari rurali del distretto di Mbale[6], ha dimostrato che anche in una popolazione così altamente selezionata solo il 21% dei

5. P. Berman , *Service use and the performance of rural health services: What are the issues?*, relazione preparata per il seminario della Asian Development Bank su «The Use of Rural Health Services», Manila, 20-25 gennaio 1986.

6. M.D. Malison *et al.*, *Estimating use of Ors, vaccine coverage and childhood mortality: A new approach from experience in Uganda*, relazione preparata per il Center for Disease Control, International Health Programme Office, Uganda Ministry of Health, Diarrhoeal Disease Control Programme e Unicef, Uganda, senza data, mimeografo.

bambini al di sotto di un anno di vita e il 38% di quelli tra uno e quattro anni avevano completato il ciclo di vaccinazione. Inoltre, il 30% di tutti i decessi recentemente avvenuti tra questi bambini erano in relazione al morbillo, sebbene fosse disponibile il vaccino.

Per quanto riguarda i determinanti sociali ed economici generali dell'atteggiamento verso le vaccinazioni, Streatfield *et al.*[7] hanno documentato in Indonesia l'importanza dell'istruzione materna. Gli autori hanno osservato che le donne istruite erano più portate a considerare pericolose queste malattie. Venivano inoltre trattate differentemente dagli operatori sanitari e ricevevano maggiori informazioni. E' interessante notare come queste erano anche le donne che più facilmente si lamentavano se il servizio era di cattiva qualità. Ciò implica che, mentre le donne analfabete sono meno propense a lamentarsi apertamente circa la qualità del servizio, sono però portate a reagire non utilizzando più la struttura.

Un'analisi più approfondita delle barriere contro l'impiego dell'immunizzazione è stata effettuata ad Haiti da Coreil, che ha classificato le differenti limitazioni in fattori connessi con l'utente e fattori connessi con il sistema[8]. Coreil ha osservato che la barriera più significativa all'impiego delle vaccinazioni sembra essere la competizione tra diverse priorità della vita quotidiana; il tempo necessario ad assicurare la sussistenza non consentiva alle madri di impiegare mezza giornata in una stazione di raduno per far immunizzare i loro bambini. Tale problema veniva aggravato quando esisteva una difficoltà di accesso alla stazione di immunizzazione, quando l'arrivo del personale non era prevedibile, quando la stazione era sovraffollata o l'orario di apertura si sovrapponeva alle ore di mercato. Altri fattori limitanti il completamento del ciclo di vaccinazioni erano lo scoraggiamento se la salute del bambino non migliorava, gli effetti collaterali del vaccino e il timore di ricevere un trattamento scortese da parte del personale della clinica.

Assistenza prenatale e monitoraggio della crescita

Tutte e due queste attività sono classificate come innovazioni tecnologiche nel senso più ampio; sono state ideate con lo scopo di determinare precocemente e prevenire gli esiti infausti della gravidanza oltre alla morbosità e mortalità neonatale ed infantile. Que-

7. K. Streatfield *et al.*, «The impact of maternal education on the use of child immunization and other health services», *Child Survival Research Notes*, 8CS, The Australian National University International Population Dynamics Program, Camberra, 1986.

8. J. Coreil, *Maternal factors in the use of preventive services in Haiti: A qualitative assessment of the characteristics of users and non-users of immunization*, University of Texas, Galveston, senza data, mimeografo.

sti servizi prevedono l'applicazione di conoscenze scientifiche e di tecnologie elementari quali le misure antropometriche per seguire l'evoluzione della gravidanza o lo sviluppo dei neonati o dei bambini e, utilizzando opportuni valori di riferimento, per determinare deviazioni dalla norma ed effettuare interventi precoci.

Per la riuscita di tali programmi bisogna tenere presenti tre esigenze fondamentali:

- devono essere sostenuti da adeguate risorse e capacità tecniche che permettano di intervenire efficacemente quando vengano riscontrate condizioni morbose;
- richiedono un elevato livello di «adattamento» materno a un calendario di visite abbastanza rigido, per tutta la durata della gravidanza e nei primi due o tre anni di vita del bambino. Teoricamente, ciò significherebbe dalle quattro alle sei visite nel corso dei nove mesi della gravidanza e di visite mensili fino a che i bambini raggiungono i tre anni di età. Nelle regioni asiatiche ed africane, dove le donne hanno in media sei-otto figli ad intervalli di circa tre anni, si può calcolare che le madri dovrebbero recarsi presso strutture sanitarie circa una volta al mese per tutta la durata della loro vita riproduttiva, anche se nella famiglia non si verifica nessuna malattia. Ovviamente, qualora uno dei tanti bambini si ammalasse, le visite sarebbero ancora più frequenti. Spesso la quantità di tempo materno che deve essere dedicato a queste visite è aumentata dall'organizzazione delle strutture sanitarie, cosicchè possono esserci diversi giorni e/o orari di visita riservati all'assistenza prenatale o del bambino sano, all'immunizzazione, ai servizi di contraccezione, ecc.;
- dipendono dalla disponibilità materna ad accettare le modifiche del comportamento che, sulla base dei risultati degli *screening* effettuati, vengono consigliate al fine di salvaguardare la salute propria e dei propri figli. La disponibilità ad accettare queste raccomandazioni sarà limitata dalle necessità sociali ed economiche della vita familiare. Ad esempio, la richiesta stagionale di lavoro agricolo per le donne può essere uno dei numerosi fattori che rendono inaccettabile agli occhi delle madri e delle loro famiglie l'indicazione di evitare il più possibile l'attività fisica durante la gravidanza [9].

9. R. Chambers,«Health, agriculture and rural poverty: Why seasons matter», *Journal of Development Studies*, vol.18, 1982, pp.217-238.

Contraccezione ed aborto

Le tecnologie di controllo della fertilità fanno parte di una categoria a sè stante per quanto riguarda l'impatto sulla produzione familiare di salute. Sono infatti oggi disponibili numerose tecnologie contraccettive che richiedono in differente misura tempo ed impegno da parte delle donne. Mentre la pillola deve essere presa tutti i giorni, le iniezioni devono essere effettuate solo ogni tre mesi e l'impianto rimarrà efficace per cinque anni. Gli Iud durano dai cinque ai dieci anni, mentre le procedure di sterilizzazione maschile o femminile procurano una protezione che dura tutta la vita. Nei rari casi di fallimento delle pratiche contraccettive o di gravidanze indesiderate, molte società offrono aborti legali e sicuri. In contrasto con le gravi limitazioni presentate da una tecnologia come l'immunizzazione, che richiede un'attenta disciplina del sistema sanitario e della popolazione, le tecnologie contraccettive possono essere rese ampiamente disponibili attraverso i canali commerciali, o da personale con un'esperienza minima e possono venire utilizzate dalle coppie in qualsiasi momento della loro vita riproduttiva.

Forse la caratteristica principale delle tecnologie contraccettive è che, mentre proteggono una madre dalla gravidanza, producono anche notevoli modificazioni sociali ed economiche nei rapporti familiari. Senza il peso di continue gravidanze, le donne hanno l'energia fisica e, fatto ancor più rilevante, una maggiore quantità di tempo disponibile per sfruttare le loro capacità in altre attività produttive che potranno contribuire al miglioramento delle condizioni di vita della famiglia. Ciò può spesso significare la possibilità di intraprendere un'attività lavorativa al di fuori delle mura domestiche. Inoltre, l'apprendere che è in grado di controllare la sua riproduzione spesso provoca nella donna una cambiamento delle proprie convinzioni e dei valori concernenti altri aspetti della vita, che può quindi imparare a controllare efficacemente. Così, per esempio, sarà più disponibile ad impiegare la medicina scientifica per la prevenzione e la terapia delle malattie dei figli.

Interventi sull'ambiente

Il più precoce riconoscimento che le condizioni ambientali giocano un ruolo critico di intermediari nel rapporto tra i fattori sociali ed economici da una parte, e la morbosità e la mortalità dall'altra, non deriva dagli studiosi di scienze biomediche ma dai riformatori sociali del secolo scorso, molti decenni prima della conferma della teoria microbica delle malattie da parte di Pasteur, Koch e altri. Uno dei classici trattati sull'argomento è il *Rapporto sulle*

Condizioni Sanitarie della Popolazione Lavorativa in Gran Bretagna scritto da Edwin Chadwick nel 1842, che fornì un primo stimolo alla riforma sanitaria che si diffuse in Europa e negli Stati Uniti. Come sottolineato da Briscoe[10], il precoce sviluppo dell'ingegneria sanitaria nell'ultimo secolo era stato a carattere globale, dal momento che prendeva in considerazione i determinanti sociali ed economici delle condizioni ambientali; confermava infatti il legame biologico tra l'acqua, l'igiene ambientale e la salute ed integrava tali conoscenze con lo scopo di risolvere i problemi della progettazione di strutture che potessero fornire acqua potabile ad un prezzo accessibile.

Dovrebbe essere evidente dalle esperienze acquisite con i programmi di controllo dei vettori (come nel caso del tentativo di eradicazione della malaria in Sri Lanka) che, dove non si richiede la partecipazione volontaria della popolazione, un intervento sull'ambiente può avere un impatto rilevante sulla salute ed il benessere[11]. All'altro estremo, se l'intervento sull'ambiente richiede un elevato grado di partecipazione individuale e l'investimento di tempo, energie e risorse, come è necessario per la costruzione di servizi igienici individuali, l'impatto sarà marginale e ne trarranno il massimo beneficio le famiglie più prospere e più profondamente motivate.

E' certo che un programma in grado di fornire acqua potabile e strutture per lo smaltimento dei liquami può produrre profondi effetti sulla salute dei vari membri della famiglia attraverso meccanismi diversi. Ad esempio, Henry[12] ha analizzato gli effetti di tre differenti tipi di programmi di igiene ambientale sullo sviluppo di infezioni e sullo stato nutrizionale di bambini delle zone rurali di S.Lucia, nelle Indie Occidentali. Nella prima comunità c'erano solo alcune pompe d'acqua pubbliche, ognuna delle quali veniva utilizzata da circa 350 persone, ed alcuni servizi igienici di scarsa qualità. Nella seconda comunità ogni casa possedeva un approvvigionamento idrico individuale, ma i servizi igienici erano insufficienti. Nella terza comunità erano presenti sia servizi igienici a tenuta d'acqua che disponibilità di acqua nelle case. In un periodo di tre anni, nelle comunità con servizi igienici migliori è stata osservata una riduzione del 30-50% nelle malattie diarroiche e da parassiti intestinali ed una riduzione del 75-80% nelle infezioni cutanee.

10. J. Briscoe, «Technology and Child Survival: the example of sanitary engineering», *Population and Development Review*, vol.10, suppl., 1984, pp. 237-253.

11. R.H. Gray, «The decline of mortality in Ceylon and the demographic effects of malaria control», *Population Studies*, vol.28, 1974, pp. 205-229.

12. F.J. Henry, «Environmental sanitation infection and nutritional status of infants in rural St. Lucia, West Indies», *Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol.75, n.4, 1981.

Ancora più importante è che nei bambini delle aree con migliori strutture igienico-sanitarie è stato osservato un significativo miglioramento della curva di crescita; ciò conferma l'ipotesi che una riduzione del carico di malattie sia associata ad un miglioramento dello stato nutrizionale.

Ricerche eseguite in Malesia e Giordania hanno dimostrato l'esistenza di un'interessante correlazione tra l'igiene ambientale ed il comportamento relativo alla produzione della salute. In Malesia, uno studio retrospettivo ha rivelato l'associazione tra l'assenza di moderni servizi igienici e di una rete idrica e un'alta mortalità neonatale[13]. Analisi successive hanno dimostrato che l'effetto protettivo del miglioramento delle condizioni igieniche si osservava solo tra le famiglie in cui i neonati venivano nutriti in parte o completamente con allattamento artificiale. Non si osservano invece alcun miglioramento nella sopravvivenza tra i neonati allattati al seno. Questo studio dimostra quindi chiaramente gli effetti benefici dell'allattamento al seno in assenza di servizi igienici, ma suggerisce che l'allattamento artificiale può non rappresentare un rischio per la sopravvivenza in un ambiente protetto. Studi effettuati ad Amman, in Giordania, hanno evidenziato una correlazione tra il miglioramento delle condizioni ambientali e l'istruzione materna all'interno di una popolazione di baraccati della periferia urbana[14]. In questo insediamento, che è stato fatto oggetto di un piano di ristrutturazione urbana che forniva acqua potabile e servizi igienici a scarico, è stata riscontrata una chiara associazione tra l'istruzione materna e la sopravvivenza infantile prima dell'introduzione delle migliorie igieniche. Quando ad ogni abitazione è stato fornito un proprio approvvigionamento idrico e propri servizi igienici (contemporanemante all'offerta di servizi sociali), la sopravvivenza infantile è notevolmente migliorata e, circostanze ancor più rilevante, le differenze dovute al livello di istruzione sono scomparse. Si deve sottolineare che prima dell'introduzione della rete idrica era anche evidente una stretta associazione tra il livello socio-economico della famiglia e l'uso del sapone. Tale associazione, tuttavia, non è stata riscontrata nelle abitazioni dotate di acqua corrente e ciò suggerisce che i comportamenti igienici sono modulati innanzitutto dalla qualità dell'ambiente. La fornitura di acqua corrente alle abitazioni può produrre anche altri effetti. In molti contesti, nei quali le madri impiegano buona parte del loro tempo a trasportare acqua, la fornitura di acqua corrente sarà un'innovazione che

13. J.Da Vanzo, «A household survey of child mortality determinants in Malaysia», *Population and Development review*, vol.10, suppl., 1984, pp. 307-322.

14. M. Deeb, *Household Structure as Related to Childhood mortality and Morbidity Among Low Income Areas in Amman*, tesi di dottorato, John Hopkins University, Baltimora, 1987.

produrrà un risparmio di tempo. Tale beneficio non dovrebbe essere sottovalutato, dal momento che l'effetto sull'economia domestica può contribuire alla salute ed alla sopravvivenza infantile in misura pari alla stessa disponibilità di acqua.

Programmi di informazione

Lo sfruttamento delle tecnologie di comunicazione di massa al fine di fornire informazioni sulla salute e di incentivare le famiglie a migliorare i comportamenti sanitari è forse uno dei più significativi interventi di assistenza sanitaria di base introdotti negli ultimi anni. Con la deistituzionalizzazione dell'assistenza sanitaria indotta dal movimento della Phc, le famiglie, ed in particolare le madri, diventano le principali custodi e dispensatrici di salute per se stesse e per la loro prole. I programmi di comunicazione di massa cercano di dare ai singoli le informazioni, le capacità e le motivazioni per intraprendere più efficacemente la molteplicità dei compiti richiesti; questo nuovo ruolo, tuttavia, non è sempre facilmente recepito. Con l'introduzione di un numero sempre più elevato di tecnologie mediche utilizzabili a livello domestico, l'aspettativa è che le madri siano in grado di diagnosticare una diarrea disidratante, una malaria, gravi infezioni respiratorie e parassitosi intestinali e perfino le complicazioni della gravidanza e del parto; in molti casi ci si aspetta inoltre che esse possano acquisire le informazioni e le capacità per un adeguato ed efficace trattamento di queste condizioni.

I programmi di comunicazione sono strumenti essenziali per l'introduzione e la promozione di nuovi comportamenti nella popolazione. Come già sottolineato nel caso dei programmi di immunizzazione, l'efficacia più elevata si ottiene quando questi sono affiancati da altri strumenti di mobilitazione sociale. Anche nel caso della contraccezione, i programmi di comunicazione possono giocare un ruolo fondamentale nel fornire informazioni e promuovere i comportamenti desiderati quando siano parte integrante di una strategia nazionale globale, con un sostegno adeguato da parte di differenti settori. Esempi classici sono la rapida adozione della contraccezione in paesi come la Cina, l'Indonesia, Taiwan, la Thailandia ed il Messico.

Nell'introdurre i programmi di comunicazione, lo sforzo maggiore è tipicamente diretto verso le modalità operative della strategia. In questo processo possono venire identificati numerosi elementi chiave: identificazione precisa della popolazione *target*; sviluppo di un messaggio pertinente e comprensibile per questa popolazione, ad esempio mediante discussioni di gruppo focalizzate;

selezione dei mezzi che possono efficacemente raggiungere questa popolazione (radio o, in molte aree urbane, televisione); scelta di una forma capace di attirare l'attenzione del pubblico, attraverso l'impiego di popolari personaggi dello spettacolo in brevi discussioni o commedie televisive a puntate. Recentemente, è stata posta l'enfasi sullo sviluppo di più efficaci metodi di comunicazione interpersonale, che richiedono il contatto diretto tra gli operatori e gli utenti, in particolare per quanto riguarda la promozione delle pratiche contraccettive.

A dispetto di questi sviluppi tecnici nei metodi di comunicazione, è ancora poco chiaro come i programmi di comunicazione possano influire sui comportamenti familiari volti all'adozione di nuove tecnologie o pratiche. Anche se l'informazione o la motivazione a livello familiare sono necessarie per promuovere cambiamenti comportamentali, esse si sono rivelate insufficienti. Ciò è stato ben documentato nel caso della pianificazione familiare con quello che è stato denominato «l'intervallo Kap»[15], cioè l'intervallo osservato tra il livello relativamente elevato di conoscenza delle tecnologie contraccettive e di desiderio di porre un limite al numero delle gravidanze, ed i livelli relativamente bassi di applicazione di queste pratiche. Negli ultimi anni ciò ha portato gli studiosi di scienze sociali ad identificare fattori addizionali, denominati istituzionali ed ideologici. I primi si riferiscono al ruolo fondamentale che può essere svolto nella società moderna dalle principali istituzioni politiche e sociali (inclusi i *mass media*) nel promuovere regole familiari e nel fornire servizi efficienti ad un costo accettabile. Il secondo concetto si riferisce al consenso sociale all'interno di comunità diverse che può non essere espresso apertamente, ma che determina comportamenti socialmente adeguati. Sta diventando sempre più evidente che, se si devono introdurre adeguate modificazioni sociali, saranno necessarie approfondite ricerche di carattere antropologico ed etnografico al fine di identificare tali comportamenti ed i relativi determinanti.

Una chiara manifestazione di un fattore ideologico è l'eccesso di mortalità tra i neonati ed i bambini di sesso femminile osservato in alcune popolazioni[16]. In certi casi si possono identificare pratiche domestiche nelle quali le femmine sono chiaramente discriminate nei confronti dei maschi, per esempio nella ricerca di un trattamento per le malattie; in altri casi, la base e le conseguenze di pratiche differenziate possono risultare meno ovvie, persino alle autorità sanitarie. Ad esempio, ad Amman, in Giordania, quando

15. Kap sta per *Knowledge, Attitude, Practice* (conoscenza, attitudine e pratica).
16. C.P. MacCormack, «Health and the social power of women», *Soc. Sci. Med.*, in corso di stampa.

si faceva notare ad alcune persone che i bambini di sesso maschile venivano nutriti meglio di quelli di sesso femminile, la risposta immediata era: «Certo, i maschi hanno bisogno di più cibo perchè devono crescere di più». L'effetto di un'azione dotata di un vasto consenso sociale veniva quindi impiegato come giustificazione della stessa azione, anche da professionisti istruiti.

Recenti ricerche relative alle pratiche sanitarie ed igieniche in un quartiere povero del Cairo, effettuate da Hoodfar[17] sono illuminanti sul ruolo dell'ideologia, dell'istruzione e della comunicazione. Hoodfar ha osservato che, se bassi livelli di reddito significavano ovviamente l'impossibilità di permettersi certe spese, redditi più alti non significavano necessariamente un maggior investimento per il miglioramento delle abitazioni, della dieta, del vestiario o dell'educazione. Al contrario, questo autore ha osservato che una famiglia può spendere diverse migliaia di sterline per il matrimonio di una figlia e tuttavia mantenere uno stile di vita simile a quello dei loro vicini più poveri. Ancora più interessante è l'osservazione che le madri con istruzione formale erano apparentemente incapaci di correlare le conoscenze acquisite sui libri con le attività della vita quotidiana. Un fattore più rilevante in termini di comportamento sanitario si è dimostrato il contatto con classi sociali più elevate al di fuori del quartiere, spesso per l'impiego delle donne come collaboratrici domestiche. Tali donne modellavano il loro comportamento sulla base delle pratiche osservate in questi ambienti. Ad esempio, usavano più spesso il sapone per lavarsi le mani ed avevano almeno un asciugamano pulito; seguivano inoltre una dieta più varia ed orari più regolari per i pasti, specialmente per i bambini. Avevano infine una migliore conoscenza dei luoghi dove comprare, al di fuori del quartiere, casalinghi ed abiti a minor prezzo e spesso di migliore qualità.

Conclusioni

La maggior parte dei progressi tecnologici ottenuti nel campo del controllo delle malattie sono il prodotto del lavoro di ricercatori biomedici operanti in laboratori o strutture cliniche; si sono così ottenuti potenti antibiotici, farmaci e vaccini che si sono dimostrati estremamente attivi in condizioni attentamente controllate. In realtà, le malattie si verificano in condizioni sociali al di là delle possibilità di controllo da parte dei ricercatori biomedici, ed è in questa situazione che devono operare gli eventuali interventi. Ne

17. H. Hoodfar, *Hygienic and health care practices in a poor neighborhood of Cairo*, West Asia and North Africa Population Council Regional Paper, 1984.

deriva che la maggior parte degli interventi sanitari sono fondamentalmente interventi *sociali*. Perchè essi risultino efficaci, devono cambiare le condizioni in cui si manifestano i danni alla salute. Quando tali modifiche sono imposte, come si verifica nel caso degli interventi ambientali, si possono osservare effetti notevoli, perchè i maggiori benefici possono andare a vantaggio degli strati meno abbienti della società. Quando le modifiche del comportamento possono solo essere incoraggiate da sovvenzioni ed attività informative, l'impatto può essere marginale, ed i maggiori benefici vengono raccolti dai membri più benestanti della società.

Una delle principali attrattive che le tecnologie di sopravvivenza infantile esercitano sugli organi governativi (e sulle agenzie di finanziamento) è il loro basso costo, insieme ad un potenziale di efficacia eccezionalmente alto. Tuttavia, l'efficacia ed il potenziale possono essere realizzati solo se tali tecnologie vengono pienamente integrate dalle famiglie nel corso dei loro sforzi di produzione della salute. L'impegno nel campo della ricerca e della programmazione sta raggiungendo questa integrazione nelle diverse società dei Paesi in via di sviluppo.

4. IL DISTRETTO: UN AMBITO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE[1]

di *John Martin*

Le condizioni economiche verificatesi negli anni '80 non avrebbero potuto essere più sfavorevoli, per quanto riguarda lo sviluppo della *Primary Health Care* (Phc). In numerosi paesi, la salute ha cessato di essere una priorità nei programmi dei governi a causa della presenza di insormontabili problemi determinati dal risarcimento dei debiti e dalla ristrutturazione economica. Anche le forti pressioni esercitate dalle agenzie finanziarie internazionali hanno giocato un ruolo importante a questo riguardo. Il fatto che la conservazione della salute sia un elemento chiave dello sviluppo economico ha profonde basi storiche. E' tragico che alcuni paesi abbiano dovuto apprendere nuovamente questa lezione attraverso le amare esperienze dell'ultima decade.

Bisogna tuttavia riconoscere che i tentativi di promuovere la Phc sono stati non uniformi tra loro, incompleti ed insoddisfacenti sotto molti aspetti. Neppure i principi fondamentali dell'approccio della Phc sono a tutt'oggi ben compresi. Nel momento in cui le nazioni si preparano ad affrontare le oscure sfide degli anni '90, è vitale che vengano tratti i dovuti insegnamenti dalle esperienze dell'ultima decade al fine di identificare le corrette modalità per un radicale miglioramento. Ai primi posti nella lista delle priorità deve essere messa la ricerca di metodi atti a rafforzare la capacità dei sistemi sanitari di sostenere lo sviluppo della Phc. E' questa un'area che presenta in numerose regioni molti punti deboli. In tale contesto assume notevole importanza il concetto di Sistema sanitario distrettuale.

1. Su questo argomento si veda anche: *The Challenge of Implementation: district health system for Primary Health Care*, Who, Geneva, 1988. Who, *Management Development for Primary Health Care*, Who unpublished document, WHO/SHS/DHS/90.4. *Primary Health Care - Towards the Year 2000*, a report of the Consultive Committee on Phc Development, Who unpublished document, 1990. Who, *Health System Decentralization: concepts, issues and country experience*, Who, Geneva, 1990.

La «Primary Health Care» può funzionare

La prima lezione che bisogna imparare è che la Phc *può* funzionare. Ciò è ampiamente dimostrato dai notevoli progressi ottenuti nel campo dello sviluppo della salute, a dispetto delle circostanze economiche avverse descritte in precedenza. Per esempio, nel 1960 erano 72 i paesi con livelli estremamente elevati di mortalità tra i bambini al di sotto dei cinque anni di età; nel 1985 tale numero era sceso a 34. Un altro esempio è l'immunizzazione, che ha oggi raggiunto circa i due terzi dei bambini nei Paesi in via di sviluppo, un miglioramento notevole rispetto ai bassissimi livelli di dieci anni fa. Anche alcuni dei paesi più poveri hanno fatto considerevoli progressi nel rendere la tutela della salute primaria accessibile a una quota crescente di popolazione attraverso la graduale espansione della loro rete di ospedali e centri sanitari.

Quali insegnamenti possono essere tratti da queste esperienze? Sebbene si debba essere prudenti nelle generalizzazioni, è evidente che nei paesi che hanno ottenuto i maggiori successi si possono riconoscere i seguenti elementi comuni:

- forte coinvolgimento politico nell'affrontare la Phc ed i suoi fondamentali principi di equità; tale coinvolgimento si manifesta nel mantenimento di allocazioni di risorse finanziarie relativamente alte al settore sanitario e nell'individuazione di una politica chiara e dettagliata in grado di dirigere l'attività a tutti i livelli, da quello nazionale a quello comunitario;
- decentramento delle responsabilità a livello di distretto, così che le attività sanitarie possano rispondere il più possibile alle necessità locali, insieme a buone capacità manageriali ed a personale sanitario ben motivato, che comprenda l'approccio della Phc e il proprio ruolo nel suo sviluppo;
- coinvolgimento della comunità nel prendere decisioni a livello locale circa la Phc e ben definite responsabilità comunitarie per il suo sviluppo.

Tutte e tre queste linee si fondano sulla *azione locale nei distretti sostenuta da un coinvolgimento e da una politica nazionali efficaci.*

L'importanza di una chiara e dettagliata politica di «Primary Health Care»

Ovviamente, il modo in cui differenti paesi si disporranno ad attuare la Phc dipenderà dalle circostanze individuali, quali le malattie prevalenti, la disponibilità di risorse, il coinvolgimento politi-

co, e così via. Ciononostante, deve esserci una visione generale di come l'approccio di Phc dovrà manifestarsi una volta in atto, un quadro generale che possa servire da guida e stimolo per coloro che si troveranno ad essere responsabili del suo funzionamento.

Ci si dimentica spesso che *esistono* alcuni principi operativi che possono fornire una base a tale visione generale:

- identificazione e riduzione delle *disuguaglianze* nello stato di salute e nell'accesso alla tutela della salute;
- enfasi sulla *promozione della salute* e sulla *prevenzione* delle malattie;
- *coinvolgimento della popolazione* nella pianificazione e nello sviluppo delle attività sanitarie;
- *coinvolgimento di altri settori* sia nel miglioramento della salute che nell'eliminazione di alcuni gravi rischi sanitari come la contaminazione delle acque potabili e l'analfabetismo;
- *decentramento delle responsabilità* riguardanti l'organizzazione delle attività sanitarie al distretto;
- *integrazione di differenti programmi sanitari*, quali vaccinazione, pianificazione familiare, controllo di malattie come la malaria e la Tbc.

Nei luoghi in cui la Phc si è affermata, risulta evidente che questi principi erano stati inclusi nel disegno del sistema sanitario. Non è un'impresa facile. Ognuno di tali principi è infatti una sfida al modo in cui vengono svolti i servizi sanitari convenzionali. Le opposizioni ai cambiamenti sono una delle ragioni principali per cui è tuttora poco frequente osservare uno sviluppo della Phc che abbia avuto successo.

Gli ostacoli al cambiamento

Il principio fondamentale alla base dell'approccio di Phc è l'uguaglianza, sia per quanto riguarda lo stato di salute che l'accesso ai servizi di tutela sanitaria. Tuttavia, nonostante la diffusa accettazione di principio, risulta difficile trovare esempi di politiche o di programmi che si concentrino sull'identificazione e l'eliminazione delle disuguaglianze. Le domande che bisogna porsi sono: «Chi ha più bisogno?», «Perché hanno bisogno?», «Di quale natura sono le loro necessità?», «Quale azione dovrebbe essere intrapresa per soddisfare le loro necessità?».

Le informazioni necessarie per rispondere a tali domande sono essenziali per pianificare, organizzare, sviluppare e valutare una strategia per la tutela della salute. E' chiaro che invece queste

domande vengono poste raramente.

Per quanto riguarda il coinvolgimento della comunità, uno degli ostacoli principali è rappresentato dalle attitudini e dai comportamenti che gli operatori sanitari hanno appreso ad adottare durante la loro formazione. Ciò è particolarmente vero per i medici, cui viene insegnato a diagnosticare i problemi sanitari, nei singoli pazienti e nelle comunità, e quindi a prescrivere terapie. Il ruolo del paziente è quello di assumere la terapia. Quando il «paziente» è la comunità, il suo ruolo è quello di svolgere i piccoli compiti che gli vengono assegnati, per esempio contribuire alle spese per la costruzione di tubature d'acqua o fare la fila per essere immunizzati. Tale approccio è una delle maggiori limitazioni allo sviluppo della salute poiché inibisce la mobilitazione delle forze sociali e delle tecniche che la popolazione è in grado di fornire e che sono essenziali ai fini di intraprendere numerose azioni chiave a carattere promozionale, preventivo, di pronto soccorso e riabilitazione.

In un momento in cui c'è un ampio consenso sulla necessità di maggiori risorse per la salute, non è accettabile inibire risorse potenzialmente così valide come quelle delle donne o di altri gruppi comunitari, negando loro un accesso adeguato al processo del loro stesso sviluppo.

Come conseguenza di tali punti deboli, i servizi di numerosi paesi mantengono un carattere strettamente medico. La promozione di pratiche concernenti la salute e la prevenzione delle malattie nelle comunità continuano a ricevere molta meno attenzione che il trattamento di ammalati che richiedano l'assistenza delle strutture.

In breve, in moltissimi paesi ci sono stati pochi o nessun cambiamento nel modo in cui vengono affrontati i problemi sanitari ed in cui gli operatori sanitari svolgono il loro lavoro. La grande promessa della Phc non è quindi stata mantenuta e tale resterà a meno che non vengano seriamente affrontati alcuni problemi ad essa preliminari.

Basilare è il grave misconoscimento del ruolo degli operatori sanitari nella promozione della salute. Mentre la strategia di Phc si dedica prevalentemente al miglioramento della salute di popolazioni nel loro complesso, il medico, l'infermiere o l'ausiliario pensano che la principale responsabilità di un operatore sanitario sia quella di reagire alle necessità del singolo paziente che si presenta per ricevere un trattamento. Questa attitudine impedisce di pensare al modo migliore per evitare innanzitutto che l'individuo diventi «paziente». E' un'attitudine che ha come conseguenza il fatto che medicine, attrezzature di laboratorio ed altre preziose risorse vengano utilizzate sulla base del «primo arrivato, primo servito». E' un'attitudine che si risolve sempre in un fallimento quando devono

essere affrontate le necessità sanitarie dei gruppi più poveri e più vulnerabili della popolazione. E' un'attitudine che porta molti governi a ritenere che il settore sanitario sia dispendioso, insensibile ed inefficace.

Gli episodi che seguono si sono verificati forse in ogni programma di Phc. Essi sono esempi delle contraddizioni dei sistemi sanitari nei Paesi in via di sviluppo che la Phc non è riuscita a risolvere, ma che devono essere affrontate se si vuole ottenere un reale cambiamento.

Era la bambina più piccola che avessero mai visto al centro vaccinazioni. Riempirono attentamente il modulo per bambini sotto i cinque anni per certificare che oggi aveva ricevuto la prima dose di vaccino Dpt. Il puntino a matita segnato sulla sua scheda per il rapporto peso per età indicava chiaramente quanto si discostasse da un normale bambino della sua età. Era ovviamente una bambina ad alto rischio, eppure nessuno alla clinica parlò con la madre per scoprire perché fosse tanto gravemente malnutrita e per offrirle l'aiuto che erano stati addestrati a dare. Poco meno di un mese dopo non era altro che un inutile dato nelle casistiche di mortalità infantile.

«Abbiamo finito i farmaci due settimane fa», spiega un assistente nel frequentato centro sanitario fuori città. Eppure, nella città, nel grande ospedale universitario vengono somministrati costosi antibiotici per trattare il mal di gola, quando gli operatori sanitari sanno benissimo che tale trattamento è inefficace.

L'infermiera era preoccupata e depressa. Il suo magro stipendio è come sempre in ritardo e lei deve pagare le tasse scolastiche. Inoltre non si sente sicura quando deve trattare alcuni dei casi più difficili che si presentano alla sua clinica. Dal giorno del diploma non ha mai avuto la possibilità di seguire corsi di aggiornamento e da più di un anno non vede il suo supervisore.

«Il mio distretto ha ora meno denaro da spendere per la sanità di quanto ne aveva dieci anni fa», dice il giovane ufficiale medico del distretto. «Come risultato, il *budget* è esaurito dopo nove mesi e sono costretto a richiedere extra al governo. A volte devo scegliere tra comprare legna per cucinare i pasti per i pazienti dell'ospedale e comprare il carburante per i veicoli necessari a seguire i servizi sanitari rurali. Non ero stato addestrato a trattare questi problemi.»

Perché è importante concentrarsi sul distretto?

Molti paesi nel mondo si ritrovano oggi a dover affrontare una popolazione sempre crescente con necessità sanitarie sempre in aumento, ma con uno stanziamento per la salute invariato o addirittura in diminuzione.

In gioco non c'è solo la necessità di usare queste risorse con la massima efficacia, ma anche di mobilitare risorse addizionali, indirizzandole verso i più pressanti problemi sanitari ed i gruppi più bisognosi della popolazione. Un'importante considerazione è il fatto che i problemi possono variare considerevolmente tra le differenti aree dello stesso paese. E' logico, perciò, che cambi di conse-

guenza lo schema delle attività sanitarie a seconda delle necessità e delle priorità locali. In tale contesto, il distretto è un'unità di base ideale per l'organizzazione delle attività.

Che cosa è un distretto?

In teoria tutte le nazioni hanno dei distretti sebbene usino denominazioni differenti come *awraja* in Etiopia e *kabupaten* in Indonesia. Qualunque sia il nome, il significato rimane lo stesso, un'area amministrativa ben definita dove una qualche forma di governo o amministrazione locale si assume molte delle responsabilità del governo centrale. Il numero degli abitanti può variare considerevolmente da paese a paese ma è generalmente compreso tra 50.000 e 500.000. Il distretto presenta alcune caratteristiche che lo rendono adatto a rappresentare l'unità di base per l'organizzazione e la promozione della Phc. Innanzitutto è di semplice gestione, nè troppo piccolo nè troppo grande. E' abbastanza vicino alle comunità perché vengano compresi i problemi e le limitazioni presenti a livello comunitario. Allo stesso tempo, le comunicazioni con il livello nazionale sono generalmente ben sviluppate, cosicché la politica nazionale possa venir tenuta nella giusta considerazione e venga fornito un supporto nazionale sotto forma di denaro, personale, farmaci ed attrezzature.

Ci si chiede a volte perché non si possa incanalare direttamente il supporto nazionale verso gli ospedali ed i centri sanitari, che sono i veri dispensatori di assistenza. La risposta è che ciò risulta dispendioso ed inefficace. L'esperienza dimostra che tale approccio incappa inevitabilmente in burocrazie centrali complesse ed inefficienti, insensibili ed incapaci di rispondere alle necessità locali. Perché gli operatori sanitari possano lavorare efficacemente, il loro supporto deve essere organizzato da vicino, da sedi dove le necessità sanitarie e le aspirazioni della popolazione possano essere comprese, in altre parole dal distretto.

Il Sistema sanitario distrettuale basato sulla «Primary Health Care»

Le caratteristiche del distretto rimarranno scarsamente utilizzate a meno che tutti coloro che possiedono la capacità di contribuire alla promozione della salute non vengano riuniti in un sistema organizzato che permetta loro di ottenere una chiara visione dei problemi sanitari dell'intera popolazione, una precisa comprensione dei loro ruoli e responsabilità nell'affrontare tali problemi, ed

una comprensione ed un coinvolgimento nell'approccio alla Phc. Per chiarire meglio ciò che si intende per *Sistema sanitario distrettuale basato sulla Primary Health Care* viene qui di seguito riportata la definizione adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità.

Un sistema sanitario distrettuale basato sulla Phc è un segmento più o meno autonomo del Sistema sanitario nazionale. Comprende innanzitutto e una ben definita popolazione, abitante in un'area geografica ed amministrativa ben delimitata, urbana o rurale. Include tutte le situazioni e gli individui che provvedono all'assistenza sanitaria, siano essi governativi, del servizio sanitario, non governativi, privati o tradizionali. Un sistema sanitario distrettuale, quindi, consiste in un'ampia varietà di elementi correlati fra loro che contribuiscono alla promozione della salute nelle case, nelle scuole, sui posti di lavoro e nelle comunità, attraverso settori sanitari o di altro genere ad essi correlati. Include sia le attività sanitarie dei singoli individui che tutti gli operatori e le strutture sanitarie, fino agli ospedali al primo livello di riferimento e gli appositi laboratori e gli altri servizi di supporto sia diagnostici che logistici. Gli elementi che lo compongono devono essere ben coordinati da un funzionario delegato a tale compito, al fine di radunare tutti questi elementi ed istituzioni in un insieme pienamente comprensivo di attività sanitarie promozionali, preventive, curative e di riabilitazione.

Una tale definizione può ovviamente essere solo molto generale. In pratica, un sistema sanitario distrettuale varierà considerevolmente da paese a paese ed anche all'interno dello stesso paese un sistema rurale presenterà caratteristiche diverse da uno urbano. Ciononostante, la definizione sottolinea il fatto che esistono molti elementi che contribuiscono allo sviluppo della salute oltre al sistema sanitario e che il concetto di sistema sanitario distrettuale li comprende tutti. E' immediatamente chiaro che in molti paesi esiste una grave spaccatura tra il modo in cui è organizzata oggi l'assistenza sanitaria e la visione di un sistema sanitario basato sulla strategia di Phc. Come superarla? Da dove cominciare? Come cominciare? A molti queste domande potrebbero sembrare senza risposta, e gli ostacoli troppo difficili da superare. Tuttavia, come abbiamo visto, alcuni paesi *ci stanno provando* ed *esistono* già alcune esperienze disponibili per aiutare ed ispirare coloro che cominciano solo ora o che, forse, ci stanno solo pensando.

Precondizioni: decentramento e supporto nazionale

Il sistema sanitario distrettuale non può completamente svilupparsi e funzionare senza il coinvolgimento ed il supporto da parte del livello nazionale, che include l'introduzione di un certo grado di decentramento dell'autorità e delle responsabilità in aree quali la pianificazione dei servizi e la distribuzione delle risorse, sia di personale e di fondi che di farmaci, equipaggiamenti e mezzi di tra-

sporto.

Come già detto, un contributo essenziale da parte del livello nazionale consiste nell'introduzione di una politica chiara e dettagliata sulla strategia per la PHC ed il sistema sanitario distrettuale, sostenuta da un piano strategico al fine di introdurre i necessari cambiamenti a tutti i livelli, con il distretto come unità organizzativa di base.

In un sistema decentrato il distretto si troverà generalmente a svolgere le seguenti funzioni principali:

- organizzazione e funzionamento dei servizi ospedalieri del distretto;
- gestione di tutte le altre strutture sanitarie governative;
- promozione di tutti i programmi sanitari basati sulla comunità;
- gestione e controllo delle risorse finanziarie locali;
- coordinamento e supervisione di tutti i servizi sanitari governativi, non governativi o privati presenti all'interno del distretto;
- promozione di collegamenti attivi con le strutture governative locali;
- promozione del coinvolgimento della comunità nella pianificazione dei servizi sanitari locali;
- preparazione di un piano sanitario annuale;
- reperimento di fondi locali addizionali;
- formazione degli operatori sanitari;
- supervisione e controllo degli operatori sanitari delle comunità;
- raccolta e analisi *sistematica* delle informazioni sanitarie.

Ma la chiave per il successo della Phc a livello distrettuale è legata soprattutto al *modo* in cui le funzioni vengono svolte. L'attitudine dei singoli operatori sanitari ed il loro coinvolgimento nella Phc sono, a questo riguardo, elementi vitali. Tuttavia, da soli non sono sufficienti. Un'*organizzazione energica e capace* è essenziale perché un sistema sanitario distrettuale possa funzionare efficacemente. Ciò è sempre stato vero, ma tale necessità è ora particolarmente sentita.

Le attuali tendenze dei governi riguardo le spese sanitarie, gli alti tassi di crescita della popolazione e la previsioni di sviluppo economico dei paesi poveri indicano chiaramente che le spese sanitarie *pro capite* continueranno a diminuire. Più che mai ci troviamo di fronte alla sfida di riuscire a fare di più con meno. Non si tratta solo di provvedere all'assistenza del miliardo di bambini che nasceranno da qui all'anno 2000. Si tratta anche di migliorare la qualità dell'assistenza che viene fornita oggi cosicché sia effettivamente possibile migliorare la salute della popolazione.

Gli attuali dirigenti distrettuali spesso non hanno ricevuto alcu-

na istruzione di tipo manageriale. Sono carenti delle informazioni di base necessarie per prendere le decisioni appropriate, quali la diffusione delle malattie, l'identità degli individui con le maggiori necessità sanitarie e le principali cause delle loro malattie, la quantità di denaro ricevuta dal distretto ed il modo in cui viene distribuito. Come risultato, le spese sanitarie possono non avere alcuna relazione con le necessità e le priorità. Spesso l'ospedale di distretto consuma una quantità sproporzionata del *budget* distrettuale, senza che questo sia imputabile al dirigente distrettuale.

Un altro tipo di problema di gestione consiste nel modo in cui l'ospedale ed i centri sanitari sono strutturati per la promozione della salute. Da una parte il personale dell'ospedale è oberato di casi semplici mentre quelli gravi, come un parto difficile, vengono loro sottoposti troppo tardi. Dall'altra, il centro sanitario, che sarebbe in grado di trattare i casi semplici, viene generalmente evitato dalla gente del luogo in quanto cronicamente sprovvisto di medicinali.

Un altro serio problema deriva dalla mancanza di coordinamento e di integrazione tra i differenti programmi sanitari, come la pianificazione familiare e l'immunizzazione. L'infermiere del servizio sanitario distrettuale, per esempio, riferisce direttamente al direttore del servizio materno-infantile presso il Ministero della Sanità per quanto concerne le questioni riguardanti la pianificazione familiare. Simili procedure vengono utilizzate dalla maggior parte degli altri funzionari distrettuali. Come risultato, il ruolo del medico distrettuale come responsabile del gruppo viene seriamente minato. Inoltre, si verifica spesso un notevole spreco di risorse in seguito alla duplicazione di attività quali corsi di formazione e tempo impiegato a riempire differenti moduli.

La mancata soluzione di tali problemi è la causa principale della bassa qualità dell'assistenza e della grave inefficienza che oggi caratterizzano i sistemi sanitari di molti Paesi in via di sviluppo. Numerosi studi effettuati in America latina indicano che in tal modo può venire sprecato fino al 40% del *budget* sanitario. Il settore sanitario ha ancora quindi molto da fare per mettersi in ordine. Tuttavia questo è solo uno degli aspetti del formidabile compito del dirigente di un sistema sanitario distrettuale. Egli dovrebbe anche fungere da agente di cambiamento, prendendo le redini del sistema per deviarlo dall'attuale orientamento curativo in un sistema effettivamente basato sui principi della Phc.

La preparazione dei dirigenti distrettuali è quindi una priorità urgente per molti paesi. E' questa un'area nella quale è necessaria una considerevole assistenza non solo finanziaria ma anche tecnica. E' inoltre un'area in cui sono necessarie nuove idee. Sono già stati spesi molto tempo, energie e denaro nella formazione di

squadre di dirigenti distrettuali in numerosi paesi, ma con pochi risultati per quanto riguarda la messa in pratica di ciò che era stato insegnato.

Gli scarsi risultati dipendono in parte da metodi di istruzione superati, che si basano principalmente sull'insegnamento in classe. In risposta a ciò, si è verificato un aumento dell'attenzione verso corsi di formazione mirati, con periodi di tirocinio pratico ed una notevole mole di lavoro sul campo. Tale approccio è più efficace, ma non tiene ancora conto del problema fondamentale per cui lo sviluppo di efficaci sistemi sanitari distrettuali dipende anche dalle riforme strutturali e non solo dall'abilità dei dirigenti. Senza tali riforme non è possibile applicare le nuove conoscenze e capacità. Troppo spesso il risultato è la frustrazione, la demoralizzazione ed una bassa efficienza, esattamente il contrario di quanto ci si aspettava.

Conclusioni

Un problema fondamentale nello sviluppo della strategia per la Phc è il passaggio dalle dichiarazioni politiche all'applicazione programmatica. Molte cose possono non funzionare durante tale processo. Il distretto è la sede chiave in cui verificare e consolidare l'approccio della Phc.

L'efficacia del sistema sanitario distrettuale dipenderà da tre fattori tra loro correlati: quanto il sistema sarà effettivamente basato sui principi della Phc, il grado di decentramento e di supporto da parte del livello nazionale ed il livello di capacità dirigenziale del personale del distretto.

Parte seconda
Salute e politica nella Somalia contemporanea

5. LA STORIA POLITICA RECENTE DELLA SOMALIA[1]

di *Ioan M. Lewis*

La Somalia prima della Rivoluzione

La Repubblica somala (con una popolazione di circa 4.000.000 di abitanti più 750.000 profughi) fu istituita nel 1960, con l'unione della Somalia britannica e della Somalia italiana: in questo modo il principio dell'autodeterminazione fu applicato soltanto a due delle cinque comunità somale esistenti, lasciando escluse le comunità a Gibuti, in Etiopia e nel Kenya settentrionale. La realizzazione solo parziale dell'affrancamento nazionale ha condizionato sin da allora la politica interna ed estera della Somalia. Questa situazione, affiancata dalla politica espansionista dell'Etiopia, favorisce tuttora una profonda instabilità nella regione del Corno d'Africa.

Dal 1960 fino al colpo di stato militare del 1969, la repubblica somala ebbe una serie di governi civili, eletti a suffragio universale. Il partito dominante era la Lega della gioventù somala, un'organizzazione progressista nazionalista e pan-somala, nata nel 1943 come associazione giovanile. La Lega della gioventù somala, come d'altronde anche gli altri partiti minori, suoi rivali, era in pratica un'associazione mediatrice dei diversi interessi di alcuni clan.

Bisogna chiarire che la maggioranza della popolazione somala è

1. Su questo argomento si veda anche: *Halgan* (rivista ufficiale del Partito socialista rivoluzionario somalo), disponibile presso la Casa del popolo, casella postale 1204, Mogadiscio. Pubblicata mensilmente in somalo, arabo e inglese. *Corno d'Africa*, vol.XIII, nn.1 e 2, 1990. D. Laitin, S. Samatar, *Somalia: Nation in Search of a State*, Westview Press, Boulder, 1987. I.M. Lewis, *A Pastoral Democracy*, Holmes and Meier, New York, 1982. -- *Kim il Sung in Somalia*, in P. Cohen e W. Shack (eds.) *The Politics of Office*, Oxford U.P., London, 1979. --- *A Modern History of Somalia: Nation and State in the Horn of Africa*, Westview Press, Boulder, 1988. --- *The Western Somali Liberation Front and the legacy of Sheikh Hussein of Bali*, in J. Tubiana, (ed.), *Modern Ethiopia*, 1980. I.M. Lewis (ed.), *Nationalism and Self-Determination in the Horn of Africa*, Ithaca Press, London, 1982. L. Pestalozza, *Somalia, Cronaca della Rivoluzione*, Bari, 1973. J. S. Trimingham, *Islam in Ethiopia*, Oxford U.P., London, 1952. A. Wolczyk, «Il socialismo somalo: un'industria per il potere», *Concretezza*, Roma, 1982.

costituita da pastori nomadi profondamente fedeli al sistema tradizionale di divisione in clan, che garantisce la sicurezza e il benessere dei singoli membri. La solidarietà tra i membri di uno stesso clan, o tra clan alleati, si affermava nelle faide di sangue e nelle vendette collettive.

In effetti, lo sviluppo di un forte movimento nazionalista e di una vivace democrazia parlamentare non modificò questi vincoli di fedeltà, che rimasero fondamentali nella politica, nel governo e nell'amministrazione: poiché di fatto i legami familiari erano più importanti del grado di istruzione o della competenza professionale, il fenomeno del nepotismo indebolì progressivamente il governo e l'amministrazione pubblica.

I governi si reggevano su un implicito accordo di equilibrio tra i clan: ai clan maggiori era assegnato almeno un ministero. L'introduzione nella lingua somala della parola inglese (o italiana) «ex», usata come eufemismo per «clan», è significativa della tensione che si era creata tra le nuove aspirazioni nazionaliste e la realtà effettiva dei clan locali. Il «problema del tribalismo» fu risolto nominalmente con questo espediente linguistico, che rese possibile parlare delle realtà politiche del *presente* come se queste appartenessero al *passato*.

Il problema di politica interna più pressante nei primi anni di indipendenza della Somalia - oltre quello della corruzione dei rappresentanti parlamentari dei vari clan - consisteva nella necessità di amalgamare le tradizioni coloniali inglesi ed italiane, spesso contrastanti tra loro. Entro il 1964 si riuscì ad organizzare l'amministrazione della giustizia, la pubblica amministrazione e l'istruzione pubblica.

La coesione interna fu favorita dagli sforzi sempre più energici tesi alla risoluzione della questione pan-somala. Quando la Gran Bretagna, nella primavera del 1963, senza tener conto di una apposita commissione di inchiesta, proclamò che alle tribù somale del Kenya del nord non sarebbe stata concessa l'indipendenza separatamente dal resto del Kenya, la Repubblica somala interruppe le relazioni diplomatiche con il Regno Unito. Inoltre la Somalia iniziò a fornire appoggi clandestini al movimento nazionalista somalo, che conduceva la guerriglia nel nord del Kenya. Allo stesso tempo, la lunga serie di incidenti di frontiera con l'Etiopia era sfociata, nel 1964, in una vera e propria guerra aperta tra i due stati. In questo contesto il governo somalo, tendenzialmente filo-occidentale ma ufficialmente neutrale, guidato da un musulmano conservatore, rifiutò l'offerta di appoggio militare dell'occidente, in favore di un più consistente aiuto sovietico, ritenendo di non poter avvalersi dell'appoggio occidentale, quando lo stesso occidente forniva aiuti militari all'Etiopia e al Kenya.

Nel 1967, con l'elezione di un nuovo presidente (votato dall'Assemblea nazionale) e di un nuovo governo, si giunse ad una svolta nella questione pan-somala. Il nuovo primo ministro, proveniente dall'ex-protettorato britannico, cercò una distensione col Kenya e con l'Etiopia.

Fallita la guerriglia somala nella regione nord-orientale, furono ripristinate le relazioni diplomatiche con la Gran Bretagna, e la Somalia si trovò in una posizione di minore isolamento nell'ambito dell'Organizzazione per l'unità africana, i cui stati membri, molto sensibili alla inviolabilità delle frontiere, avevano sempre mostrato scarse simpatie per la questione pan-somala.

Nonostante le critiche che questa nuova politica aveva attirato su di sè, nel 1969, in occasione delle ultime elezioni generali in Somalia, il partito di governo, la Lega della gioventù somala, fu riconfermato al potere con un aumento di voti. Circa 62 partiti, la maggior parte dei quali celavano appena la loro sostanziale struttura di clan, presentarono oltre mille candidati per i 124 seggi dell'Assemblea. Questa situazione di anarchia, indicativa della potenza tuttora indiscutibile dei vincoli di clan, fu seguita da una impostazione di governo sempre più dispotica e da un ulteriore acutizzarsi del fenomeno del nepotismo e della corruzione. Non esisteva più un'effettiva opposizione parlamentare, tranne che all'interno dello stesso partito di governo.

L'assassinio del presidente, avvenuto il 15 ottobre del 1969 probabilmente nel contesto di una faida di clan, pose fine a questa situazione. Ovviamente il primo ministro cercò di assicurarsi l'elezione di un nuovo presidente che lo riconfermasse. Quando questo risvolto fu evidente, nelle prime ore del 21 ottobre, immediatamente prima della formale elezione del nuovo presidente, l'esercito si impadronì del potere con un «colpo di stato senza sangue».

I ministri e le altre personalità di rilievo, compreso l'autorevole ex-capo della polizia, furono messi agli arresti domiciliari; fu sospesa la costituzione, fu abolita la Corte suprema, fu chiusa l'Assemblea nazionale, e furono banditi i partiti politici.

Da quel momento il paese fu governato dal Consiglio supremo della rivoluzione (Csr), formato da 25 ufficiali militari e di polizia, di grado compreso tra i ranghi di generale e di capitano, sotto la presidenza del capo della polizia in carica, il generale Mohamed Siyad Barre.

Regime militare e «rivoluzione»

Il *golpe* era stato inizialmente organizzato da un gruppo di giovani ufficiali dell'esercito, intolleranti della corruzione, del nepotismo

e della inefficienza dei precedenti governi civili. Ma presto apparve chiaro che il nuovo capo di stato, presidente del Csr e comandante dell'esercito, il generale Siyad Barre, accentrava fermamente il potere nelle proprie mani. Il generale Siyad Barre, come anche il generale Mohamed Abshir, ex-capo della polizia e suo personale rivale (imprigionato, e liberato solamente nel 1982), era stato ispettore di polizia durante l'amministrazione militare britannica. Si era formato anche in Italia, dove aveva studiato scienze politiche. Sotto la sua presidenza, il Csr intraprese un'energica politica di riforme amministrative, con la collaborazione di un consiglio di ministri, per lo più civili e di stampo tecnocratico. I commissari distrettuali e i governatori provinciali furono sostituiti da militari, che assunsero la carica di presidenti dei consigli rivoluzionari locali, sullo stampo di quello di Mogadiscio.

I disoccupati urbani esclusi dal sistema tribale furono ingaggiati per una serie di lavori pubblici. Nell'ambito di un più ampio programma, teso ad abolire le tradizionali divisioni in clan e i relativi vincoli di fedeltà, incluso il sistema degli «ex», fu ripristinata la pena capitale in sostituzione delle faide e delle vendette sanguinose.

Il socialismo scientifico in Somalia

Questa politica assunse una particolare connotazione ideologica in occasione dell'anniversario del colpo di stato, nell'ottobre del 1970, con l'adozione ufficiale del socialismo scientifico (in somalo «condivisione scientifica dei beni»).

Il *golpe* era ormai considerato retrospettivamente una «rivoluzione senza sangue». Questa svolta nell'impostazione di uno stato musulmano rifletteva la crescente dipendenza dell'esercito dall'Unione Sovietica e l'orientamento idealistico dei giovani intellettuali, diffidenti nei confronti delle precedenti politiche filo-occidentali, e fu affiancata da campagne nazionali e «programmi di emergenza» contro la corruzione e il tribalismo: all'inizio del 1971, in cerimonie ufficiali, si bruciarono tutte le effigi che in qualche modo rappresentassero un impedimento anacronistico alla realizzazione del progresso.

Fu ufficialmente approvato l'uso dell'appellativo *jaalle* (letteralmente «compagno» o «amico») al posto di «zio» o «cugino», termini inaccettabili per l'evidente allusione ai vincoli di clan.

Furono costituiti comitati di vigilanza locali per l'attuazione dei piani di sviluppo sociale, spesso reclutando i disoccupati. I bambini bisognosi e senza famiglia furono accolti nei centri della Gioventù rivoluzionaria, dove venivano vestiti, nutriti ed istruiti nel nome dei

nuovi ideali rivoluzionari. Questi stessi valori furono introdotti anche a livello nazionale, come completamento dell'addestramento militare, nella ex accademia di Mogadiscio, ora ribattezzata Halane, dal nome di un tenente somalo morto nella guerra somalo-etiopica del 1964 nel tentativo di salvare i colori della sua nazione.

Il Ministero dell'Informazione e della Guida Nazionale introdusse il culto del capo di stato quale padre benevolo di una nazione la cui «madre» era la «gloriosa Rivoluzione». Tale culto, derivante dall'influenza culturale cinese, nord coreana, nasserita e sovietica, prevedeva la divulgazione delle massime e dei brani più significativi tratti dai discorsi del presidente (come, ad esempio: «parlare meno e lavorare di più»), tramite il giornale ufficiale di propaganda *La Stella di Ottobre* e i programmi radiofonici, che amalgamavano sapientemente questi temi con quelli di matrice marxista e con motivi islamici. Ovunque furono affissi manifesti raffiguranti la nuova triade regnante: *jaalle* Markis (Marx), *jaalle* Lenin e *jaalle* Siyad. Le mansioni politiche del presidente furono estese all'organizzazione nazionale di *apparatchiks*, centri di orientamento locali istituiti nei maggiori centri abitati.

Due organizzazioni ausiliarie avevano il compito di scoraggiare le «regressioni»: il Servizio di sicurezza nazionale (Nss), che aveva potere arbitrario di arresto e detenzione, e la Corte nazionale di sicurezza, che si occupava di giustizia sommaria.

La persistente influenza dei vincoli di clan, denunciata dal presidente in una serie di aspre arringhe, fu fronteggiata con la trasformazione delle otto provincie[2] della repubblica in 15 nuove regioni, comprendenti 78 distretti. Le denominazioni locali che facevano riferimento al nome di un clan furono sostituite con nuovi toponimi. Fu rivalutata l'individualità come unità basilare di identificazione invece della fedeltà al clan di appartenenza. I matrimoni, che per tradizione si svolgevano rigorosamente all'interno dei clan, furono da allora celebrati nei centri di orientamento, e svuotati dei significati tradizionali. I capi e gli anziani dei clan furono ribattezzati «cercatori di pace» (*nabad-doons)* e nominalmente integrati nella burocrazia di stato.

Il socialismo e l'economia

Questo assalto alla struttura tradizionale della società, a vantaggio di un suo rimodernamento, fu accompagnato da una politica di

2. Fino ad allora si era usata ironicamente l'espressione «nona provincia» come eufemismo per «prigione» o «esilio per rieducazione in Urss».

controllo statale dell'economia.

L'esportazione delle banane provenienti dalle piantagioni, per lo più private, delle zone fluviali a sud di Mogadiscio fu posta sotto il controllo di un'agenzia di stato, nell'ambito di un sistema molto simile al monopolio esercitato dai precedenti governi civili. La produzione locale di cereali fu controllata obbligando gli agricoltori a vendere tutto il raccolto, eccetto una piccola quantità destinata all'autoconsumo, a prezzi fissi all'Agenzia di sviluppo agricolo, che lo immagazzinava e ne organizzava la distribuzione e la vendita. Allo stesso modo un'agenzia di stato regolava le importazioni. Lo zuccherificio di Jowhar e lo stabilimento di produzione di carne in scatola di Kisimayo, che erano le principali industrie di questo paese, dedito essenzialmente alla pastorizia, furono ugualmente trasformate in imprese statali.

Tuttavia lo sviluppo di industrie e aziende agricole, che traevano gran parte della forza lavoro dalla popolazione carceraria, lasciava spazio considerevole all'iniziativa privata. Il sostegno dell'economia nazionale restava l'allevamento, con un graduale aumento della produzione di bestiame, che diventò il maggior prodotto della Somalia (mentre l'esportazione di banane diminuì drasticamente tra il 1970 e il 1980).

Il bestiame veniva esportato ai mercati arabi tramite imprese private; le pelli e il cuoio erano esportati per lo più tramite un'agenzia governativa.

Le compagnie di *import-export* e le imprese di costruzione private erano ancora molto redditizie, e, in scala minore, anche le piccole imprese urbane, i negozi e le cooperative commerciali seguivano i vecchi schemi dell'impresa privata.

L'alfabetizzazione

Gli obiettivi rivoluzionari del Consiglio supremo della rivoluzione furono perseguiti rapidamente grazie ai piani di emergenza nazionali, inaugurati solennemente dal presidente con cerimonie militari.

Le campagne più imponenti furono quelle per l'alfabetizzazione della popolazione urbana e rurale del 1973 e 1974. I precedenti governi civili non avevano mai avuto il coraggio di adottare e divulgare una scrittura ufficiale somala. La questione era controversa: l'opinione pubblica era divisa tra i fautori dei caratteri arabi, di quelli latini, o delle varie scritture locali.

Il regime di Siyad optò per il sistema di scrittura latino, che si proponeva come la forma più adatta, e procedette alla promozione dell'alfabetizzazione di massa. Nella campagna urbana del 1973

tutti i funzionari vennero sottoposti a corsi intensivi, che dovevano superare al fine di mantenere il posto di lavoro. Inoltre, i corsi volontari di alfabetizzazione per adulti si rivelarono efficaci, e riscossero un buon successo di pubblico.

L'operazione fu estesa l'anno seguente alla popolazione rurale nazionale, per lo più nomade, attraverso una Campagna per lo sviluppo rurale, che si avvaleva dell'opera di circa tremila studenti di scuola superiore con i loro insegnanti.

Il programma fu ampliato anche a nozioni sanitarie e di veterinaria, ma sfortunatamente coincise con una delle più tremende siccità nella storia della Somalia, durante la quale 250.000 nomadi persero gran parte del proprio bestiame e dovettero essere raccolti in campi di assistenza, e più tardi raggruppati in comunità agricole o di pesca, per lo più nel sud del paese.

Recrudescenza della lotta pan-somala, 1974-78

Nella prima fase del regime del generale Siyad, che si può far coincidere con gli anni 1969-74, fu necessario affrontare alcuni problemi di politica interna, quali lo sviluppo economico locale e il consolidamento dell'autorità del regime. L'anno 1974 segnò l'inizio di una nuova fase di espansione. In quell'anno la Somalia entrò a far parte della Lega Araba, guadagnando così un certo prestigio nei confronti dell'Unione Sovietica, e inoltre ospitò e presiedette l'Organizzazione per l'unità africana.

Questa nuova posizione di rilievo mise in maggiore evidenza la questione pan-somala, su cui ricadde inevitabilmente l'attenzione in occasione del rovesciamento, in Etiopia, del regime di Haile Selassie.

Il regime militare in Somalia aveva introdotto la consueta retorica anti-imperialista (del tutto inesistente nel paese prima del 1969), e questa veniva ora indirizzata contro la Francia, in relazione alla questione di Gibuti, e contro l'Etiopia. Naturalmente l'appoggio dell'Africa si limitò alla questione dell'autodeterminazione di Gibuti.

Alla vigilia della proclamazione dell'indipendenza di Gibuti, il Fronte di liberazione della Somalia occidentale, con i suoi alleati, iniziò una campagna per l'espulsione degli etiopici dal territorio etnico somalo, interrompendo la linea ferroviaria per Addis Abeba, di grande valore strategico. Con l'appoggio segreto e prudente della Somalia, il Fronte di liberazione della Somalia occidentale condusse un tremendo attacco e, nel tardo settembre del 1977, giunse alle porte di Harare, incalzando la ritirata delle truppe etiopiche, completamente demoralizzate. Quando la Russia allestì

un massiccio ponte aereo, servendosi di armamenti sofisticati, consiglieri militari e truppe di combattimento provenienti da Cuba e dallo Yemen del sud, le relazioni tra la Somalia e l'Unione Sovietica si deteriorarono bruscamente. L'inevitabile rottura si verificò il 13 novembre 1977, meno di un mese dopo la riuscita operazione di salvataggio di un jet della Lufthansa dirottato all'aeroporto di Mogadiscio, che aveva creato le condizioni favorevoli perché l'occidente offrisse alla Somalia un aiuto senza precedenti.

L'esodo dei sovietici dal paese e le vittorie iniziali nell'Ogaden crearono una diffusa euforia e accrebbero la popolarità del regime di Siyad. Invece, nella primavera del 1978 la Somalia subì una terribile sconfitta: con l'aiuto delle truppe sovietiche e cubane e una grande superiorità di mezzi, l'Etiopia ristabilì il proprio dominio nell'Ogaden. Il regime di Siyad fu scosso alle fondamenta. Nonostante la Somalia si aspettasse che gli Stati Uniti assumessero il ruolo di super-potenza protettrice al posto dell'Unione Sovietica, questo in effetti non avvenne: data la delicatezza della questione dei confini africani, gli aiuti americani e dell'occidente furono circoscritti all'ambito civile. Questo episodio incrinò i rapporti con l'occidente, ed esacerbò la situazione di instabilità interna, già aggravata dall'esito della guerra dell'Ogaden.

Dal monopartitismo alla dittatura

Nel giugno del 1976 il generale Siyad, in parte per rispondere alle pressioni sovietiche, conferì al partito una struttura molto complessa, istituendo un Consiglio supremo di 73 membri e un Comitato centrale che includeva i membri del Consiglio supremo della rivoluzione. Il generale Siyad mantenne le cariche di presidente della repubblica, segretario del partito e presidente del Consiglio dei ministri, comprendente anche la qualifica di vicepresidente. Nel 1979, per placare il malcontento e le critiche suscitate dalla vittoria etiopica del 1978, il presidente Siyad promulgò una nuova costituzione, che teoricamente garantiva i diritti della popolazione e un parlamento popolare.

Entro il 1980 un milione accertato di profughi dall'Ogaden aveva cercato asilo in Somalia, e le risorse del paese erano al limite; in quell'anno venne ripristinato il Consiglio supremo della rivoluzione e fu imposta la legge marziale.

Nonostante la complessità delle strutture di governo, e nonostante il tribalismo fosse stato ufficialmente bandito, la popolazione somala riteneva che il regime si fondasse sostanzialmente sui vincoli familiari del presidente, simboleggiati dalla sigla «mod»: la «m» era la lettera iniziale del suo clan, Marehan; la «o» quella del

clan della madre, Ogaden, e la «d» quella del clan di suo genero, capo del servizio di sicurezza nazionale. La terribile sconfitta e l'invasione dei profughi provocarono il rapido generalizzarsi del malcontento popolare e una netta recrudescenza del «tribalismo», dovuta alla tendenza dei diversi gruppi ad individuare capri espiatori per giustificare la grave situazione di crisi.

Nell'aprile del 1978, immediatamente dopo la ritirata somala, fallì un *golpe* organizzato da ufficiali appartenenti al clan Majerteyn (Darod), che aveva avuto un ruolo determinante nei governi civili. Dopo il fallimento del colpo di stato, i golpisti scampati all'arresto formarono un gruppo di guerriglia di opposizione, il Fronte democratico per la salvezza della Somalia (*Somali Salvation Democratic Front*, Ssdf), che stabilì il suo quartier generale operativo oltre la frontiera etiopica. Dopo alcuni successi iniziali, conseguiti grazie all'appoggio dell'Etiopia, l'organizzazione e il nucleo del clan, che operava in Somalia, vennero duramente assoggettati. Il fatto che i ribelli Majerteyn avessero cercato aiuti in Etiopia è indicativo tanto della loro scarsa fiducia nella riuscita della ribellione, quanto dello stato di disgregazione della solidarietà nazionale in Somalia.

Nel frattempo, si era formato il Movimento nazionale somalo (Snm), il principale protagonista della guerra civile che, malgrado il nome, faceva capo prevalentemente ai clan Isaaq della Somalia centro-settentrionale, e dichiarava apertamente la proprio ostilità al regime di Siyad. Come il Fronte democratico per la salvezza della Somalia, anche il Movimento nazionale somalo riuscì a stabilire il proprio quartier generale operativo oltre la frontiera etiopica, da dove diresse una serie di attacchi temerari.

Dai primi anni '80 la Somalia settentrionale fu soggetta a un regime militare sempre più rigido, che operava crudeli rappresaglie tra la popolazione, accusata di essere a favore del Snm , e sottoposta a dure vessazioni politiche ed economiche [3]. Il nord che ho avuto occasione di vedere durante il mio ultimo viaggio in Somalia, nel 1985, iniziava ad assumere l'aspetto e i comportamenti di una colonia sotto la tirannia di un regime militare straniero.

Pace con l'estero, guerra all'interno

Dopo la sconfitta nella guerra dell'Ogaden la Somalia aveva continuato ad appoggiare, sebbene solo nominalmente, il Fronte di liberazione della Somalia occidentale (tuttora fonte di preoccupa-

3. I.M. Lewis, *A Modern Histrory of Somalia: Nation and State in the Horn of Africa*, Westview Press, Boulder, 1988, p.252.

zione per l'Etiopia), espressione degli Ogaden; però la situazione di instabilità creata dal Fronte democratico per la salvezza della Somalia e dal Movimento nazionale somalo indusse il presidente Siyad a cercare un accordo con l'Etiopia. La volontà del regime di operare in questo senso divenne ancora più evidente nel maggio del 1986, quando il presidente rimase vittima di un incidente d'auto quasi fatale, e venne alla luce l'inaffidabilità della sua famiglia.

Dopo l'incontrastata rielezione del presidente per i successivi sette anni, fu formato un nuovo governo, nel febbraio del 1987. Per la prima volta dopo il colpo di stato veniva nominato un nuovo primo ministro, il fedele generale Samatar. Il presidente Siyad aveva comunque consolidato la posizione del proprio clan, all'interno del quale si andava inasprendo la lotta per la sua successione. Ormai i Marehan dominavano indiscutibilmente l'esercito, e il figlio di Siyad, il generale Maslah fu messo a capo di una speciale unità di comando nel nord del paese. La vecchia alleanza «mod» iniziava a sgretolarsi, almeno ai livelli superiori, e i Marehan tentarono di fronteggiare questa situazione di crescente instabilità: i tempi erano maturi per assicurarsi la collaborazione etiopica nella lotta al Movimento nazionale somalo e al Fronte democratico per la salvezza della Somalia.

Nell'aprile del 1988, a ulteriore dimostrazione che la solidarietà pan-somala si era del tutto sgretolata, il presidente Siyad e il presidente Mengistu firmarono finalmente un accordo di pace, normalizzando le loro relazioni e impegnandosi reciprocamente a non appoggiare oltre i dissidenti dei rispettivi paesi. Così Siyad interruppe gli aiuti al Fronte di liberazione della Somalia occidentale (che in quel periodo veniva contrastato da una organizzazione anti-Siyad, il Fronte nazionale per la liberazione dell'Ogaden) e Mengistu interruppe gli aiuti al Ssdf e al Snm . Ciò provocò l'attacco immediato del Movimento nazionale somalo alle installazioni militari nel nord della Somalia, dando inizio alla guerra civile tra il regime e i membri del clan Isaaq .

Il costo in vite umane fu altissimo. Migliaia di civili furono uccisi o feriti, e almeno mezzo milione di persone abbandonarono le loro case per cercare asilo oltre confine, in Etiopia o nella Repubblica di Gibuti. Circa 400.000 Isaaqi, per la maggior parte donne, bambini e anziani, si trovano ora in precari campi profughi nell'Ogaden. Nello stesso tempo la popolazione maschile di profughi ogadeni nella Somalia del nord, che per molto tempo era stata costretta al reclutamento forzato nell'armata somala, fu arruolata in un corpo paramilitare per combattere il Movimento nazionale somalo e presidiare i posti di blocco stradali. I profughi ogadeni vennero incoraggiati a impossessarsi di ciò che restava dei negozi e delle abitazioni degli Isaaqi in quelle che apparivano città fantasma.

Alcuni Isaaqi, tuttavia, si allearono con parte degli Ogadeni, e nel 1989 costituirono il Movimento patriottico somalo, che, insieme al Congresso dell'unità somala (Usc), di recente formazione, e di matrice Hawiye, iniziò ad attaccare le truppe di Siyad nel sud del paese. L'insurrezione contro la tirannia di Siyad cominciò ad assumere una dimensione veramente nazionale e l'opposizione attiva crebbe palesemente nell'entroterra meridionale, mentre diminuì progressivamente l'area sotto il controllo effettivo delle truppe del regime. Nell'estate del 1990 i vari gruppi di opposizione tentarono di costituire un fronte unitario contro Siyad, e a quel punto iniziò a delinearsi la fine del suo regime rovinoso.

Alla fine del gennaio 1991 il Movimento nazionale somalo aveva definitivamente sconfitto le truppe di Siyad nel nord e poteva consolidare la propria posizione nella zona. Sempre nel gennaio 1991 la frazione di Mogadiscio del Congresso dell'unità somala, in parte proveniente da un precedente sodalizio col Snm e composta prevalentemente da membri del clan Hawiye, riuscì a debellare Siyad e i suoi ultimi seguaci. Forte di questo clamoroso successo lo Usc formò rapidamente un governo provvisorio, presieduto dal capo del clan Hawiye. I ministri furono scelti tra i membri degli altri clan della città.

Siyad si rifugiò nel territorio del suo clan nel Gedo, dove tentò di mobilitare e manipolare la solidarietà pan-Darod. Gli appelli all'unità dei Darod venivano avvalorati dai continui atti di vendetta dei giovani hawiye, che uccidevano indiscriminatamente la gente Darod - soprattutto i membri del clan Dulbahante legati al Nss. Così la compagine eterogenea dei Darod (che comprendeva, sembra, alcuni membri del Movimento patriottico somalo e del Fronte democratico per la salvezza della Somalia così come appartenenti al clan Marehan), si impegnò in una serie di scontri con le forze dello Usc tra Mogadiscio e il porto di Kisimayo, a sud. In aprile, dopo aspri combattimenti, lo Usc occupò Kisimayo, causando un nuovo esodo di profughi Darod verso l'Etiopia e il Kenya. La sconfitta dei Darod non fu comunque determinante, e il ruolo dell'importante clan Majerteyn e della sua propaggine armata, il Ssdf, rimase ambiguo. Nel frattempo Siyad si trovava nel quartier generale del suo clan, sul primo tratto del fiume Juba. Nelle interviste rilasciate ai pochi giornalisti che riuscivano a contattarlo, dal Kenya continuava a proclamarsi il capo costituzionale dello stato.

La rinascita della Somalia

Questo periodo di conflitti nel sud fu caratterizzato da una serie di intricate manovre tra clan. Il «governo provvisorio» nominato

dal Congresso dell'unità somala a Mogadiscio inviò il primo ministro - appartenente al clan Isaaq - e altri ministri in missione diplomatica all'estero per ottenere il riconoscimento internazionale. Tale riconoscimento avrebbe avuto effettivo valore solo se accompagnato da un diffuso consenso all'interno del paese, così il governo di Mogadiscio tentò contemporaneamente di stabilire un dialogo con il Movimento nazionale somalo e gli altri movimenti come premessa per la formazione di un nuovo governo di coalizione nazionale.

Il fatto che l'attuale primo ministro fosse una figura di prestigio all'interno del clan Isaaq sembrava garantire la possibilità di un accordo tra i vari movimenti. In realtà avvenne il contrario: il Snm giudicava il primo ministro troppo strettamente legato al precedente regime di Siyad e rispose senza entusiasmo agli approcci del governo. La diffidenza del Snm trovava ulteriore giustificazione nel protrarsi del conflitto armato a sud e nel fatto che lo stesso Usc appariva instabile a causa dei contrasti tra i clan al suo interno.

Nel corso del congresso tenutosi i primi di maggio, il Movimento nazionale somalo raggiunse un accordo con gli altri clan non Isaaq della regione corrispondente all'ex-protettorato britannico e il 17 maggio 1991, in linea con le aspettative dell'opinione pubblica locale, annunciò che la regione settentrionale del paese avrebbe ripristinato l'indipendenza dal sud con il nome di *Somaliland Republic*. Questa decisione rifletteva il desiderio di procedere alla ricostruzione del nord, devastato dalle truppe di Siyad, e la volontà di prendere le distanze dalla persistente situazione di caos nel sud.

Così la Repubblica somala è attualmente divisa in due stati, corrispondenti ai vecchi protettorati - britannico e italiano - ciascuno con un governo provvisorio. Entrambi cercano disperatamente di ottenere aiuti internazionali e il riconoscimento diplomatico. Sebbene non direttamente determinata da antagonismi tra clan, la divisione della Somalia è stata certamente esacerbata da questi conflitti, specialmente quelli tra gli Isaaq del nord e i Darod del sud.

Una terribile eredità

Nell'estate del 1990, alla fine del regime di Siyad, si poteva leggere il triste stato di decadenza della Somalia nel crollo delle leggi, dell'ordine e dei servizi pubblici, compresi quelli dell'acqua e dell'elettricità.

L'economia era in rovina, la fiorente industria di esportazione di bestiame era stata devastata dalla guerra nel nord, e i paesi occidentali da cui la Somalia dipendeva avevano tagliato i loro sussidi in segno di disapprovazione per il regime di Siyad e per le sue de-

plorevoli violazioni dei diritti umani. Nonostante le ripetute provocazioni, e per motivi rimasti oscuri, solo l'Italia, dei paesi del blocco occidentale, continuò a fornire alla Somalia aiuti considerevoli. Avendo bisogno di aiuti militari urgenti, Siyad si rivolse - nuovamente - alla Libia, che in precedenza aveva appoggiato i guerriglieri dell'opposizione. Per più di dieci anni si era verificato un esodo di professionisti competenti verso il Golfo o altre destinazioni. Pochi intellettuali rimanevano, e i servizi pubblici, minati dal nepotismo e dalla corruzione, erano in un grave stato di decadenza.

Anche il servizio sanitario, sebbene non fosse mai stato all'avanguardia delle istituzioni politicamente importanti, era nello stesso stato di degrado. Gran parte dei medici qualificati avevano lasciato il paese, e, con la chiusura dei centri sanitari privati, venivano a mancare le attrezzature sanitarie, in particolar modo fuori della capitale. Nel 1960, quando la Somalia aveva affrontato l'indipendenza, il paese godeva di dispensari locali che garantivano l'assistenza sanitaria nelle zone rurali, e si avvalevano di personale specializzato. Anche se la qualità di questo servizio non venne migliorata nei primi anni dell'indipendenza, venne almeno mantenuta allo stesso livello. Invece, dopo il 1969, nonostante le promesse della retorica socialista, nonostante aumentasse il personale medico autoctono, e malgrado gli sforzi di *équipe* mediche straniere, si verificò una graduale decadenza dei servizi fuori di Mogadiscio. La causa prima di questa involuzione va individuata, a mio parere, nella politicizzazione totale delle istituzioni, nel dilagare del nepotismo e della corruzione, e nel generale declino del livello di professionalità. E' questa una delle eredità più corrosive, e meno facilmente reversibili, lasciate dal regime di Mohamed Siyad Barre.

Adesso, e per gli anni a venire, appare urgente in entrambi gli stati, al nord come al sud, la ricostituzione di un governo civile e dei servizi sociali fondamentali, soprattutto del servizio sanitario.

6. ORGANIZZAZIONE DELLA «PRIMARY HEALTH CARE» IN SOMALIA

di *Mohamed A. Alasow*

Situazione sanitaria

Non è facile determinare con precisione il quadro delle necessità sanitarie della Somalia. Le informazioni sulla prevalenza delle malattie sono infatti scarse e poco aggiornate. L'ultimo studio condotto su tutto il territorio nazionale risale al 1980-82. Il 48% dei bambini esaminati in quell'occasione soffriva di infestazioni parassitarie, il 33% di malattie degli occhi, il 10% di malattie della pelle, il 6% di schistosomiasi, il 4% di anemia, il 2% di malattie respiratorie, il 2% di malaria[1]. Furono anche calcolati un quoziente di natalità di 44 per mille, un tasso di mortalità generale di 13-15 per mille e di mortalità infantile di 146-180 per mille e una aspettativa di vita alla nascita di 42 anni. Il Piano sanitario nazionale del 1980-85 stimava che il 2% dei bambini di età inferiore a 5 anni soffriva di malnutrizione lieve o grave.[2] Altre notizie possono essere ricavate dai registri delle strutture sanitarie. I dati dell'ospedale Banadir mostravano che il 60-70% dei bambini che frequentavano gli ambulatori soffriva di diarrea. Nel 1986 a tutte le autorità regionali locali furono inviati questionari relativi ai casi riportati sui registri degli ambulatori e degli ospedali. La maggioranza dei casi di mortalità di bambini di età inferiore a cinque anni risultava dovuta a diarrea, infezioni respiratorie, morbillo e malaria[3]. La precarietà delle condizioni sanitarie e igieniche contribuiva al diffondersi di molte malattie, specialmente delle malattie diarroiche e delle infestazioni di parassiti intestinali.

1. A.Y. Aliyo and M.A. Omar, *Health Information Bullettin*, Department of Training, Ministry of Health Somali Democratic Republic, 1987.
2. *National Health Plan 1980-85*, Ministry of Health, Somali Democratic Republic.
3. G. Slutkin, *Phc development towards improved disease control. Questionnaire Report on Primary Health Care*, Ministry of Health-Usaid, 1987.

Secondo le statistiche nazionali, nel 1985 i solo il 20% della popolazione rurale e il 60% della popolazione urbana aveva le possibilità di procurarsi acqua potabile. La maggioranza della popolazione rurale non disponeva di mezzi per lo smaltimento dei rifiuti solidi ed organici e ciò costituiva una minaccia costante di contaminazione. I sistemi di fognatura convenzionali erano presenti solo in alcuni quartieri urbani. La scarsa igiene alimentare, le abitazioni malsane e il sovrappopolamento delle aree urbane aggravavano ulteriormente la situazione.

Il governo somalo e il Ministero della Sanità appprovarono la strategia della *Primary Health Care* (Phc), che mirava al miglioramento delle condizioni di vita - e quindi dello stato di salute - della popolazione somala entro l'anno 2000.

Lo sviluppo dei servizi sanitari basato sulla Phc fu sostenuto dal primo Piano sanitario nazionale (1980-85). Il primo esperimento di introduzione del sistema di Phc fu effettuato in due delle 18 regioni del paese, Bay e Togdheer, con il finanziamento della *United States Agency for International Development* (Usaid), dal settembre 1981 al settembre 1985.

La crisi dei profughi in Somalia

L'emergenza creatasi con l'improvviso flusso di profughi provenienti dall'Ogaden nel 1979 ebbe importanti ripercussioni sulla politica condotta dal Ministero della Sanità. In seguito alla sconfitta subita nel 1978 dalle forze alleate del Fronte di liberazione della Somalia occidentale e dell'esercito regolare somalo ad opera dell'esercito etiopico, spalleggiato dall'Unione Sovietica, la popolazione somala dell'Ogaden si riversò in gran numero in territorio somalo. In seguito, nel 1980, una forte siccità provocò una migrazione di pastori nomadi verso i campi che erano stati allestiti per i profughi.

Con l'aiuto dello *United Nations High Commissioner for Refugees* (Unchr) furono allestiti 35 campi in quattro diverse regioni del paese. I soccorsi furono resi difficili dalla insufficienza della rete di strade e di comunicazioni e dalla carenza di mezzi di trasporto e di carburante. Questa situazione favorì il dilagare della malnutrizione e delle epidemie di morbillo e di malattie diarroiche.

Per fronteggiare questa emergenza il governo somalo chiese aiuto alla comunità internazionale. All'inizio del 1981 circa venti organizzazioni di volontari fornivano assistenza sanitaria nei trentacinque campi. Il programma di assistenza ai profughi in Somalia si differenziava da quello di altri paesi, come la Thailandia e il Sudan, per la presenza di una forte unità coordinatrice all'interno

del Ministero della sanità, la *Refugee Health Unit* (Rhu), che si avvaleva di molti medici somali e di infermiere competenti, oltre che di alcuni consiglieri tecnici esiliati. La Rhu si impegnò in un programma sanitario su scala nazionale, che mirava alla formazione di operatori sanitari tra i profughi, alla standardizzazione dei farmaci e delle vaccinazioni, alla attuazione di misure di emergenza e all'educazione sanitaria.

Non furono allestiti ospedali da campo e fu evitato l'uso di attrezzature sofisticate, al fine di realizzare un programma di assistenza duraturo, che coinvolgesse gli stessi profughi, mettendoli in condizione di sopravvivere dopo l'inevitabile ritiro delle organizzazioni internazionali.

La Rhu conseguì notevole successo nella standardizzazione dell'assistenza sanitaria. Oltre al netto miglioramento delle condizioni di salute dei profughi (tra il 1980 e il 1983 il tasso di mortalità infantile diminuì da almeno 200 per mille a 89 per mille), un successo ancora maggiore del programma consistette nella formazione di oltre 2000 operatori sanitari tra i profughi. Dopo il ritiro della maggior parte delle organizzazioni internazionali nel 1983, questi operatori hanno assicurato l'assistenza primaria, guidati da un ristretto numero di infermiere e medici somali.

Nonostante il governo somalo fosse uno dei firmatari della Dichiarazione di Alma Ata, in effetti molto poco era stato fatto nel paese per trasformare l'assistenza sanitaria di tipo urbano-ospedaliero, fino all'emergenza creatasi con l'affluenza dei profughi ogadeni nel paese. L'opera della Rhu è stata acclamata come esempio di attuazione della Phc nel contesto di una difficile situazione di emergenza.

Il Ministero della Sanità (Moh) progettò un piano quinquennale fondato sul concetto di Phc, sulla base delle esperienze della Rhu nell'assistenza ai profughi, e chiese l'intervento delle organizzazioni impegnate nei campi profughi per di realizzare il programma di Phc in tutto il paese.

Definizione di «Primary Health Care»

Con l'approvazione della risoluzione 43 della 30ª Assemblea mondiale della sanità e della Dichiarazione di Alma Ata del 1978, il governo somalo accettò l'approccio della Phc nell'edificazione del sistema sanitario somalo. Queste risoluzioni erano conformi a quanto già dichiarato negli articoli 55 e 56 della Costituzione somala, dove si conferisce allo stato la responsabilità della prevenzione e del controllo delle malattie infettive, dell'igiene ambientale e dell'assistenza medica a tutti i cittadini.

Il governo somalo, in linea con la Dichiarazione di Alma Ata, definisce la Phc come « assistenza primaria, fondata su metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, attuabili ad un costo sostenibile tanto per la comunità quanto per il paese». La Phc prevede:

- educazione sanitaria;
- educazione alimentare;
- approvvigionamento di acqua potabile e costruzione di servizi igienici;
- miglioramento della salute materno-infantile e pianificazione familiare;
- vaccinazione contro le malattie infettive;
- prevenzione e controllo delle malattie endemiche;
- trattamento delle malattie più comuni e degli incidenti meno gravi;
- approvvigionamento di farmaci essenziali;
- promozione dell'igiene mentale.

Il Moh pianificò un modello base di Phc che consisteva in una rete di strutture sanitarie organizzata secondo quattro diversi livelli di assistenza ed attrezzata per fornire assistenza sanitaria a tutta la popolazione di una regione.

Primary Health Care Post

Al primo livello , a diretto contatto con la popolazione, sono previsti i *Primary Health Care Post* (Phcp), ciascuno destinato all'assistenza di mille individui. Il personale è composto da un operatore sanitario (*Community Health Worker*, Chw) e da una levatrice tradizionale (*Traditional Birth Attendant*, Tba), entrambi scelti dalla comunità tra i suoi membri ed addestrati all'adempimento dei servizi ordinari. I Phcp si occupano dell'assistenza primaria, dell'educazione sanitaria, dell'igiene e della raccolta dei dati. Più precisamente, le funzioni previste sono:

- individuare i soggetti a rischio tra le donne incinte;
- espletare i parti regolari;
- fornire, ove necessario, integrazioni alimentari prima e dopo il parto;
- fornire consigli sull'alimentazione e la cura dei neonati;
- praticare la reidratazione orale nei casi di diarrea;
- individuare i casi di malnutrizione;
- offrire un'assistenza primaria e trattare le malattie più comuni;

- trattare le malattie prioritarie per la salute pubblica come la tubercolosi, la malaria, la schistosomiasi;
- svolgere attività di educazione sanitaria e guidare la progettazione di opere igienico-sanitarie;
- collaborare nelle attività di sviluppo del villaggio;
- selezionare i bambini idonei alle vaccinazioni;
- segnalare i focolai epidemici;
- registrare i nati e i morti.

Primary Health Care Unit

Le *Primary Health Care Unit* (Phcu) sono destinate ad una popolazione di 10.000-15.000 individui. In ogni distretto sono previste quattro o più Phcu, in relazione al numero degli abitanti. Oltre ai Chw, il personale comprende un'ostetrica, un tecnico di sanità, un'infermiera e un tecnico di laboratorio. Ogni Phcu espleta le stesse mansioni dei Phcp ma in più si occupa anche dei casi più difficili, provvede alla formazione dei Chw e delle Tba e sovraintende alle attività dei Phcp nella zona. Le Phcu si occupano dell'organizzazione tecnica e logistica dei Phcp, e fungono da collegamento tra i Phcp e gli organi superiori. Le mansioni delle Phcu, oltre quelle espletate anche dai Phcp, sono:

- formare e controllare il personale dei Phcp;
- controllare l'attività medica nei Phcp;
- segnalare i casi più difficili al *District Health Center* (Dhc);
- dirigere i servizi sanitari scolastici;
- organizzare le campagne periodiche di vaccinazioni;
- identificare e trattare i casi di malaria e tubercolosi;
- provvedere all'approvvigionamento e alla fornitura di attrezzature ai Phcp;
- controllare le relazioni inviate dai Phcp e inoltrare queste e le proprie al Dhc;
- controllare le iniziative di igiene ambientale.

District Health Center

I Dhc sono destinati ad una popolazione di 40.000-60.000 individui. Ogni Dhc è situato in prossimità dell'ospedale distrettuale e funge da centro direzionale di tutte le attività di Phc nel distretto. Ogni Dhc è dotato di laboratorio e di attrezzature radiologiche. Lo *staff* è identico a quello delle Phcu, con l'aggiunta di un medico e di personale amministrativo.

Regional Health Center

I *Regional Health Center* (Rhc) svolgono le stesse attività dei Dhc, ma si trovano in prossimità dell'ospedale regionale, e sovraintendono a tutti i Dhc nella regione. In più i Rhc si occupano di:

- formare e controllare il personale delle Phcu nel distretto;
- trattare i casi segnalati dalle Phcu;
- segnalare i casi più difficili all'ospedale di distretto;
- compilare un registro dei casi accertati di tubercolosi, malaria e schistosomiasi nel distretto;
- dirigere le attività mediche svolte dalle Phcu e dai Phcp;
- analizzare i rapporti delle Phcu; inoltrare questi e i propri rapporti all'ufficio sanitario regionale;
- fornire attrezzature e medicinali alle Phcu;
- pianificare e controllare i programmi di igiene ambientale;
- pianificare e controllare i programmi di educazione sanitaria.

I meeting della «Primary Health Care»: un primo bilancio (1980 - 1989)[4]

Al termine del primo quinquennio di applicazione della Phc, il Ministero della Sanità somalo tentò un bilancio delle attività di Phc nell'ambito di una serie di incontri nazionali aperti agli operatori e coordinatori sul campo, sia somali che appartenenti ad organismi stranieri o internazionali.

Nel 1985 si svolsero, a distanza di cinque mesi l'uno dall'altro, due successivi incontri: il *First* e il *Second Inter-Agency and Government Meeting on Primary Health Care*. Scopo degli incontri era quello di stabilire, secondo le parole dell'allora ministro della sanità, «[...]quanto, e con quale ritmo, la Somalia stia attuando un reale programma nazionale integrato di Phc.»[5]

Nel corso dei due incontri, ai quali parteciparono i rappresentanti di ventiquattro tra agenzie internazionali ed estere e organizzazioni non governative, furono messi in evidenza i seguenti problemi:

- difficoltà di comunicazioni centro-periferia;
- scarso coordinamento , da parte dell'unità centrale della Phc, tra i programmi in corso di attuazione nelle varie regioni;

4. Di Rosa D'Arca.

5. Yusuf Hassan Elmi,*Opening Speech*, «Proceedings of the First Inter-Agency and Government Meeting on Primary Health Care», Ministry of Health, Government of the Somali Democratic Republic, Mogadishu, 30 March - 2 April 1985.

- mancanza di un efficiente sistema informativo;
- difficoltà logistiche, soprattutto nel settore dei trasporti e dell'approvvigionamento a livello regionale;
- differenze tra i programmi di formazione del personale attuati, nelle varie regioni, da agenzie diverse;
- alto tasso di avvicendamento del personale (somalo) formato, specialmente tra coloro che lavoravano a livello regionale;
- carenza di personale sanitario somalo qualificato per la gestione delle attività di Phc, sia a livello centrale che sul campo;
- difficoltà a coinvolgere le comunità locali, soprattutto nella retribuzione dei Chw.

Sulla base delle relazioni e dei lavori dei due *meeting* il Ministero della Sanità mise a punto un documento di «Linee guida per la Phc *(Phc Guidelines)* che tuttavia non fu unanimemente accolto come il punto di riferimento per la pianificazione delle attività.

Quattro anni più tardi, all'inizio del novembre 1989, si svolse a Mogadiscio una Conferenza nazionale sulla Phc. Da essa emerse che i concetti della Phc erano stati recepiti nella pianificazione sanitaria nazionale e che tutti i programmi «verticali» erano stati integrati nelle strutture di Phc ed erano passati sotto la responsabilità del coordinatore regionale della Phc. Inoltre, in linea con i principi stabiliti nel *National Health Development Plan 1989-1991* la funzione di *Regional Medical Officer* era stata unificata con quella di *Regional Phc Coordinator* e i dipartimenti del Ministero erano stati riorganizzati di conseguenza.

Fu riconosciuta, d'altra parte, la necessità di concentrare gli sforzi sulla attuazione pratica della Phc, non ancora completamente operativa. Tra le misure ritenute fondamentali a questo scopo si individuarono: una ulteriore promozione della strategia di Phc all'interno del Ministero della Sanità; il decentramento delle risorse finanziarie; una migliore qualificazione manageriale e maggiori sforzi di collaborazione intersettoriale, nonché la definizione di politiche e di meccanismi gestionali essenziali per attuare reali programmi integrati di Phc a livello periferico. Si auspicò l'attivazione di un efficiente sistema informativo sanitario, anche se fu rilevata l'esistenza di grandi difficoltà nel raccogliere dati oggettivi.

Furono presentati, a questo proposito, i primi dati relativi allo stato della Phc nel paese (tab. 1)[6].

6. I dati furono raccolti tramite un questionario sottoposto dalla Direzione della Phc del Ministero a tutte le regioni, da compilarsi congiuntamente a cura del *Regional Medical Officer*, del *Phc Coordinator* e dei rappresentanti delle agenzie donatrici. A causa della instabile situazione presente in alcune zone deo paese, solo dieci delle dodici regioni interpellate inviarono i dati richiesti, pari a 31 distretti. Parimenti, non furono disponibili chiarimenti sulla completezza e accuratezza dei dati raccolti.

Tab. 1 - Estensione della Phc in 31 distretti della Somalia nell'anno 1989

Personale sanitario qualificato	
Medici locali	42
Medici espatriati	10
Infermieri di Phc	52
Ostetriche di Phc	35
Tecnici di laboratorio	22
Assistenti sanitari di Phc	33
Villaggi serviti da attività di Phc	550
con *Health Post*	373
senza *Health Post*	178
Personale formato	
Chw	578
Tba	625
Ospedali distrettuali	31
provvisti di acqua corrente	14
posti letto	985
Pazienti ambulatoriali (media mensile)	16.500
Pazienti Mch (media mensile)	10.000
Laboratori distrettuali	20
che effettuano Hb e Tb test	12
Trasporti (autoveicoli)	38
Supervisione Chw	
settimanale	1 distretto
quindicinale	5 distretti
mensile	19 »
Servizio vaccinazioni nei	
centri sanitari distrettuali	31 »
con frequenza giornaliera	27 »
con frequenza settimanale	3 »
con frequenza mensile	1 »
Farmacie private	388 (in 29 distretti)
Compensi Chw (So. Sh.)	400 - 3.000
	+ pagamenti in natura

Fonte: Elaborazione Cisp da: M. Abdishakoor, *Key Facts for Analysis of Data Base*, «Atti del Convegno Nazionale di Phc», Mogadiscio, 29 ott. - 2 nov. 1989.

Una serie di elementi problematici mettevano in luce disparità regionali ancora accentuate e la necessità di una migliore standardizzazione e definizione di politiche sanitarie. Su 31 distretti, in undici non operava alcun medico; in un distretto non erano presenti infermieri, in un altro mancavano completamente le ostetriche; in 9 distretti mancavano i tecnici di laboratorio e in 4 gli assistenti.

In tutte le regioni - tranne due - i *team* distrettuali ricevevano una indennità da parte dei donatori. Nove agenzie su dodici pagavano una diaria ai Chw durante i corsi di formazione e cinque agenzie su dodici elargivano anche un gettone alle autorità locali per la partecipazione alle riunioni e alle attività dei Comitati di salute.

Le principali conclusioni della Conferenza, che riportiamo di seguito, riassumono l'orientamento che il Ministero della Sanità aveva assunto, nel 1990, riguardo alla realizzazione della strategia di Phc.

1. Partecipazione della comunità: (a) sostenere e incoraggiare il ruolo del Comitato di salute di villaggio e il ruolo delle donne, sia come agenti sanitari che come utenti; (b) educare il personale coinvolto nelle attività di Phc alla fiducia e al rispetto delle comunità locali.
2. Operatori sanitari di base: (a) migliorare le attività di selezione e di formazione di Chw e Tba; (b) modificare la metodologia didattica, introducendo l'uso di piccoli gruppi e di periodi più brevi di addestramento, utilizzando metodi «informali» più adatti agli adulti e provvedendo ad una regolare e meglio organizzata attività di supervisione sul campo; (c) predisporre un manuale illustrato in lingua somala; consentire ai Chw e alle Tba di decidere insieme alle proprie comunità le modalità di compenso.
3. Sostenibilità della Phc: (a) incentivare un appropriato uso degli automezzi e la ricerca di mezzi di trasporto alternativi; esplorare e incentivare gli schemi di *cost recovery* per l'approvvigionamento delle specialità medicinali e del materiale sanitario, laddove le comunità locali acquistino e gestiscano già i propri medicinali; (b) mettere a punto un piano nazionale per la formazione insieme ad un piano di azione coordinata così da evitare duplicazioni e sprechi e assicurare appropriatezza e decentramento delle attività di formazione; (c) dare soluzione al difficile problema dell'inadeguato compenso del personale dipendente dal Ministero.
4. Riorganizzazione del Ministero della Sanità: adozione, da parte del Ministero della Sanità, di un nuovo organigramma, in cui la Phc abbia un ruolo di coordinamento dei diversi settori.

7. DIECI ANNI DI POLITICA SANITARIA IN SOMALIA (1979-1989)

di *Ranieri Guerra*

Fin dall'anno successivo alla firma della Dichiarazione di Alma Ata (1978), la Somalia diede inizio a un processo di conversione del sistema sanitario nazionale, con l'obiettivo generale di «meglio distribuire le risorse sanitarie nella società». Il governo formulò una serie di linee generali per la strutturazione di un sistema sanitario basato sull'assistenza sanitaria di base. L'unità decentrata, rappresentata dalla *Primary Health Care Unit* (Phcu), doveva costituire il cardine dell'intero sistema. Al di sotto di essa, nella scala gerarchica e territoriale definita, dovevano essere attrezzati i *Primary Health Care Post* (Phcp), sedi operative per i *Community Health Worker* (Chw) e le *Traditional Birth Attendant* (Tba). Le unità dovevano riferirsi, per attrezzature, forniture, supervisione, supporto tecnico ed assistenziale, ai centri sanitari di distretto, per lo più attivati presso gli ospedali distrettuali. Questi, a loro volta, erano collegati ai centri sanitari regionali e agli ospedali regionali. Tale organizzazione, che riflette il modello delineato dall'Organizzazione mondiale della sanità, venne proposta soprattutto per permettere l'immediato avvio dei programmi finanziati dagli Stati Uniti fin dal 1981. Questo modello presentava tuttavia una serie di problemi strutturali e gestionali assai critici. Ad esempio, non era risolta l'ambiguità di collocazione dei centri distrettuali e regionali rispetto agli ospedali di pari livello.

La realizzazione della «Primary Health Care»

Nei paragrafi che seguono, discuteremo alcuni dei problemi che si verificarono ed a cui non venne data alcuna risposta pratica, nonostante la loro percezione fosse esplicita e riportata a livello politico contestualmente ai piani sanitari (soprattutto il Piano sanitario nazionale compilato nell'ottobre 1988).

Personale sanitario

Il personale sanitario responsabile per la gestione dei servizi decentrati non era disponibile. Come frequentemente si verifica nei Paesi in via di sviluppo, medici e infermieri mostravano una chiara tendenza all'accentramento nelle sedi urbane ed all'orientamento clinico, diagnostico e terapeutico, e non avevano la preparazione idonea ad affrontare, e tanto meno a risolvere, quanto comunemente viene incorporato nel dominio della medicina di comunità e nell'assistenza sanitaria di base. Di fatto, mentre da un lato veniva posto l'accento sulla necessità di riorientare il *curriculum* delle quattro maggiori istituzioni accademico-professionali del paese (Facoltà di medicina, scuole infermieristiche di Mogadiscio e Hargeysa, Health Personnel Training Institute e Post Basic Health Training Centre), venivano istituite due nuove scuole per la formazione dei *team* che avrebbero dovuto gestire le Phcu e provvedere alla formazione di Chw e Tba ed alla supervisione dei Phcp.

La revisione curriculare degli Istituti menzionati non ebbe luogo, se non a livello universitario, dove si accentuò l'importanza relativa degli insegnamenti di medicina comunitaria, provvedendo anche alla creazione di un corso di specializzazione biennale in sanità pubblica. Tuttavia, l'insegnamento nel corso di laurea continuava ad essere in italiano mentre nel corso di specializzazione la lingua di lavoro prescelta era l'inglese. Inoltre, scarso accento veniva posto sulle tecniche di gestione delle risorse umane, strutturali e finanziarie, fondamentali per la corretta impostazione delle attività di *Primary Health Care* (Phc).

Le scuole per lo *staff* delle Phcu vennero costruite in tempi relativamente lunghi (due anni circa) e divennero pienamente operative solo tra il 1983 ed il 1985, al termine del programma di cooperazione sanitaria nelle due regioni, che avrebbe dovuto assicurare la gestione tecnica e finanziaria delle scuole stesse per tempi prolungati e su scala nazionale. In quello stesso periodo, praticamente in tutta la Somalia si iniziavano programmi di Phc a livello regionale, che si trovavano, pertanto, a dover fronteggiare l'impossibilità di reperire personale già adeguatamente formato. Le due scuole, che inizialmente erano state concepite come istituzioni di rilevanza locale per le sole regioni del Bay e Togdheer, divennero successivamente centri nazionali di formazione permanente.

Ruolo della Primary Health Care nel sistema sanitario nazionale

Esisteva un'esplicita contraddizione di fondo nella concezione stessa della Phc: essa, infatti, veniva definita come un *progetto* che

aveva l'obiettivo di «assicurare servizi sanitari alle comunità rurali e nomadiche» del paese[1].

Date le caratteristiche demografiche e sociali della Somalia, tuttavia, non era chiaro quali gruppi di popolazione rientrassero in questa definizione. Con il termine *urbano* si classificava infatti un centro «permanentemente abitato da almeno 1.500 persone», ed erano poche le comunità che soddisfacevano questo criterio. Le stime di popolazione residente nelle due maggiori concentrazioni urbane di Mogadiscio ed Hargeysa erano, nel 1982, rispettivamente di circa un milione e di circa cinquecentomila persone, corrispondenti ad un terzo dell'intera popolazione nazionale. Secondo il modello di Phc proposto, quest'ampio settore di popolazione non era inserito tra i beneficiari del *progetto* della Phc.

Il nomadismo era, inoltre, un fenomeno strettamente stagionale e generalmente la migrazione interessava l'ambito territoriale regionale; così, i nomadi venivano a coincidere con la popolazione definita *rurale*. Tuttavia, nella considerazione quantitativa che portava alla costituzione delle unità sanitarie non si teneva conto delle fluttuazioni dell'utenza potenziale, con il risultato di un'evidente sotto-utilizzazione delle strutture alternata a sovraffollamenti in corrispondenza del deflusso e dell'afflusso di gruppi nomadici. Questi movimenti coincidevano , come già verificato durante la campagna di eradicazione del vaiolo negli anni '70 e successivamente in occasione dell'epidemia di colera del 1984-85, con aumenti selettivi delle patologie legate al veicolo e/o vettore umano ed animale, imprimendo brusche accelerazioni alla richiesta di assistenza sanitaria.

E' evidente come i calcoli seguiti in linea teorica per rispondere ad un modello rigidamente acquisito e la collocazione della Phc al rango di *progetto*, e non di strumento per il radicale riorientamento dell'intero sistema sanitario, poneva gravissimi problemi di fondo che, infatti, erano destinati ad impedire per almeno un decennio qualsiasi efficace progresso, se non sporadicamente e su base regionale.

Organizzazione della Primary Health Care

Conseguentemente a quanto esposto nel paragrafo precedente, veniva creato, nel 1982, un ufficio nazionale di Phc presso il Ministero della Sanità. L' ufficio veniva inizialmente posto alle dipendenze del settore di *Mother and Child Health* (Mch), per poi assumere (a tre anni dalla sua creazione) un ruolo autonomo, sotto la

1. Five Years Development Plan 1982-1986.

sorveglianza della Direzione generale di sanità pubblica (1985) e, in seguito alla seconda riforma strutturale e gerarchica del Ministero della Sanità (1988), della Direzione generale unificata.

Il Ministero della Sanità riconosceva pertanto, coerentemente con le indicazioni del Ministero della Pianificazione (Five Years Development Plan 1982-86), la Phc come programma a sé stante, in qualche modo non partecipe dell'architettura e della gestione comune del sistema sanitario nazionale. A riprova di ciò, l'ufficio centrale di Phc veniva organizzato duplicando la pianta organica del Ministero della Sanità: si costituirono al suo interno sezioni di formazione, di gestione del sistema informativo, ridisegnato secondo modelli e con formulari diversi da quelli utilizzati dal Ministero, di assistenza logistica, di amministrazione, e così via, completamente svincolate dalle analoghe e competenti sezioni del Ministero.

A ciò si aggiungeva un'impostazione assai decentrata del programma di Phc (contrariamente al sistema sanitario nazionale, il cui decentramento su base regionale veniva sancito solo con il Piano nazionale sanitario 1989-91) e, soprattutto, senza competenze relative alla gestione delle risorse finanziarie, rigorosamente pianificate in sede ministeriale.

Il programma di Phc era, invece, una somma di programmi regionali e distrettuali, la cui costituzione era decisa su base negoziale dal governo centrale, ad esempio assegnando una regione a ciascun governo donatore, o singoli distretti ad organizzazioni non governative (Ong) o enti similari. La relativa gestione era, in pratica, demandata ad un coordinatore regionale, nominato in seguito all'attivazione del programma, e non precedentemente ad esso, in ciò fornendo un chiaro indicatore di impossibilità o disinteresse per una gestione positiva, propositiva e sostenibile da parte degli organi nazionali di governo.

Coerentemente con questo indirizzo disomogeneo, le ipotesi di soluzione emerse dal primo incontro ufficiale tra le agenzie coinvolte nel programma di Phc, nel 1985, vennero sistematicamente disattese dai partecipanti.

Le duplicazioni d'intervento si mantennero. Un esempio classico è quello dall'approvvigionamento di farmaci: il governo centrale ne era responsabile per l'intero sistema sanitario; le agenzie responsabili della Phc a livello regionale potevano dotarsi di proprie linee di rifornimento, anche prescindendo dalle liste concordate a livello nazionale; le agenzie che gestivano i programmi verticali di lotta a singole patologie avevano anche il mandato di acquisire i relativi presidi terapeutici e/o profilattici. Si poteva quindi verificare che, se in un'area in cui la Phc era stata affidata ad un'agenzia operava, ad esempio, anche il programma di lotta alla tubercolosi, le attività antitubercolari venissero rifornite di farmaci a tre fonti

diverse: l'Aspima - organo nazionale preposto all'acquisizione dei farmaci - , l'agenzia addetta alla realizzazione del programma Phc nell'area geografica relativa, l'agenzia *partner* per il programma di lotta alla tubercolosi su scala nazionale.

L'analisi delle prime attività di Phc in Somalia dimostrò che era necessario ridisegnare radicalmente il sistema sanitario allo scopo di ottimizzare le notevoli risorse rese disponibili su scala nazionale ed internazionale e che la Phc doveva considerarsi tra i più importanti investimenti economici della nazione, dato che era possibile assicurare ampi tassi di copertura sanitaria della popolazione con un ridotto impegno finanziario. Se soltanto si fosse riusciti a comprimere le spese di acquisizione dei farmaci e ad ottimizzarne l'uso, standardizzando procedimenti diagnostici e terapeutici per i maggiori gruppi patologici, la spesa media *pro capite* avrebbe potuto essere di appena 30 Sh.So. (scellini somali), ai tassi relativi all'anno 1984. Lo spreco di risorse ascrivibile al solo settore farmaceutico era quantificabile in circa 66 Sh.So. *pro capite* all'anno, più del doppio della cifra necessaria per garantire il funzionamento dell'intera sanità di base[2].

Problemi di management

Anche nel contesto della Phc, venivano proposti interventi mirati alla correzione di singole entità morbose o all'erogazione di gruppi o di singoli servizi destinati a segmenti selezionati di popolazione (Mch, immunizzazioni infantili, ecc.). Assai scarsa era l'attenzione prestata alla creazione, allo sviluppo ed al rafforzamento degli strumenti operativi della sanità di base, nei suoi costituenti gestionali. La formazione, la strutturazione di linee di flusso e riferimento di risorse e utenti, l'integrazione delle risorse locali con le risorse istituzionali, una corretta politica di trasporti ed investimenti capitali in strutture adeguate, la supervisione ed il monitoraggio delle attività sanitarie stesse, la capacità di assorbimento tecnologico e finanziario del sistema sanitario ai vari livelli, per citare alcune delle aree più neglette, non trovavano spazio di discussione ed elaborazione, nonostante nel 1985 venisse pubblicato un rapporto dedicato alla revisione critica della politica sanitaria somala che analizzava nel dettaglio le problematiche citate, sia pure senza suggerire soluzioni coerenti. L'importante indicazione relativa alla costituzione di un *Management Support System* veniva disattesa nella pratica e la ristrutturazione del sistema sanitario limitata alla ridefinizione di alcune linee d'autorità a livello periferico, dove al

2. Jsi/Usaid, *Somalia Rural Health Delivery Project*, 1984.

responsabile sanitario regionale erano demandate capacità direttive sia nei confronti della struttura e dei servizi ospedalieri (attraverso un sovrintendente ospedaliero), che della Phc (attraverso un coordinatore), perdurando quindi l'equivoco di fondo relativo alla non integrabilità del sistema curativo con il sistema di Phc.

I compiti dei Community Health Worker

All'operatore sanitario di estrema periferia (*Chw e Tba*) venivano demandati compiti che non potevano essere svolti in assenza di una solida struttura di supervisione ed approvvigionamento e, soprattutto, in assenza di chiare linee operative. In altri termini, si elencavano compiti e funzioni incompatibili con i livelli di alfabetizzazione sanitaria, di competenze professionali e di capacità gestionali degli stessi operatori. Alcune regioni, sulla base di corrette analisi della situazione demografica e sociale interna, non procedettero alla strutturazione di unità (Phcu), preferendo impostare un sistema semplificato in cui il distretto era chiamato a gestire direttamente i posti periferici (Phcp). Purtroppo, la concezione rigida del sistema non consentiva le correzioni formali e sostanziali che tali procedure implicavano: il personale distrettuale era assorbito nelle funzioni istituzionali di ricovero e cura, non aveva la capacità di pianificare, gestire e valutare le attività dirette alla promozione della salute comunitaria e, d'altro canto, neppure gli strumenti operativi, tecnici e politici, per riorientare i servizi sanitari stessi.

In effetti, gli operatori periferici venivano catalogati come personale di progetto, piuttosto che come personale di primo livello del sistema sanitario, essendo in tal modo collegati, paradossalmente, ai programmi verticali di controllo delle malattie endemiche, come tubercolosi, lebbra, malaria e schistosomiasi, piuttosto che, correttamente, alla gestione funzionale del proprio settore professionale di base [3].

La valutazione della spesa sanitaria (1982-1984)

Prescindendo dall'ulteriore trattazione dei problemi strutturali della sanità somala, si riporta una valutazione critica della situazione finanziaria del triennio 1982-84, sulla base della quale venne impostato il processo di riordinamento generale recepito dal citato Piano sanitario nazionale del 1988, la cui attuazione è ostacolata

3. World Bank, *Somalia. Population*, Health and Nutrition Sector Review, n.5468-SO, World Bank, Washington, 1985.

dalla particolare situazione in cui versa attualmente la Somalia.

In un sistema in costante evoluzione, quale quello che la Somalia ha organizzato per la sanità, ed in particolar modo per la sanità di base, esiste, come visto, l'esigenza drammatica di ottimizzare le risorse investite. L'adesione alla Phc non comportò in Somalia il riorientamento di strutture ed investimenti sanitari e ciò determinò una duplicazione delle spese per gli interventi strutturali e per la gestione. A prescindere dalla valutazione della qualità e dell'impatto delle attività eseguite, è però necessario condurre un'analisi finanziaria dell'impiego delle risorse. Tale approccio analitico permetterebbe di puntualizzare la richiesta di cooperazione nei confronti dei potenziali donatori. Ciò inoltre consentirebbe di misurare l'impegno dei donatori non più in base alla quantità assoluta di risorse offerte, ma in base alla capacità di fornire supporto a un sistema sanitario ideato localmente, esente da duplicazioni di intervento e in grado di evolvere senza la necessità di continuo supporto esterno.

Nel seguito del testo presenteremo il numeratore di questa analisi, cioè la spesa sanitaria, ripartita tra varie componenti, capitali e ricorrenti. Le tabelle riportano esclusivamente le somme ottenute dagli aiuti stranieri. Le valutazioni effettuate sono ugualmente giustificate, dato che queste somme rappresentavano il 95% circa dell'intero bilancio somalo della sanità.

Nel calcolo di un rapporto costi-benefici, il denominatore è costituito da indicatori di efficacia e di impatto delle attività quali tassi di mortalità generici e specifici, tassi di morbosità e tassi di copertura e soddisfazione dell'utenza. E' bene sottolineare che, nel caso della sanità di base, l'utenza è rappresentata dall'intera popolazione e non solamente, come indicato dal governo somalo, dalle fasce rurali e nomadiche.

L'analisi della spesa dovrebbe essere compilata per area geografico-amministrativa e poi calcolata *pro capite*, ponendo a denominatore l'intera popolazione residente nell'area. A tal fine, il Ministero della Sanità dovrebbe predisporre un modulo per la valutazione del budget comune a tutte le aree geografico-amministrative e a tutti i progetti ed agenzie coinvolte in piani di sviluppo con componenti sanitarie. Si potrebbe così costruire una catena di supervisione, raccolta, analisi e discussione dei dati relativi all'intervento, strumento indispensabile per la pianificazione ed ottimizzazione della spesa. In tal modo, il Ministero della Sanità dovrebbe essere in grado di programmare il proprio budget adeguando gli interventi di cooperazione sia alle proprie procedure che alle necessità del paese. E' infine utile suddividere il bilancio tra attività sanitarie svolte nel quadro della Phc e altre attività.

Nel 1982 la distribuzione percentuale degli investimenti privilegiava tre aree maggiori di spesa (tab. 1): oltre ai salari (23,9%, di cui il 74,5% per il personale espatriato ed il 25,5% per il personale locale, in forma di incentivi, indennità, diarie), le costruzioni (25%) e la fornitura di equipaggiamento, farmaci e materiale tecnico (23,1%). Queste tre voci coprivano da sole il 72% del totale degli investimenti nella Phc. La formazione, che pure è una componente prevista da ciascun progetto, giungeva solo quarta, con una quota di spesa marginale.

Nel 1983 si verificò un grosso spostamento nei rapporti di spesa a favore dei salari, che raggiunsero il 41% della somma totale spesa per la Phc, con un aumento del 17%. L'aumento interessò soprattutto i salari dei cooperanti stranieri, con un aumento percentuale rispetto al 1982 del 163%, mentre i salari locali avevano solo il 43% in più. Di conseguenza, nel 1983 i salari per il personale straniero assorbirono l'84% delle somme impegnate su questo capitolo.

Vi fu invece una rilevante contrazione della spesa per le costruzioni (29% in meno) perché, ultimati gli edifici su cui si era investito nel 1982, non furono avviati nuovi progetti. Significativa e giustificabile fu inoltre una diminuzione del 2% a carico del materiale tecnico e delle apparecchiature. Meno comprensibile fu invece il calo del 2% degli investimenti nella formazione.

I dati del 1984 confermarono, nel complesso, questi indirizzi, in assenza di ogni forma di radicale azione politica tesa al riorientamento della spesa. L'incremento dei salari (27%) fu tuttavia minore rispetto a quello verificatosi nel 1983, soprattutto in conseguenza di un rallentamento vistoso dell'incremento dei salari per i cooperanti stranieri, che crebbero solo del 23%, rispetto alla crescita del 163% verificatasi nel 1982-83. Cionondimeno, questa voce rappresentava nel 1984 il 46% dell'investimento complessivo per la Phc, contro il 41% del 1983.

La spesa per la fornitura di materiale continuò a calare, diminuendo addirittura del 26% e portando questo capitolo all'11% del totale della spesa (6% in meno del 1983). E' possibile che la contrazione fosse determinata da una provvisoria sospensione degli acquisti, in attesa della fornitura di farmaci essenziali, che avrebbe dovuto essere assicurata attraverso il programma congiunto Oms-Unicef-Italia. La riduzione progressiva della fornitura di materiale tecnico a vantaggio della spesa per il personale avrebbe tuttavia dovuto destare allarme e sollecitare un'appropriata analisi. Ciò, tuttavia, non avvenne.

Tab. 1 - Spesa per la Primary Health Care da aiuti internazionali nel triennio 1982-1984 ($ Usa)

	1982	*%*	*1983*	*%*	*Variazione* [a]	*1984*	*%*	*Variazione* [a]
Costruzioni	880.264	25,0	626.804	13,2	-28,8	908.618	16,8	45,0
Salari cooperanti	626.826		1.650.240		163,3	2.030.210		123,0
Salari locali [b]	214.778		306.589		42,7	458.304		49,5
Totale salari	841.604	23,9	1.965.829	41,4	132,5	2.488.521	45,9	27,2
Forniture [b]	813.495	23,1	797.593	16,9	-1,9	585.837	10,8	-26,5
Formazione	298.595	8,5	291.536	6,2	-2,4	354.205	6,5	21,5
Veicoli [c]	208.350	5,9	227.707	4,8	9,3	365.438	6,7	60,5
Carburanti	183.255	5,2	288.018	6,1	57,2	331.348	6,1	15,0
Cancelleria	104.223	3,0	117.081	2,5	-0,5	144.920	2,7	23,8
Altre spese [d]	189.797	5,4	423.938	8,9	123,4	245.786	4,5	-42.0
Totale	3.519.583	100,0	4.729.506	100,0	34,4	5.424.673	100,0	14,7

[a] Percentuale di aumento rispetto all'anno precedente.
[b] Forniture di strumenti e materiale di consumo (dati Who 1984).
[c] La cifra non include i veicoli dei progetti Msci, Delipro, Scr.
[d] Nel 1983 la cifra include il costo dei salari del progetto Msci (185.000 $).

La voce *training* fu invece corretta e tornò in attivo (21% in più), guadagnando, tuttavia, meno dell'1% sul totale della spesa rispetto al 1983. Ciò costituì tuttavia un impegno insufficiente per un elemento così basilare nella gestione della Phc, soprattutto per quanto concerne la possibilità di una rapida «somalizzazione» dei progetti di Phc, che necessitavano di personale nazionale adeguatamente formato. Ciò anche in funzione della limitazione futura del drenaggio di investimenti attraverso i salari internazionali, per mezzo della sostituzione del personale straniero da parte degli omologhi somali.

Anche gli investimenti in veicoli aumentarono vistosamente, rimanendo tuttavia al 6,7% del totale (2% in più rispetto al 1983, ma solo 0,8% in più rispetto al 1982). Le spese di cancelleria continuarono ad aumentare in maniera rilevante in relazione ai costi sostenuti per l'edizione dei manuali per il personale di livello intermedio e periferico e all'entrata in funzione delle scuole di riorientamento per il personale distrettuale e periferico (Bay e Togdheer).

La quota di spesa per il carburante non subì variazioni; in termini assoluti, tuttavia, l'esborso crebbe del 15% rispetto all'anno precedente. Ciò, considerando l'aumento dei prezzi di vendita del carburante, rappresentò in realtà una contrazione dei consumi e poteva rispecchiare, da una parte, l'utilizzo di mezzi a consumo ridotto, più adatti al lavoro sul campo, dall'altra una possibile effettiva diminuzione delle uscite di supervisione e *follow up* sul territorio. Questa eventualità si sarebbe dovuta appurare ed eventualmente tempestivamente correggere.

Nel complesso, pur essendovi una crescita costante nell'investimento assoluto, l'aumento tra il 1983 e il 1984 (15%) fu di gran lunga inferiore a quello tra il 1982 e il 1983 (34%). Questo dato può rappresentare un indicatore del ritmo di conversione del sistema sanitario nell'approccio integrato della Phc.

Altri programmi sanitari

I dati forniti (tab. 2) sono ricavati da due diverse fonti: la prima, i rapporti dei singoli progetti, contenenti la descrizione particolareggiata degli investimenti per capitoli di spesa; la seconda, il Mid-Term Review del 1984 (l'unico mai preparato dal Ministero della Sanità) e la relazione finanziaria dell'Oms relativa allo stesso periodo, per quanto concerne progetti di cooperazione od assistenza tecnica non direttamente contattati. Per alcuni di tali progetti esistono piani d'operazione o protocolli di intervento, per altri le poche informazioni raccolte sono state rese disponibili attraverso vari

canali. I dati presentati sono, cionondimeno, quanto di più attendibile ed aggiornato è stato possibile evidenziare: si evince quindi, anche in questo caso, un sostanziale scollamento tra la cooperazione internazionale e la struttura nazionale, i cui meccanismi di allocazione delle risorse non incorporano quelle non strettamente nazionali, ma anzi da esse prescindono assai frequentemente.

Per quanto concerne le singole voci di spesa, è interessante notare come i salari rappresentassero una frazione sempre minore della spesa complessiva, passando dal 39% del 1982 al 31% del 1983 e al 29% del 1984, anche se, in termini assoluti, tra il 1983 e il 1984 si verificò un aumento dell'esborso pari al 76%, soprattutto per effetto dell'aumento della spesa per il personale straniero (84% in più rispetto al 1983). In quest'ultimo anno, inoltre, aumentò il divario tra i salari per i cooperanti stranieri (che costituiva l'85% della somma erogata per questa voce) e quelli dei locali (15%), mentre negli anni precedenti la proporzione era stata di 82 e 18%. Altro rilevante capitolo d'investimento riguarda il materiale e le attrezzature, che si presentano in costante aumento, ricevendo un'accelerazione pari al 46% nel 1983 ed al 127% nel 1984, sino a rappresentare il 52% del totale d'investimento. Questa voce e quella per i salari coprirono oltre l'80% del totale d'investimento per il 1984 (percentuale relativamente costante: 75,9% nel 1982 e 74,9% nel 1983). Voci minori ma sostanziose sono, ancora, la formazione, che tuttavia fu soggetta ad un calo del 5% tra il 1983 e il 1984, corrispondente a una riduzione della quota di spesa totale dall'11% al 6%. Come per la Phc, la quota di spesa dedicata alle costruzioni era in calo progressivo, dall'8% nel 1982 al 6% nel 1983 ed al 5% nel 1984, sebbene, in assoluto, la spesa crescesse del 54% tra il 1983 e il 1984. L'incremento più elevato si registrò per le spese amministrative, che subirono un'accelerazione del 379%, rappresentando, nel 1984, il 3% delle spese totali. E' un capitolo di spesa che un migliore coordinamento ministeriale ed un maggiore controllo potrebbero ridurre. Una parte di tali spese riguarda le pratiche di sdoganamento e immagazzinamento che, se fossero gestite dal Ministero, potrebbero essere, oltreché accelerate, anche compiute con un minore esborso. Un altro notevole incremento (269% nel 1984) è da rilevare per la voce «veicoli», che passò dal 2 al 4% della spesa totale tra il 1983 e il 1984, in parallelo all'aumento della spesa per le attrezzature. Sarebbe tuttavia importante verificare la proporzione di veicoli forniti che viene decentrata rispetto a quella che viene invece fermata ed utilizzata in stazioni centrali, quali lo stesso corpo ministeriale. Le voci minori, come la cancelleria ed il carburante, rappresentano infine un capitolo delicato per le scarse possibilità di controllo e la conseguente facilità di deviare i fondi ad esse destinati.

Tab. 2 - Spesa per altri programmi sanitari da aiuti internazionali nel triennio 1982-1984 ($ Usa) [a]

	1982	*%*	*1983*	*%*	*Variazione* [b]	*1984*	*%*	*Variazione* [b]
Costruzioni	509.679	8,2	448.044	5,8	-12,1	689.504	4,7	53,9
Salari cooperanti	1.956.750		1.961.368		0,2	3.609.988		84,1
Salari locali [c]	440.555		431.334		-2,1	615.880		42,8
Totale salari	2.937.305	38,7	2.392.702	31,1	-0,2	4.225.868	28,7	76,6
Forniture [c]	2.310.848	37,3	3.366.190	43,8	45,7	7.646.357	51,9	127,1
Formazione	535.276	8,6	866.093	11,3	61,8	819.155	5,5	-5,4
Veicoli	161.461	2,6	172.319	2,2	6,7	636.246	4,3	269,2
Carburanti	54.478	0,9	48.827	0,6	-10,4	82.739	0,6	69,5
Amministrazione	108.861	1,7	88.295	1,2	-18,9	422.907	2,9	379,0
Cancelleria	12.833	0,2	4.528	0,1	64,7	19.764	0,1	336,5
Altre spese	112.019	1,8	302.033	3,9	169,6	190.623	1,3	-36,9
Totale	6.202.759	100,0	7.689.031	100,0	23,9	14.733.162	100,0	91,6

[a] Sono inclusi i costi del progetto di lotta alla malaria, per il quale il Ministero della Sanità versò un contributo del 15%.
[b] Percentuale di aumento rispetto all'anno precedente.
[c] Per il progetto di controllo della lebbra si calcola che il 94 % dei costi fosse fornito dal Ministero della Sanità, con il supporto dell'Ordine di Malta.

Il Ministero era investito - per contratto - della responsabilità di coprire tutte o parte delle spese menzionate, dal centro alla periferia. Ciò non sempre avveniva, per le obiettive difficoltà di approvvigionamento e distribuzione, prima che per problemi di ordine finanziario. Una possibile soluzione sarebbe stata l'uso dei medesimi meccanismi impostati dalla National Refugee Commission (Nrc), con l'affidamento della gestione di alcuni servizi centralizzati ad organismi non governativi. In tal modo, oltre ad un risparmio sui costi ricorrenti, si sarebbe giunti all'ottimizzazione degli investimenti esterni di supporto, con approvvigionamenti presumibilmente più attenti e continui. Purtroppo, però, dato che l'Nrc non era parte ordinaria del governo, non ebbe la possibilità di descrivere nel dettaglio le proprie esperienze che, quindi, per quanto attiene alle istruttorie amministrative e gestionali, non furono utilizzate compiutamente.

Bilanci a confronto

Due sono le linee fondamentali di confronto tra i progetti di dichiarato contenuto Phc e quelli di supporto ad altri settori: la prima riguarda le singole voci di investimento, il loro valore assoluto ed il loro contributo percentuale ai totali di spesa; la seconda il tasso di incremento annuale, cioè la linea di tendenza quantificabile in accelerazioni o decelerazioni rispetto all'anno finanziario precedente, sia per i singoli capitoli, che per i totali.

Come già visto, nel 1984 una quota rilevante della spesa era destinata ai salari: il 46% nel settore della Phc e il 29% negli altri settori. Oltre l'80% di questa cifra copriva la spesa per i cooperanti stranieri. I salari internazionali e nazionali pagati nell'ambito dei progetti di Phc crebbero costantemente, così che la quota di bilancio spesa per questa voce raddoppiò tra il 1982 e il 1984. L'accelerazione era ugualmente presente per i progetti non-Phc, ma era meno pronunciata, così che, nel biennio, la spesa per questo capitolo diminuì del 10% rispetto al totale degli investimenti. Il significato di questi dati è piuttosto chiaro: il personale straniero aveva un maggiore peso nei progetti di Phc - forse per la loro relativa novità e per un certo grado di resistenza nazionale a destinare personale alle sedi più periferiche, dove, appunto, si svolgono le attività Phc. L'immediata conseguenza di ciò era la necessità di una produzione e di una distribuzione adeguata e qualificata del personale nelle sedi della Phc, cooptando a tale scopo i programmi di formazione e sviluppo del personale, che, invece, subirono una discreta contrazione, sia pur manifestando un certo recupero nel 1984 (0,4% in più rispetto al 1983; ma ancora quasi il 2% in meno

rispetto al 1982). Tale situazione si prospettava diversa al di fuori della componente Phc, dove, infatti, i salari tendevano, pur aumentando in termini assoluti, a rivestire un'importanza sempre minore. A ciò non fece peraltro riscontro un adeguato aumento delle spese di formazione che, anzi, diminuirono del 5% tra il 1983 e il 1984 dopo essere aumentate tra il 1982 e il 1983; ciò corrisponde a una riduzione del 6% della quota di spesa sul bilancio complessivo. Questo può, tuttavia, significare l'inizio dell'effettiva utilizzazione professionale dei laureati e diplomati localmente (Università nazionale somala ed istituti paramedici).

L'altro grande capitolo di investimento, come si è visto, era rappresentato dal materiale tecnico e di consumo. Per il settore non-Phc, l'incremento di spesa fu marcato, sia in percentuale che in termini assoluti: nel biennio, questo capitolo guadagnò il 15% sul totale degli investimenti, con un investimento assoluto del 231% in più rispetto al 1982. Anche escludendo l'*input* massiccio del contributo imprevisto del governo giapponese per l'ospedale generale (corrispondente a 2,5 milioni di dollari), la linea di tendenza non si invertì. Il significato del differente peso percentuale della voce «forniture» nei due settori (nel 1984, 52% per i programmi non-Phc, 11% per quelli Phc) è anche qui suggestivo: mentre il settore non-Phc richiedeva cospicui e sistematici investimenti in materiale e strumentazione, la Phc si dimostrava di gran lunga più economica, richiedendo una spesa per abitante otto volte più bassa (tab. 3).

Tab. 3 - Costi pro-capite delle attrezzature e del materiale di consumo nel 1984 ($ Usa)

	Costo totale	*Popolazione servita*	*Costo pro capite*
Non-Phc	7.646.357	4.597.037 [a]	1,66
Phc	585.836	2.845.565 [b]	0,21

[a] L'intera popolazione nel 1984.
[b] La popolazione servita dalla Phc del 1984.

Il *take over* nazionale era, dunque, assai più fattibile per i progetti di Phc che non per gli altri settori sanitari, nei quali l'impegno internazionale per la fornitura di materiali e attrezzature poteva essere difficilmente assunto dal governo, per lo meno a breve termine. Appare dunque chiara la necessità di un riorientamento massiccio e pianificato dell'investimento sanitario nella sua globalità.

Tra le altre voci in bilancio, spiccano le differenze d'investimento nelle costruzioni. Il settore della Phc, comportando molto spesso

la costruzione *ex novo* di fabbricati, come nel caso delle periferie rurali, superava nettamente gli altri (il 17% contro il 5% nel 1984) che, invece, si appoggiavano a strutture che richiedevano piuttosto una ristrutturazione a basso investimento capitale. Veicoli e carburante erano, com'è ovvio, rappresentati in proporzione maggiore nella Phc, venendo ad essere essi stessi uno degli investimenti tecnici più importanti per il decentramento dei servizi sanitari. E' da riportare, comunque, la consistente accelerazione degli investimenti sul capitolo «veicoli» tra il 1983 e il 1984 nel settore non-Phc, sino a sfiorare i termini percentuali della Phc (4% e 7% rispettivamente, contro il 3% ed il 6% del 1982). Un'altra discrepanza notevole riguarda la «cancelleria», che raggiungeva con la Phc il 3% della spesa per il 1984, contro lo 0,1% del totale non-Phc. Il maggiore impegno riguardava quasi esclusivamente la produzione di strumenti di lavoro didattici, quali materiale educativo, manuali d'uso, *poster*, ecc. e in questo caso era da considerare in aggiunta alla voce *training*. Tuttavia, altre strutture (Ministero dell'Istruzione Inferiore e Superiore) prendevano in carico la produzione di materiale analogo per il settore non-Phc, per cui non è possibile una comparazione corretta.

L'ultimo commento riguarda i totali di spesa. Nel 1984 la Phc pur coprendo, per lo meno nominalmente, il 62% della popolazione, riceveva solo il 27% degli aiuti stranieri, pari a 20.157.835 dollari, corrispondenti a 1,91 $ per abitante, contro i 3,20 $ *pro capite* investiti in altri programmi sanitari. Se, rispetto al biennio precedente, vi era stata una ridistribuzione delle risorse, questa non era andata a vantaggio della Phc. Mentre l'investimento negli altri settori era cresciuto, in media, del 69% annuo, il tasso per la Phc era di appena il 27%. Nello stesso periodo, la percentuale di popolazione raggiunta dalla Phc era aumentata dal 32% (1982) al 50% (1983) e quindi al 63% (1984). Ciò produsse una diminuzione netta della spesa *pro capite*, che scese da 3,11 $ nel 1982 (3.519.983 $, per 1.129.786 abitanti serviti) a 2,10 $ nel 1983 (4.729.506 $, per 2.255.828 abitanti serviti) e poi a 1,91 $ nel 1984 (5.424.673 $, per 2.845.565 abitanti serviti. Gli investimenti in attività non-Phc aumentarono invece sia in termini assoluti che su base individuale, passando da 1,41 $ *pro capite* nel 1982 a 1,71 $ nel 1983 e a 3,20 $ nel 1984, cifre calcolate sull'intera popolazione nazionale.

Alla ricerca di soluzioni alternative

E' chiara la necessità di un'azione politica per modificare questa linea di tendenza, alla luce dei benefici anche economici che se ne potrebbero trarre. Un maggior investimento nella Phc renderebbe

più sostenibile il sistema sanitario nazionale con risorse endogene. Nella Phc, infatti, la quota di spesa più rilevante era rappresentata dai salari per i cooperanti stranieri (37% nel 1984) che verrebbero in gran parte risparmiati in caso di *take over* nazionale. Per il settore non-Phc il 60% degli investimenti stranieri era destinato a costruzioni e attrezzature, e appare difficile un sostanziale risparmio su queste voci a seguito della «somalizzazione» dei vari progetti.

Lo squilibrio allora esistente tra i due settori sarebbe stato ad esempio eliminato dall'integrazione dei cosiddetti «progetti verticali» (salute materno-infantile; programma nazionale di immunizzazione; programmi di controllo della lebbra, tubercolosi, schistosomiasi, malattie a trasmissione venerea, malaria, programmi di supporto nutrizionale, programmi di approvvigionamento idrico e di miglioramento dei servizi igienici) nella Phc.

Per fare un esempio dei vantaggi economici che questo provvedimento porterebbe, abbiamo ricalcolato il bilancio del triennio 1982-1984 standardizzando la spesa sulle percentuali riscontrate per la Phc (tab. 4). L'integrazione nella Phc consentirebbe di eliminare le duplicazioni di personale, strutture e attrezzature e di risparmiare quindi somme consistenti, pari a circa il 65% dell'intera somma spesa nel 1984 per i progetti verticali. La percentuale di risparmio sarebbe ancora più rilevante (81% sulla spesa effettuata) se si escludessero dal calcolo i salari per il personale straniero, per il quale l'integrazione nella Phc porterebbe una riduzione di appena il 10%.

Sommando poi questa cifra di spesa prevista con la spesa effettivamente realizzata per la Phc nel 1984 (tab. 1) e proiettando questo totale sulla intera popolazione - ponendo, dunque, una copertura del 100% per la rete di Phc - si otterrebbe la somma di 10.687.754 dollari, corrispondenti a una spesa *pro capite* di 2,32 $. La spesa per le attività al di fuori della Phc, presentata nella tab. 2, sarebbe quindi stata decurtata della spesa effettivamente compiuta per i progetti verticali (tab. 3) e avrebbe perciò raggiunto l'ammontare di 11.360.947 dollari, l'equivalente di 2,47 $ *pro capite*.

La tab. 5 mostra l'effetto combinato della integrazione dei programmi verticali nella Phc e della «somalizzazione» della sanità sulla spesa sanitaria pro capite. Circa un terzo dell'investimento *pro capite* potrebbe essere risparmiato (e destinato ad altro settore) con questi due semplici provvedimenti.

Un esame delle spese effettuate dal Ministero della Sanità da fondi propri (presentato nella tab. 6), mentre conferma la possibilità di un rapido *take over* nazionale dei progetti di Phc (soprattutto se integranti i progetti verticali), getta un dubbio consistente sulle reali capacità di sostenere gli oneri sanitari al di fuori della Phc da parte della struttura pubblica di governo. Inutile sottolineare, dun-

Tab. 4 - Spesa sanitaria effettuata per i programmi verticali e stima del risparmio che si sarebbe ottenuto in caso di integrazione ($ Usa)

	Spesa effettuata	*% sul totale*	*Spesa prevista con l'integrazione*	*% sul totale*	*Risparmio assoluto*	*%*
Costruzioni	136.692	4,1	36.799	3,1	99.893	73,1
Salari cooperanti	787.977	23,4	710.373	59,6	77.604	9,9
Salari locali	391.805	11,6	160.360	13,5	231.444	59,1
Forniture	1.228.553	36,4	213.420	12,9	1.015.133	82,6
Formazione	121.174	3,6	12.716	1,1	108.459	89,5
Veicoli	116.232	3,4	12.608	1,1	103.625	89,2
Carburanti	51.254	1,5	5.036	0,4	46.217	90,2
Cancelleria	1.432	0,1	580	0,1	852	59,5
Altre spese	537.095	15,9	39.154	3,3	497.941	92,7
Totale	3.372.215	100,0	1.191.046	100,0	2.181.168	64,7

que, la necessità e l'urgenza, in vista della possibile nazionalizzazione dell'investimento sanitario, della riconversione dell'intero sistema verso l'integrazione dei progetti verticali nella Phc e della estensione della Phc a tutte le aree del paese.

Tab. 5 - Variazione della spesa sanitaria in seguito all'integrazione dei programmi verticali e alla «somalizzazione» dei programmi (dati 1984 - $ Usa)

	Totale	*Pro Capite*
Spesa attuale		
Phc [a]	5.424.673	1,91
Non Phc	14.733.162	3,20
Totale	20.157.835	5,11
Spesa prevista		
a) integrando i programmi verticali nella Phc		
Phc [b]	10.687.754	2,32
Non Phc	11.359.447	2,47
Totale	22.047.201	4,79
b) integrando i programmi verticali e riducendo i salari per gli espatriati		
Phc [b]	6.260.307	1,36
Non Phc	8.537.436	1,86
Totale	14.797.743	3,22

[a] 61,9% di copertura.
[b] 100% di copertura.

Tab. 6 - Investimenti del Ministero della Sanità da fondi propri (migliaia di Sh.So.; nel 1984, 1 Sh.So. = 0,01 $ Usa)

	1982	1983	1984
Costruzioni	1.750	1.750	1.750
Salari/incentivi	45.200	53.957	59.678
Forniture	2.210	2.210	5.453
Carburanti	2.000	2.000	5.714
Stampa	1.140	1.140	2.140
Amministrazione	1.500	2.000	2.000
Contributo org. internazionali	1.368	4.368	6.218
Razioni alimentari			12.290 [a]
Totale	55.168	67.425	95.243

[a] Vanno ancora aggiunti 807.000 Sh.So. versati dal World Food Program.

8. IL SOSTEGNO DEL GOVERNO ITALIANO AI PROGRAMMI DI «PRIMARY HEALTH CARE» IN SOMALIA

di *Agostino Miozzo e Giulio Molinari*

La povertà, le precarie condizioni igieniche, lo scarso accesso all'acqua potabile e ai servizi sanitari hanno da sempre fatto della Somalia uno tra i paesi più svantaggiati dell'Africa dell'Est e forse del mondo.

Gli indicatori sanitari calcolati nel 1989, mettevano in luce un'elevata mortalità infantile e materna e una bassa speranza di vita alla nascita (tab. 1). Sebbene fosse l'Etiopia a detenere il triste primato di queste misure, la Somalia si distingueva per la più bassa percentuale di copertura dei servizi sanitari (tab. 2).

La realizzazione di interventi sanitari opportunamente integrati con programmi di promozione socio-economica e di risanamento ambientale rappresentavano dunque una priorità per lo sviluppo del paese. L'obiettivo principale era di rendere i servizi quanto più accessibili alla maggioranza della popolazione.

Tab. 1 - Principali indicatori sanitari in Somalia

Tasso di natalità	45/1000	
Tasso di mortalità	15/1000	
Tasso di crescita annuo della popolazione	3%	
Mortalità infantile (0-12 mesi)	131/1000 nati vivi	
Mortalità 0-5 anni	221/1000	
Mortalità materna	11/1000 nati vivi	
Tasso di fertilità	6.6	
Speranza di vita alla nascita [a]	Maschi	49.2 anni
	Femmine	49.9 anni
Accesso ai servizi sanitari	pop. urbana	50%
	pop. rurale	15%
	pop. generale	25%

Fonte: Unicef, 1989.
[a] Ministero della Sanità, SDR, 1988.

Tab. 2 - Indicatori sanitari nei paesi dell'Africa dell'Est

	accesso servizi sanitari %	*accesso acqua potabile* %	*nascite assist.da personale formato* %	*mortalità 0-5 anni* %	*mortalità <1 anno* %
Kenya	-	30	28	113	71
Uganda	61	20	45	169	102
Tanzania	76	56	60	176	105
Etiopia	46	16	14	259	153
Somalia	27	34	2	221	131

Fonte: Unicef, 1988.

In tal senso, la cooperazione italiana, facendo propria la risoluzione «Salute per tutti entro l'anno 2000», della 30ª Assemblea mondiale della sanità, è intervenuta a supporto della strategia di *Primary Health Care* (Phc), delineata nella Conferenza di Alma Ata, nel 1978 e recepita dai Piani sanitari nazionali della Somalia 1980-85 e 1989-91. I principi guida ne sono : l'enfasi sulla prevenzione e sulla educazione sanitaria, la promozione della salute materno-infantile, la partecipazione comunitaria, l'equità nella distribuzione delle risorse, l'uso di tecnologie appropriate, la promozione dell'autosufficienza.

Tali linee guida hanno avuto concreta attuazione in numerosi progetti di Phc che la cooperazione italiana ha finanziato o direttamente gestito in Somalia a partire dal 1980.

Tab. 3 - L'impegno italiano a sostegno della Phc in Somalia

Programmi a gestione diretta :
- Programma di unità tecnica di supporto al Ministero della Sanità (1985-87);
- Programma di medicina comunitaria nelle regioni Hiraan e Galgadud gestito dalla Dgcs in collaborazione con l'Istituto Italo-Africano;
- Programma di costruzione degli ospedali distrettuali di Garoe, Bosaso e Alula come punto di riferimento di futuri programmi di Phc su base distrettuale;

Programmi affidati a Ong :
- Programma di Phc nel distretto di Jilib, gestito dal Cisp;

Programmi affidati ad organismi internazionali:
- Programma farmaci essenziali per la Phc, affidato all'Unicef;
- Programma vaccinazioni (Epi), affidato all'Unicef;
- Programma di Phc nel Medio e Basso Shebeli affidato ad Unicef e Oms.

Il primo contributo italiano allo sviluppo della Phc in Somalia si

realizzò nel 1980 con il finanziamento di programmi di medicina comunitaria gestiti dagli Organismi non governativi Cosv e Coopi nei campi per profughi ogadeni in Hiraan e a Qorioley. Tra le principali acquisizioni di queste prime esperienze di Phc sono da menzionare: i modelli di organizzazione del programma di vaccinazione (Epi), l'adozione della lista dei farmaci essenziali, lo sviluppo dei *curriculum* per la formazione dei Chw.

A partire da queste esperienze l'impegno italiano si consolidò in una serie di progetti bilaterali e multilaterali che negli anni 1985-90 giunsero a rappresentare, per estensione territoriale e per impegno di risorse, il più grande sostegno di un singolo donatore allo sviluppo della Phc in Somalia (tab. 3).

Il programma di medicina comunitaria nelle regioni Hiraan e Galgadud

Gli esperti italiani impegnati nei primi anni '80 nei campi profughi della regione Hiraan constatarono una notevole disparità tra l'assistenza sanitaria a favore dei profughi e l'assistenza sanitaria per le popolazioni residenti. Dalla necessità di una maggiore equità nella distribuzione delle risorse, prese origine l'idea di un programma di Phc regionale da utilizzarsi quale modello replicabile per lo sviluppo della Phc in altre regioni della Somalia. Nel 1982 una missione del Dipartimento per la cooperazione allo sviluppo condusse un primo studio di fattibilità a cui seguì la stesura di un programma organico. L'anno successivo il Dipartimento affidò all'Istituto Italo-Africano la componente logistico-amministrativa del programma. I primi esperti italiani giunsero in Somalia nel 1983; l'inizio del programma venne tuttavia ritardato da una serie di ostacoli burocratico-amministrativi definitivamente risolti con la firma del protocollo di accordo tra il governo italiano ed il governo somalo nel gennaio 1986. Nel maggio 1987 il Ministero della Sanità richiese il prolungamento del progetto sino al gennaio 1990; un ulteriore prolungamento venne richiesto nell'aprile 1990.

Obiettivi e strategie

In accordo con le linee del Piano sanitario nazionale somalo 1980-85, gli obiettivi del programma Hiraan-Galgadud erano:

- strutturare un sistema di Phc regionale;
- riorientare i servizi sanitari esistenti in un insieme integrato per facilitare e sostenere la rete di Phc;
- organizzare la formazione del personale sanitario.

Le linee strategiche dell'intervento si possono così riassumere: pianificazione e gestione integrata delle attività di Phc, con superamento dell'approccio verticale adottato a livello nazionale, coinvolgimento comunitario, impiego di tecnologie appropriate, integrazione, per quanto possibile, della medicina tradizionale nel sistema sanitario, creazione di un sistema informativo finalizzato alla pianificazione e alla gestione dei servizi.

Il programma si articolava in quattro principali componenti:

- attività sul territorio;
- interventi negli ospedali e nei poliambulatori;
- formazione;
- logistica-amministrazione.

Attività sul territorio

Il primo obiettivo che il programma si pose fu la creazione di servizi sanitari a livello di comunità. In accordo con i principi della Phc, le comunità dovevano essere attivamente coinvolte nella pianificazione e nella gestione di tali servizi. Nel periodo di preparazione del programma i villaggi delle due regioni furono raggiunti dal coordinatore regionale per la Phc del Ministero della Sanità e dagli esperti dell'*Italian Medical Team*. Negli incontri con le comunità venivano illustrati gli scopi e le strategie del programma e si raccoglieva la disponibilità del villaggio ad aderire al progetto. Nei villaggi che aderirono, 67 in Hiraan e 48 nel Galgadud, si costituì quindi un Comitato sanitario di villaggio. Il Comitato, rappresentante della comunità all'interno del programma, esprimeva le necessità e pianificava, di concerto con i responsabili del programma, gli interventi sanitari, selezionava i *Community Health Worker* (Chw) e le *Traditional Birth Attendant* (Tba) per la formazione e provvedeva alla remunerazione degli stessi, mobilitava la comunità per le attività di prevenzione, di educazione sanitaria e di risanamento ambientale.

La formazione dei Community Health Worker e delle Traditional Birth Attendant

La formazione dei Chw e delle Tba, selezionati dai Comitati di villaggio, avveniva nel centro di formazione costruito a Belet Weyne. La formazione concerneva gli elementi di base di prevenzione collettiva ed individuale, la diagnosi, il trattamento o l'eventuale riferimento delle patologie più comuni, la gestione di una farmaco-

pea essenziale, la compilazione dei registri sanitari e demografici. Al termine del corso i partecipanti ricevevano un *kit* necessario allo svolgimento delle attività. La tab. 4 riporta il numero di operatori sanitari formati dal programma tra il 1985 e il 1990.

Tab. 4 - Formazione di operatori sanitari locali

	Anno di corso	*Chw*	*Tba*
Hiraan	1985	7	7
	1986	43	28
	1988	30	49
Galgadud	1989	28	37
	1990	20	15
Totale		128	136

Health Post

Nel villaggio, le attività dei Chw si svolgevano all'interno dei *Primary Health Care Post* (Phcp), o cliniche di villaggio, costruite dalla comunità; il programma forniva solo il materiale per il tetto. Furono completati 67 Phcp in Hiraan e 25 in Galgadud. La rete di Phcp così costituita serviva come base a una serie di attività preventive e curative: vaccinazioni, educazione sanitaria, trattamento delle comuni patologie (tab. 5).

Tab. 5 - Patologie registrate dai Community Health Worker in 67 Health Post della regione Hiraan

	1988	*%*	*1989*	*%*
Malaria	15.296	21,7	14.015	23,2
Infezioni del tratto inferiore dell'apparato respiratorio	12.016	17,1	7.436	12,3
Infezioni del tratto superiore dell'apparato respiratorio	9.258	13,2	8.749	14,5
Congiuntiviti	5.479	17,8	4.205	7,0
Anemia	3.433	4,9	3.014	5,0
Diarrea	2.479	3,5	2.446	4,0
Diarrea con sangue	2.228	3,2	1.924	3,2
Scabbia	795	1,1	1.125	1,7
Pertosse	161	0,2	297	0,5
Morbillo	792	1,1	11	0,1
Tetano neonatale	9	0,1	14	0,1
Altre	18.189	25,8	16.872	28,0
Casi riferiti al livello superiore	281	0,4	235	0,4
Totale	70.416	100,0	60.343	100,0

La supervisione

I Chw e le Tba ricevevano la visita mensile di un *team* di supervisione distrettuale costituito dal medico distrettuale, da un tecnico di igiene ambientale, da una infermiera e da una ostetrica. Nel corso della visita i team distrettuali procedevano alla supervisione, tramite apposite *check-list*, delle attività dei Chw e delle Tba, all'aggiornamento professionale, al rifornimento di farmaci e alla vaccinazione dei bimbi e delle madri precedentemente individuati dai Chw.

Salute materno-infantile

Particolare importanza rivestiva, nell'ambito del programma, la promozione della salute materno-infantile. Le attività comprendevano: vaccinazioni per i bimbi fino a 5 anni e per le gestanti, cure prenatali, monitoraggio della crescita, educazione sanitaria, riferimento dei casi a rischio. Le attività prenatali si svolgevano in cinque centri di salute materno-infantile, tre a Belet Weyne, uno a Bulo Burti e uno a Jalalaqsi, coprendo così tutti i distretti della regione.

Il programma di vaccinazione per i bimbi fino a 5 anni e per le gestanti si svolgeva con sessioni quotidiane presso i centri di salute materno infantile dei capoluoghi di distretto e con sessioni mensili presso i Phcp dei villaggi.

Tab. 6 - Valutazione della copertura Epi condotta dal Ministero della Sanità nei capoluoghi di 4 regioni nel maggio 1990[a]

	Belet Weyne	*Merka*	*Baydhabo*	*Mogadiscio*
Bimbi 0-5 completamente vaccinati	40	32	9	42
Madri vaccinate (Tt 1 e 2)	76	70	25	75

[a] *Cluster survey* Epi-Oms. Numero delle interviste: 210.

Il programma di controllo della tubercolosi

Il programma di controllo della tubercolosi veniva svolto presso tre ambulatori nei capoluoghi di distretto: Belet Weyne, Bulo Burti, Jalalaqsi. Al fine di ridurre il numero dei *defaulter*, fu sviluppata

a Belet Weyne una particolare procedura di ammissione del paziente al programma: l'ammissione avveniva infatti dopo sessioni di educazione sanitaria che coinvolgevano le famiglie e che si concludevano con la stesura di un «contratto» con il quale il paziente si impegnava a portare a termine la terapia. Le linee terapeutiche adottate erano quelle del programma nazionale di controllo della tubercolosi (4 farmaci per 6 mesi). L'attività diagnostica era supportata da laboratoristi, all'uopo formati in collaborazione con il programma nazionale di controllo della tubercolosi, che operavano nei tre ospedali del distretto. I casi che necessitavano di ospedalizzazione venivano riferiti all'ospedale specializzato di Belet Weyne (Laab Dhere) che accoglieva in media 60 pazienti.

Tab. 7 - Dati riassuntivi dei pazienti in trattamento ambulatoriale per tubercolosi nel primo semestre 1990

	Belet Weyne	*Jalalaqsi*	*Bulo Burti*	*Totale*
In trattamento	285	37	172	394
Deceduti	13	-	4	17
Defaulter	31	2	5	38
Trattamento concluso	136	9	-	145

Lo schema sperimentale di partecipazione della comunità al pagamento dei farmaci

Sulla scorta delle linee programmatiche della *Bamako Initiative*, in tre villaggi del distretto di Belet Weyne iniziò, nel settembre 1989, il primo programma, sperimentale in Somalia, di partecipazione della comunità alle spese per i farmaci. Il programma, gestito dai Comitati di villaggio, era accettato dalle popolazioni somale che da sempre pagavano i farmaci al terapeuta tradizionale o al venditore privato. Il programma prevedeva la distribuzione dei farmaci a prezzi prefissati; i Comitati di villaggio provvedevano alla raccolta dei fondi, alla tenuta delle rendicontazione, alla stesura delle liste delle persone aventi diritto all'esenzione. La prima valutazione del programma fu positiva anche se alcuni aspetti necessitavano di un maggiore approfondimento e di un'ampia discussione con le comunità; in particolare, i criteri di selezione degli esenti, la remunerazione dei Chw, la destinazione dei fondi raccolti (inizialmente utilizzati per la manutenzione dei Phcp e per attività di igiene ambientale).

In accordo con le linee della Phc nazionale, nell'ambito del programma si realizzò una rete di riferimento che a partire dai Phcp faceva perno sugli ospedali distrettuali a loro volta afferenti, per le patologie più complesse, agli ospedali regionali.

Si procedette in Hiraan alla ristrutturazione dell'ospedale regionale di Belet Weyne e alla costruzione dell'ospedale distrettuale di Jalalaqsi. In Galgadud furono costruiti l'ospedale regionale di Dhusa Mareb e gli ospedali distrettuali di Abudawak, Adado, El Bur, El Dere. Un siffatto capillare e completo sistema di riferimento regionale è unico in tutta la Somalia.

Le strutture edilizie furono realizzate utilizzando tipologie e materiali locali già collaudati per il caldo clima somalo; ove possibile, come per esempio per l'ospedale di Belet Weyne, si ristrutturarono gli edifici esistenti. Gli ospedali distrettuali realizzati sono improntati alla massima funzionalità e semplicità d'uso; in questi ospedali infatti il numero dei posti letto non supera le venti unità mentre ampio spazio hanno le strutture ambulatoriali.

La costruzione fu fatta in «economia», affidando cioè i lavori a manodopera locale assistita da un solo esperto italiano; tale scelta offriva numerosi vantaggi: riduzione di costi, mobilitazione di risorse locali e sopratutto tecniche di costruzione congrue rispetto alle conoscenze locali con conseguente maggiore facilità di manutenzione delle strutture.

Al fine di una valutazione quantitativa e qualitativa delle attività ospedaliere si riportano alcuni dati riguardanti l'ospedale regionale di Belet Weyne, di 90 letti (tabb. 8, 9 e 10). Come si vede, sia l'ambulatorio che la struttura di ricovero operavano a pieno ritmo, con una media di 40 visite al giorno l'una e di 250 ricoveri al mese l'altra. Si noti anche la cospicua proporzione di pazienti ammessi per ferite o altri eventi traumatici (circa un quinto), circostanza legata ai conflitti di cui la regione di Belet Weyne è stata teatro e che dà un'idea delle condizioni in cui operavano il personale e le strutture sanitarie.

Tab. 8 - Ospedale regionale di Belet Weyne: dati generali

	1988	*1989*
Ammissioni	2.196	2.973
Interventi chirurgici	754	988
Parti	396	417
Decessi	81	110
Visite ambulatoriali	nr [a]	11.449

[a] L'informazione non è stata registrata nel 1988.

Tab. 9 - Ospedale regionale di Belet Weyne: diagnosi d'ammissione [a]

	n	%
Ferite	218	7,3
Traumi	141	4,7
Malaria	139	4,6
Anemia	134	4,5
Patologie apparato respiratorio	132	4,4
Fratture	122	4,1
Parassitosi intestinali	106	3,6
Cataratta	100	3,4
Gastro-enteriti	86	2,9
Tubercolosi	85	2,9
Altre	1.710	57,5
Totale	2.973	100,0

[a] Gennaio-dicembre 1989.

Tab. 10 - Ospedale regionale di Belet Weyne: cause di mortalità ospedaliera [a]

	n	%
Traumi e ferite craniche	13	11,8
Sepsi	7	6,4
Patologie respiratorie	6	5,4
Anemia	6	5,4
Patologie cardiache	6	5,4
Traumi e ferite diverse	6	5,4
Cirrosi e patologie epatiche	6	5,4
Gastroenteriti	5	4,6
Insufficienza renale	5	4,6
Meningo-encefaliti	5	4,6
Altre	45	41,0
Totale	110	100,0

[a] Gennaio-dicembre 1989.

La formazione

La scarsità di personale formato e sopratutto la concentrazione dello stesso in Mogadiscio, ove risiedeva il 77% dei medici del Ministero della Sanità e il 48% del personale infermieristico, indusse la cooperazione italiana a privilegiare la formazione dei quadri sanitari direttamente nel contesto ove il personale doveva concretamente operare. Allo scopo sorse a Belet Weyne un centro di formazione che poteva ospitare più di 60 persone contemporaneamente. In tale centro si svolgevano, oltre ai corsi di formazione dei Chw e delle Tba, i corsi di formazione dei *team* distrettuali e i

corsi di aggiornamento del personale ospedaliero. Si era inoltre avviato, unico esempio in Somalia, un programma di formazione sul campo per medici distrettuali, in collaborazione con la Facoltà di medicina di Mogadiscio. A turno, i medici specializzandi in medicina di comunità e i neolaureati venivano inviati a Belet Weyne per svolgere attività pratiche e ricerche sul campo.

Gli esperti italiani

La presenza degli esperti era mirata alla formazione degli omologhi locali che progressivamente dovevano assumersi la responsabilità della gestione dei servizi. Particolare importanza si dette quindi alla formazione di medici distrettuali. Medici neolaureati venivano inviati dal Ministero della Sanità nell'ospedale di Belet Weyne e, coordinati dall'esperto medico polivalente italiano, affrontavano i vari aspetti tecnici e gestionali dei servizi sanitari. Due medici formati a Belet Weyne furono nominati responsabili dei distretti di Jalalaqsi e Bulo Burti. Un infermiere, un tecnico di laboratorio ed un'ostetrica (quest'ultima operava *part-time* sul territorio), completavano lo *staff* espatriato di supporto all'ospedale regionale; le attività degli esperti italiani erano soprattutto mirate all'aggiornamento professionale degli omologhi.

Logistica ed amministrazione

La Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo affidò la componente logistica e l'amministrazione del programma all'Istituto Italo-Africano. L'Istituto provvedeva alla gestione dei fondi delle varie componenti secondo le linee di spesa previste dai piani operativi e all'invio dall'Italia dei materiali di consumo non reperibili *in loco*. In Mogadiscio un amministratore dell'Istituto provvedeva all'ordine dei materiali, allo sdoganamento, alla ricerca e all'acquisto dei materiali *in loco*, all'immagazzinamento e al trasferimento dei materiali nelle due regioni. A Belet Weyne vi era, inoltre, un'officina che garantiva la manutenzione dei mezzi e delle attrezzature del programma; il tecnico italiano responsabile di questa struttura provvedeva alla formazione e al coordinamento di un'*équipe* locale formata da sette meccanici.

La regione Galgadud

Il programma nella regione Galgadud iniziò solo nel 1988 coin-

volgendo 48 villaggi. La strategia adottata nel Galgadud si differenziava dalla strategia adottata nell'Hiraan per una più ampia responsabilizzazione del personale locale nella gestione del programma. L'assistenza tecnica degli esperti italiani avveniva quindi nelle fasi di pianificazione e monitoraggio delle attività, nella formazione del personale e nel supporto logistico, mentre la gestione dei servizi era affidata all'ufficiale sanitario regionale e ai *team* di supervisione regionali e distrettuali. Il coordinamento ed il monitoraggio delle attività avvenivano nel corso di periodici incontri tra gli esperti italiani e il *team* regionale.

Considerazioni conclusive

In conclusione, il programma Hiraan-Galgadud ha portato ad un'ampia diffusione dei servizi di Phc sul territorio e ha realizzato una efficiente rete di riferimento. Permangono tuttavia alcune parti del programma da completare. In particolare, a causa della situazione politica della Somalia, non si è realizzato il previsto scavo di pozzi nei villaggi.

Benché il tasso di utilizzazione dei servizi preventivi fosse elevato, come dimostrano i dati del Ministero della Sanità, permaneva tuttavia un'ampia percentuale di popolazione rurale che non utilizzava i servizi preventivi. Fattori culturali e l'insufficiente divulgazione delle informazioni ne erano le cause principali. Per ovviare a tale situazione, maggiore impulso dovrebbero avere le sessioni di educazione sanitaria nei villaggi, da attuarsi sia nel corso della visita dei *team* distrettuali, con un prolungamento dei tempi di permanenza nel villaggio, sia attraverso un aggiornamento dei Chw sui messaggi e sui metodi dell'educazione sanitaria a livello di comunità.

Sulla scorta dell'esperienza acquisita, alcuni temi di carattere generale dovranno in futuro ricevere una maggiore attenzione. In particolare:

la partecipazione comunitaria è stato uno dei principi guida dell'intervento sanitario in Hiraan e Galgadud. Gli incontri con i consigli di villaggio per l'adesione al programma, la costruzione delle cliniche da parte del villaggio, la scelta degli operatori sanitari di base da parte delle comunità, le esperienze sugli schemi di *self help* per l'acquisto dei farmaci ne sono un esempio. Ma tutto ciò non è sufficiente per realizzare un effettivo coinvolgimento. Esistono nella struttura amministrativa somala forme di aggregazione locali della comunità (Comitato di sviluppo regionale, Consigli di distretto, di *beel* e di *tuulo*) che offrono oppor-

tunità non sufficientemente valorizzate in questo senso. Nella fase di programmazione degli interventi potrebbe essere opportuno stabilire criteri e modi di gestione dei servizi sanitari che coinvolgano più concretamente le organizzazioni locali al fine di realizzare un decentramento delle decisioni, favorire un processo di responsabilizzazione delle comunità verso i servizi sanitari, coordinare gli interventi di settore alla ricerca di possibili sinergismi (programmi scolastici e programmi agricoli in particolare);
la conferenza di Alma Ata[1] definisce la Phc come: «[...] un sistema sanitario di base fondato su metodi e tecnologie pratiche scientificamente fondate, socialmente accettabili rese accessibili agli individui e alle famiglie nella comunità attraverso la loro piena partecipazione e a costi che la comunità e la Nazione possono mantenere ad ogni stadio di sviluppo nello spirito di autosufficienza e di autodeterminazione». Nei Piani sanitari nazionali si afferma la volontà del governo somalo di aderire alle indicazioni espresse da Alma Ata; la prassi largamente le disattende. Ne è testimonianza la bassissima allocazione dei fondi statali per la sanità (meno di 150 lire *pro capite* per il 1989), la prevalente allocazione delle risorse e del personale del Ministero per i servizi curativi nel Banadir, l'assenza di partecipazione del Ministero della Sanità alle spese di gestione dei servizi di Phc. In tale contesto, notevoli perplessità emergono sulla capacità da parte del Ministero della Sanità di sostenere il programma sul lungo termine. L'adozione su ampia scala degli schemi di *self help* e di rotazione dei fondi per il parziale recupero dei costi sanitari sperimentati in Hiraan possono contribuire ad una minore dipendenza; ma non è né pratico né accettabile che i gruppi economicamente più deboli, quali i contadini e i nomadi delle aree rurali, sopportino i costi dell'intera struttura di Phc. Esiste chiaramente un nodo politico per il trasferimento della maggior parte dei fondi allocati per i servizi curativi dalla capitale ai servizi di Phc; pur con la necessaria gradualità, potrebbe essere opportuno, da parte del Ministero, stabilire più concrete forme di partecipazione alle spese di gestione dei programmi di Phc.

1. Who, Unicef, *Primary Health Care*, Who, Geneva, 1978.

Parte terza
«Primary Health Care» nel distretto di Jilib

9. L'AMBIENTE E LA POPOLAZIONE DI UN'AREA RURALE DELLA SOMALIA DEL SUD

di *Francesco Branca*

Dal 1980, il governo somalo decise di accettare il supporto finanziario e organizzativo di molti governi e di associazioni non governative per riuscire ad assolvere il difficile compito di istituire un servizio sanitario di base per tutta la popolazione. Gli aiuti furono innanzitutto indirizzati verso le aree considerate prioritarie per lo sviluppo del paese. Al Cisp fu richiesto di intervenire nella regione del Medio Giuba, già sede di imponenti investimenti nel settore agricolo e industriale e, in prospettiva, destinata ad ospitare un grandioso piano di reinsediamento, in conseguenza della costruzione della diga di Baardheere. Secondo un progetto del 1974, la diga, alta 50 metri, avrebbe creato un invaso di 4,2 miliardi di metri cubi, con una superficie di circa 280 Km e avrebbe consentito di irrigare 170.000 Km. In 25 anni, il 43% della popolazione somala avrebbe dovuto insediarsi nell'area.

Nell'agosto-settembre 1983 il Cisp inviò una missione con il compito di eseguire una rapida ricognizione del distretto di Jilib, il più popoloso dei tre distretti del Medio Giuba, e di stabilire un rapporto con le istituzioni locali e con le comunità, rilevandone le esigenze e la disponibilità a sostenere un programma di *Primary Health Care* (Phc).

Con l'intento di evitare parzialità professionali nell'analisi della situazione, il *team* inviato era composto da tecnici di sanità pubblica e da scienziati sociali[1]. La metodologia di lavoro prevedeva l'esame dell'informazione esistente, la misura di alcuni indicatori demografici ed epidemiologici e l'osservazione partecipante all'interno delle comunità rurali. Facendo ricorso a informatori locali e a interviste di gruppo, il *team* raccolse inoltre informazioni sul fun-

1. R. Chambers, *Rural Development. Putting the last first*, Longman, New York and London, 1983. Per la metodologia del sondaggio si veda anche «Symposium on Rapid Rural Appraisal», *Agricultural Administration*, 1981.

zionamento delle strutture sanitarie del distretto, sui sistemi di approvvigionamento idrico e di smaltimento dei rifiuti, sulle abitazioni e l'organizzazione urbanistica, sulle vie di comunicazione e i mezzi di trasporto, sui modelli di sussistenza familiare e le possibilità di sviluppo economico della regione.

Si tentò, per quanto possibile, di ottenere un quadro rappresentativo dell'intera realtà distrettuale, non limitandosi a visitare i centri principali o quelli più accessibili in automobile. Fu perciò selezionato un campione di 17 villaggi di area rurale (su di un totale di 79 villaggi), scelti all'interno di quattro strati, definiti in base al tipo di strutture sanitarie esistenti nel raggio di 5 Km. Il primo strato, costituito dai villaggi siti nelle vicinanze dell'ospedale distrettuale, comprendeva il 22% dei nuclei familiari residenti in area rurale; il secondo strato raggruppava i villaggi con un centro di assistenza sanitaria di base e includeva il 28% della popolazione; nel terzo e nel quarto strato erano stati rispettivamente classificati i villaggi in cui erano in funzione farmacie private (18% delle famiglie) e i villaggi del tutto privi di strutture (32% delle famiglie). Non furono intervistate famiglie nel centro di Jilib, perché si decise di dare avvio a un programma per la sola area rurale.

Si volle inoltre diversificare le fonti di informazione. Perciò, accanto alle interviste a funzionari dello stato, a capi villaggio e membri dei Comitati di villaggio, a operatori sanitari e medici tradizionali, si ricorse allo strumento del questionario. Partendo dal centro del villaggio e muovendosi in più direzioni, i membri del *team*, accompagnati dal personale sanitario del distretto, visitavano le abitazioni e intervistavano gli adulti presenti; in questo modo si intendeva dar voce a situazioni di marginalità che sarebbero rimaste altrimenti inespresse. Furono così intervistati 211 nuclei familiari.

Nel seguito del capitolo descriveremo le caratteristiche di quest'area rurale facendo uso dei dati raccolti dalla missione di ricognizione integrati, per maggior chiarezza, da informazioni provenienti da altre fonti o da successivi studi svolti dal Cisp.

Dati geografici e climatologici

Come mostra la fig. 1, il fiume Giuba attraversa tutte e tre le regioni meridionali della Somalia: il Gedo, il Medio Giuba e il Basso Giuba.

Il distretto di Jilib è situato lungo l'ultimo tratto del fiume, dove è ancora possibile osservare alcune tra le ultime isole di foresta tropicale, subito al di sopra della linea dell'equatore.

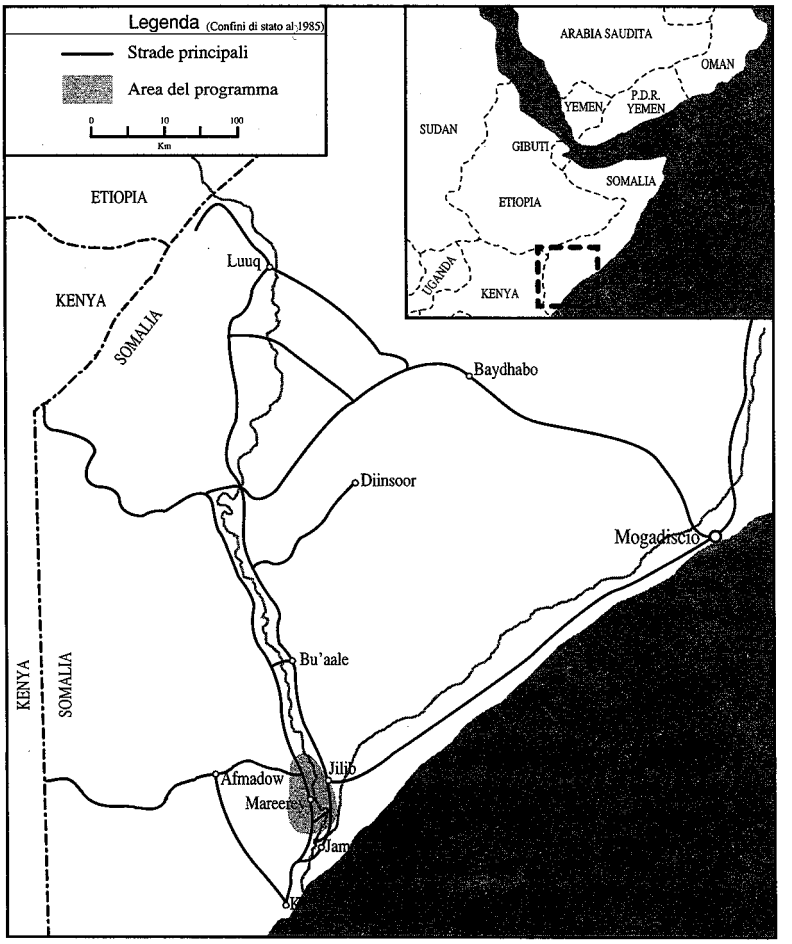


Fig. 1 - L'area del programma Mareerey

Quest'area gode di ricche precipitazioni, al di sopra della media del paese. La piovosità media, 700 mm all'anno, è anzi tra le più alte dell'intera vallata del Giuba[2]. Le piogge seguono uno schema bimodale: il 60-70% delle precipitazioni si verifica tra la fine di marzo e la fine di giugno, nella stagione di *gu'*. Seguono una breve stagione secca (*xagaa*), fino all'inizio di ottobre e una seconda stagione delle piogge (*deyr*), che dura ottobre e novembre. Tra dicembre e aprile vi è una lunga stagione secca (*jilaal*), durante la quale si registrano le temperature massime più alte dell'anno: il termometro raggiunge i 29°C, con una umidità relativa che oscilla tra il 60 e il 73%[3]. La relativa abbondanza delle acque superficiali e di falda consente l'approvvigionamento idrico per tutto il corso dell'anno. La principale risorsa è costituita dal fiume Giuba, ma anche il fiume Shebeli conduce acqua nella zona con le sue ultime propaggini, che si perdono nei terreni a est di Jilib. Per tre mesi l'anno, nella stagione di *jilaal* la portata del Giuba non è in grado di soddisfare tutte le esigenze di irrigazione; in *deyr* si verifica invece la piena e si riempiono d'acqua i *desheeg*, depressioni del terreno che nei mesi successivi diverranno abbeveratoi per gli animali e, man mano che l'acqua si ritira, saranno utilizzate per l'agricoltura. Sul fiume Giuba è stata inoltre costruito uno sbarramento, che, nel 1985, permetteva di produrre circa 4 MW di energia elettrica e di irrigare a gravità gli 850 ettari della azienda di stato di Fanoole, che produceva riso. Vi è tuttavia un problema di qualità dell'acqua: oltre alla contaminazione organica dei corsi d'acqua e dei pozzi non protetti, si riscontra un'eccessiva concentrazione di sali, persino nelle falde profonde[4].

Cenni sulla storia della società e dell'economia

Per comprendere le origini degli attuali problemi di sviluppo dell'area è utile richiamare alcune circostanze della storia degli ultimi due secoli, traendole dalla letteratura[5].

Nel XVIII secolo i territori lungo il fiume Giuba, in gran parte

2. R.M. Watson, J.M. Nimmo, *Southern Rangelands Survey,1983-84*, Resource Management and Research, Mogadishu,1985.

3. Dati forniti dalla stazione meteorologica del Fanoole Irrigation Project.

4. W.R. Jobin, *Water Quality and Public Health Aspects of proposed Dam and Development in Jubba Valley of Somalia*, Jess Report n. 39, Associates in Rural Development Inc., Burlington, 1988.

5. I.M. Lewis, *A Modern History of Somalia:Nation and State in The Horn of Africa*, Longman, New York and London, 1988. L.V. Cassanelli, *The Shaping of Somali Society:Reconstructing the History of a Pastoral People,1600-1900*, University of Philadelphia Press, Philadelphia, 1982. K. Menkhaus, *JESS Report on Economic History of the Lower Jubba Valley: Implications for Development Planning*, JESS Report n.35, Associates in Rural Development Inc., Burlington, 1988.

coperti da una fitta vegetazione tropicale, erano abitati da una popolazione di cacciatori-raccoglitori che godeva di una sostanziale autonomia, nonostante la subordinazione ai clan di pastori nomadi. Per la maggior parte del tempo, infatti, questi si tenevano lontani dal fiume per timore della mosca tse-tse.

Quando, nel secolo seguente, si diffuse in Somalia la coltura estensiva dei cereali e del cotone, per far fronte alle esigenze di manodopera delle piantagioni furono importati schiavi dalla Tanzania, dal Mozambico e dal Malawi. Cassanelli riporta una stima di oltre 50.000 schiavi entro la fine dell'ottocento. Le aziende, site nella regione dello Shebeli, erano in grado di produrre un *surplus* agricolo che veniva esportato verso l'Arabia e Zanzibar. Gli schiavi fuggitivi fondarono alcuni villaggi indipendenti nelle foreste lungo il Giuba, seguiti da molti altri liberati dopo il decreto di abolizione della schiavitù, proclamato dalle autorità coloniali italiane nel 1904. Si stima che nel 1910 vi fossero circa 20.000 abitanti in 60 villaggi[6]. Le caratteristiche dell'area consentivano di disporre di un sistema di appezzamenti multipli (terreni lungo il fiume, terreni coltivati in pluviale e terreni inondati), su cui si producevano mais, sesamo, sorgo, fagioli, patate dolci, banane, nonché cotone e tabacco, avendo pienamente assicurata la sussistenza. Un importante fattore di trasformazione culturale per questi gruppi fu la conversione alla religione musulmana, attraverso la quale si diffusero leggi e strutture sociali islamiche e migliorarono i rapporti con le tribù nomadi.

Dopo la cessione del *Jubaland* agli italiani, nel 1925, si verificò un progressivo impoverimento delle popolazioni locali. I coloni italiani impiantarono le coltivazioni di banana, sottraendo molti terreni lungo il fiume agli agricoltori locali e istituendo sistemi di lavoro coatto per recuperare la manodopera, dalle corvé di sei mesi (*teen*) ai contratti di quattro anni per «coloni» provenienti dalla vicina regione del Bay. La riduzione dei terreni e delle risorse umane disponibili per l'agricoltura di sussistenza determinarono per la prima volta nell'area una situazione di insicurezza alimentare[7]. La breve parentesi di amministrazione militare britannica tra il 1940 e il 1950 non modificò la situazione: mais e riso presero il posto della banane, ma non si riuscì a fare a meno del lavoro coatto. Nel periodo dell'Amministrazione Fiduciaria Italiana (1950-1960) le piantagioni di banana furono ripristinate e la produzione

6. L.V. Cassanelli, *The End of Slavery and the «Problem» of Farm Labor in Colonial Somalia*, in A. Puglielli (ed.) *Proceedings of the Third International Congress of Somali Studies*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1988 pp. 269-282.

7. K. Craven, J. Merryman, N. Merryman, *Socioeconomic Baseline Studies*, in *Jubba Environmental and Socioeconomic Studies*, vol. III, Associates in Rural Development Inc., Burlington, 1988, p.A-25.

fu incoraggiata con incentivi di mercato. Il controllo da parte delle Nazioni Unite impedì ulteriori abusi per il reclutamento della manodopera; si diffuse tuttavia il lavoro dei bambini, che consentiva alle famiglie di ottenere un reddito senza però alterare la propria organizzazione produttiva.

Dopo la rivoluzione socialista del 1969, la Somalia adottò una forma di economia mista, caratterizzata dalla coesistenza di aziende di stato e di imprese private nell'agricoltura e nell'allevamento. Nel 1975 venne varata una riforma agraria, che attribuiva allo stato la proprietà di tutti i terreni. I privati potevano ottenere la terra in concessione, entro il limite di 30 ettari per i terreni irrigabili e di 60 ettari per i terreni non irrigabili; le piantagioni, le aziende cooperative e di stato godevano di regimi speciali e potevano perciò ottenere estensioni maggiori. La complessità della procedura di registrazione fece sì che la maggioranza degli agricoltori locali ottenesse solo poche concessioni. Queste andarono in larga misura agli imprenditori della banana e ad alcuni funzionari governativi che intendevano investire nell'agricoltura, sottraendo appezzamenti di terra alla produzione familiare[8].

L'istituzione di aziende di stato, nate per creare posti di lavoro, per aumentare le entrate dello stato e per ridurre le importazioni di zucchero e di riso, dette infine il colpo di grazia all'agricoltura di sussistenza nell'area. Almeno 3.500 ettari furono espropriati senza compensazione; gli interventi sul territorio (diga, argini) resero inutilizzabili molti terreni; interi villaggi furono lasciati senza terra e i suoi abitanti trasformati in salariati.

Attualmente, la popolazione locale ha a disposizione pochi terreni di bassa qualità; inoltre, per ricavare nuove aree da mettere a coltura sono stati tagliati molti ettari di foresta. I giovani decidono spesso di emigrare verso le città, verso i paesi arabi o altri paesi dell'Africa orientale.

La popolazione

La Somalia, come molti paesi africani, non ha un sistema di registrazione anagrafico e le informazioni demografiche provengono dai periodici censimenti ufficiali o da inchieste condotte localmente. Le fonti disponibili nel 1983 erano discordanti e spesso palesemente inattendibili. Le autorità distrettuali stimavano la popolazione totale del distretto in circa 65.000 unità, così ripartite: oltre 41.000 persone nel capoluogo e 24.000 persone circa nelle aree

8. K. Craven, *et al.*, *op.cit*, p. A-28

rurali[9]. Più della metà dei residenti in area rurale era stanziato nel distretto da appena tre anni, provenendo da uno schema di reinsediamento realizzato poco più a nord, presso la città di Dujuma, dopo la siccità del 1974. I censimenti effettuati dal Cisp tra il 1985 e il 1990 in nove villaggi dimostrarono che la stima dei residenti in area rurale era per difetto. La tab. 1 mostra infatti che nei soli villaggi esaminati la popolazione era di 28.000 persone circa.

Tab. 1 - Popolazione censita in nove villaggi del distretto di Jilib tra il 1985 e il 1990

Mareerey	2.000
Hargeysa	5.000
Guddudey	6.000
Madina	4.000
Mubarak	3.000
Kamka	4.500
Baruji	1.000
Bulo Banaan	2.500
Beleduraxma	300

La fig. 2 mostra la distribuzione per sesso e per età della popolazione distrettuale, così come risultava dal campione esaminato nel corso della missione di ricognizione del 1983. La «piramide delle età» ha una forma tipica per i Paesi in via di sviluppo, con una base larga, dato che il 45% della popolazione si trova al di sotto di 15 anni e solo il 5% al di sopra dei 60. Si trattava di una popolazione giovane, con il 50,4% in età lavorativa, tra 15 e 60 anni.

La popolazione mostrava una prevalenza femminile, rappresentando i maschi il 49% del totale, con un rapporto maschi-femmine di 96,8%. La disparità tra i sessi era più accentuata tra i 15 e i 45 anni (il rapporto maschi-femmine scendeva al 72,2%) e, in particolare, tra i 20 e i 24 anni, età alle quali solo il 36% dei giovani era di sesso maschile (con un rapporto maschi-femmine del 56,6%). Queste cifre deponevano per l'esistenza di un flusso migratorio dei giovani verso l'esterno, presumibilmente in cerca di migliori opportunità di impiego.

Un terzo circa di tutte le donne si trovava in età fertile (tra 15 e 44 anni), ma solo l'8% di esse riferì di essere in gravidanza. La cifra doveva essere aumentata almeno al 12%, dato che le donne erano in grado di riconoscere la gravidanza solo dopo i primi due o tre mesi.

9. Censimento del distretto di Jilib, 14 febbraio 1983; censimento effettuato dallo Sda Statistical Office, 26 giugno 1983.

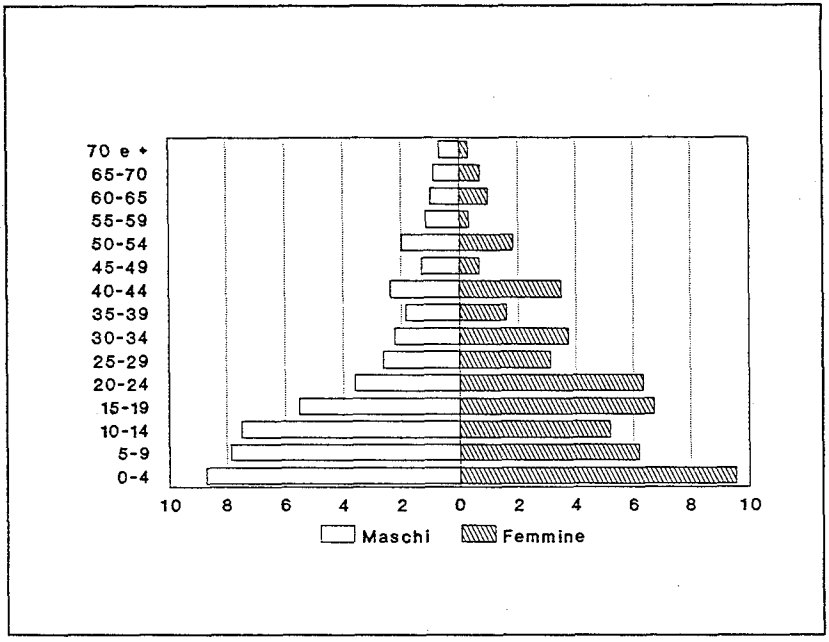


Fig. 2 - Piramide delle età della popolazione rurale del distretto di Jilib (missione di ricognizione 1983)

Calcolando il tasso di natalità generale sul numero di bambini nati entro l'anno precedente l'intervista, si otteneva una stima del 6%, dato confermato da un successivo censimento del 1985, ma superiore a quello calcolato da altri studi[10]. Il censimento del 1985 stimava la mortalità generale a 4% circa, suggerendo quindi che - al netto dei movimenti migratori - la popolazione cresceva del 2% circa all'anno. Queste cifre si allontanavano dalla media del paese. Nel 1985, infatti, la mortalità generale in Somalia era del 2% e il tasso di crescita della popolazione era calcolato nel 3%. Nel villaggio di Mareerey anche la mortalità infantile, calcolata nel 1985 in 190 per mille nati vivi, era tra le più alte del paese.

Il numero medio dei componenti per famiglia era di sei. L'unità familiare comprendeva, di solito, oltre al padre e alla madre, due o tre figli e gli anziani genitori dei coniugi.

Il livello di alfabetizzazione della popolazione era molto basso:

10. Per l'intera vallata del Giuba, Craven *et al.*, *op. cit*, p.A-36, calcolano 4,3% di natalità e 0,8% di mortalità.

solo il 25% aveva ricevuto un'istruzione scolastica e il 5% aveva partecipato alla campagna di alfabetizzazione (*Somali National Literacy Campaign*) promossa dal governo nel 1974. Inoltre, la frequenza dei bambini a scuola era tutt'altro che assidua, anche in conseguenza del loro impiego nel lavoro agricolo.

Le istituzioni

La legislazione in vigore nel 1983 prevedeva istituzioni decentrate a livello regionale e distrettuale. Esse avevano soprattutto una funzione di rappresentanza dei vari rami dell'esecutivo e godevano di una limitata autonomia d'azione. A livello distrettuale, il *District Commissioner* era il responsabile politico e amministrativo; il *District Medical Officer* rappresentava il Ministero della Sanità.

A un livello più basso, l'unità amministrativa era il *beel*, governata da un *guddomiye*, di designazione popolare, affiancato da un comitato (*guddi*) di 7 membri. Il *guddomiye* aveva anche competenza giudiziaria per le dispute territoriali e i reati minori. Il *beel* poteva essere ripartito in quartieri (*afaad*) e avere una giurisdizione su villaggi minori (*tuulo*). A loro volta, queste strutture venivano governate da altrettanti comitati.

Anche il partito unico della Somalia aveva rappresentanti locali, nonché sezioni periferiche della associazione femminile (la *Somali Women Democratic Organization*) e giovanile (gli *ubax kacaanka*, o «fiori della rivoluzione»).

Le istituzioni dello stato convivevano con istituzioni tradizionali quali il consiglio degli anziani e con le autorità islamiche, sebbene di tanto in tanto vi fossero motivi di contrasto, come nel caso della assegnazione delle terre.

Le infrastrutture e i servizi

Il distretto di Jilib occupa una posizione chiave nel sistema delle vie di comunicazione del sud della Somalia. Jilib è collegata dal 1972 a Kisimayo e dal 1985 a Mogadiscio con strade percorribili per tutto l'anno, nonostante le pessime condizioni di manutenzione. Altre strade sterrate conducono, verso nord, a Bu'aale, capitale regionale, e ad Afmadow, in direzione del confine con il Kenya, ma sono impraticabili durante le stagioni delle piogge.

Nel 1983 servizi privati di autocorriere collegavano Jilib a Mogadiscio, Kisimayo e Jamaame. I carburanti per autoveicoli erano disponibili solo eccezionalmente e il meccanico di Jilib operava con mezzi artigianali.

Nel capoluogo di distretto avevano sede un ufficio postale e una filiale della Banca nazionale somala. Mancava un servizio telefonico pubblico e solo alcune imprese avevano il permesso di usare apparecchi radiotrasmittenti.

Ogni *beel* aveva scuole primarie e scuole coraniche, mentre le scuole secondarie avevano sede solo nel capoluogo di distretto.

I servizi sanitari

La pluralità di culture che caratterizzava l'area di intervento si rifletteva in una pluralità di concezioni della salute e della malattia e si associava alla presenza di diversi tipi di operatori sanitari, con fenomeni di conflitto, di integrazione e perfino di sincretismo.

Nel sistema della medicina tradizionale occorre distinguere tra un livello non professionale, relativo alla diffusa conoscenza di semplici pratiche, quali la preparazione di infusi di erbe, e un livello professionale, che va dall'assistenza al parto, praticata dalle *ummuliso*, alla chirurgia. Le levatrici tradizionali erano presenti in tutti i villaggi visitati durante la missione di ricognizione. Non così i medici tradizionali, che mancavano in metà dei villaggi di reinsediati.

Il sistema sanitario moderno comprendeva strutture pubbliche, tutte costruite in epoca coloniale e in gran parte dislocate nel capoluogo di distretto e una rete commerciale di distribuzione di farmaci, comprendente 26 farmacie e un gran numero di empori di villaggio.

L'ospedale distrettuale aveva 30 posti letto, un ambulatorio di medicina generale, un centro antitubercolare e un centro di salute materno-infantile, dotato di un frigorifero per la custodia dei vaccini. Non c'erano sala operatoria, cucina, lavanderia; l'apparecchio di radiologia era inservibile; gran parte degli edifici era pericolante e le scorte di farmaci e di materiali sanitari erano inesistenti. Le strutture pubbliche avrebbero dovuto essere rifornite trimestralmente dall'Aspima (Agenzia somala per l'importazione di medicinali e affini); ciò tuttavia non si verificava con regolarità, perché a parte i problemi di distribuzione, gli stessi magazzini centrali di Mogadiscio avevano scorte ridotte e di poche specialità; inoltre, le condizioni di conservazione erano pessime e molti farmaci avevano superato la data di scadenza.

Alla periferia di Jilib c'era inoltre un centro specializzato nella cura della lebbra, organizzato come *day hospital*; i malati vivevano con le loro famiglie nel vicino villaggio di Beled Amin. Nel resto del distretto erano in funzione due ambulatori, gestiti da assistenti sanitari formati durante l'Amministrazione fiduciaria italiana, negli

anni '50. Infine, limitatamente al periodo 1980-83, l'agenzia governativa responsabile delle operazioni di reinsediamento, la *Settlement Development Agency*, forniva assistenza alimentare e sanitaria alla popolazione. Sotto la supervisione di un medico, operavano 2 ambulatori con 6 infermieri.

Nel complesso, il personale sanitario di tutto il distretto comprendeva 3 medici, 2 assistenti sanitari, 12 tra infermieri e ostetriche, 23 ausiliari di varie qualifiche. Il servizio pubblico disponeva perciò di un medico per 20.000 abitanti (tutti però in area urbana), di un infermiere per 5.000 abitanti e di un posto letto per 2.000 abitanti. Si consideri che, nel 1984, la media nazionale era di un medico per 16.000 persone e di un infermiere per 1.500 persone e che la Somalia era tra i 15 paesi del mondo con il più basso rapporto tra operatori sanitari e popolazione[11]. Sebbene la Somalia avesse aderito alla Dichiarazione di Alma Ata fin dal 1978 , nel distretto non vi era neanche l'embrione di un sistema di Phc. L'inadeguatezza delle risorse umane, la carenza di mezzi di trasporto e di carburante spiegano l'enorme difficoltà che avevano le strutture pubbliche di operare sul territorio. Ciò era avvenuto solo in occasione di campagne e di interventi speciali lanciati ed equipaggiati da Mogadiscio, come nel caso delle iniziative per la lotta alla malaria o per gli studi sulla diffusione della schistosomiasi.

A questa grave insufficienza delle strutture pubbliche rimediavano in parte alcune strutture private: l'ambulatorio dell'orfanotrofio di Jilib, gestito da missionari cattolici e aperto a donne e bambini dei dintorni; l'ambulatorio del *Juba Sugar Project*, la struttura sanitaria più moderna ed efficiente della regione, ma strettamente riservata ai dipendenti del progetto; e due piccoli ambulatori per il *Fanoole Rice Farm*.

Quando, subito dopo la rivoluzione del 1969, la Somalia era intenzionata a organizzare lo stato ricorrendo il meno possibile ad aiuti e a finanziamenti stranieri, il governo stesso aveva incentivato la diffusione delle farmacie private, considerando l'istituzione di un servizio sanitario pubblico un obiettivo raggiungibile nel medio termine. In queste strutture, infermieri diplomati avevano il permesso di effettuare diagnosi e di somministrare una terapia a pagamento. Il libero mercato dei farmaci, soprattutto in una regione così ben collegata al Kenya, era particolarmente fiorente: nella sola città di Jilib c'erano ben 22 farmacie; altre 4 erano situate in punti chiave del distretto, e in tutti i villaggi principali gli empori avevano varie preparazioni di clorochina e di acido acetilsalicilico. Anche per questo a un esame dei rimedi scelti dalla gente ai suoi problemi di salute, la farmacia risultò essere in cima alla lista delle

11. The World Bank, *World Development Report*, Oxford U.P., 1989.

preferenze, come appare dalla tab. 2.

La tab. 2 indica la percentuale di individui che, dichiarando di essere stati ammalati nel corso dell'anno precedente l'intervista, si era rivolto al servizio pubblico, a quello privato, a entrambi o a nessuno dei due. La distribuzione delle risposte è diversa a secondo del villaggio di appartenenza e quindi dell'accessibilità delle diverse strutture. Come si vede, le farmacie sono di gran lunga la struttura più utilizzata nel distretto (39%, o 43% se si considerano i ricorsi misti) e ciò si verifica anche nei villaggi prossimi alle strutture pubbliche. Oltre alla maggior disponibilità di medicinali, le farmacie offrivano inoltre il vantaggio della comodità : tempi medi di attesa di pochi minuti e orari di apertura prolungati (dalle 8 alle 14 e dalle 16 alle 20). Quest'ultima circostanza era particolarmente importante, dato che la maggior parte dei clienti era concentrato nelle ore serali, al termine della giornata lavorativa.

Tab. 2 - Ripartizione percentuale dell'utenza fra i diversi tipi di strutture sanitarie [a]

	Classi di villaggi [b]				
	I %	*II* %	*III* %	*IV* %	*Distretto* %
Farmacie	49	53	64	19	39,3
Medicina tradizionale	10	31	15	56	28,5
Servizio pubblico o equivalente [c]	9	23	4	8	11,3
Servizio pubblico + farmacie	7	4	5	1	3,5
Nessun trattamento	25	17	12	16	17,4
Totale	100	100	100	100	100,0
n	164	212	129	382	887

[a] Calcolata sul totale degli intervistati affetti da malattie.
[b] I villaggi sono classificati in base alla principale struttura sanitaria presente nel raggio di 5km. Classe I: ospedale distrettuale; classe II: centro di assistenza sanitaria di base; classe III: farmacia privata; classe IV: villaggi privi di strutture.
[c] Ambulatori privati gratuiti (Jsp, Fanoole Rice Farm, missione cattolica).

Solo l'11% (15% considerando i ricorsi misti) della popolazione rurale del distretto aveva invece goduto di assistenza sanitaria gratuita. La percentuale era appena maggiore (23-27%) nei villaggi in cui erano presenti ambulatori di villaggio, mentre nei villaggi completamente privi di strutture si preferiva rivolgersi a una farmacia anziché al servizio pubblico.

Il ruolo della medicina tradizionale appariva rilevante, dato che era utilizzata da circa un terzo di tutti gli intervistati e da più della metà della popolazione nei villaggi privi di strutture di tipo moder-

no. Infine, un'altissima percentuale degli intervistati dichiarò di curare le malattie con la recitazione del Corano in aggiunta alle terapie tradizionali e moderne.

L'economia

L'economia della regione era essenzialmente fondata sull'agricoltura. Come appare dalla tab. 3. essa era l'occupazione principale degli adulti intervistati durante la missione di ricognizione del 1983, ovvero l'occupazione in cui essi trascorrevano la maggior parte del tempo.

Tab. 3 - Occupazione principale degli individui intervistati nel 1983

	Classi di età				
	10-17	*18-29*		*30-59*	
	m+f	*m*	*f*	*m*	*f*
	%	*%*	*%*	*%*	*%*
Agricoltori	19,0	34,0	49,7	54,9	63,4
Braccianti	3,7	32,1	3,8	23,9	4,6
Studenti	32,0	12,6	5,7	-	-
Commercianti	0,4	2,9	0,6	6,3	-
Artigiani	-	1,0	0,6	0,7	1,3
Soldati	-	3,9	-	1,4	-
Lavoro domestico	5,6	-	31,4	-	23,5
Altre occupazioni	1,9	7,8	1,9	5,8	1,3
In cerca di occupazione	0,4	2,9	0,6	3,5	2,6
Non rispondono	37,0	2,8	5,7	3,5	3,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tra gli adulti più giovani (18-29 anni) solo il 34% degli intervistati di sesso maschile coltivava terra propria, mentre il 32% lavorava come bracciante in una delle aziende di stato del distretto. Tra i più anziani (30-59 anni), aumentava la proporzione degli agricoltori indipendenti (55%) e diminuiva quella dei braccianti (24%).

A tutte le età le donne avevano un ruolo centrale nel ciclo produttivo: la maggioranza era dedita all'agricoltura e solo un quarto di esse dichiarava di dedicarsi prevalentemente alle attività domestiche. Solo poche donne svolgevano tuttavia lavoro agricolo salariato; in molti casi si verificava infatti che il campo di proprietà della famiglia fosse curato dalla donna e che il marito cercasse un impiego come salariato per differenziare il reddito familiare e per

disporre di denaro contante.

Circa un quarto dei giovani al di sotto dei 18 anni lavorava nei campi della famiglia o si offriva come giornaliero per il taglio della canna. In realtà, la percentuale di ragazzi coinvolti in questa attività era molto maggiore: molti infatti la svolgevano solo occasionalmente, quando la famiglia aveva bisogno di denaro.

Come già menzionato in precedenza, gran parte dei terreni usati per l'agricoltura privata era stata espropriata per la costruzione delle aziende di stato. Così, le terre a disposizione dei privati erano scarse e di cattiva qualità. Poco più di due terzi (72%) delle famiglie intervistate nel 1983 coltivava terre proprie. La maggior parte degli appezzamenti era di estensione compresa tra i 2 e i 5 ettari (60% delle famiglie che possedevano terra); il 28% dei terreni erano di dimensioni inferiori e il 12% di dimensioni superiori (7% tra 6-10 ha e 5% più di 10 ha). Quasi tutti i terreni erano inoltre coltivati in pluviale e, oltre ad avere bassa produttività, erano soggetti alle incertezze climatiche. Di conseguenza, per la maggioranza delle famiglie, la produzione agricola poteva essere appena sufficiente per coprire i fabbisogni alimentari. Inoltre, il possesso della terra era stabilito solo dalle consuetudini locali; quasi nessun agricoltore aveva infatti ottenuto una formale concessione, come previsto dalla Riforma agraria del 1975, e tutti erano perciò esposti in qualsiasi momento al rischio di un esproprio.

La coltura più diffusa era quella del mais, praticata da tutte le famiglie in possesso di terra; in ordine decrescente seguivano poi sesamo (86%), fagioli (79%), ortaggi quali pomodori, zucca e patate (77%), tabacco (31%), frutta quale mango, papaia cocomeri (25%), arachidi (17%), cotone (14%), sorgo (12%). La maggioranza di questi prodotti era utilizzata per il consumo domestico. Gli ortaggi e la frutta potevano in parte essere destinati al mercato locale o perfino ai mercati di Mogadiscio o della Somalia settentrionale, come avveniva per il mango. Il commercio della frutta era particolarmente vantaggioso, per via della grande richiesta del mercato e per la libera oscillazione dei prezzi, che non erano tenuti sotto controllo da parte della *Agricultural Marketing Corporation*.

Le aziende di stato del distretto erano tre: il *Fanoole Rice Farm*, il *Mogambo Irrigation Project* e il *Juba Sugar Project*. Il *Fanoole Rice Farm*, concepito nel 1964 da tecnici sovietici e realizzato dalla cooperazione cinese, prevedeva la costruzione di uno sbarramento sul Giuba e di un canale di 52 Km che permettevano l'irrigazione a gravità di circa 7.500 ha coltivati a riso. La diga, ultimata nel 1980, consentiva inoltre la produzione di 4 MW di energia elettrica, utilizzata per il funzionamento di un impianto per la lavorazione del riso e per le utenze private di Jilib. Il progetto avanzava con notevoli difficoltà, a causa degli elevati costi di funzionamento, della

difficoltà di reperire carburante e parti di ricambio e della cronica carenza di manodopera. Del resto, i salari offerti ai braccianti erano appena sufficienti per la sussistenza di una sola persona.

Il *Mogambo Irrigation Project*, situato a sud di Jilib, comportava la costruzione di un'estesa rete di canali per la coltivazione irrigua di riso e cotone. Lo schema entrò in produzione solo nel 1985. Nel 1988 erano stati messi a cultura 798 ha, mentre altri 214 ha erano stati affidati in concessione a privati. Al cotone era stato sostituito il mais a causa dell'insufficienza delle risorse idriche. L'operazione aveva inoltre lasciato molti villaggi senza terra, spingendo gli abitanti ad emigrare.

Al *Juba Sugar Project*, nato con l'obiettivo di ridurre le importazioni di zucchero della Somalia, erano stati affidati 25.000 ha, metà dei quali densamente popolati e utilizzati per l'agricoltura di sussistenza. Nel 1988 erano stati piantati a canna da zucchero 7.385 ha degli 8.000 previsti dalla prima fase. Sebbene i terreni non utilizzati fossero stati lasciati ai contadini, in conseguenza degli imponenti espropri senza compensazione alcuni villaggi erano diventati dipendenti dal lavoro salariato. Anche questo progetto aveva problemi di manodopera, particolarmente in alcuni periodi dell'anno, come la stagione di *gu'*, quando è massima la richiesta di lavoro sui terreni privati per la tempestiva esecuzione della semina e della sarchiatura.

Nel complesso, nonostante i massicci investimenti in valuta pregiata e gli alti costi umani pagati dalla popolazione locale, gli obiettivi produttivi delle aziende di stato non erano stati raggiunti. Inoltre, i ritardi sui tempi di realizzazione avevano determinato gravi perdite rispetto alle possibilità produttive di quei terreni, pur coltivati con mezzi tradizionali; si pensi infatti che, nel 1987, due terzi dei terreni destinati a questi progetti erano inutilizzati[12].

La scarsità di terreni da destinare a pascolo era inoltre una delle ragioni per la scarsa diffusione dell'allevamento del bestiame: il 15% delle famiglie intervistate possedeva bovini e solo il 4% un cammello. Appena più diffuso era l'allevamento ovino (21%), mentre l'avicoltura familiare era pratica molto comune (73%).

I bisogni espressi dalla popolazione

Attraverso le interviste alle famiglie, il *team* incaricato della ricognizione decise infine di rilevare le principali esigenze espresse dalla popolazione. La tab. 4 presenta i risultati dell'inchiesta, effettuata su 107 famiglie.

12. K. Craven *et al.*, *op.cit*, p. A-98.

Oltre due terzi degli intervistati manifestò l'esigenza di migliori condizioni di salute, richiedendo espressamente la costruzione di un ospedale, una maggiore disponibilità di farmaci e di personale sanitario e la realizzazione di iniziative per la lotta alle malattie, particolarmente la malaria, la schistosomiasi e le gastroenteriti. Nella stessa direzione andava la richiesta di migliori sistemi di approvvigionamento idrico, considerato insufficiente dal punto di vista quantitativo e qualitativo.

Tab. 4 - Bisogni espressi dalle famiglie [a]

	Classi di villaggi [b]				
	I	*II*	*III*	*IV*	*Distretto*
Famiglie intervistate	*26*	*20*	*17*	*44*	*107*
Sanità	22	9	13	37	81
Acqua	8	2	6	14	30
Trasporti e comunicazioni	-	-	3	19	22
Alimentazione	9	6	2	2	19
Agricoltura	3	2	2	10	17
Istruzione	-	1	2	1	4
Altro	2	2	4	7	15
Nessun bisogno	2	7	-	3	12

[a] Ogni famiglia esprimeva liberamente le proprie esigenze. Pertanto si hanno molti questionari con risposte multiple.
[b] Si veda la nota *b* alla tab. 2.

Due famiglia su cinque esprimevano la necessità di una migliore alimentazione o direttamente, attraverso la distribuzione di aiuti alimentari, o indirettamente, attraverso un supporto alla propria produzione agricola, sotto forma di terra, di macchine agricole, di fertilizzanti. La richiesta di aiuti alimentari era comune nei villaggi dei reinsediati, essendo stata da poco sospesa la distribuzione di razioni da parte della *Settlement Development Agency*. Altre esigenze nascevano poi da situazioni particolari: nei centri rimasti esclusi dalla rete viabile realizzata dalle aziende di stato si soffriva la mancanza di strade e di mezzi di trasporto; in altri villaggi si chiedeva la costruzione di una moschea, un luogo per il mercato, la distribuzione dell'energia elettrica. Infine, anche se solo in quattro famiglie su 107, si manifestava il bisogno di un miglior sistema di istruzione.

10. ELEMENTI PER UNA DIAGNOSI DI COMUNITA'

di *Francesco Branca*

La pianificazione della *Primary Health Care* (Phc) non differisce da quella di altre forme di organizzazione sanitaria, in quanto è sempre fondata sulla formulazione di obiettivi e di priorità. La peculiarità dell'approccio risiede nel fatto che questo compito esce il più possibile dalle mani degli specialisti di sanità pubblica per diventare un esercizio collettivo delle comunità coinvolte. Questa affermazione non va tuttavia intesa in senso letterale.

La volontà che le popolazioni locali possono esprimere riguardo la propria organizzazione sanitaria va infatti analizzata alla luce del «sistema della salute».

Un modello concettuale di questo sistema comprende, al primo livello, lo stato di salute della popolazione, inteso come benessere psico-fisico e misurabile con indicatori quali la mortalità e la morbosità. I disturbi della sfera biologica e della sfera di attività sociale, percepiti con la mediazione dei valori sociali, del concetto di salute e di malattia, dei sistemi di status e di ruoli legati alla malattia, danno origine al bisogno di salute.

Solo una porzione dei bisogni sarà espressa dagli individui e dalle comunità e costituirà la domanda di salute. Vi è solitamente uno scarto per la domanda espressa e la presenza di disturbi negli individui e nell'ambiente. E' quindi utile che gli obiettivi di un programma di Phc siano formulati nel corso di un processo «per prova ed errore», che coinvolga elementi interni ed esterni alla comunità. A questo processo possiamo dare il nome di «diagnosi di comunità»[1]. Ci teniamo a sottolineare che la formulazione della diagnosi di comunità ha un carattere negoziale più che un significato didattico, poiché mentre gli esponenti della comunità acquisiscono consapevolezza sulla presenza di un problema e sulle ragioni che lo determinano, gli operatori del servizio sanitario possono verificare la

1. J. McCusker, *How to measure and evaluate Community Health*, Macmillan Tropical Community Health Manuals, 1978.

congruità e la fattibilità di alcune indicazioni operative fornite dai Ministeri della Sanità e dalle organizzazioni internazionali.

Ai *team* di Phc spetta il compito di facilitare la formulazione di una diagnosi di comunità promuovendo, in primo luogo, iniziative per la conoscenza dello stato di salute della popolazione.

In questo capitolo presenteremo le informazioni raccolte circa i fattori di rischio ambientale, le abitudini alimentari, lo stato di nutrizione e la salute dei bambini. L'analisi delle principali malattie denunciate dalla popolazione ci consentirà inoltre di effettuare alcune valutazioni sul rapporto fra stato di salute e bisogni percepiti.

I fattori di rischio ambientale

Come abbiamo riferito nel cap. 9, la zona di Mareerey è ricca di fonti d'acqua, utilizzabili in tutte le stagioni. Da un'indagine a campione risultava che la maggioranza delle famiglie si riforniva d'acqua direttamente dal fiume (57%); un terzo circa (29%) usava acqua di pozzo; il 7% acqua attinta dai canali di irrigazione e il 4% acqua proveniente da invasi naturali. Il criterio principale con cui si sceglieva la fonte d'acqua era in ogni caso la vicinanza. La contaminazione delle fonti superficiali con colibatteri era tuttavia alla base di frequenti epidemie di gastroenteriti. Inoltre, il sistema di irrigazione creava un ambiente favorevole per lo sviluppo dell'anofele, vettore della malaria, e del Bullinus, vettore della schistosomiasi vescicale.

Nei villaggi vi era un diffuso inquinamento ambientale di origine organica. Le deiezioni umane venivano disperse nella boscaglia attorno alle case, mentre i rifiuti (soprattutto residui organici delle preparazioni alimentari) venivano deposti in buche a cielo aperto (depositi per il mais in disuso) o subito fuori le abitazioni. Infine, il bestiame di proprietà della famiglia (pochi capi di ovini o di bovini) era tenuto all'interno del recinto domestico. La povertà delle condizioni igieniche era responsabile della diffusione di vari tipi di elmintiasi intestinali, di infestazioni da protozoi e di altre forme di parassitosi del tratto gastroenterico, di micosi della cute e degli annessi.

L'alimentazione era ricca e variata, ma vi erano ampie differenze tra famiglia e famiglia nell'entità dei consumi. L'alimento di base era costituito dal mais, prodotto e consumato dal 75% delle famiglie , pasta e riso, legumi, pesce fresco (consumato, nella stagione di *jilaal*, dal 33% delle famiglie. La carne era consumata di rado, soprattutto nelle occasioni festive e nelle celebrazioni. Il latte era più disponibile durante la stagione secca, quando i pastori si

avvicinavano al fiume. Banane, mango e papaia erano consumati stagionalmente. I sistemi di conservazione degli alimenti erano molto elementari: il mais era interrato, per periodi variabili tra sei mesi e due anni; i legumi e il pesce essiccati. La riduzione delle aree disponibili per l'agricoltura di sussistenza aveva gravemente compromesso l'autosufficienza alimentare: considerando la bassa produttività del suolo, solo il 49% delle famiglie produceva, in condizioni normali, cibo sufficiente per l'intera annata e solo il 25% si poteva dire al riparo dagli incerti meteorologici, disponendo di terra sufficiente a coprire il proprio fabbisogno alimentare per almeno due anni[2].

Lo studio delle abitudini alimentari, effettuato per mezzo di una serie di interviste rivolte alle donne ,mise in luce l'esistenza di comportamenti potenzialmente dannosi, quali le restrizioni alimentari in gravidanza, e le pratiche di divezzo. Tranne poche eccezioni, i bambini erano allattati al seno materno, con l'integrazione, fin dalle prime settimane, di una polenta fluida di mais, in acqua o latte (*mashari*). Lo svezzamento avveniva tra l'anno e mezzo e i due anni, solitamente in concomitanza con una nuova gravidanza della madre. In questo periodo, il bambino veniva allontanato dalla madre per uno o due mesi, e alimentato con latte di mucca, farina di mais, riso e tè zuccherato. Tuttavia, un pò perché solo mais e zucchero erano accessibili, un pò per errori di preparazione, a molti bambini venivano dati cibi a bassa densità di energia e di nutrienti essenziali, insufficienti per di coprire i loro fabbisogni.

Lo stato di nutrizione dei bambini

Una specifica indagine fu dedicata all'analisi dello stato di nutrizione della popolazione infantile, per mezzo di misure di peso e di statura (o di lunghezza supina, per i bambini al di sotto di due anni) effettuate su di un campione di 141 bambini e adolescenti, di età compresa fra 0 e 14 anni.

Nell'intero campione, la mediana del peso per la statura corrispondeva al 17° centile della popolazione di riferimento, quella del peso per l'età al 6° centile e quella della statura per l'età al 7° centi-

2. La stima è stata ottenuta rapportando la potenzialità produttiva dei terreni posseduti da ciascuna famiglia con il suo fabbisogno energetico. Si è stimato che un ettaro possa produrre circa 2.800.000 Kcal all'anno, corrispondenti a 10 q di mais con 15-20% di umidità. Il fabbisogno è stato calcolato con il metodo fattoriale suggerito da James e Schofield (W.P.T. James, E.C. Schofield, *Human Energy Requirements, A Manual for Planners and Nutritionists*, Oxford U. P., 1990); per i bambini, il fabbisogno è stato calcolato in base ai valori di peso corporeo misurato nel corso dell'indagine.

le[3]. Il peso e la statura dei bambini di Mareerey era quindi mediamente più basso di quello dei loro coetanei, residenti in area urbana, che si trovano tra il 10° e il 25° centile della statura per l'età e tra il 5° e il 25° del peso per l'età, secondo uno studio condotto tra il 1970 e il 1975 a Mogadiscio[4].

Tra i soli bambini al di sotto dei 5 anni, il peso per età corrispondeva, in media, all'81% della mediana della popolazione di riferimento e la statura per età al 93%. Questi valori differiscono da quelli riportati, nel 1985, per la stessa fascia di età, in un'area rurale del Medio Shebeli, dove il peso per età dei bambini al di sotto dei 5 anni corrispondeva all'80% della mediana della popolazione di riferimento e la statura per età al 91%[5].

La tab. 1 riporta i valori degli indicatori antropometrici osservati in diverse fasce di età, espressi come *Z score* in rapporto alla popolazione di riferimento[6].

Nel complesso, i dati del peso per la statura indicavano uno stato di malnutrizione marginale a tutte le età e i valori della statura per l'età rivelavano la presenza di ritardi dell'accrescimento (*stunting*), particolarmente tra i bambini al di sotto dei 5 anni. Questo fenomeno è comune tra le popolazioni dell'Africa orientale, ed è ritenuto un indice delle cattive condizioni di vita dei bambini, continuamente esposti a vari tipi di infezioni e di infestazioni e alimentati in modo incompleto.

Il 20% dei bambini esaminati aveva un peso per statura inferiore alle due deviazioni standard, soglia al di sotto della quale si definisce comunemente la malnutrizione moderata o grave (tab. 2). Considerando l'aumento del rischio di mortalità legato a questa condizione, un bambino su 5 era perciò il potenziale destinatario di un intervento per migliorarne lo stato di nutrizione.

3. Nei bambini al di sotto di due anni, il peso fu misurato con bilance a cavaliere, con incrementi di 20 g, e la lunghezza supina con un infantometro di legno costruito localmente, su disegno dell'Ahrtag. Per i bambini più grandi furono utilizzate bilance a lettura digitale, con intervalli di 200 g, e uno statimetro, con intervalli di 0.5 cm. I bambini erano pesati a tutte le ore del giorno, con indosso un indumento leggero (<200 g). L'età fu stimata con l'aiuto dei genitori, facendo ricorso a un calendario di eventi locali elaborato dal *team* dell'indagine. Con i dati raccolti furono poi calcolati gli indicatori di peso per statura, di peso per età e di altezza per età, utilizzando le tabelle della popolazione di riferimento del NCHS (Who, *Measuring change in nutritional status*, Geneva 1983).

4. Grassivaro Gallo P and Franceschetti Mestriner, «Growth of children in Somalia», *Human Biology*, vol. 52, 1980, pp. 547-561

5. I.Y. Hassan et al., *Prevalence of malnutrition in two Somali Villages. Methodological Experiences and Empirical Results*, Department of Community Health Research Report n.4, Mogadishu, 1985.

6. Who, *Measuring change in Nutritional status*, .op.cit.

Tab. 1 - Indicatori antropometrici in diverse fasce di età (Z score)

Età (mesi)	*0-23* *m±es* *(n)*	*24-59* *m±es* *(n)*	*60-119* *m±es* *(n)*	*120-168* *m±es* *(n)*	*F*	*p*
Peso per età	-1,7±0,2 (64)	-2,0±0,3 (28)	-1,1±0,3 (23)	-1,7±0,1 (20)	2,1	n.s.
Statura per età	-1,8±0,2 [a] (61)	-1,3±0,4 [a,b] (27)	-0,5±0,3 [b] (23)	-1,8±0,1 [a,b] (20)	3,1	<0,05
Peso per statura	-0,6±0,2 (62)	-1,2±0,2 (29)	-0,9±0,9 (21)	-0,3±0,2 (4)	2,2	n.s.

N.b.: Le medie che non hanno lettera soprascritta in comune sono significativamente differenti.

Tab. 2 - Prevalenza di malnutrizione

	Peso per eta'	*Statura per eta'*	*Peso per statura*
Esaminati	140	136	117
<-1 d.s. (n)	96	88	55
(%)	68	64	47
<-2 d.s. (n)	55	48	23
(%)	39	35	20

Prevalenza di anemia e parassitosi

La valutazione dello stato di salute della popolazione infantile ha sia il significato di caratterizzare le esigenze di un gruppo più esposto al rischio di mortalità e demograficamente prevalente, ma anche quello di rispecchiare le condizioni generali della popolazione. In particolare, alcune comuni condizioni che si osservano tra i bambini, per il loro carattere di cronicità, finiscono per avere un impatto a lungo termine sulla salute e quindi influenzano i livelli di mortalità generale della popolazione. Si ritenne perciò importante determinare la prevalenza delle elmintiasi intestinali, della malaria, della schistosomiasi vescicale e delle anemie, attraverso l'esame di campioni biologici raccolti in un gruppo di 100 bambini, di età compresa fra 2 e 14 anni, selezionati con procedura di campionamento casuale tra tutti i bambini di Mareerey.

Le elmintiasi sono particolarmente frequenti nei paesi tropicali: il clima caldo e umido favorisce la sopravvivenza delle uova dei parassiti e la mancanza di sistemi di smaltimento dei rifiuti organici consente il perpetuarsi delle infestazioni, soprattutto fra i bambini, lasciati solitamente senza una stretta sorveglianza da parte degli adulti. L'analisi microscopica condotta a fresco su 60 campioni di feci (non da tutti i bambini si poté ottenere un campione) mostrò che il 73% dei soggetti aveva almeno un parassita e che il 15% dei bambini ne aveva più d'uno. L'età, il sesso e lo stato di nutrizione dei bambini parassitati non differivano significativamente da quelli dei bambini sani. La tabella 3 mostra la prevalenza delle singole specie di parassiti identificati.

Tab. 3 - Prevalenza delle infestazioni intestinali

	n	%
Ascaris lumbricoides	42	71
Trichuris trichiura	10	17
Ancylostoma duodenale	1	4

Come si vede, il più comune era l'*Ascaris*, presente nel 71% dei casi, mentre l'*Ancylostoma* fu osservato in uno solo dei campioni esaminati. Per quanto riguarda la gravità delle infestazioni, non disponiamo dei dati delle conte; possiamo però dire che, sebbene il dolore addominale, la stipsi e l'anoressia fossero comuni tra questi bambini, non abbiamo mai osservato complicanze gravi quali l'occlusione intestinale.

Nonostante l'indagine fosse stata eseguita al termine della stagione secca, lontano dai picchi del ciclo epidemico, nel 19% dei bambini lo striscio di sangue capillare per la ricerca del parassita

malarico risultò positivo, presentando sporozoiti di *Plasmodium falciparum*.

Molto alta risultò inoltre la prevalenza della infestazione da *Schistosoma haematobium*, parassita responsabile della bilharziosi vescicale, una patologia comune tra le popolazioni africane che vivono sulle sponde di bacini e corsi d'acqua e significativamente più diffusa nelle zone, come Mareerey, in cui sono stati realizzati schemi irrigui. Il parassita determina ulcerazioni della mucosa vescicale, per permettere la fuoriuscita delle uova fecondate, che a lungo andare sono causa di processi cicatriziali e stenotici a carico degli ureteri e della vescica, determinando idronefrosi monolaterale o bilaterale, oltre a causare sanguinamenti. In Somalia la malattia è infatti nota come *kadi dhig*, che vuol dire urine con sangue, ed è così comune da essere da alcuni considerata come un fatto normale, simile alla mestruazione femminile. Urinando in acqua, il ciclo biologico del parassita si completa: l'ospite intermedio è un gasteropode, il Bullinus, dal quale le forme vegetative dello stadio successivo, le cercarie, escono per penetrare nella cute di coloro che si accostano ai corsi d'acqua per bagnarsi o per attingere acqua. I bambini sono le vittime favorite dell'aggressione parassitaria, perché hanno un'epidermide più sottile e perché rispetto agli adulti, si avvicinano all'acqua più spesso e per periodi più lunghi.

Il 46% di esami del sedimento urinario mostrò la presenza delle caratteristiche uova di *S.haematobium*. Quasi tutti i positivi provenivano da bambini di più di 5 anni e la prevalenza era significativamente superiore tra i bambini di 10-14 anni (68%, $p<0.01$) a paragone degli altri gruppi di età.

Sul sangue capillare fu inoltre eseguita una determinazione dell'emoglobina, con il metodo colorimetrico di Sahli, e un esame morfologico delle emazie. Il valore medio di emoglobinemia per tutto il gruppo risultò essere di appena 9.7 g/dl, e l'88% dei bambini aveva valori di emoglobina inferiori ai limiti di guardia fissati dall'Oms[7] (11 g/dl per i bambini fino a 6 anni e 12 g/dl per i bambini fra 6 e 14 anni). I valori più bassi erano tra i bambini con indicatori antropometrici al di sotto della norma e tra i bambini con striscio positivo per malaria. Oltre il 70% dei bambini esaminati aveva inoltre microcitosi o anisocitosi, segni che depongono per anemia sideropenica. In un terzo dei bambini i due segni erano associati, indicando una forma grave di anemia. Tra i bambini affetti da malnutrizione, la quota affetta da questa forma grave saliva addirittura al 53%.

Considerata la vicinanza dell'area di intervento a un impianto

7. Who, *Control of nutritional anemia with special reference to iron deficiency*, Geneva, 1975.

per la produzione di zucchero, che rendeva l'alimento facilmente accessibile, nel corso dell'indagine fu anche valutata la salute dentale dei bambini, osservando la prevalenza di carie. L'indice Dmf (valutato tuttavia solo sui denti cariati) in tutto il gruppo osservato era di 0.67, con una punta massima di 0.96 tra i bambini di 5-10 anni. Considerando che l'obiettivo dell'Oms per la salute dentale per l'anno 2000 è un Dmf di 3 e che quello della *International Dental Federation* è del 50% dei denti esenti da carie a 5-6 anni, si poté concludere che il problema della carie non esisteva, ma che questo sarebbe stato un elemento da tenere sotto controllo.

Malattie riportate

Nell'indagine conoscitiva condotta nel 1983 fu inoltre chiesto ai capifamiglia di riportare le principali malattie che avevano colpito un membro della famiglia nell'ultimo anno, allo scopo di ottenere un quadro della domanda di salute della popolazione. *A posteriori*, possiamo dire che questo approccio ha due importanti limitazioni: la prima è che un anno è un periodo troppo vasto e troppo poco definito, così che gli episodi di malattia vengono ignorati o sottovalutati, anche se, nel momento in cui si era verificata, la malattia era stata percepita come tale. La seconda limitazione è che il filtro del capofamiglia non consente di ottenere informazioni sugli altri membri della famiglia e, in particolare, sulle donne, che nella realtà sono tra i principali utenti dei servizi sanitari. Questi due problemi spiegano probabilmente i valori bassi, rispetto a quanto ci si potrebbe attendere dai dati epidemiologici; le percentuali sono infatti state calcolate sul totale degli individui appartenenti alle famiglie.

Le informazioni raccolte, presentate nella tab. 4, consentono tuttavia di sapere qual'è il «senso comune» sulla malattia e quali sono i problemi sanitari per i quali la comunità riterrebbe giustificato un intervento.

Al di là delle parassitosi intestinali, che era un disturbo evidente e diffuso, il quadro riportato con più frequenza era quello della malaria e dei sintomi associati (febbre e mal di testa). La frequente denuncia del mal di testa, soprattutto per gli adulti in età lavorativa, è anche da attribuire alla diffusione dell'anemia.

La schistosomiasi non era considerata da tutti un problema; sebbene l'infestazione fosse quasi generalizzata, essa fu riportata solo per il 15 % dei soggetti, senza differenze di età e di categoria occupazionale.

Un solo caso di tubercolosi fu riportato. Data la grande diffusione della malattia si deve perciò pensare a difficoltà di identifica-

zione dei sintomi, o a un problema di emarginazione sociale degli ammalati, che probabilmente tendevano a nascondere il loro stato di malattia.

Tab. 4 - Malattie riportate dai capifamiglia

	%
Parassitosi intestinali	21.2
Malaria	20.9
Febbre	20.9
Mal di testa	17.5
Schistosomiasi	15.3
Infezioni respiratorie	13.4
Mal di schiena	8.2
Gastrite	4.7
Diarrea	2.4
Dolori torace	2.8
Morbillo	1.2

N.b.: Per ogni individuo si dava la possibilità di riportare più di una malattia.

I 16 casi di morbillo riportati, quasi tutti tra i bambini e gli adolescenti, sono anch'essi una sottostima dell'effettiva frequenza della condizione, ma dimostrano che essa era perfettamente nota e considerata per le sue temibili conseguenze.

E'infine interessante notare che non ci sono rilevanti differenze di sesso nelle malattie riportate, ma ci sono differenze di categoria occupazionale: i contadini e i braccianti lamentavano più disturbi delle altre categorie (37% con più di 2 malattie, contro il 28% di tutte le altre categorie messe insieme).

11. MUTAMENTO SOCIALE E QUESTIONE DEI GENERI NELLA VALLE DEL GIUBA [1]

di *Francesca Declich*

L'uso dell'antropologia nell'ambito dei programmi di sviluppo

Un progetto di sviluppo può essere considerato come un insieme di oggetti materiali, tecnologie e significati che vengono trasferiti dal paese donatore e che interagiscono con la realtà del paese beneficiario, comportando fenomeni di mutamento sociale. I risultati vanno spesso al di là delle intenzioni e della consapevolezza di coloro che operano nei programmi perché non sono determinati solo dalle attività deliberatamente pianificate ma anche dall'informazione e dal significato che oggetti e tecnologie portano con sè[2]. Nel processo di realizzazione, inoltre, spesso non vengono tenute in conto le aspettative e le risorse locali. E' pertanto essenziale sviluppare idonei strumenti di analisi che consentano, da un lato, di descrivere la complessa realtà sociale oggetto dell'intervento; dall'altro, di interagire con la popolazione locale verso obiettivi comuni. Da un antropologo che opera in un progetto di sviluppo ci si attende innanzitutto una descrizione delle istituzioni sociali e della cultura dei destinatari dell'intervento, nonché informazioni su aspettative relative al progetto e risorse locali mobilitabili per raggiungere gli obiettivi comuni.

Nel caso di un progetto di *Primary Health Care* (Phc) hanno particolare rilevanza le informazioni sulle pratiche tradizionali relative

1. I dati qui presentati sono stati raccolti nel corso di diversi periodi di ricerca, tra il 1985 e il 1988. Il lavoro del 1988 è stato realizzato con il contributo del Consiglio nazionale delle ricerche. Devo molto al prof. I.M. Lewis, ai seminari di antropologia economica di H.L. Moore (1990), alla discussione seguita alla sua comunicazione su «Mastery and Narrative» tenuta presso il Dipartimento di antropologia sociale della London School of Economics and Political Sciences (1990), che sono stati particolarmente utili nella stesura di questo articolo. Nessuno di loro è ovviamente responsabile dei contenuti espressi nel presente testo.

2.. M. Douglas, *The World of Goods*, Alwin, London, 1978.

alla salute, perché consentono di formulare diversi possibili scenari di interazione con il progetto. Sarebbe infatti semplicistico pensare che il miglioramento dello stato di salute o di qualsiasi altro aspetto della qualità della vita avvenisse secondo una concezione lineare regolata dalle categorie di causa ed effetto. La popolazione non è una *tabula rasa* che riceve passivamente beni ed informazioni. Nel corso di un progetto, nuovi beni vengono introdotti nei modelli di consumo locali, nuovi significati sociali, spesso imprevedibili per gli operatori di un progetto, vengono associati ad essi, e alcune categorie di persone si appropriano della loro distribuzione. Il mutamento sociale che le attività del progetto partecipa a determinare implica dunque un riassetto e una rinegoziazione dei significati culturali nelle comunità dove il progetto lavora. Saranno inoltre utili informazioni sulle strutture di parentela, su ruoli e status e sulle attività economiche principali. Nella sfera della salute sono infatti in gioco significati culturali e relazioni di potere della comunità e le attività di un progetto devono essere organizzate tenendo in conto differenze di genere, classe, età e condizioni economiche presenti nei gruppi all'interno dei quali si agisce.

In questo capitolo sarà discussa la particolare posizione sociale del genere femminile che, per il ruolo che la donna ha nella cure della salute e della igiene domestica, rappresenta un elemento chiave per la realizzazione della Phc. Dopo un inquadramento generale sull'area, verrà descritta la divisione sessuale del lavoro e il ruolo femminile nella produzione agricola, nella gestione delle risorse domestiche e nella cura dei bambini.

Come è avvenuto il popolamento del Medio Giuba (Goscia)

Le origini del popolamento della zona sono considerate con un certo interesse dal punto di vista storico. Attorno al Giuba si suppone sia esistita la cultura di Shungwaya, una cultura che potrebbe aver raggruppato le frange più settentrionali dei Bantu prima del loro spostamento verso il Kenya. Shungwaya, infatti, è una località che appare nella mitologia di molti gruppi bantu del Kenya quale loro luogo di provenienza originaria. Nelle tradizioni orali degli attuali abitanti, tuttavia, non è ancora stata trovata una prova dell'esistenza di questo tipo di cultura prima del popolamento di massa dell'area avvenuto, a partire dallo scorso secolo, in varie ondate in conseguenza di fattori sia ecologici che storici ben precisi[3].

3. F. Declich, «I Goscia del Medio Giuba. Un gruppo etnico di origine bantu», *Africa*, XLII, 4, Istituto Italo-Africano, Roma, 1987, pp. 570-599.

Se intorno al 1850 l'area era ancora scarsamente abitata[4], prima della fine del secolo diversi gruppi di pastori e di agricoltori giunsero nella zona, a seguito di vari atti di affrancamento di schiavi e di siccità che avevano colpito zone più settentrionali lungo il fiume Giuba. Durante l'ultimo quarto del XIX secolo, inizio dei protettorati coloniali italiano ed inglese sul Giuba, tra gli insediamenti agricoli del fiume si costituì un'area governata dal capo Nassib Bunta[5] all'interno della quale erano riuniti e protetti gli schiavi affrancati o fuggiti. Sulla base dei primi schemi di insediamento adottati in quel periodo, in quella che fu chiamata nei successivi periodi storici anche «repubblica degli schiavi liberati», si fonda la attuale organizzazione sociale dei villaggi agricoli. Fino a tre decenni fa, le aree costeggianti il fiume costituirono zone agricole e fornirono luoghi di abbeveraggio per gli animali domestici nelle stagioni più aride. Poiché la foresta ricopriva la maggior parte dei terreni attorno al Giuba, il territorio non era molto favorevole al pascolo.

Ulteriori e profondi mutamenti culturali sono avvenuti negli ultimi anni, associati non solo al disboscamento operato dalle *state farm*, ma anche alla ulteriore immigrazione di circa 13.000 pastori, provenienti dal nord, reinsediati in seguito alla siccità del 1974. Entrambi, precedenti abitanti e nuovi immigrati, vengono progressivamente integrati nei lavori agro-industriali delle *state farm* subendo un generale processo di proletarizzazione.

Relazioni storiche e coloniali su attività e ruoli maschili e femminili[6]

Quando si analizzano materiali storici o coloniali relativi alla divisione sessuale del lavoro nella Goscia, si incontrano solo narrative come la seguente, che tendono a riproporre una realtà apparentemente già nota[7].

All'uomo spettano i lavori più faticosi, come la zappatura, la sarchiatura, la raccolta dei prodotti, il taglio della legna, la vendita dei prodotti; la donna, oltre a fare tutte le faccende domestiche, aiuta l'uomo nella sarchiatura, scerbatura,

4. O. Kersten, *Baron Claus von der Decken's Reisen in Ost-Afrika in den Juhren 1862 bis 1865*, Bearbeitet von Otto Kersten, Leipzig, 1871.

5. C. Rossetti, «Nassib Bunda, Sultano di Goscia», *L'Italia Coloniale*, vol. 1, 10, 1900, pp. 29-37.

6. Per i dati contenuti in questo paragrafo si veda anche: F. Declich, *Contributo allo studio sull'organizzazione femminile in rapporto alla divisione del lavoro tra i «Goscia». Tradizione e mutamento, il caso di Mareerey e zone limitrofe nel distretto di Gelib in Somalia*, mimeografo, Università di Roma «La Sapienza», Dip. Studi Glotto-Antropologici, Roma, s.d.

7. R. Tozzi, *Agricoltura tradizionale somala e i problemi relativi al miglioramento*, Istituto Agricolo per l'Oltremare, Firenze, 1961.

raccolta e trasporto di prodotti; ed i piccoli aiutano pure il padre nei vari lavori, facendo la guardia contro gli uccelli, ecc.

Si intravede una realtà che sembra ricalcata sui concetti del noto antropologo Evans Pritchard[8]:

[...] le sfere di attività dei sessi sono nettamente demarcate; da una parte c'è la donna, la quale non partecipa alle attività maschili, dall'altra il marito il quale non cerca di competere con lei nelle attività femminili, né di interferire nelle faccende domestiche che convenzionalmente cadono sotto il suo controllo. [...] esiste una divisione del lavoro più definita di quanto non sia oggi da noi. Gli uomini [...] il loro contributo all'economia della famiglia è legato proprio a quel genere di compiti in cui si richiede la forza e la possibilità di allontanarsi da casa mentre le donne invece restano legate alla loro *routine* domestica di ogni giorno: come preparare da mangiare, pulire la casa e curare i bambini.

E' interessante fare il confronto tra i due tipi di racconto, perché proprio questo costituisce un indicatore delle assunzioni teoriche che, forse inconsapevolmente, sono state sottese alla maggior parte dei testi delle più varie discipline sociali con i quali è stato affrontato il tema della divisione del lavoro.

Tale confronto è indicativo in quanto i fatti non coincidono con le descrizioni date dagli autori del periodo coloniale. Nella Somalia meridionale non solo le donne hanno un ruolo spesso predominante nelle attività agricole, ma non è sottinteso come Tozzi sottintende che il padre sia sempre il capo-famiglia. Piuttosto, è molto diffuso il nucleo familiare gestito da una donna con figli e spesso i figli aiutano la madre e non il padre.

Le analogie riscontrate nei diversi tipi di testo forniti dai relatori coloniali spingono a domandarsi se la struttura narrativa, condita con un pò di retorica, non sia dopotutto una gabbia concettuale che costringe la realtà, facendo in modo che le caratteristiche specifiche non compaiano e lasciando spazio solo alla conferma della polarità produzione/riproduzione e pubblico/domestico come ascrivibili rispettivamente ai generi maschile e femminile. Ad esempio, nella descrizione che segue, le donne appaiono quasi per caso, laddove svolgono il ruolo che un europeo si aspetta da loro[9]:

Il viaggiatore che traversi le regioni interne è subito colpito dalla premura e dalla gentilezza che gli sono usate dagli indigeni[...] Le donne apportano l'acqua e il viandante si lava[...] Il tè o il *bun* viene subito servito dalle donne e l'ospite si considera come facente parte della casa fino al momento del suo distacco.

La scarsità di informazioni significative sul ruolo femminile, si

8. E.E. Evans Pritchard, *La donna nelle società primitive e altri saggi di antropologia sociale*, Laterza, Bari, 1973.
9. C. Zoli, *Oltre Giuba*, Sindacato Italiano Arti Grafiche, Roma, 1928, p. 300.

nota anche quando si parla di schiavitù. Una donna schiava appare nelle descrizioni solo in quanto moglie di uno schiavo: «[...] La condizione economica dello schiavo considerato non sembra molto peggiore di quella del liberto produttore autonomo. Noi abbiamo preso di mira lo schiavo singolo. Allorquando esso è ammogliato, la donna porta il suo contributo di lavoro e riceve pur essa dal padrone il vitto»[10].

Dalla generale scarsità di informazioni sul ruolo femminile, siamo spinti dunque a pensare che o non interessavano i ruoli femminili o questi non coincidevano con i ruoli che un modello europeo assegnava alle donne. Essendo i ruoli femminili e maschili relazionali, dobbiamo trarre la conseguenza che neanche i ruoli maschili riportati dai testi siano stati descritti con accuratezza[11].

Fra gli Uagoscia[...] il padre è il vero capo della casa, la donna ha scarsa influenza ed è poco considerata. La donna, partecipando con tutti i componenti della famiglia ai lavori campestri, sfiorisce con grande rapidità ed è presto trascurata e ripudiata dal marito[...] Ciò conferisce per lo più alla donna nella famiglia il carattere di una intrusa di passaggio e quindi poco rispettata.

Dalle dichiarazioni spesso contraddittorie sulla divisione dei ruoli tra i sessi nella famiglia e nella società, appare evidente che queste descrizioni non sono altro che la riproposizione di metafore occidentali applicate a uomini e donne africani. Per Onor, le «donne schiave» appaiono come «mogli» di schiavi, come se non fossero esistite donne schiave non «mogli». Le donne *Uagoscia* che lavorano nei campi con tutta la famiglia sono viste negativamente da Zoli: comportandosi in questo modo invecchierebbero più in fretta delle donne Europee degli inizi del secolo, senza considerare che in Europa le contadine e le operaie «sfiorivano» altrettanto rapidamente. I mariti sono descritti come malvagi perché lasciano che le donne svolgano lavori pesanti per poi essere ripudiate. Insomma, le donne sono considerate come individui degni di nota positiva quando portano acqua e té agli ospiti, cioè quando riproducono fedelmente il modello di comportamento di ospitalità familiare adatto ad una donna in occidente.

In definitiva, ci troviamo di fronte ad un insieme di valori morali trasmessi attraverso relazioni coloniali o «pseudo-storiche». Uno dei pregiudizi sottesi a tali descrizioni è che il ruolo femminile sia inserito unicamente in qualcosa chiamato «sfera domestica». Peraltro non è chiaro cosa possa essere definito sfera domestica in Somalia: la composizione della *household* è molto elastica e c'è

10. R. Onor, *Somalia Italiana. Esame critico dei Problemi di economia rurale e di politica economica della colonia*, Fratelli Bocca Editore, Torino, 1925, p. 90.
11. C. Zoli, op. cit. p. 310.

una ampia mobilità tra i membri che la compongono. Questo ha portato le istituzioni governative somale ad utilizzare la definizione operativa di *qoys*, cioè quel gruppo di persone che in un determinato tempo mangia cibo cucinato nella stessa pentola.

L'atteggiamento pregiudiziale che emerge all'analisi della letteratura esistente induce a ricercare nuova informazione sui ruoli maschili e femminili tra i Goscia. E' evidente anche la difficoltà esistente nel produrla, dovendo partire da una base informativa quasi nulla e da una scarsità di categorie adeguate.

Proprietà della terra, ruoli e status

In termini generali, prima della costruzione della strada Mogadiscio-Kisimayo e della installazione delle due *state farm* nell'area, la terra coltivabile era facilmente disponibile per i piccoli contadini: si trattava soprattutto di bruciare la boscaglia per preparare i terreni alla coltivazione. Distribuito secondo criteri tradizionali, il mezzo di produzione principale nella zona era largamente disponibile.

Uomini e donne lavoravano la terra entrambi con l'aiuto dei figli e di forme comunitarie di lavoro agricolo. Gli uomini praticavano spesso anche la caccia. Sebbene la terra fosse principalmente sotto l'autorità maschile, le donne potevano avere un appezzamento coltivato i cui proventi usavano personalmente per la organizzazione di matrimoni, il mantenimento di ospiti e per altre ragioni.

Questo modello era ancora vivo al momento dello studio e le madri suggerivano alle giovani figlie che si sposavano di mantenere un piccolo appezzamento per avere una certa indipendenza dal marito. A volte le madri scerbavano e preparavano un piccolo terreno agricolo con le loro figlie fintanto che le giovani erano appena sposate; in seguito, dopo un certo periodo dal matrimonio, lasciavano tale terreno alle giovani spose. Talvolta questa operazione veniva condotta di nascosto dai mariti, poco entusiasti che le mogli lavorassero in campi non di loro giurisdizione. Con l'aumentare dell'età, le donne cominciavano ad avere terra coltivabile in proprio. Infatti, se erano sposate, seguivano il metodo sopra esposto e, se divorziate, avevano diritto per la loro sopravvivenza ad un appezzamento fornito dalla famiglia o dal capo villaggio.

Negli ultimi tempi questa struttura era divenuta problematica poiché la terra disponibile per i piccoli coltivatori era drasticamente diminuita a causa della espansione delle *state farm*. Tale scarsità, colpendo tutti coloro, uomini e donne, che non avevano terre in concessione prima del 1975, aveva indubbiamente un'influenza sul sistema dei rapporti di ruoli e status tra i sessi, legato alla distribu-

zione ed all'uso della terra. La testimonianza di una donna anziana poté confermare che questo processo era in atto: «Per favore, non chiedermi quanta terra ho perché ho già pianto abbastanza per questo. Prima la moglie usava dire al marito di andare ad aprire un nuovo campo, così che ognuno dei due andava a lavorare per la sua strada. Ora questo non è più possibile perché non c'è più terra, è stata portata via».

Anche la riforma agraria aveva influito negativamente sulla possibilità per le donne di lavorare la terra in proprio. In una lista campione della quantità di terra coltivata nel villaggio di Mareerey nel 1985 non apparivano donne che possedessero terra. Questo non significa che non esistessero appezzamenti coltivati da donne ma che, a differenza del passato[12], i terreni di proprietà delle donne non venivano considerati separatamente da quelle dei loro mariti. D'altronde, la tassazione annuale sull'uso agricolo della terra viene fatta per *qoys* e quindi richiesta solo ai maschi adulti.

E' difficile dire se questo tipo di processo sia stato positivo o negativo per quanto riguarda il mutamento dei ruoli femminili e maschili; certamente la qualità della vita di tutti, uomini, donne e bambini stava cambiando a causa dell'occupazione progressiva delle terre attorno ai villaggi. I piccoli contadini, laddove avessero ancora terra disponibile, dovevano camminare molto più a lungo per arrivare ai loro campi.

Distribuzione e controllo delle risorse

C'è un modello generale di organizzazione delle risorse seguito in tutti i *qoys*. Da quando le aziende di stato cominciarono a lavorare nell'area, aumentò la possibilità di adire a lavori pagati occasionali. In conseguenza di ciò, le *household* cominciarono ad avere diverse possibilità sul come organizzare il loro lavoro e il loro approvvigionamento di beni e cibo.

Alcuni membri venivano mandati a svolgere lavori occasionali, altri seguivano lavori salariati semi-permanenti e altri si curavano delle coltivazioni agricole. L'ammontare totale di lavoro pagato svolto dai membri delle *household* diminuiva in accordo con le esigenze della stagione agricola, quando tutti venivano richiamati a lavorare nei campi.

In linea generale, dopo un primo momento di euforia sulla disponibilità di lavoro salariato, molti contadini hanno preferito, ove

12. M. Colucci, *Principi di diritto consuetudinario della Somalia italiana meridionale. I gruppi sociali: la proprietà*, La Voce, Firenze, 1924, pp. 212-213 e M. Guadagni, *Xeraa Beeraha. Diritto fondiario somalo. Le terre agricole del regime consuetudinario e coloniale verso la riforma socialista*, Giuffré, Milano, 1981 pp. 62-63.

possibile, continuare a lavorare i campi propri, che fornivano loro un mezzo di sussistenza più duraturo e certo. Laddove non ci fossero specifiche urgenze di denaro, quasi solo i membri più giovani delle famiglie venivano inviati a svolgere lavoro salariato.

La decisione su chi doveva lavorare nei campi e chi doveva cercare lavoro occasionale veniva fatta anche semplicemente in base alle necessità giornaliere del *qoys*. Se mancavano olio o zucchero in casa, che sono parte basilare dell'alimentazione quotidiana, qualcuno nell'*household* veniva inviato a svolgere lavoro occasionale per provvedere il denaro necessario agli acquisti. La madre e il padre decidevano su chi dovesse lavorare, ma nei *qoys* dove il padre non era presente, come in molte famiglie poligamiche nelle quali il padre era periodicamente assente, erano le donne a decidere.

La qualità della vita dei membri di una *household* dipendeva dalla distribuzione delle risorse al suo interno. Ogni marito doveva fornire a sua moglie un «mantenimento», da utilizzare per la sussistenza e l'abbigliamento proprio e dei propri figli. Pertanto, i fattori che determinavano la disponibilità alimentare e le condizioni di vita dei bambini erano l'entità del reddito paterno ma anche l'equità con cui questo reddito era ripartito tra il marito e le varie mogli. Il «mantenimento» era utilizzato dagli uomini per controllare il comportamento delle mogli; queste, a loro volta, contrattavano la quota di loro spettanza con la qualità delle proprie prestazioni domestiche. Controversie sul «mantenimento» erano molto spesso al centro delle cause di divorzio. In questo quadro, la possibilità per le mogli di possedere terra era una garanzia per l'autonomia e la sussistenza propria e dei figli.

Un secondo aspetto riguardava il controllo sul granturco prodotto dai coniugi nello stesso campo. In alcune *household* il granturco era gestito esclusivamente dall'uomo, che lo conservava, lo vendeva o lo distribuiva alle mogli a suo gusto. In altre, le mogli avevano accesso diretto al prodotto accumulato e in altre ancora il prodotto di moglie e marito veniva tenuto separato sin dall'inizio. Conflitti familiari o errori di valutazione facevano sì che alcune famiglie di piccoli coltivatori vendessero agli intermediari una parte delle proprie scorte alimentari per poi trovarsi periodicamente in difficoltà nella cattiva stagione.

Un'altra risorsa quasi quotidiana per le *household* erano i proventi delle vendite di ortaggi o prodotti vegetali deperibili come pomodori, papaie, zucche, banane, usati dalle donne per acquistare spezie e condimenti per il cibo giornaliero.

Importanza della maternità per le donne e pratiche dello svezzamento

La vita delle donne in età fertile era guidata dal desiderio di avere molti figli. Le donne senza figli avevano problemi di accettazione sociale: non erano benvolute dai mariti e potevano essere ripudiate. Questo le portava a sottoporsi spesso a pratiche di medicina tradizionale e di religione popolare per poter appagare il loro desiderio. A tali donne, sorelle con molta prole spesso cedevano una figlia perché le aiutasse in casa e nei campi.

In effetti, per una donna, il rapporto con i suoi figli era una relazione estremamente coinvolgente - se non altro durante tutto il periodo della giovinezza. La madre viveva a contatto fisico molto stretto con ognuno dei suoi bambini, almeno durante il loro primo anno di vita; li portava quotidianamente sulla schiena, avvolti in uno scialle, mentre svolgeva qualsiasi tipo di attività, dal lavoro nei campi, alla celebrazione di festività, alle visite ai parenti, ecc. Poiché non venivano adottate misure di controllo delle nascite, tale situazione si ripeteva in continuazione, fino a quando la donna non raggiungeva la menopausa.

La madre cominciava ad allattare solo a due giorni dal parto. Il colostro era considerato un latte immaturo e inadatto al neonato. Nei primi giorni, le madri usavano piuttosto dargli acqua zuccherata o burro, tra i pastori. I bambini erano allattati a richiesta a volte anche fino all'età di due anni. In genere, lo svezzamento definitivo era determinato da una nuova gravidanza della madre, poiché vi era la credenza che il suo latte potesse nuocere al bambino. Lo svezzamento veniva fatto inviando il piccolo presso la nonna materna. A seconda dell'età alla quale si verifica, questo periodo può anche essere piuttosto difficile per il bambino che poteva sviluppare la malnutrizione.

Tutte le circostanze che potevano anticipare lo svezzamento a prima di diciotto mesi (infezioni al seno della madre o gravidanze troppo vicine alla precedente) erano considerate un vero pericolo per il bambino.

In assenza di allattamento materno, l'alimentazione del bambino diventava difficile perché il latte di mucca non sempre era disponibile e comunque non sempre alla portata dei piccoli coltivatori. Inoltre, era più difficile soddisfare il fabbisogno del bambino non allattandolo a richiesta. Ciò particolarmente quando la madre era impegnata nei campi. Non sempre la preparazione di cibi particolari per il bambino era compatibile con le altre sue incombenze.

Non esisteva un'età definita per cominciare l'integrazione alimentare. La madre cominciava a far assaggiare al bambino ciò che lei mangiava fin da quando era molto piccolo, per abituarne il gu-

sto ai nuovi sapori. Oltre a questo tipo di integrazione alimentare «occasionale» per i bambini si preparava una specie di semolino di acqua e granturco, o *mashari*, considerato un cibo leggero, usato come integrazione del latte materno fin dal quarto o sesto mese circa.

Fin da quando il bambino poteva stare seduto da solo imparava a mangiare con le mani, così che già all'età di due anni si trovava a mangiare dallo stesso piatto dei fratellini maggiori.

Il grande tempo che la madre dedicava alle cure dei figli era per lei un investimento per il futuro. Già a cinque anni i bambini erano capaci di aiutarla nei piccoli lavoretti di casa e, più tardi, anche in cucina e nei lavori agricoli.

Conclusioni

Dalle informazioni riportate risulta indispensabile l'uso di dati su come e chi gestisce i canali di distribuzione di beni ed informazioni, in modo da indirizzare le attività del progetto al giusto *target group*. Ad esempio, se si considera importante l'educazione per migliorare le abitudini alimentari, l'informazione va indirizzata non solo alle madri, ma anche ai mariti che hanno in mano la distribuzione di alcune risorse, nonché alle nonne, incaricate dello svezzamento dei bambini.

Anche dal tipo di realtà che si mette in luce dipende il tipo di realtà nella quale un progetto decide di agire. Rispetto alle informazioni disponibili durante la prima metà del secolo, è possibile oggi attivare un altro tipo di conoscenza, per mezzo della quale le donne possono essere viste come parte «negoziante» delle componenti sociali coinvolte nel processo di mutamento.

Per quanto riguarda la Somalia meridionale, ad esempio, è possibile dire che, se non si opera affinché le donne possano possedere terreni agricoli personalmente, sarà difficile ottenere anche un miglioramento della qualità della vita della loro intera *household* in termini di alimentazione. Le possibilità che le donne abbiano raccolti propri aumenta le possibilità che questi vengano redistribuiti tra i membri più giovani della *household*. La negoziazione che moglie e marito fanno sul raccolto sembra avere una funzione negativa per la possibilità di mantenere riserve di alimenti della quale dovrebbe usufruire tutta l'*household* in caso di carestia.

Il problema, comunque, non risiede soltanto nell'indirizzare i messaggi e le attività al giusto *target group*, per poter ottenere l'«effetto desiderato». Va infatti anche analizzato l'insieme delle risposte che al progetto vengono date e la ridefinizione di ruoli e significati che con esso hanno luogo. Può darsi che l'«effetto desiderato»

non sia tra quelli che la popolazione sceglie di abbracciare o che determinate condizioni e meccanismi interni ad una cultura non permettano il suo realizzarsi.

Quanto più le attività di un progetto interferiscono con significati e ruoli in una cultura tanto più è importante conoscere dagli stessi attori partecipanti ai progetti quali sono i loro ruoli ed il valore che danno a determinati fatti. Poiché la rielaborazione dei significati legati alle varie attività è parte sostanziale di un progetto di sviluppo, l'attitudine ad una raccolta costante di informazioni antropologiche è necessaria per monitorare i veri risultati a livello di mutamento socio-culturale ai quali un progetto è legato.

Ciò va fatto prima e durante le attività, non potendosi assumere a priori che tali ruoli siano scontati: il portare con sé assunzioni teoriche viziate è ancor più dannoso in un progetto che in un libro, sebbene sia anche in base alle informazioni scritte sui libri che un progetto può nascere.

12. ASPETTI DELLA TRADIZIONE ISLAMICA NELLA SOMALIA DEL SUD

di *Giulia Olmi*

In virtù della sua grande diffusione geografica, l'Islam è venuto ed è tuttora in contatto con una molteplicità di culture con le quali si integra. Il risultato, secondo alcuni, non sempre è considerato conforme ai canoni classici della religione, mentre per altri rappresenta nuove possibilità di sintesi etnica e culturale in cui l'Islam viene interpretato secondo una versione autenticamente locale.

Considerando le varie situazioni esistenti, si potrebbe dire che a comporre l'unità di vita e di osservanza religiosa dei fedeli musulmani nel mondo sia proprio l'insieme di queste specificità: si pensi alle evidenti differenze tra l'Islam di matrice arabo-persiano-turca e l' Islam africano. Nel caso dell'Africa sub-sahariana la molteplicità delle etnie e la ricchezza delle tradizioni religiose autoctone hanno fatto sì che la cultura musulmana si esprimesse in una pluralità di varianti locali. Si tratta certamente di inevitabili conseguenze dei contatti che nel tempo si sono sviluppati tra le popolazioni migranti e popolazioni residenti nell'area. Questa situazione ha favorito un aumento di fedeli i quali, se da una parte sono situati in una posizione di marginalità geografica rispetto alla zona di origine di questa religione, certamente non possono essere considerati in una posizione di marginalità numerica. Si calcoli, infatti, che i musulmani sono circa 180 milioni in tutta l'Africa e poco più di 73 milioni nella sola regione sub-sahariana.

Tra gli elementi che caratterizzano la vita e l'osservanza religiosa dei fedeli musulmani dell'Africa sub-sahariana appare preminente quello della lingua. Infatti, in tutti i paesi dell'area, da quello con maggior presenza di fedeli (la Somalia con il 99,8%) a quello con minor presenza (il Kenya con il 6%), essere credenti vuol dire apprendere sin da piccoli una seconda lingua: l'arabo classico. Questo significa, per la maggior parte dei casi, non tanto un apprendimento sistematico di regole grammaticali, quanto la memorizzazione di interi brani del Corano e delle formule necessarie ad ese-

guire le cinque preghiere giornaliere.

Ne consegue che la divulgazione dei testi coranici è affidata al perpetuarsi della tradizione orale e per questo motivo si sono create svariate forme espressive di preghiera comunitaria attraverso le quali vengono anche tramandati ai più piccoli gli insegnamenti del Corano.

Anche i cinque pilastri della vita religiosa, regolarmente osservati da queste popolazioni islamiche, sono stati adattati alle abitudini e alle condizioni delle diverse zone dell'Africa. Il pellegrinaggio alla Mecca, ad esempio, viene spesso sostituito, per ragioni economiche, dal pellegrinaggio alla tomba del vicino *sheikh*, riconosciuto come figura eminente per le sue azioni meritevoli e per il ruolo ufficialmente ricoperto nella gerarchia musulmana locale. Per i fedeli musulmani del Senegal, il lavoro fa parte della preghiera e molti lo sostituiscono all'osservanza delle cinque preghiere. In alcune zone dell'Africa orientale, le preghiere sono svolte dai fedeli unitamente ad altri momenti rilevanti nella giornata, come le riunioni di capi delle unità familiari. Allo stesso modo, esistono differenti norme per la *zakat*, l'elemosina rituale, generalmente raccolta dal capo religioso o dal capo villaggio. Presso i somali la *shahada*, o professione di fede, è praticamente un rito di iniziazione sociale, mentre tra i Peul dell'Africa occidentale è intesa come uno strumento di pacificazione. In Senegal, non digiunare è considerato un costume portato dall'occidente e si usa far digiunare anche i bambini di otto anni mentre i Wolof usano digiunare il primo e l'ultimo venerdì del mese di *ramadan*[1].

Un altro aspetto molto significativo della vita e della organizzazione religiosa musulmana nell'Africa sub-sahariana è quella relativa alle *tariqa*, termine comunemente ma non correttamente tradotto come confraternite religiose.

In molti casi, le attività delle *tariqa* sono da ricollegare al culto dei santi, soprattutto in Africa orientale. Qui, attorno al *khalifa*, personalità religiosa autorevole, si forma spesso una comunità di fedeli che, anche al di là della sua morte continua, attraverso il culto della tomba, a far riferimento alla mediazione che questi svolgeva con Dio.

Le *tariqa* sono state e sono tuttora un punto di riferimento per l'osservanza religiosa e per la vita sociale. Il legame non rigido che esse hanno con le identità nazionali ha comportato una maggiore mobilità della frontiera religiosa e un rapporto più elastico e dinamico con le religioni indigene, con il cristianesimo e le nuove ideologie laiche.

1. V. Monseil, *L'Islam Noir*, 1975.

Alcuni aspetti della vita religiosa nella Somalia meridionale

In Somalia, dove i fedeli musulmani sono sunniti ortodossi e seguono quasi tutti il rito *shafi*, le svariate forme di osservanza religiosa rivelano appartenenze a differenti organizzazioni sociali.

Una demarcazione culturale che ricorre nella storia somala, tuttora presente, è tra i somali provenienti dal nord e dall'Etiopia orientale e i somali del sud. La popolazione del nord era prevalentemente dedita alla pastorizia ed era nomade, mentre la popolazione del sud era agricola e mista a nuclei di liberti e di gente di varie etnie che avevano occupato la zona lungo i fiumi Shebeli e Juba. Questa zona, nota anche oggi con il nome di «terra nera», era particolarmente sfavorevole alla pastorizia per il fatto di essere infestata dalla mosca tse-tse. I rapporti tra i liberi della boscaglia e i liberti del fiume si basavano essenzialmente sulla necessità per i pastori di venire ad abbeverare il bestiame nel fiume, quando nei pozzi l'acqua era scarsa.

In queste zone, si stabilirono moltissime comunità religiose, chiamate con il termine arabo di *gema'a*, che presero possesso di alcune terre, contese dalle varie tribù nei secolari dissidi per le delimitazioni di confine. Le comunità di fedeli facevano riferimento, come avviene anche oggi, alle quattro *tariqa* presenti nella Somalia meridionale: la Qadriyya, la Salhiyya, l'Ahmadiyya e la Rifa'iyya[2].

Intervenendo in veste di pacificatori, i capi delle *gema'a* riuscivano a farsi concedere queste terre dalle tribù, ma solo a titolo precario e quindi revocabile.

Molti erano attratti da queste comunità non solo per i principi religiosi, ma anche per godere di maggiore libertà in quanto potevano sottrarsi al potere del capo della loro tribù e allo stesso tempo staccarsi, convenientemente, anche dai vincoli della *gema'a*. Cominciarono così, specialmente nella vallata del fiume Shebeli, a stabilirsi comunità religiose agricole indipendenti. Questo permise agli *sheikh*, i capi religiosi, e ai loro fedeli, di avere un potere politico considerevole e un ruolo singolare nella mediazione tra i clan. Le linee principali di questo articolato contesto sono tuttora visibili, anche se complicate dagli eventi che hanno segnato la storia della Somalia dal '60 ad oggi. Le prospettive nazionalistiche affermatesi dopo la rivoluzione del 1969 risposero in larga misura alle attese dei fedeli, proponendo loro una nuova identità all'interno della Repubblica democratica somala. Esse non riuscirono però a dominarne totalmente le coscienze, a giudicare dai profondi contrasti che proprio in virtù di riferimenti religiosi nacquero attorno alle direttive del regime.

2. E. Cerulli, *L'Islam in Somalia*, Istituto Poligrafico dello Stato, Roma, 1957.

Questi brevi cenni danno un quadro del contesto storico in cui sorsero le comunità religiose in Somalia. I compiti preminenti delle comunità consistevano nell'organizzare i *dikhri*, ossia forme di preghiera comunitaria che i fedeli svolgevano spontaneamente oltre le cinque preghiere giornaliere, e di organizzare grandi raduni, chiamati *ziara*, in base a un calendario diverso per ogni *tariqa*, in occasione dei quali arrivavano a mobilitarsi diverse migliaia di persone.

Nei villaggi la vita religiosa rituale e quotidiana era amministrata da quattro figure religiose: lo *Sheikh Elmi*, lo *Sheikh Maktub*, il *Khalifa* e il *Moallim*.

La prima era superiore alle altre e ricopriva un livello cui era difficile arrivare poiché richiedeva la conoscenza della lingua araba, la conoscenza del significato del Corano e la sua recitazione; inoltre lo *Sheikh Elmi* doveva essere in grado di spiegare i fondamenti della religione islamica, della sua tradizione e degli *Hadith* ovvero i detti del profeta.

La seconda figura era rappresentata dallo *Sheikh Makhtub*, che si occupava esclusivamente della moschea e di dirigere le cinque preghiere giornaliere. La terza figura era quella del *Khalifa*, con il compito di radunare i fedeli per eseguire le preghiere della *tariqa*.

E' interessante precisare che questa funzione poteva essere anche ricoperta da una donna. Il suo compito era di radunare le donne per la preghiera comunitaria che generalmente si svolgeva di sera. Di solito si trattava di donne di una certa età, sposate e senza più figli piccoli da accudire. Le donne che ricoprivano il ruolo di *khalifa* avevano un rapporto privilegiato con i grandi *shekh* e godevano di maggior rispetto e di una posizione di riguardo nella scala sociale.

Le donne esprimevano le loro preghiere a Dio per mezzo delle loro mediatrici Hawo, ovvero Eva; Fadumo, figlia del profeta; Khadija, moglie del profeta; Amina, madre del profeta e Habibo, colei che allevò il profeta Mohamed dopo la morte della madre. A loro rivolgevano il *dikhri* e su di loro raccontavano storie e aneddoti che ne mettevano in evidenza la saggezza e la santità.

Il ruolo di *moallim* era spesso ricoperto da un giovane volontario o da un anziano che voleva dedicarsi a opere di bene. Il suo compito consisteva nel seguire i ragazzi dai cinque anni in su nell'apprendimento dell'alfabeto arabo, nella recitazione del Corano e nella memorizzazione delle sure, ovvero i 114 capitoli del testo sacro. Alcuni di questi maestri lasciavano qualsiasi altro lavoro dedicandosi al solo insegnamento del Corano e a fornire altri servizi come recitare le sure in occasioni particolari. L'insegnamento veniva retribuito dalle famiglie degli allievi che offrivano al maestro compensi in alimenti, vestiti e altro. Gli alunni erano legati al maestro non solo per l'insegnamento nella scuola ma anche per il

ruolo di tutore spirituale che questi ricopriva una volta che i ragazzi lasciavano la scuola.

Le pratiche religiose e la cura delle malattie

E' opportuno soffermare l'attenzione, proprio per quanto detto in precedenza circa le particolarità dell'Islam sub-sahariano su alcune delle attività' dello *sheikh* della moschea principale di Mareerey. Egli era impegnato in una serie di servizi che andavano oltre le consuete competenze ma che trovavano giustificazione in tradizioni popolari. A Mareerey, infatti, lo *sheikh* era un punto di riferimento per svolgere pratiche curative fondate sull'uso del Corano.

A questo proposito lo stesso *sheikh* spiegava :

Dal Corano noi apprendiamo ogni insegnamento per vivere saggiamente e in conformità con i voleri di Dio. Tutto ciò di cui l'uomo ha bisogno è contenuto nel Corano: i giusti modi di condurre la vita così come i mezzi per correggere i nostri mali e curare le nostre malattie. Molte malattie sono frutto di nostri errori e di contatti con esseri infernali. A tutto c'è rimedio se Dio lo vuole.

Erano molti coloro che si facevano assistere dallo *sheikh*: erano soprattutto donne, ma gli uomini non mancavano. I disturbi lamentati erano sia di tipo organico che psicologico, ma più spesso le ragioni del ricorso erano l'infecondità, i disturbi allo stomaco, alla schiena e alla testa. Altre volte lo *sheikh* ricorreva a misure preventive; ad esempio, a un bambino che nasceva venivano fatti indossare amuleti chiamati *arjoc*, piccoli astucci di pelle, non più grandi di pochi centimetri contenenti pezzetti di carta su cui lo *sheikh* aveva scritto una frase del Corano particolarmente adatta alla situazione della persona. Era anche frequente vedere gli *arjoc* indosso alle persone anziane oppure alle donne incinte.

Si ricorreva all'intervento dello *sheikh* solo quando i comuni rimedi noti alla famiglia stessa non erano efficaci. Per fare qualche esempio, la sura «Yasiin» si recitava quando si temeva per la vita di una persona. Di fronte ad un pericolo incombente si doveva invece recitare la sura «dell'elefante».

Per l'infecondità lo *sheikh* recitava il Corano davanti ad un recipiente colmo d'acqua che poi faceva bere alla paziente. Per il mal di schiena, il paziente mostrava la parte malata allo *sheikh* che, dopo aver recitato alcune sure del Corano, ci sputava sopra. Per il mal di stomaco, infine, lo *sheikh* preparava per l'ammalato una bevanda a base di aceto.

Le malattie e le disgrazie potevano anche essere provocate da agenti malefici detti *jinni*, nominati dallo stesso Corano. Secondo alcuni abitanti di Mareerey, i *jinni* sono animali invisibili, simili ad

uccelli. Se si rivolge casualmente lo sguardo verso di loro, questi muoiono; se, invece, sono loro a guardare per primi, allora si rimane menomati o paralizzati. Di fronte ai *jinni* lo *shekh* non poteva fare altro che pregare e preparare qualche *arjoc*.

Dai *jinni* dovevano guardarsi in particolare le persone appena sposate, che non dovevano uscire di casa per una settimana, dopo la cerimonia di matrimonio. Quando si era presi dai *jinni* si era presi da una costante stanchezza e da una depressione fisica e morale.

Le competenze dello *sheikh* nel campo della salute fisica e mentale sono rispettate da tutti; anche se di fatto in alternativa alla medicina moderna, esse apparivano in armonia con essa. A questo proposito, è interessante riportare le parole dello *sheikh* di una comunità religiosa a pochi chilometri da Mareerey:

> Anche a Beledkarim vi sono équipe del Ministero della Sanità del nostro governo inviate per far fronte alle frequenti epidemie che colpiscono il nostro paese. Con questa gente siamo in stretta collaborazione. Abbiamo molta speranza di risolvere questi grandi problemi sanitari con il lavoro del Ministero e dei suoi medici, così come abbiamo fiducia della mano di Dio. Come *sheikh* ho le mie strade per assistere i fedeli che si rivolgono a me. Diciamo che il compito specifico che mi spetta è di salvaguardare le persone dalle malattie e dalle avversità che si possono incontrare nella vita consigliando la giusta via per loro indicata dal Corano.

Questa significativa dichiarazione dello *sheikh* di Beledkarim sintetizza, in un certo senso, il compromesso a cui erano giunti due differenti ambiti che si trovavano ad operare nel settore della cura delle malattie: la tradizione popolare influenzata dalle norme coraniche e la medicina moderna. Le ragioni della malattie venivano spesso collegate alla correttezza del comportamento della persona considerata come credente. Il fedele si sottoponeva al giudizio dell'autorità religiosa e tramite essa accettava la correzione divina.

Nel corso del programma di *Primary Health Care* (Phc) fu dato ampio spazio allo studio e all'osservazione delle dinamiche religiose, sia dal punto di vista dell'organizzazione che da quello delle pratiche comunemente seguite. L'autorità del capo religioso non veniva solo da una gerarchia politica, ma soprattutto dal suo ruolo di garante dell'appartenenza alla *umma*, ossia alla comunità di tutti i fedeli musulmani. Come lo *sheikh* di Beledkarim, trovare un adeguato (e a volte coraggioso) compromesso con gli «addetti alla sanità pubblica», significava per essi tutelare non solo la propria salute fisica e morale, ma anche e soprattutto un'identità.

13. IL PROGRAMMA MAREEREY: UNA STRATEGIA DI INTERVENTO PER LA SALUTE DELLA COMUNITA'

di *Francesco Branca*

Dalla consultazione dei *leader* comunitari e dai primi studi epidemiologici e socio-antropologici emerse un quadro per alcuni versi prevedibile, per altri inatteso e preoccupante. Come in molte aree rurali di Paesi in via di sviluppo, la mortalità infantile era elevatissima, così che un bambino su cinque moriva prima del compimento del primo anno. A Mareerey, tuttavia, la mortalità era elevata anche per altre fasce di età e, come si è visto nel cap. 9, la mortalità generale era doppia rispetto alla media nazionale. Per l'effetto combinato di un'alimentazione insufficiente e delle ripetute infezioni e infestazioni parassitarie, due bambini su cinque andavano incontro a forme di malnutrizione cronica con difetti di accrescimento e uno su cinque a forme acute, con basso peso per la statura. I bambini non erano immunizzati, così che le epidemie di morbillo avevano gravi effetti. L'area era endemica per malaria e schistosomiasi urinaria, patologie cui andava in gran parte imputata la gravità e la diffusione delle anemie, anche tra gli adulti. Dissenterie di origine virale, batterica e protozoaria si presentavano in tutte le fasce di età, anche in forma epidemica, così come l'infezione tubercolare. Oltre che sulla mortalità, queste patologie avevano importanti effetti sulla capacità lavorativa degli adulti.

C'era un evidente contrasto tra la gravità di questa situazione e le attese dei pianificatori somali, che consideravano l'area di Mareerey un importante polo di sviluppo. Con ogni probabilità, proprio i mutamenti nella organizzazione sociale e produttiva dell'area avevano determinato effetti negativi sulla salute della popolazione. Non erano stati condotti studi sistematici sulle condizioni di vita prima degli interventi di «sviluppo». Possiamo però citare alcune circostanze riportate da informatori locali, controllabili comparando Mareerey con altri villaggi dell'area non interessati da questi interventi.

In primo luogo, l'esproprio senza compensazione dei terreni

coltivabili aveva messo in crisi l'approvvigionamento alimentare di alcune famiglie e aumentato la divaricazione fra ricchi e poveri. In secondo luogo, intere comunità erano state spostate e annesse ad altri villaggi, creando conflittualità e interponendo larghe distanze fra le abitazioni e i campi, con il risultato che il maggior tempo impegnato negli spostamenti era sottratto alla cura dei bambini e della casa. In terzo luogo, lo sviluppo del sistema di irrigazione, non accompagnato da misure per il controllo dei vettori, aveva facilitato la diffusione della malaria e della schistosomiasi. Infine, l'aumento della densità di popolazione, senza un idoneo sviluppo di infrastrutture igienico-sanitarie, aveva avuto un effetto moltiplicatore sulle malattie trasmissibili, attraverso l'inquinamento organico dell'ambiente e la contaminazione delle fonti d'acqua superficiali.

La nuova realtà demografica e produttiva rappresentava una sfida cui non sempre le istituzioni della cultura tradizionale erano in grado di far fronte. Esistevano tuttavia notevoli risorse umane, figure tradizionali e gruppi sociali, in grado di contribuire al miglioramento dello stato di salute e al benessere collettivo.

La comunità locale appariva disomogenea. Gli immigrati, anche per la scarsa considerazione in cui tenevano gli abitanti dell'area, non avevano accesso ai sistemi di solidarietà sociale e ai canali informativi tradizionali, senza peraltro sviluppare forme alternative. Nessuna meraviglia, perciò, che si osservassero comportamenti inappropriati riguardo l'alimentazione o la cura dei bambini per semplice difetto di informazione.

Infine, non c'era stato, da parte del governo, alcun impegno per offrire un servizio sanitario accettabile e accessibile: il sistema pubblico era poco sviluppato e poco attrezzato; il sistema privato era costoso e poco professionalizzato.

Una strategia per la promozione della salute della comunità

Promuovere la salute pubblica a Mareerey non poteva significare solo la lotta a specifiche patologie; nè solo l'istituzione di una rete di servizi. Doveva significare soprattutto compiere un'opera a sostegno della comunità, in piena crisi di cambiamento.

Per questa ragione, mai come a Mareerey era opportuno operare nell'orizzonte strategico della *Primary Health Care* (Phc). Rispetto all'orientamento prevalente a livello nazionale, che sostanzialmente era quello di una riorganizzazione del sistema sanitario, si sarebbe però dovuto accentuare il ruolo di controllo della comunità sulla forma, il contenuto e il modo di realizzare i servizi sanitari. Si doveva adottare una strategia «comprensiva», anziché «selet-

tiva», basata sull'attenzione all'insieme dei fattori ambientali e su di un approccio democratico, in cui la gestione e l'erogazione dei servizi obbedissero a criteri di equità. Questa accentuazione sarebbe stata possibile in virtù della presenza di un organismo non governativo di cooperazione, fattore estraneo alla comunità ma anche distinto dal governo centrale e capace perciò di operare una mediazione tra questi due soggetti.

Il coinvolgimento della comunità

Il tema della partecipazione di comunità è da sempre stato considerato un aspetto qualificante della *Phc*. Nella Dichiarazione di Alma Ata [1] si afferma infatti che la Phc richiede il massimo della partecipazione degli individui e delle comunità alla «pianificazione, organizzazione, funzionamento e controllo» delle attività di promozione della salute. Rilevando, tuttavia, l'ambiguità dei concetti di «partecipazione» e di «comunità», Rifkin *et al.* propongono di definire la partecipazione della comunità come «[...] un processo sociale secondo il quale gruppi di individui che vivono in una determinata area e hanno bisogni comuni operano per l'identificazione di questi bisogni, prendono iniziative e istituiscono meccanismi per soddisfarli»[2].

Nel caso di Mareerey queste precisazioni non erano un esercizio accademico ed era importante identificare correttamente sia i soggetti che le modalità della partecipazione. Definire i soggetti su di una base geografica, anziché sociologica, voleva dire prendere atto dell'eterogeneità delle comunità di villaggio e confidare nel processo della partecipazione per rinsaldare i legami sociali indeboliti dalle trasformazioni della struttura produttiva. Potremmo dire, citando la distinzione fatta da Oakley[3], che la partecipazione della comunità era un processo in cui «si costruisce fiducia e solidarietà fra la gente» e non un semplice strumento di consenso per raggiungere più agevolmente gli obiettivi del programma. Per quanto riguarda le modalità della partecipazione, questa avrebbe dovuto essere attiva, strutturale e non accessoria alla realizzazione della Phc ed avere come fine ultimo la condivisione del potere, cioè il controllo effettivo del sistema sanitario locale. Per mettere in risalto queste caratteristiche parleremo d'ora in poi di coinvolgimento, anziché di partecipazione, della comunità.

Per allontanare il sospetto di una impostazione idealistica, cite-

1. Who, Unicef, *Primary Health Care*, Who, Geneva, 1978.
2. S.B. Rifkin, F. Muller, W. Bichmann, «Primary Health Care: on measuring participation», Soc. Sci. Med., vol. 9, 1988, pp. 931-940.
3. P. Oakley, *Community involvement in health development*, Who, Geneva, 1989.

remo i vantaggi pratici che ci si attendeva da un pieno coinvolgimento della comunità. In primo luogo, come sottolinea Mac Cormack[4], è più facile ottenere la fiducia della gente, una migliore considerazione del lavoro eseguito e una maggiore cooperazione alle misure preventive. Le attività di educazione sanitaria o i programmi di vaccinazione sarebbero stati degli insuccessi senza la massima collaborazione di tutte le componenti della comunità. In secondo luogo, dato che il programma del Cisp rappresentava un'iniziativa a termine, era necessario identificare un soggetto in grado di sostenerla in maniera continuativa. La debolezza e la limitata disponibilità di risorse del Ministero della Sanità suggeriva di stimolare una maggiore autonomia delle comunità locali.

Vi era infine l'attesa di una ricaduta più generale che il coinvolgimento della comunità avrebbe avuto, vale a dire una consapevolezza diffusa della natura politica dei problemi della salute ed eventualmente l'adozione di forme di autodifesa. Questo è l'obiettivo cui, secondo Werner[5], ogni programma di salute comunitaria dovrebbe tendere, ma era anche il limite oltre il quale un Ong non avrebbe potuto spingersi, se non violando il principio della non interferenza con le vicende politiche del paese ospitante, sottoscritto al momento della firma dell'accordo di cooperazione.

Dal punto di vista metodologico, il processo di coinvolgimento avrebbe dovuto cominciare dalla identificazione dei problemi di salute e percorrere le varie tappe, fino alla gestione e all'autosostentamento. Come riconosciuto anche dai documenti ufficiali sulla Phc[6], era necessario sviluppare le capacità della comunità a svolgere ciascuna funzione, con specifiche attività formative. Gli stessi documenti riconoscono ai governi una responsabilità importante nella promozione del coinvolgimento delle comunità, attraverso il riorientamento della burocrazia, il decentramento e il supporto logistico. In assenza di una sincera volontà politica di avviare questi processi, l'organismo di cooperazione doveva assumere i compiti di formazione ed agire da «istituzione tampone», operando a fianco della comunità ed esercitando pressione nei confronti delle autorità governative, locali e nazionali. Sarebbe quindi stato necessario trasmettere agli operatori sanitari di villaggio capacità organizzative e direzionali oltre alle competenze professionali ed estendere la formazione ai *leader* della comunità.

4. C.P. Mac Cormack, «Community Participation in Primary Health Care» *Tropical Doctor*, vol. 13, 1983, pp.51-54.

5. D. Werner *Where there is no doctor*, Hesperian Foundation, Palo Alto, 1977.

6. Primary Health Care. A joint report by the Director General of the Who and the Executive Director of Unicef, presented at the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, 6-12 September 1978, in Who, Unicef, *Primary Health Care*, *op. cit.*

Equità

Il raggiungimento della «salute per tutti» doveva confrontarsi con le disparità esistenti nella compagine sociale; prenderne atto era il primo passo per ottenere un'equa distribuzione dei benefici del servizio sanitario. Due aspetti dovevano perciò essere considerati: quello della accessibilità e quello della rappresentanza.

La pianificazione delle attività doveva innanzitutto salvaguardare l'accessibilità geografica dei servizi sanitari. I centri di salute e le stazioni di immunizzazione avrebbero dovuto essere localizzati in ogni villaggio, così da non richiedere che pochi minuti di cammino per raggiungerli. Laddove ciò non fosse sempre possibile, si doveva supplire con attività extramurali ed eventualmente con una offerta a domicilio di alcuni servizi, particolarmente di quelli preventivi.

L'accessibilità sociale doveva essere garantita dalla completa gratuità dei servizi preventivi e curativi.

Si doveva inoltre cercare di eliminare gli ostacoli di natura culturale. La presenza di figure maschili e femminili tra gli operatori sarebbe stata necessaria, ad esempio, per impedire discriminazioni di genere tra gli utenti.

Una corretta valutazione dell'equità dei servizi forniti poteva essere data solo dagli stessi utenti. Era quindi necessario curare la rappresentanza di tutti i gruppi sociali in seno al Comitato di salute, ripartendo i *Community Health Worker* (Chw) in modo omogeneo all'interno della comunità.

Autonomia

Ogni attività di cooperazione deve evitare l'instaurarsi di forme di dipendenza. La «sostenibilità» del programma, ovvero la possibilità di una sua sopravvivenza senza il supporto del donatore, non richiedeva solo buone capacità gestionali da parte della controparte locale, ma anche una corretta impostazione tecnica.

Una prima misura, in questo senso, sarebbe stata la definizione di un chiaro mansionario per ogni figura professionale, così da evitare sovrapposizioni di compiti. Vi sarebbe quindi stato un addestramento specifico a ogni mansione e la produzione di sussidi quali manuali o diagrammi di flusso per facilitare le decisioni.

In secondo luogo, si sarebbe tentato di evitare l'uso di tecnologie e di materiali non reperibili in Somalia. Si sarebbero poi utilizzati solo i farmaci essenziali, secondo la lista definita dal Ministero della Sanità.

Un terzo criterio sarebbe stato il contenimento dei costi di gestione entro i limiti considerati accettabili per i programmi di Phc

nei Paesi in via di sviluppo.

La sostenibilità del programma Mareerey dipendeva da due soggetti, dato che un primo livello era sotto il controllo della comunità e un secondo livello sotto il controllo del Ministero della Sanità somalo. Per quanto riguarda la comunità, si sarebbero sollecitate forme di autosostentamento per la retribuzione dei Chw, la manutenzione degli *health post* di villaggio e le iniziative di igiene ambientale. Nei confronti del Ministero della Sanità si sarebbe tentata invece un'azione, di concerto con tutti i soggetti coinvolti nella gestione della sanità in Somalia, per ottenere la garanzia di continuità nelle forniture di farmaci e materiale sanitario per i livelli periferici. Un passo importante sarebbe stato la concreta realizzazione dell'autonomia distrettuale, con un'equa allocazione finanziaria alle varie regioni.

Enfasi sulla prevenzione

Un rischio degli interventi di cooperazione sanitaria è quello di trasferire, con la tecnologia e le conoscenze mediche moderne, anche il modello culturale, tipico dei paesi sviluppati, che va sotto il nome di «medicalizzazione della salute». Questo modello veicola l'idea che la salute è l'assenza di malattia, implica la delega della sua protezione alla classe medica e porta a un abuso della tecnologia medica e dei farmaci. Per evitare di diffondere queste idee profondamente estranee alla natura della Phc si ritenne di dover curare la selezione e la preparazione del personale italiano. Inoltre, fu inserito personale non medico nel *team* di Phc allo scopo di bilanciare i diversi settori del programma, enfatizzando l'aspetto della prevenzione rispetto a quello della terapia.

Si decise anche di dare la priorità alla formazione e alla educazione alla salute, dosando attentamente l'introduzione della componente curativa.

Gli obiettivi del programma Mareerey

Gli obiettivi generali del programma Mareerey erano quindi tre: l'istituzione di un servizio sanitario pubblico gratuito; la promozione della salute attraverso interventi specifici per la protezione materno-infantile, per la prevenzione ed il controllo delle malattie trasmissibili; la trasmissione di conoscenze tecniche necessarie alla comunità per acquisire consapevolezza e assumere il controllo delle dinamiche relative al proprio stato di salute.

Cronologia

La natura di questi obiettivi e la scala temporale da prevedere per il loro raggiungimento erano profondamente diversi, ma al tempo stesso così interdipendenti che l'articolazione in fasi assumeva un carattere strategico. Operare allo stesso ritmo per i primi due obiettivi avrebbe infatti finito per compromettere l'azione nei confronti della comunità, di gran lunga la più complessa e più proiettata nel tempo. Inoltre, data la relativa novità della Phc in Somalia, sarebbe stato utile avere una prima fase a carattere sperimentale, nel corso della quale verificare l'adeguatezza di obiettivi e metodologie.

Il programma cominciò quindi, nel marzo del 1985, nel solo abitato di Mareerey, con le attività di formazione e di educazione, grazie a un contributo del Cisp e della Commissione delle comunità europee. Fu sottoscritto un accordo formale con il Ministero della Sanità della Repubblica democratica somala in cui il Cisp si impegnava a fornire il necessario supporto finanziario, i materiali, le attrezzature e l'assistenza tecnica; il Ministero della Sanità il personale, una piccola quota di materiali e le garanzie istituzionali.

Nell'autunno del 1986 si dette inizio alla seconda fase, caratterizzata dalla strutturazione della rete di Phc per un'utenza di 30.000 persone e dalla conduzione delle campagne di vaccinazione. La seconda fase fu finanziata congiuntamente dalla Commissione delle comunità europee, dal governo italiano e dal Cisp.

Il programma prevedeva infine una terza fase, in cui il contributo tecnico e finanziario del Cisp sarebbe stato orientato più alla struttura distrettuale e nazionale del Ministero della Sanità, con la costituzione di un centro di documentazione e di formazione sulla Phc a Mogadiscio, la formazione di dirigenti e quadri intermedi e il consolidamento della struttura di Phc nel distretto di Jilib. Al tempo stesso, si sarebbero trasferiti completamente ai Comitati di salute e alla struttura distrettuale del Ministero della Sanità tutti i compiti di gestione del servizio sanitario. Pochi mesi dopo l'avvio della terza fase, tuttavia, tutto il personale italiano dovette abbandonare Mareerey per l'acutizzarsi della guerra civile, nel gennaio del 1991. Il medico somalo, gli infermieri, il personale di supporto e i Chw continuarono come poterono ancora per due o tre mesi, fino alla interruzione completa delle attività nel marzo 1991.

La prima fase

Quanto abbiamo finora descritto circa l'individuazione dei bisogni e degli obiettivi generali e circa la definizione delle priorità e

delle scelte di fondo indica che si adottò, sostanzialmente, quello che si definisce un «approccio strategico»[7] alla formulazione di una politica per la salute. Per le considerazioni fatte a proposito del coinvolgimento della comunità gli obiettivi iniziali erano ampi e i parametri di intervento generali. Gli obiettivi sarebbero stati determinati e ridefiniti, se necessario, a fronte di una continua analisi dell'evoluzione dei bisogni e delle reazioni della comunità agli interventi proposti. Questo elemento di flessibilità nella programmazione suggerisce quindi di parlare di un «approccio adattivo» (*adaptive management*[8]). Le figg. 1 e 2 riportano gli obiettivi e i *target*[9] della prima fase del programma Mareerey.

Il processo di coinvolgimento era già iniziato con la formulazione della diagnosi di comunità e nella prima fase sarebbe stato principalmente diretto alla costituzione del Comitato di salute. Per raggiungere questo obiettivo si sarebbe operato per identificare le *leadership* naturali della comunità, e si sarebbe cercato di organizzare, tra i beneficiari del programma, gruppi di discussione e di pressione (particolarmente tra le giovani donne).

Per quanto riguarda il servizio sanitario, si sarebbe operato per stabilire il primo livello di riferimento, formando i Chw e stabilendo i primi contatti con le *Traditional Birth Attendant* (Tba). Si sarebbe inoltre sviluppato materiale didattico sperimentale, da usare su più larga scala nella seconda fase.

Per la promozione della salute, si sarebbe operato sul fronte della salute materno-infantile, quello dell'igiene ambientale e quello dell'alimentazione, prevalentemente con strumenti informativi.

Per mezzo dei censimenti e della indagine sullo stato di nutrizione dei bambini si sarebbe stabilita un'immagine precisa dei gruppi a rischio. Il *follow up* di bambini e gestanti avrebbe creato un'occasione di confronto con gli utenti e di trasmissione di informazioni, quali ad esempio le modalità di preparazione delle bevande reidratanti. Si sarebbe inoltre creato un primo nucleo del centro di salute materno-infantile, enfatizzandone l'aspetto preventivo. Si sarebbero inoltre promosse una campagna per il miglioramento dell'igiene ambientale e una campagna di educazione alimentare. Nell'ambito di tutte le attività si sarebbero messi a punto i messaggi educativi e il materiale di propaganda da utilizzare successivamente su di una popolazione più ampia.

7. J. Kostrzewski, *The strategic approach*, in *Measurement of levels of health*, W.W. Holland, J. Ipsen, J. Kostrzewsky (eds.), Who Regional Publications, European Series n. 7, Copenhagen, 1979, p. 57.

8. W.S. Stinson, R.M. Clay, *Information for Management of Primary Health Care*, World Federation of Public Health Associations, 1984.

9. Per «obiettivo» si intende uno stato raggiungibile e misurabile che può essere raggiunto in un periodo di tempo prevedibile con le risorse disponibili. Per *target*, gli aspetti operativi e tattici necessari per conseguire un obiettivo.

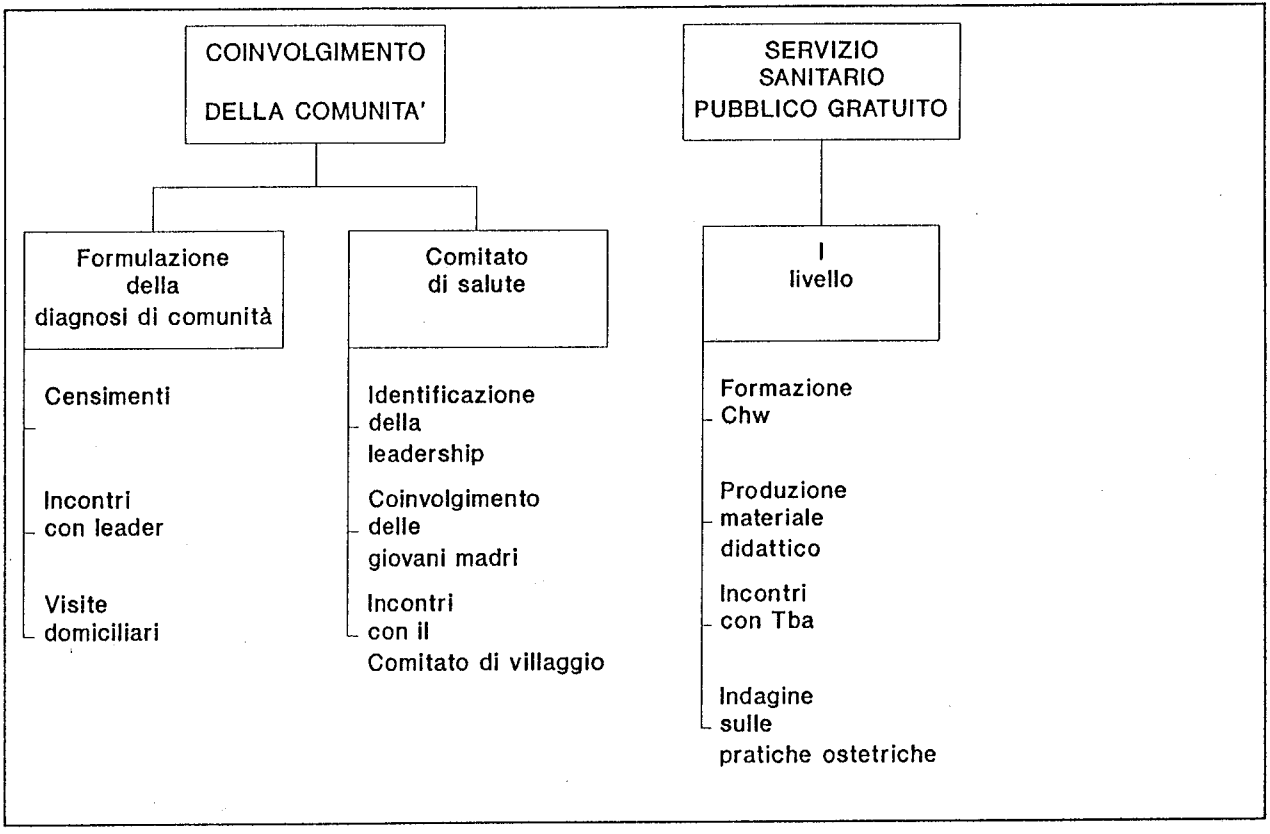


Fig. 1 - Obiettivi della prima fase del programma Mareerey: coinvolgimento della comunità e servizio sanitario pubblico

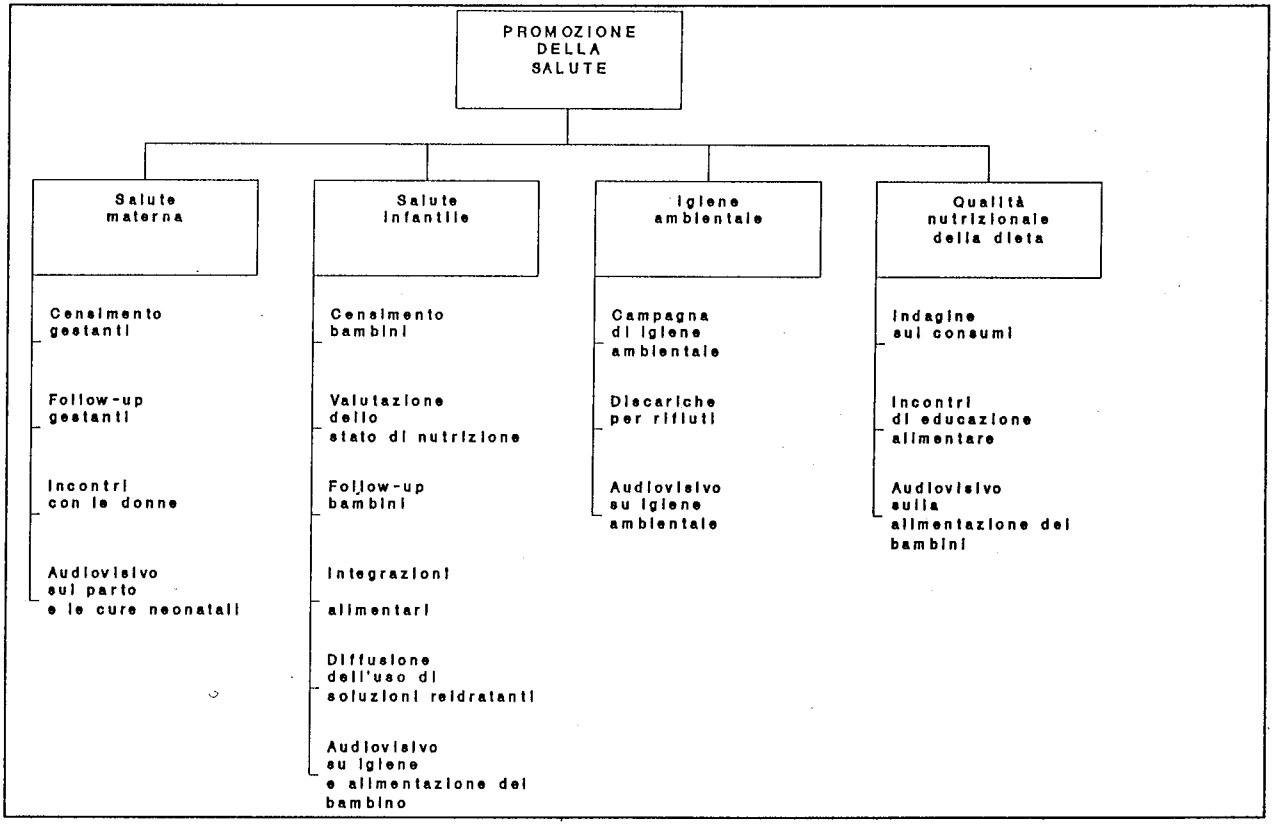


Fig. 2 - Obiettivi della prima fase del programma Mareerey: promozione della salute

La seconda fase

La revisione degli obiettivi programmatici è evidente dall'esame delle figg. 3-6. Si operò innanzitutto una dilatazione degli obiettivi, includendo altre componenti della Phc; si decise poi di investire più risorse nella strutturazione del servizio sanitario pubblico, sotto la crescente pressione delle comunità coinvolte nel programma. La politica del programma fu quindi maggiormente influenzata dall'«approccio dei servizi»[10], con una preoccupazione per la disponibilità, l'accessibilità e l'accettabilità che essi avevano da parte degli utenti[11].

Ai fini di un effettivo coinvolgimento della comunità si sarebbero dovute trasferire al comitato di salute e alle autorità sanitarie distrettuali le informazioni relative al funzionamento del sistema di Phc, creando inoltre concrete opportunità di gestione.

L'espansione del secondo livello, garantita dalla costruzione della Phc *unit* e del Phc *center* avrebbe consentito di istituzionalizzare il servizio materno-infantile e il servizio di controllo della tubercolosi, senza tuttavia soffocare le attività del primo livello (fig. 4). Questo sarebbe stato anzi promosso con nuove attività di formazione degli operatori di base e con la costruzione di *health post*, stazioni sanitarie di villaggio presidiate dai Chw. Al tempo stesso, si sarebbe dovuto rafforzare le capacità tecniche ed organizzative del personale paramedico responsabile dei servizi di secondo livello e organizzare un adeguato sistema informativo per il monitoraggio di tutte le attività di Phc (fig. 5).

Le iniziative per la promozione della salute sarebbero state più mirate e su scala più vasta, includendo la conduzione di campagne vaccinali per i bambini di età inferiore a cinque anni, la sorveglianza nutrizionale di bambini e gestanti e la realizzazione di interventi per migliorare l'approvvigionamento idrico (fig. 6).

10. J. Ipsen, *The service approach*, in *Measurement of levels of health*, *op.cit.*

11. La «disponibilità» di un servizio è la misura della quantità di servizio fornita, in termini di numero di istituzioni esistenti e di personale impiegato. L'«accessibilità» misura quanto, nell'organizzazione di un servizio si è riusciti a rimuovere ostacoli culturali, sociali, economici e geografici. L'«accettabilità» è relativa invece al rapporto tra personale e utenti.

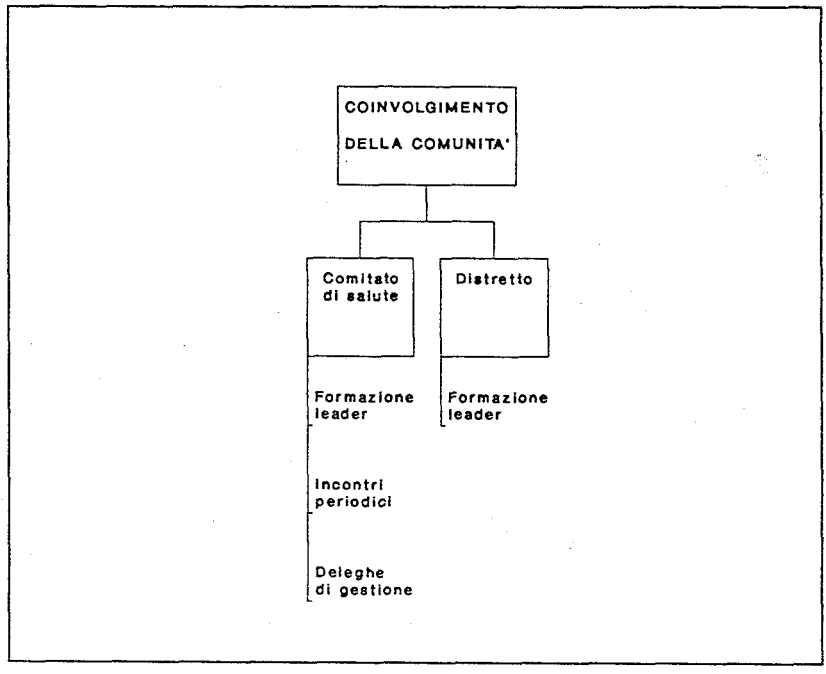


Fig. 3 - Obiettivi della seconda fase: coinvolgimento della comunità

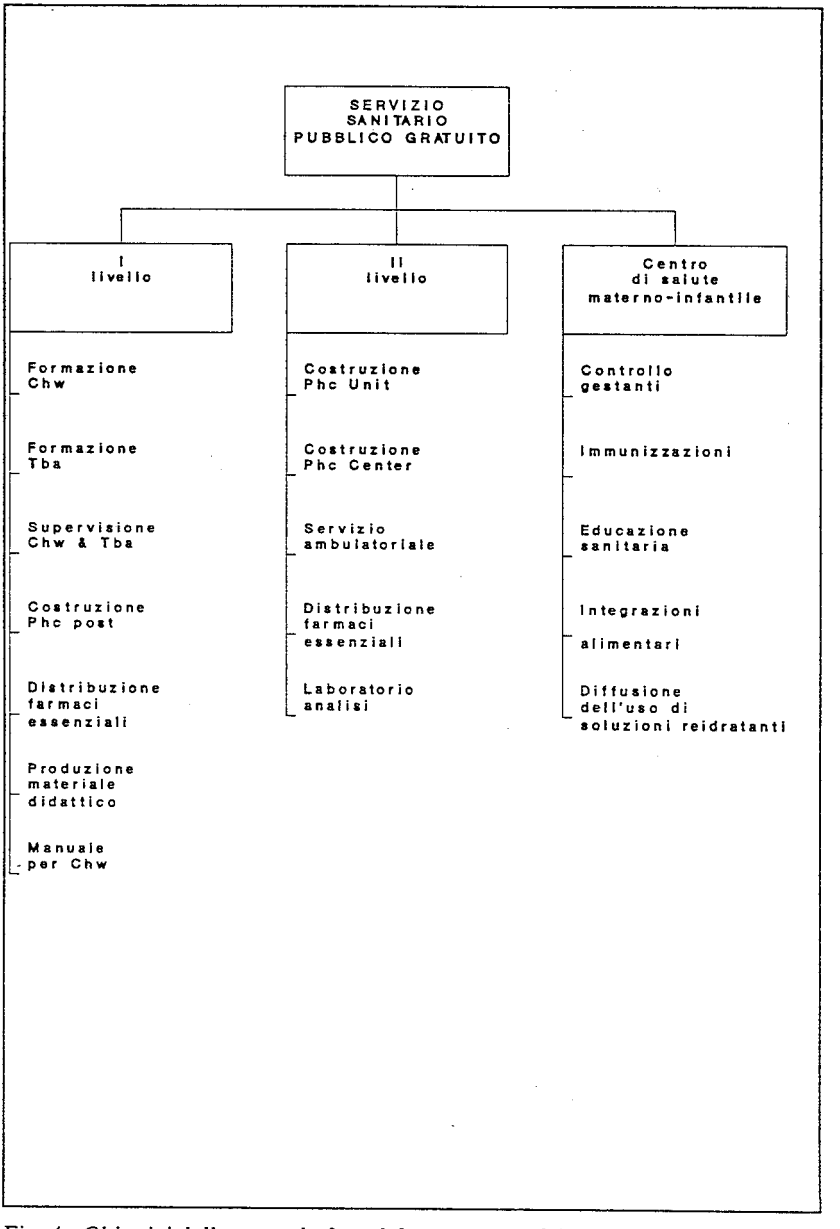


Fig. 4 - Obiettivi della seconda fase del programma Mareerey: servizio sanitario pubblico (I)

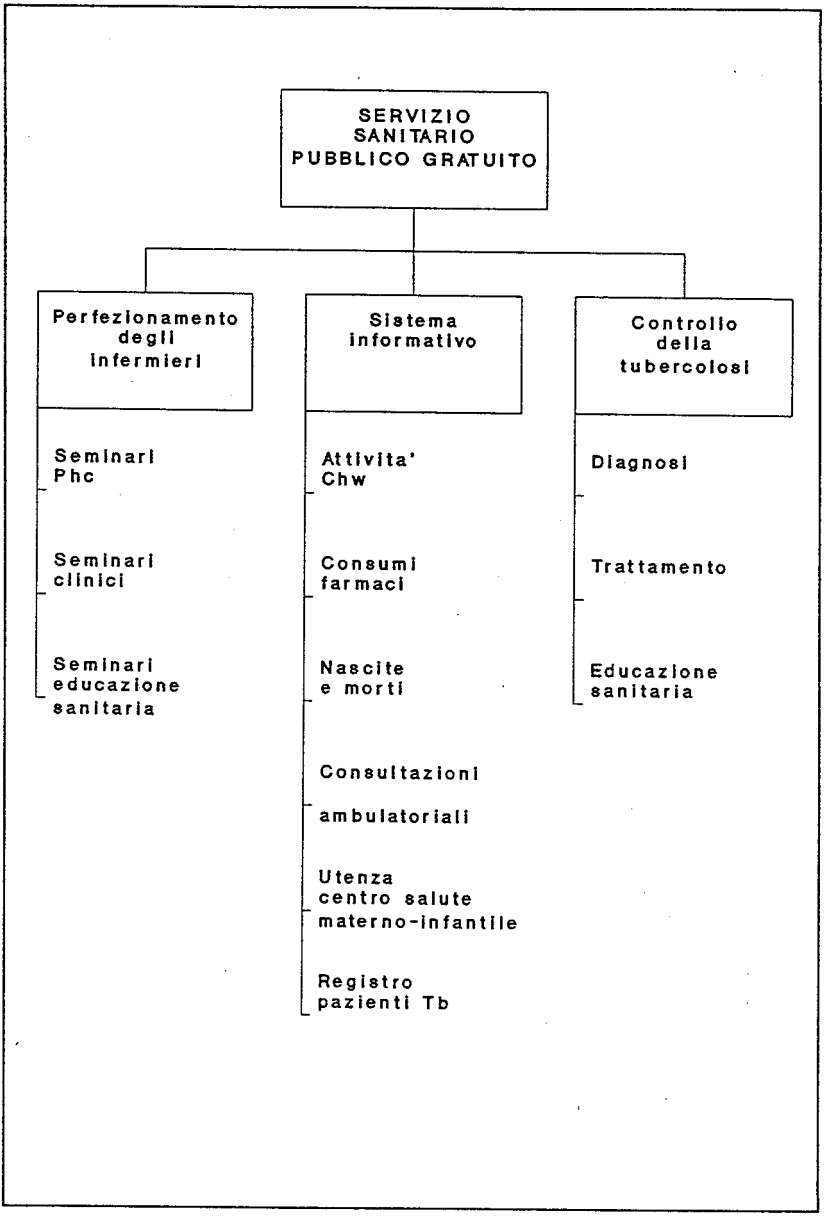


Fig. 5 - Obiettivi della seconda fase del programma Mareerey: servizio sanitario pubblico (II)

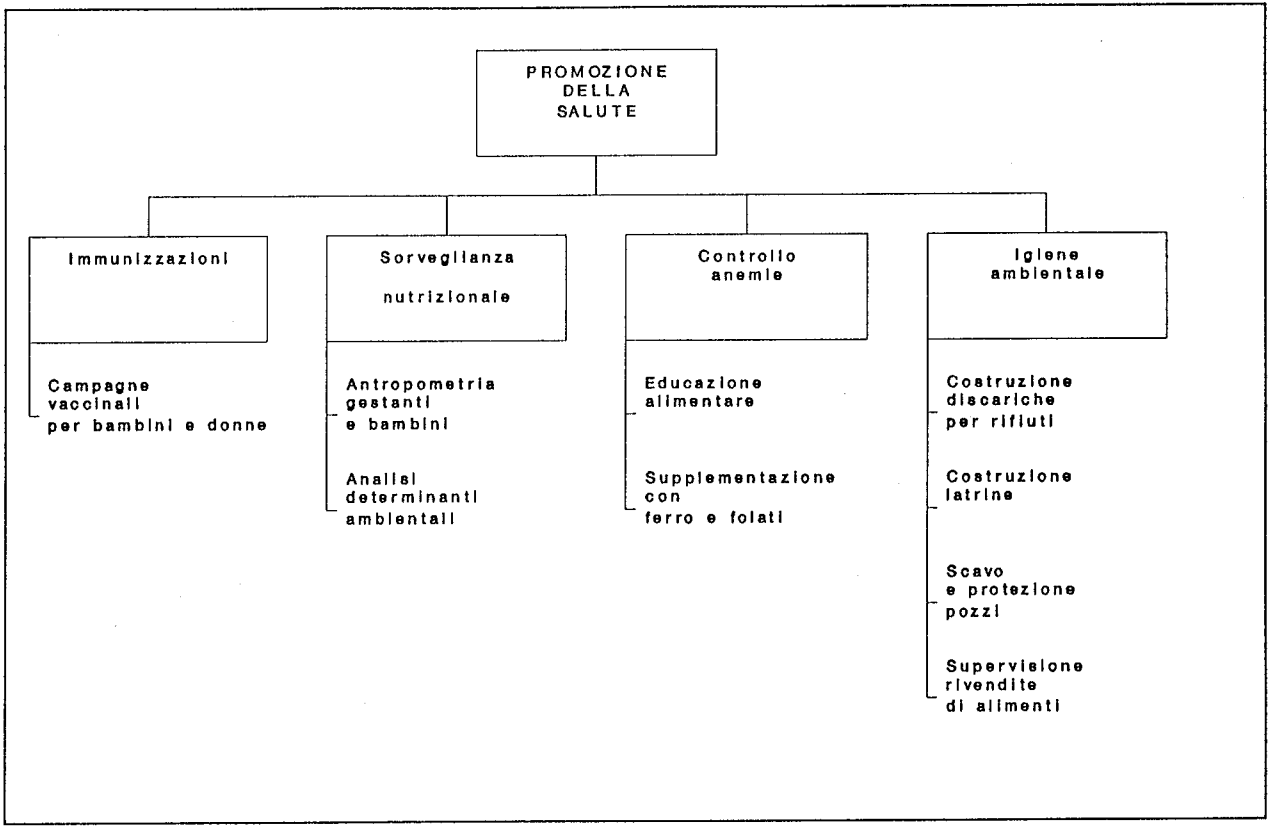


Fig. 6 - Obiettivi della seconda fase del programma Mareerey: promozione della salute

14. L'APPROCCIO ALLA «PRIMARY HEALTH CARE»: EDUCAZIONE PER LA SALUTE

di *Francesco Branca e Silvia Declich*

Il villaggio di Mareerey era un agglomerato di circa 400 abitazioni costruite con la tecnica tradizionale della intelaiatura di ramaglia pesante - generalmente acacia - riempita di rami più sottili e poi intonacata con una mescolanza di argilla e sterco animale. Le abitazioni erano circolari (i *mundul*) o rettangolari (gli *arish*) e avevano il tetto ricoperto di fasci di erba essiccata. Ogni famiglia possedeva di solito più edifici che si affacciavano su di un cortile chiuso da una recinzione di ramaglia. Al centro del cortile venivano scavate grandi buche in cui era immagazzinata una parte del raccolto. In un angolo le donne preparavano il cibo, su di un fornello fatto da tre sostegni di argilla. In un altro angolo, un canaletto raccoglieva le acque di scolo e le portava a perdersi fuori del recinto. In poche abitazioni c'era una vera e propria latrina: per le deiezioni si usava piuttosto la macchia di vegetazione posta ai margini del villaggio. L'interno delle case era buio. La poca luce entrava dalla porta o da piccole aperture lasciate tra l'intreccio dei rami; a volte venivano ricavate vere e proprie finestre. Sul pavimento, di terra battuta, poteva essere stesa una stuoia di paglia intrecciata e colorata, la *makeka*, tessuta a mano dalle donne. A seconda del livello socio-economico, qualche famiglia poteva poi avere un tavolo, qualche sgabello di legno e pelle (il *ghembèr*), un letto. Sul pavimento, dopo il raccolto, si stendevano ad asciugare le pannocchie di mais o i fagioli. Qua e là scorazzavano le galline, mentre le famiglie più facoltose tenevano un vitello o una mucca legati a un bastone infisso in terra. Le abitazioni, soprattutto nel nucleo più antico del villaggio, erano addossate le une alle altre, lasciando stretti viottoli disposti senza un ordine definito. Il villaggio era diviso in quattro quartieri, o *afaad*, che si aprivano su di un largo piazzale con al centro un grande albero. Sul piazzale si teneva quotidianamente un piccolo mercato, nel quale le donne vendevano papaia banane, pomodori, uova, panini di grano e di mais, palline di sesa-

mo e zucchero e poche altre cose. In un chiosco si vendeva carne di vitello e di cammello. Vi erano poi numerosi negozi di merci varie: stoffe indiane, utensili da cucina cinesi, utensili agricoli, quaderni *made in Italy*, abbigliamento, sale e zucchero, spezie, incenso, lampade e olio combustibile, pasta, riso, farina, cibi in scatola e altri generi. Questo luogo venne scelto per l'insediamento del primo nucleo del programma del Cisp. Si scelse infatti di cominciare il lavoro su di un'area ristretta, per stabilire un rapporto più diretto con la popolazione e per individuare le forme e le metodologie di intervento più appropriate in quel particolare contesto sociale e culturale. In altre parole, si scelse Mareerey come sede di un intervento «pilota». Come abbiamo già riferito nel cap. 9, in quest'area non esisteva un servizio sanitario di base. Nel periodo coloniale gli italiani avevano istituito ambulatori nei villaggi più grandi, presidiati da «assistenti sanitari» che, dopo molti anni a fianco di un medico italiano, avevano appreso alcuni principi di diagnosi e terapia delle principali malattie. Dopo la rivoluzione del 1969, il governo puntò sulla formazione del personale paramedico e sulla organizzazione di una rete di farmacie gestite da infermieri.

I contatti che in passato la popolazione aveva avuto con la medicina «moderna» erano perciò in larga misura fondati sulle prestazioni curative e - in particolare modo - sui medicinali. La stessa medicina tradizionale, nell'area di Jilib, faceva ampiamente ricorso a rimedi farmacologici estratti dalle piante. Non sorprese perciò l'atteggiamento della popolazione che, a un *team* venuto a costituire un servizio sanitario chiedeva soprattutto medicine. La richiesta era pressante, non sempre motivata da un effettivo bisogno.

Queste considerazioni rafforzarono la scelta programmatica di dare la priorità alla formazione e alla educazione sanitaria, così da proporre un modello più orientato sulla prevenzione delle malattie e sulla promozione della salute. Nella fase iniziale del programma si decise perciò di operare in primo luogo nel settore della formazione dei *Community Health Worker* (Chw) e in quello della educazione sanitaria della popolazione.

Una strategia di intervento per l'educazione sanitaria

Con il programma di educazione sanitaria si intendeva diffondere la consapevolezza che la salute è un bene comune cui tutti possono contribuire e che la difesa della salute non è appannaggio di un gruppo di tecnici e non si ottiene solo attraverso l'intervento di tecnologie sofisticate. Al tempo stesso, si intendeva divulgare una serie di conoscenze circa l'origine delle malattie, i comportamenti utili a prevenirle e i rimedi accessibili direttamente o attra-

verso il sistema di Phc. L'educazione sanitaria non era però intesa come mera trasmissione di informazioni, ma piuttosto come forma di coinvolgimento della comunità e come strumento di contatto e di scambio tra il *team* di Phc e la popolazione.

L'individuazione dei messaggi educativi derivava in primo luogo da un'analisi della situazione della salute pubblica e dallo studio della cultura tradizionale. Sulle aree giudicate prioritarie - l'igiene ambientale e la salute materno-infantile - venivano poi analizzate le abitudini e le conoscenze che avevano un impatto negativo sulla salute o, viceversa, che potevano essere utilizzate per difendere e promuovere la salute. Successivamente, le proposte elaborate venivano sottoposte ai membri dei Comitati di quartiere e di villaggio e a gruppi di *opinion leader* per verificarne la fattibilità e per modificarle opportunamente.

L'organizzazione sociale poneva tuttavia dei limiti all'adozione di comportamenti «salutari». Sulle donne gravavano infatti la cura della casa e dei bambini, la preparazione del cibo, l'approvvigionamento dell'acqua e, al tempo stesso, onerosi compiti nel processo di produzione alimentare. Mentre nelle famiglie più estese, di solito le più abbienti, la presenza di più donne e l'impiego dei bambini in alcune mansioni rendeva possibile una divisione del lavoro, nelle famiglie più povere, e quindi presumibilmente a più alto rischio di malattia, le raccomandazioni relative all'igiene domestica, alla preparazione di alimenti particolari per lo svezzamento o alla disinfezione dell'acqua erano accolte con difficoltà. Per evitare che si creassero ineguaglianze e che l'onere della prevenzione ricadesse esclusivamente sulle donne occorreva proporre misure semplici e realizzabili, suddividere i compiti tra tutti i componenti della famiglia e offrire, in aiuto, piccoli supporti tecnologici che consentissero di risparmiare lavoro e risorse. Nel caso di Mareerey, si tentò di coinvolgere gli uomini negli interventi di bonifica ambientale (costruzione di latrine, di fosse per i rifiuti, di pozzi) e nella costruzione di utensili che agevolassero il lavoro della donna. Infine, quando il messaggio educativo era correttamente individuato e se ne erano comprese le implicazioni pratiche, aveva inizio una fase di comunicazione di massa, che si avvaleva di canali tradizionali - la trasmissione orale - e di canali moderni, quali l'uso di materiale audiovisivo, di *poster*, di volantini illustrati, di manifestazioni pubbliche.

Educazione ambientale

L'urgenza di affrontare il tema della prevenzione attraverso l'igiene dell'ambiente, dell'acqua e degli alimenti fu motivata da

un'epidemia di dissenteria, che poi si rivelò essere da colera, che fece alcune vittime. L'episodio creò inizialmente tensione tra il Comitato di villaggio, che chiedeva una profilassi per tutta la comunità, e il *team* di Phc. Nel corso di una serie di incontri, tuttavia, si concordò una strategia basata sull'istituzione di un sistema di sorveglianza che garantisse l'immediata denuncia dei casi; sulla profilassi farmacologica ai soli familiari dei casi e su di una campagna di educazione sanitaria rivolta a tutta la popolazione.

La struttura della campagna di educazione, che venne sperimentata in questa circostanza, prevedeva una fase iniziale di individuazione e coinvolgimento di *opinion leader*. Riconoscendo alle donne questo ruolo, il *team* organizzò, in collaborazione con il Comitato di villaggio, una serie di assemblee di vicinato cui partecipavano, in media, venti donne. Le riunioni si aprivano con un richiamo all'importanza della collaborazione di tutti nella lotta alle malattie e con una discussione su quali fossero i principali problemi per la salute della popolazione. Successivamente, usando grandi *poster* dipinti a mano, veniva presentato il legame tra la contaminazione dell'acqua, dei cibi e dell'ambiente e la diarrea. Infine, si illustravano le misure da prendere per evitare di contrarre e di trasmettere la malattia e alcuni rimedi utili per chi era ammalato. L'infermiera spiegava l'importanza della reidratazione e forniva la ricetta di una semplice bevanda a base di acqua bollita, zucchero e sale che poteva essere usata a questo scopo. Sotto la sua guida, alcune tra le convenute preparavano la bevanda, che facevano poi assaggiare a tutti. La bollitura dell'acqua non era però una raccomandazione facile da mettere in pratica, perché era un procedimento lungo e richiedeva una gran quantità di combustibile, bene molto prezioso nella zona.

Nella seconda fase della campagna le donne portarono la discussione nei gruppi familiari propri e delle vicine. I frequenti scambi di visite che si svolgevano nel corso della giornata diventavano perciò la cassa di risonanza dei messaggi di educazione sanitaria. Anche i membri del *team* dedicavano parte del loro tempo a visitare le abitazioni, sforzandosi di recepire i problemi di tutti e di dare consigli pratici. La pratica della visita domiciliare divenne anzi una componente centrale del sistema della Phc, rappresentando al tempo stesso uno strumento conoscitivo e di intervento. Le componenti del comitato di quartiere (*guddi afaad*) organizzarono incontri di piccoli gruppi di donne nelle case. Dopo aver collaborato con la padrona di casa alla pulizia del cortile, le convenute si lavavano le mani e si siedevano a discutere di problemi della organizzazione domestica: l'eliminazione dei rifiuti, la latrina, lo scarico dell'acqua, la lotta agli insetti, la cucina. Si raccomandava inoltre di lavare le mani ai bambini prima dei pasti e di stendere al sole la



Tav. 1 - Una delle tavole usate per gli incontri di vicinato: l'importanza dell'igiene personale

biancheria. Venivano presentati disegni che mostravano alcune semplici operazioni per garantire l'igiene della casa e spiegavano l'uso di fosse per lo scarico dei rifiuti (tav. 1).

Nella terza fase, il Comitato di villaggio organizzò una mobilitazione popolare sul tema dell'igiene ambientale, convocando squadre di lavoro per lo scavo di fosse per lo scarico dei rifiuti e per la pulizia delle aree comuni. Nel primo quartiere dove si cominciarono le *corveé*, la partecipazione fu scarsa. Lo *sheikh* capo religioso della comunità, dette il suo contributo esortando la popolazione a partecipare all'iniziativa. Questa cominciò ad animarsi quando nacque una rivalità tra i quattro Comitati di quartiere su chi riusciva meglio ad organizzare la partecipazione. Si svolsero manifestazioni di quartiere per rimuovere i rifiuti dalle abitazioni e dalle strade. Nei punti più in vista del villaggio furono affissi striscioni con *slogan* che richiamavano l'importanza dell'igiene e il suo rapporto con la salute. Il cantore del villaggio compose perfino una cantilena, che veniva scandita dai tamburi sul finire della giornata. Infine, il Comitato di villaggio organizzò una giornata conclusiva per un venerdì di settembre, due giorni prima del capodanno islamico. Si volle dare un significato all'anno nuovo, che sarebbe stato l'anno dell'igiene e della salute. Questa volta, la partecipazione fu ampia, con circa 50 persone per quartiere (più di un terzo di tutte le famiglie). La campagna venne conclusa da una piccola celebrazione, nel corso della quale furono designati gli aspiranti Chw. Con l'occasione, venne proiettato in pubblico un audiovisivo che aveva per oggetto il significato dell'igiene ambientale e vennero mostrati alcuni *poster* disegnati dai bambini. Il capovillaggio tirò infine le conclusioni: occorreva impedire che le malattie venissero e non limitarsi a chiedere medicine quando si stava male.

Educazione alimentare

Il programma di educazione alimentare ebbe un'origine parzialmente diversa, fondata sul riscontro di una serie di condizioni - tra i bambini e gli adulti - che avevano origine da un'alimentazione insufficiente o inadeguata. La malnutrizione acuta e cronica, le anemie e le tossinfezioni alimentari erano evenienze di quotidiana osservazione per il *team* di Phc. Nel corso delle frequenti visite domiciliari, i membri del *team* rilevavano inoltre abitudini che, direttamente o indirettamente, contribuivano alla genesi di queste condizioni.

Nel caso della malnutrizione dei bambini, ad esempio, si osservava la tradizionale associazione con le infezioni ripetute, con la cronica infestazione da parassiti intestinali, con le scarse cure pa-

rentali, con la povertà. Era difficile tuttavia attribuire una precisa responsabilità a un fattore piuttosto che a un altro, poiché cause ed effetti si intrecciavano. Il rischio di infezione era maggiore nelle abitazioni più povere, sovraffollate, aperte direttamente sulla strada. L'igiene era poco curata, perché il tempo a disposizione per i lavori domestici era poco. Anche il tempo da dedicare ai bambini era poco. Ciò influiva particolarmente sui bambini di due-tre anni. I bambini più piccoli erano più a contatto con le madri, che li portavano sulle spalle anche durante il lavoro, allattandoli a domanda. Dai due anni in su, venivano affidati a un vicino, a un parente o a una sorella di poco più grande, che non sempre erano sufficientemente attenti alle loro esigenze. I bambini più grandi, più autonomi, soffrivano meno delle scarse attenzioni. Le famiglie in cui la madre doveva dedicare tanto tempo alla produzione erano anche quelle che avevano il reddito più basso e con le disponibilità alimentari più instabili, con poche risorse da investire in abbigliamento, in suppellettili domestiche, o in cure mediche. Era facile varcare la soglia della povertà, ed essere catturati da questa ragnatela di effetti negativi. La malattia o la scomparsa del marito, o anche il divorzio, erano casi frequenti che costringevano le donne nel ruolo di uniche produttrici del reddito familiare. La povertà non era l'unica causa della trascuratezza nei confronti dei bambini: in una zona di immigrazione di coppie giovani, dove quindi i legami parentali e sociali erano ridotti, molte donne non potevano avvalersi del supporto e delle conoscenze della famiglia di origine.

Pur riconoscendo la complessità del fenomeno, il *team* di Phc ritenne importante diffondere la consapevolezza del rapporto tra alimentazione e salute e impostare un programma di informazione che avesse per oggetto i principi della corretta alimentazione del bambino, della donna gestante e nutrice e della famiglia in genere. Si decise inoltre di inserire in questo contesto una presentazione del centro di salute materno-infantile con il suo servizio di controllo della crescita.

Anche le attività di educazione alimentare cominciarono con una serie di riunioni, cui parteciparono le madri dei bambini al di sotto dei due anni. Le riunioni cominciavano in modo conviviale, bevendo il tè. Su di un tavolo erano posti diversi generi alimentari: uova, zucchero, pane, papaia, banane, latte, farina di mais, fagioli, olio. L'infermiera apriva la discussione affermando che una delle ragioni per la suscettibilità dei bambini alle malattie era un'alimentazione insufficiente.

«I diversi alimenti - spiegava l'infermiera, indicando il tavolo - hanno funzioni diverse e complementari: il pane, lo zucchero, la farina di mais, l'olio e la banana servono soprattutto a dare energia. Le uova, il latte, la carne ed i legumi sono molto importanti per la crescita del bambino e per lo sviluppo del feto. La

frutta e la verdura aiutano a prevenire molte malattie. La combinazione di questi tre tipi di alimenti è necessaria per garantire una dieta sana. Il latte materno riunisce le qualità di tutti gli alimenti, e da solo consente di soddisfare i bisogni dei bambini fino a quattro-sei mesi. Successivamente, è necessario integrare l'allattamento al seno con appropriate miscele degli alimenti fondamentali, fino a sostituire interamente il latte materno».

Tenendo presente questi principi, si elaborarono, con la collaborazione delle donne, una serie di ricette di alimenti per bambini dai sei mesi ai due anni. Alcune di esse avevano per base il tradizionale *mashari*, con diverse possibili aggiunte: olio e zucchero, olio e fagioli bolliti e tritati, olio e uovo, olio e carne tritata e bollita, zucchero e frutta, latte e zucchero. Altre ricette prevedevano l'uso di frutta schiacciata, zucchero e limone o zucchero e latte. Oltre che in base alla densità energetica e alla varietà di nutrienti, le ricette erano formulate in modo da minimizzare i tempi di preparazione e i costi. Inoltre, la varietà delle ricette consentiva di superare il problema della reperibilità degli ingredienti sul mercato nelle diverse stagioni. Non ultimo, si cercava di venire incontro ai gusti dei bambini e delle madri. Nel corso delle riunioni, si facevano assaggiare ai bambini le varie preparazioni, lasciando giudicare le reazioni alle madri.

Gli incontri di educazione alimentare toccavano anche il tema dei rischi della contaminazione batterica degli alimenti e delle misure da adottare per evitarla, quali l'igiene personale, la pulizia delle stoviglie, l'uso dei coperchi.

Nel corso delle riunioni, l'infermiera mostrava infine la carta di crescita usata dal centro di salute materno-infantile. Segnando sulla carta il peso corrispondente all'età del bambino era possibile vedere se la sua crescita era normale: sulle carte c'era infatti segnato il «cammino di salute», delimitato dalle curve del quinto e del novantacinquesimo centile del peso per età della popolazione internazionale di riferimento. Tutti i bambini presenti venivano pesati, le carte di crescita compilate e date alle madri.

Dopo le riunioni, nel villaggio corse voce che in ambulatorio erano stati dati da mangiare cibi «come fossero medicine» e la curiosità della gente trasmise rapidamente l'informazione sulle ricette «migliorate». In occasione di visite alle famiglie condotte a scopo di verifica emerse che le indicazioni più seguite erano quella di dar da mangiare la frutta e le uova mescolate allo zucchero. Il *mashari* veniva invece ancora preparato secondo la ricetta tradizionale. Si continuò perciò il lavoro di propaganda effettuando dimostrazioni di cucina nelle case e riunioni presso il centro di salute materno-infantile. Anche nel centro materno-infantile, dove veniva distribuito olio, zucchero e latte in polvere alle famiglie dei bambini affetti da malnutrizione moderata e grave, lo *staff* del centro

mostrava alle madri come preparare *porridge* ad alta energia e come continuare l'alimentazione dei bambini con alimenti di uso domestico.

Propaganda per le campagne di vaccinazione

Sia il programma di educazione alimentare che quello di educazione igienico-ambientale ponevano l'accento sul ruolo attivo che ciascuno può avere nella protezione e promozione della salute. Un altro obiettivo importante era di stabilire un corretto rapporto tra la popolazione e i servizi sanitari. In questa chiave, era importante chiarire quali fossero le figure cui gli utenti potevano fare riferimento, che tipo di prestazioni erano disponibili e che benefici ci si poteva aspettare. Per questa ragione, i Chw erano presentati come figure cardine in tutte le attività di informazione sanitaria. Analogamente, le campagne di vaccinazione furono precedute da una serie di attività di informazione e di coscientizzazione che avevano lo scopo di invogliare la comunità a richiedere questo particolare servizio.

In occasione delle campagne di vaccinazione, il *team* di Phc creò un clima di mobilitazione generale, coinvolgendo il Comitato di villaggio, i Chw, le ostetriche tradizionali, gli insegnanti e i gruppi di *opinion leader* già coinvolti negli altri programmi di educazione: le assemblee delle donne e le assemblee di quartiere.

La radio e la televisione nazionali dedicavano molto spazio a questo tipo di propaganda, ma il messaggio raggiungeva pochissime famiglie, data la scarsa diffusione degli apparecchi. Nei villaggi, la propaganda seguì, quindi, i canali sperimentati dei gruppi di discussione e delle visite domiciliari. Queste erano effettuate in modo capillare, nel corso del censimento dei bambini. Utilizzando volantini e manifesti, queste occasioni vennero sfruttate per spiegare il significato delle vaccinazioni e ricordare i sintomi e le conseguenze delle malattie contro le quali si vaccinava: la poliomielite, il tetano, la difterite, la pertosse, il morbillo, la tubercolosi. Si davano inoltre informazioni sulle tecniche di vaccinazione e si sottolineava la necessità di completare i tre cicli per avere una copertura completa. Con il supporto di un'automobile su cui era montato un impianto di amplificazione era anche diffuso un breve testo informativo contenente un invito a partecipare. Le stazioni di vaccinazione erano ben riconoscibili per i grandi striscioni di stoffa su cui era dipinto lo slogan: «talaal caruurtada», vaccina i tuoi bambini. A ogni nucleo familiare che viene al centro di vaccinazione era regalata una figurina colorata di un bambino che sorrideva, con la scritta «waa ley talaaley», sono stato vaccinato (tav. 2).



Tav. 2 - Il simbolo delle campagne di vaccinazione con la scritta in somalo «sono stato vaccinato»

DAAWEYNTA SHUBANKA:

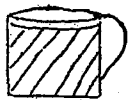
Daaweynta shubanka waxaa weeyo in la siiyo qofka sharaab faro badan si loo soo celiyo biyihii ka baxay, iyadoo la siinayo biyo, sonkor iyo milix. Isku jira lan yidhaado ORS wuxuu ku yimaadaa baakidho adiguna waad diyaarsan kartaa.

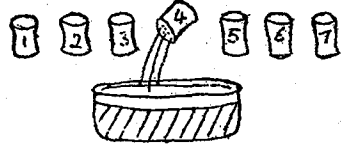
1. Sida aad diyaarsanaysid ORS:

b) Biyaha kari haday suurto gal tahay.
Haddii uu ilmuhu aad u fuuq baxayo ku samayso hadba biyaha ilmaha aad u haysatid.



t) Waxadd buuxisaa koobka weyn ee dhegta loh biyo nadiif, laga waxaad ku qiyaastaa 7 koob oo kuwa shaaha ah kuwaas oo la mid oh hal litir.





j) Waxaad biyihii ku dartaa 4 goor oo aad milixda ku soo qaado faraq iyo suul iyo hal sacab oo sonkor ah. Waxaad isku qastaa biyihii, milixdii iyo sonkor.





x) Haddii milanka aad u dhanaando oo uu ka dhanaando dhanaanka ilmada daadi milankii oo mid kale diyaarso.

2. Sidaad i isticmaali lahayd qardaaska ORSta:



h) Diyaastii biyaha ee asnay kor soo sheegnay isticmaal.

t) Waxaad furtaa qardaaskii ORSta kuna shub biyihii oo ahaa hal litir (7 koob oo kuwa shaaha ah ama koob weyn oo dheg laha).

j) Waxaad walaaqdaa biyihii iyo budadii ORSta ahayd.

** Waa in hooyooyinka oo dhan la narna sida loo diyaariyo ORSta iyo qiyaasta la siinayo marka uu shubmo ilmuhu.

Tav. 3 - Scheda per illustrare il modo di preparare una bevanda di reidratazione (dal Manuale per gli operatori sanitari)

Presso la stazione di vaccinazione si formavano code di dieciventi persone. Sfruttando l'attesa, un Chw spiegava ai presenti la tecnica della reidratazione orale, rimedio da applicare immediatamente in caso di diarrea e dimostrava come preparare una bevanda di reidratazione anche con ingredienti comuni: l'acqua bollita, tre cucchiaini di zucchero e mezzo cucchiaino di sale (tav. 3).

Audiovisivi

Uno degli strumenti di divulgazione usati nelle campagne di educazione sanitaria fu l'audiovisivo. L'uso di filmati o anche di serie di diapositive con un testo di commento offre almeno due vantaggi: la popolarità dello strumento di comunicazione consente di raggiungere un pubblico di tutte le età, senza particolari requisiti di alfabetizzazione; inoltre, i messaggi veicolati da una storia e da immagini vengono ricordati meglio.

Gli audiovisivi che il *team* del programma preparò presentano piccole storie di vita familiare in cui i personaggi scoprono l'importanza della prevenzione e della promozione della salute. Nelle storie, i consigli sono pronunciati dalle donne anziane, cui tradizionalmente spetta la trasmissione delle conoscenze pratiche sulla vita domestica, e dai Chw, presentati come persone di fiducia, disponibili in ogni occasione. Ogni storia dura circa mezz'ora ed è illustrata da 40-50 diapositive. Una prima storia, dal titolo «Fadumo cambia idea», illustra alcune misure di igiene ambientale e domestica, presenta la figura del Chw e la ricetta della bevanda di reidratazione orale. Una seconda storia fornisce indicazioni sull'igiene prima e dopo il parto, consigli per l'allattamento e per la prevenzione della malaria, informazioni sul ruolo del Chw e sul funzionamento del servizio di salute materno-infantile («Il parto di Masaka»). Una terza storia illustra l'alimentazione del bambino nelle varie fasi dello sviluppo e spiega il significato del controllo della crescita: «Mangia misto, cresci più sano».

La tab. 1 riassume le varie tappe del processo di ideazione e produzione degli audiovisivi, che avvenne interamente con la collaborazione della comunità. Un gruppo di circa venti persone partecipò alla ideazione della storia, alla stesura dei testi e alla produzione fotografica. La partecipazione al gruppo, volontaria, si dimostrò un'importante occasione formativa. Personaggi, oggetti e aneddoti presi dalla realtà contribuiscono a rendere i testi meno didascalici. I dialoghi riportano i dubbi più comuni che le donne esprimevano parlando alle levatrici tradizionali, durante le visite domiciliari, nelle assemblee di donne o nelle attività quotidiane del centro di salute.

Tab. 1 - Tappe della realizzazione degli audiovisivi

- realizzazione di indagini conoscitive sugli argomenti oggetto dei messaggi educativi;
- restituzione dei dati alla popolazione attraverso attività di educazione e di formazione;
- pianificazione dell'audiovisivo e delle sue finalità con il Comitato di villaggio;
- costituzione di un gruppo di persone per la produzione dell'audiovisivo;
- individuazione del soggetto dell'audiovisivo;
- ideazione di una trama avvincente, fondata sulla tradizione e le abitudini locali;
- scelta degli interpreti: gli attori interpretavano se stessi e mantenevano la loro identità reale;
- sceneggiatura della storia; scelta della scenografia, utilizzando le case del villaggio, i centri sanitari e gli oggetti tradizionali di uso quotidiano;
- realizzazione delle riprese fotografiche;
- produzione del nastro con i dialoghi e il commento musicale;
- riunione conclusiva nella quale i materiali prodotti erano posti alla discussione del gruppo prima dell'edizione finale.

Particolare cura fu posta a rispettare tradizioni e abitudini locali. Ad esempio, la tradizione impone alla donna che ha partorito un periodo di confinamento domestico di quaranta giorni. Nell'audiovisivo è quindi l'operatore di salute che va a trovarla per controllare il bambino. Inoltre, le raccomandazioni alimentari per le gestanti fanno riferimento a cibi comuni e accessibili a tutti. Le riprese fotografiche si avvalsero di attori e personaggi del luogo e ripresero oggetti e attività tipiche della Somalia del sud: nelle inquadrature compaiono l'ambiente domestico con le suppellettili tipiche e gli utensili da cucina, l'ambiente della scuola coranica, il lavoro nei campi, la lavorazione artigianale delle stuoie. La produzione degli audiovisivi ebbe anche un ruolo didattico per i Chw che, interpretando se stessi, poterono meglio comprendere il proprio ruolo nella comunità.

Gli audiovisivi così realizzati vennero utilizzati durante attività del programma, quali le riunioni del servizio di Mch e di educazione sanitaria, per i corsi di formazione dei Chw e delle levatrici tradizionali; per le sessioni di aggiornamento degli infermieri e in occasione di proiezioni all'aperto nelle piazze principali dei villaggi. La reazione del pubblico fu favorevole: circa tremila persone assistettero al primo ciclo di proiezioni, una media del 15% degli abitanti censiti per ogni villaggio, con punte del 50% per i villaggi più piccoli.

Gli audiovisivi furono inoltre presentati in occasione di riunioni regionali e nazionali degli operatori della Phc, allo scopo di proporne la metodologia agli altri *team* operanti in Somalia.

Valutazione

Per l'audiovisivo sulla salute materno-infantile si tentò di valutare la comprensione dei messaggi proposti, intervistando un campione casuale di 188 adulti (162 donne e 26 uomini, con un'età media di 33 anni) in 5 villaggi nei quali era stato proiettato. Il questionario comprendeva 15 domande, nelle quali si chiedeva se l'intervistata (o la moglie dell'intervistato) adottava o meno un determinato comportamento relativo alla cura dei bambini, che era stato presentato nell'audiovisivo. Si chiedeva poi, con una domanda aperta, quale fosse la ragione di quel comportamento.

Due terzi degli intervistati avevano assistito alla proiezione. Il rimanente 30% costituisce perciò un gruppo di controllo che utilizzeremo per stabilire il quadro delle conoscenze popolari indipendentemente dall'influenza dell'audiovisivo. Analizzeremo le differenze nelle risposte alle domande aperte date dai due gruppi per valutare il livello di comprensione e di accettazione dei messaggi contenuti nell'audiovisivo. Non ci sono differenze di età o di sesso tra gli spettatori e il gruppo di controllo; tuttavia, non siamo in grado di dimostrare la totale omogeneità tra i due gruppi e quindi di escludere la possibilità che tra gli spettatori si siano selezionati gli individui più consapevoli e informati sul tema della salute. La tab. 2 riporta il messaggio educativo con la percentuale di intervistati che lo aveva correttamente identificato.

L'accenno ai germi e alle infezioni, presente in molti dei messaggi, veniva rilevato in maniera diversa. Una proporzione costante nel gruppo di controllo (15%) conosceva il significato di azioni quali l'uso di acqua bollita e di indumenti puliti durante il parto, l'importanza per l'ostetrica di operare con le mani lavate con il sapone e di curare l'igiene dei bambini; tra gli spettatori, la proporzione era maggiore, ma variabile: 28% collegava la salute all'igiene dei bambini, 37% alla pulizia delle mani dell'ostetrica e 47% all'igiene durante il parto. Complessivamente, almeno la metà degli intervistati faceva riferimento ai microorganismi per la genesi delle malattie, ma il pericolo di infezione veniva colto in alcuni comportamenti e non in altri. L'importanza di usare strumenti puliti per il taglio del cordone ombelicale era apprezzata dal 68% degli spettatori dell'audiovisivo, ma anche dal 51% dei controlli, segno della consapevolezza del problema da parte della popolazione, forse in conseguenza della diffusione del tetano neonatale in Somalia.

La raccomandazione sull'uso del latte materno fin dai primi giorni di vita del bambino non aveva cambiato sostanzialmente le convinzioni degli spettatori, dato che tra questi, come tra i controlli, c'era un 8% che sosteneva che «non è buono», o che «fa venire diarrea e vomito» o semplicemente che «non va dato». I due terzi

Tab. 2 - Conoscenze sulla salute materno-infantile degli spettatori dell'audiovisivo didattico e di un gruppo di controllo

	Spettatori %	*Controllo* %
1. Igiene del parto		
a) l'uso di acqua bollita per lavare i genitali della puerpera previene le infezioni	47	14
b) il lavaggio delle mani dell'ostetrica previene le infezioni puerperali	37	14
c) la disinfezione degli strumenti per il taglio del cordone ombelicale previene le infezioni nel neonato	68	51
2. Allattamento		
il colostro protegge il neonato dalle infezioni	0	0
3. Cura del bambino		
l'igiene del corpo del bambino previene le malattie della pelle	28	16
4. Controllo della crescita		
pesare e misurare periodicamente la lunghezza del bambino serve a controllare la regolarità del suo accrescimento	36	40
5. Ruolo dei Chw		
preventivo	20	0
curativo	39	34

degli intervistati in ciascuno dei due gruppi era quindi favorevole all'uso del colostro, anche se nessuno rilevò il messaggio specifico «protegge dalle malattie». A differenza dei controlli, il gruppo degli spettatori collegava l'uso del latte materno della prima settimana alla migliore crescita dei bambini (23%, contro l'8% dei controlli), riportando qui la raccomandazione ricevuta in altri contesti sulla bontà dell'allattamento al seno.

La preoccupazione per un accrescimento sano era presente in molte delle risposte. Tra le indicazioni relative alla cura dei bambini c'era quella di far stare il bambino al sole. Tra gli spettatori, 29% dimostrava di conoscere l'effetto della luce solare sull'accrescimento dello scheletro (solo il 16% tra i controlli), ma vi era anche un 9% che sosteneva che in realtà non c'era nessuna ragione di farlo.

In tutti e due i gruppi di intervistati una larga maggioranza dichiarava di conoscere l'importanza delle misure di peso e statura dei bambini. Il 40% circa affermava che le misure servono «per sapere quanto cresce» e 10% per sapere se «è nutrito bene». I «non so» e i «non risposto» erano però meno tra coloro che avevano assistito alla proiezione (32%) che tra i controlli (44%).

Infine, la proiezione dell'audiovisivo si rivelò utile a far conoscere meglio la figura del Chw. Solo alcuni tra gli spettatori riportarono i compiti di prevenzione (20%) e di promozione della salute materno-infantile (2%) degli operatori di villaggio. Non c'erano differenze tra spettatori e controlli per quanto riguarda la percentuale che riconosceva ai Chw soprattutto un compito curativo: 39% fra gli uni e 34% fra gli altri.

Educazione sanitaria nelle scuole

Oltre a essere naturali destinatari di alcuni messaggi, i bambini sono alleati importanti per un programma di educazione sanitaria, perché svolgono un ruolo di supporto della madre nelle attività domestiche e rappresentano un veicolo d'informazione nei confronti dell'intera famiglia. I bambini sono anche un *target* ideale, per la loro propensione ad apprendere e ad accettare il nuovo.

Il *team* di Phc decise perciò di rivolgersi ai bambini di 8-10 anni che frequentavano la scuola primaria e di coinvolgerli, assieme ai loro insegnanti, nella realizzazione di una gara di disegno sui temi dell'igiene personale e ambientale. Sebbene il *curriculum* scolastico prevedesse l'educazione sanitaria, solitamente la prassi didattica la ignorava; l'iniziativa mirava dunque anche a incoraggiare una maggiore attenzione a questi temi da parte della scuola.

La partecipazione dei bambini venne concordata con le famiglie e con il Comitato di villaggio. La gara si svolgeva al di fuori dell'orario scolastico e potevano quindi parteciparvi solo i bambini che non dovevano lavorare al pomeriggio. I bambini furono convocati presso il centro di salute, dove il maestro e un membro del *team* sanitario parlò loro del rapporto tra igiene e salute. La spiegazione evocò nella fantasia dei bambini le immagini della recente campagna di educazione ambientale, con la pulizia delle strade e delle case e la eliminazione dei rifiuti. Con carta e matite colorate, i bambini dipinsero scenette di vita quotidiana in cui i protagonisti - loro stessi o le loro madri - mostravano sorridendo cortili ordinatissimi o lunghe file di indumenti stesi al sole. Nei disegni comparivano anche piante e animali locali, raffigurati nelle pose tipiche e secondo lo stile inconfondibile degli affreschi che comparivano sui muri delle case.

I bambini che avevano mostrato il miglior talento artistico vennero convocati nel giorno conclusivo della manifestazione per preparare i disegni finali, che sarebbero stati donati al ministro della Sanità in occasione della festa nazionale del 21 ottobre. Su ogni disegno venne posto il timbro del Comitato di villaggio e il plico contenente i lavori, accompagnato da una lettera del capovillaggio,

venne inviato al ministro. Il buon nome che ne sarebbe venuto al villaggio sarebbe stata una buona ricompensa per tutti i partecipanti all'iniziativa, in aggiunta alla festicciola offerta dal *team* di Phc a vincitori e non, a base di *chai* e *sambusi*.

Educazione sanitaria e servizi di «Primary Health Care»

Il principale limite dell'approccio descritto era la necessità di un elevato *input* di personale, non solo per l'ideazione delle attività, ma per la loro conduzione nel tempo. Il processo di trasferimento dei messaggi educativi era lento e per di più non era irreversibile. Crediamo tuttavia che l'opera paziente e capillare di confronto con gli individui sia irrinunciabile e che la comunicazione di massa sia un completamento ma non un'alternativa ad essa.

Nella seconda parte del programma, quando l'investimento di risorse si spostò maggiormente sull'organizzazione dei servizi, le attività di informazione sanitaria dovettero tuttavia uscire dalla eccezionalità e divenire parte della *routine* della Phc. Ciò comportò una notevole riduzione del tempo e del personale coinvolto e, in parte, un mutamento di strategia. La struttura della campagna fu sostanzialmente abbandonata e l'onere del contatto personale fu lasciato interamente ai Chw. Si tentò tuttavia di utilizzare ogni occasione di contatto tra la popolazione e le strutture sanitarie per trasmettere informazioni. Ciò aveva inoltre il significato di connotare i servizi sanitari come luoghi in cui si ricevono consigli per condurre una vita sana, e non soltanto come sede di un intervento terapeutico. Per la natura degli utenti e per il tipo di servizio prestato, il centro di salute materno-infantile aveva più occasioni di tutti per svolgere attività educativa. Alcune convocazioni al centro avevano anzi lo scopo dichiarato di fornire istruzioni e raccomandazioni. Così era per le gestanti prima della prima visita medica e per le madri dei bambini malnutriti alla loro visita settimanale.

Anche il centro per la tubercolosi si era attrezzato per informare i pazienti delle modalità di trasmissione della malattia, del suo meccanismo patogenetico, della struttura della terapia e delle misure igieniche da adottare per affrettare la guarigione e per prevenire il contagio.

In una fase a venire, potrebbe essere ripresa la metodologia delle campagne, su temi quali la lotta al consumo indiscriminato di farmaci, la lotta al fumo, la pianificazione familiare. Con una rete di Phc strutturata e funzionante sarebbero infatti disponibili risorse umane per una vera e propria opera di promozione della salute, particolarmente di fronte ai nuovi rischi indotti dal processo di modernizzazione.

15. LA FORMAZIONE DI OPERATORI SANITARI DI VILLAGGIO

di *Teresa D'Arca, Rosa D'Arca e Francesca Declich*

Premessa

Per attivare un processo formativo in un'area rurale del sud della Somalia era necessario affrontare una serie di difficoltà. L'analfabetismo era la norma, l'investimento di tempo e denaro per l'istruzione dei figli non era considerato «produttivo» rispetto alla possibilità di impiegare i bambini e gli adolescenti nel lavoro agricolo o domestico e limitatissime erano le possibilità di utilizzare le conoscenze acquisite, dal momento che non arrivava nell'area nessun tipo di libro o giornale. In pratica, il saper leggere e scrivere non corrispondeva all'acquisizione di uno *status* riconosciuto dalla comunità.

D'altro canto, la convocazione alla formazione era orientata alla specifica istruzione in campo sanitario, per la creazione di operatori sanitari di villaggio, una figura istituzionalmente riconosciuta in Somalia, senza tuttavia che per essa esistesse una precisa caratterizzazione né un *curriculum* di formazione appropriato e applicato a livello nazionale. Secondo le indicazioni del Ministero della Sanità, il *Community Health Worker* (Chw) era chiamato ad operare nella propria comunità e da essa era direttamente sostenuto, ricevendo un salario o provvigioni in natura che garantissero la sussistenza propria e della propria famiglia.

Nonostante questo, il settore della formazione di operatori sanitari di villaggio fu uno dei primi attivati all'interno del programma. Si avvertiva l'urgenza di un coinvolgimento della comunità nella gestione della propria salute, si voleva evitare una eccessiva, anche se involontaria, caratterizzazione del programma in senso curativo, dovuta alla presenza di uno staff eminentemente tecnico (già dal 1985 erano presenti due medici espatriati e due infermieri somali con preparazione in sanità pubblica). Il Chw, oltre ad essere l'unica reale e possibile figura di agente sanitario a livello di villaggio,

poteva costituire un legame tra i sanitari di professione e la comunità e, se adeguatamente formato, incoraggiato e motivato, poteva rappresentare un fattore e un agente di cambiamento nella percezione della salute della propria comunità[1].

Selezione

Data la natura e il ruolo dei Chw, la scelta di tale personale spettava alle comunità dei villaggi di cui essi facevano parte e in cui avrebbero in seguito operato. In realtà, la selezione avvenne dopo numerose riunioni tra il *team* sanitario e i vari Comitati di villaggio per discutere e valutare i criteri in base ai quali operare la selezione, lasciando poi agli stessi Comitati il compito di proporre candidati ai corsi di *training*. Tali criteri erano:

- che fossero membri conosciuti e rispettati all'interno delle comunità;
- che sapessero leggere e scrivere in somalo;
- che fossero disposti a seguire un corso impegnativo in termini di tempo (tre ore al giorno tutti i giorni per tre mesi più la partecipazione alle attività svolte dal *team* di Phc nel villaggio);
- che fossero disposti ad assumere in seguito il ruolo di operatore sanitario di comunità sotto la supervisione del *team* di Phc, con tutte le responsabilità nei confronti della loro gente che questo comportava.

Ci si rivolgeva a quei villaggi nei quali la comunità aveva già espresso parere favorevole per la strutturazione di un posto di salute (Phc *post*). In tal modo, non solo i Chw avrebbero potuto operare efficientemente, ma l'impegno dal villaggio per la costruzione dello *health post* avrebbe dato più peso alla funzione del Chw.

Tra il 1985 e il 1988 furono così selezionati 25 *trainee*, provenienti dai nove villaggi dell'area. Si trattava di 22 uomini e 3 donne tra i 18 e i 45 anni (età media 25 anni) che parteciparono ai corsi di formazione. Essi rispondevano abbastanza bene ai criteri di selezione, tranne forse per la giovane età. Un'età più matura avrebbe infatti dato maggiori garanzie di stabilità e probabilmente maggior peso all'interno della comunità. Non fu però possibile essere troppo rigidi, in quanto la maggior parte degli uomini e delle donne più anziane non avevano tempo per svolgere questi compiti. Tra i partecipanti al corso vi era anche una notevole sproporzione tra uo-

1. Si veda D. Werner, *Where There is No Doctor*, Macmillan Tropical Community Health Manuals, 1979.

mini e donne. Incidevano in questo senso una serie di fattori culturali e di organizzazione familiare (essendo le donne giovani troppo occupate dalle cure della famiglia e dei campi per poter dare la piena disponibiltà), ma soprattutto fattori legati all'istruzione. L'analfabetismo era praticamente una costante, nella popolazione femminile. Il divario fu in parte colmato con il coinvolgimento delle levatrici tradizionali, per le quali furono organizzati due successivi corsi di formazione, con la partecipazione di 20 *Traditional Birth Attendant* (Tba).

Formazione

Oltre a rispondere alle prime necessità di tipo diagnostico-terapeutico della comunità il Chw doveva rappresentare il primo livello di un sistema di Phc integrato, svolgendo anche compiti di educatore sanitario e di promotore della salute di comunità. Fin dal primo momento, quindi, fu chiara l'importanza di una accurata formazione consentisse agli aspiranti Chw di comprendere il proprio ruolo e svolgerlo efficacemente.

Metodologia partecipativa

Sulla base di analoghe esperienze di formazione (*training* di piccoli gruppi, comunità rurali, scarso livello di istruzione dei partecipanti)[2], il *curriculum* del corso di formazione per Chw fu predisposto utilizzando una metodologia didattica partecipativa, che prevedeva cioè il ruolo attivo dei *trainee*.

Il corso era suddiviso in sezioni tematiche, ognuna delle quali si articolava in lezioni, discussioni e lavori di gruppo e attività pratiche, nel corso delle quali gli aspiranti Chw dovevano confrontarsi nella realtà con quanto si era discusso e appreso: dalla preparazione della soluzione di reidratazione orale alla sperimentazione dei filtri per l'acqua alla gestione dei rapporti con il Comitato di villaggio. Le attività pratiche riguardavano, ad esempio, l'igiene dell'ambiente e dei cibi, la diagnosi e il trattamento delle malattie più comuni e delle varie forme di malnutrizione, la raccolta e l'aggiornamento di dati demografici e di interesse sanitario, quale la redazione di liste di famiglie con bambini al di sotto di un anno da inserire nelle attività di *home visiting* del progetto, l'uso del «registro

2. Si veda, fra gli altri, D. Werner, op cit, 1979; D. Werner e B. Bower, *Helping Health Workers Learn*, The Hesperian Foundation, Palo Alto, 1982; World Federation of Public Health Associations, *Training Community Health Workers*, Information for Action Issue Paper, Geneva, 1983.

del Chw» e la gestione di attività di educazione sanitaria. Erano parte integrante del corso le visite alle altre strutture sanitarie del distretto: l'ospedale distrettuale e il lebbrosario.

Si utilizzavano sussidi didattici e materiali educativi, preferibilmente in lingua somala, quali *flip-chart*, manifesti, audiovisivi. Per ogni sezione tematica si pensò di predisporre un modulo con apposite schede, in lingua somala, contenenti concetti teorici, attività pratiche nonché materiale per l'educazione sanitaria, in modo da fornire ai Chw un primo appropriato sussidio didattico. Grande importanza aveva il quaderno su cui i partecipanti annotavano i loro appunti sulle lezioni teoriche e sulle esperienze pratiche.

Il corso durava tre mesi, con quattro incontri settimanali di tre ore ciascuno comprendenti attività teoriche e pratiche . Parallelamente a questo impegno, i *trainee* erano chiamati a partecipare alle attività di Phc che si svolgevano nel proprio villaggio: campagne vaccinali e loro preparazione, *home visiting*, servizio ambulatoriale e servizio di salute materno-infantile (Mch).

Contenuti

In mancanza di esempi cui fare riferimento, l'immagine che i partecipanti al corso avevano del Chw coincideva praticamente con quella del medico, visto soprattutto nella sua funzione di terapeuta.

Nell'individuazione dei contenuti del *curriculum*, si decise perciò di assegnare una elevata priorità ai temi preventivi e al coinvolgimento della comunità, che occupavano oltre la metà del tempo. In particolare, fu organizzata una prima sezione, propedeutica alle altre, che aveva per oggetto la conoscenza delle caratteristiche dell'area e della popolazione che i Chw avrebbero dovuto servire. Questo avveniva attraverso l'individuazione dei luoghi di interesse sanitario e comunitario (l'urbanistica del villaggio, i luoghi di aggregazione quali moschee, scuole e mercati, i punti di raccolta dell'acqua, i luoghi delle discariche) e attraverso l'analisi del censimento generale della popolazione.

L'impostazione del corso puntava allo sviluppo di quattro filoni principali di formazione: la promozione della salute; la conoscenza delle malattie più frequenti nell'area, che il Chw doveva saper riconoscere e trattare; la raccolta e l'analisi di dati sanitari; il significato e l'organizzazione della Phc nel suo insieme.

I corsi si concludevano con un esame composto da una prova scritta e una orale. Sulla base del rendimento durante il corso e dei risultati degli esami, i *trainee* venivano «diplomati» come operatori sanitari di comunità. Nonostante le percentuali di frequenza sem-

pre molto elevate e la sincera partecipazione alle attività pratiche, oltre il 10% degli aspiranti Chw non superava la prova finale. La tab. 1 elenca le tematiche trattate nei corsi di formazione per i Chw.

Tab. 1 - Contenuti del corso di formazione per Community Health Worker

Promozione della salute:
- la diagnosi di comunità;
- la condizione di salute e la condizione di malattia;
- l'acqua;
- l'igiene personale, l'igiene ambientale e i problemi sanitari ad esse correlati;
- nutrizione e salute: gruppi di nutrienti, valore nutrizionale degli alimenti locali, diete bilanciate e fabbisogni nutrizionali, forme cliniche di malnutrizione.

Le malattie e il loro trattamento:
- il corpo umano e i suoi principali apparati;
- la diagnosi della malattia nell'individuo;
- le più comuni malattie riscontrabili nell'area: parassitosi intestinali, diarree acute, malaria, schistosomiasi, affezioni respiratorie acute, malnutrizione infantile, malattie sessualmente trasmesse, anemie;
- le vaccinazioni e le malattie prevenibili con la vaccinazione: difterite, pertosse, tetano, poliomielite, morbillo e tubercolosi;
- elementi di pronto soccorso;
- schemi di terapia ed uso di farmaci usati dal Chw nel corso della sua attività.

Raccolta e analisi di dati sanitari:
- registrazione di nascite e morti;
- registrazione delle attività di assistenza sanitaria nel villaggio.

Organizzazione e gestione della Phc nel suo insieme:
- organizzazione sanitaria della comunità;
- i compiti del Chw;
- i tre livelli della Phc e loro interrelazione;
- il servizio di salute materno-infantile;
- educazione e comunicazione;
- inventari e richieste di materiali.

Nel periodo 1985-1988 si svolsero tre corsi di formazione per Chw e un corso per Tba, per un totale di 47 persone formate. Fino alla realizzazione del centro di formazione distrettuale - i cui lavori si conclusero nel 1988 - i corsi si erano tenuti in due dei villaggi dell'area, Mareerey e Guddudey, nei locali messi appositamente a disposizione dai Comitati di villaggio. La localizzazione dei corsi fu scelta per agevolare la presenza in quanto i corsi non erano residenziali e gli allievi dovevano raggiungere ogni giorno il centro di formazione. La distanza massima da coprire era di 10 chilometri. Appena terminato il corso, i Chw iniziavano il loro lavoro all'inter-

no dei villaggi di appartenenza. Ad ognuno veniva consegnato un *kit* di equipaggiamento sanitario, contenente alcuni farmaci essenziali, materiali di medicazione e pronto soccorso, schede per la registrazione e la raccolta dei dati.

Tutorship

Durante il primo corso di formazione per Chw (1985), il compito formativo fu assunto direttamente dai medici italiani, nonostante la presenza nello *staff* del programma di un *Public Health Nurse* e di una infermiera ostetrica diplomati presso la scuola infermieri di Mogadiscio. Se da un lato questa scelta fu necessaria per sistematizzare i temi del corso, essa rese più difficile l'interazione diretta con gli studenti, a causa del necessario uso di un interprete. Era comunque di grande rilevanza il rapporto numerico docenti-discenti. Infatti, dato il numero limitato di partecipanti (quattro), si stabiliva una relazione di *tutorship* fra gli insegnanti (i medici dello *staff* italiano si alternavano secondo le necessità formative) e gli studenti. I *Tutor* dei corsi successivi, sia quelli di formazione che di *refreshment*, furono invece gli infermieri somali componenti il *team* di Phc, cosa che consentì di evidenziare fin dal periodo di formazione i diversi livelli di articolazione del sistema sanitario integrato di Phc.

Aggiornamento

Nel caso del progetto Mareerey, il periodo di formazione era abbastanza limitato e presto apparve chiara la necessità di un ulteriore aggiornamento dei Chw. Furono individuate due aree prioritarie: il mantenimento e il miglioramento delle capacità dei Chw nelle loro funzioni curative; il fornire loro idee e metodi adeguati per migliorare le attività di educazione sanitaria ed estendere le attività di prevenzione a tutto il villaggio. Nel 1987 fu realizzato un corso di aggiornamento per Chw con almeno un anno di esperienza sul campo. Ritornare ad affrontare i temi della salute già studiati ma ora anche direttamente sperimentati nella pratica quotidiana consentiva ai partecipanti di consolidare le conoscenze acquisite e di affrontare nuovi temi importanti. Tra gli altri, l'approfondimento delle terapie antibiotiche; l'organizzazione e gestione delle campagne di vaccinazione di villaggio; la pratica dell'*home visiting* e l'individuazione di attività per la salute comunitaria.

Gli strumenti per una formazione continua

Gli operatori sanitari di villaggio, pur non costituendo da soli l'intera struttura del programma di Phc, ne rappresentavano però un elemento fondamentale, che doveva essere stimolato, seguito e aggiornato di continuo. I corsi di *refreshment* organizzati dal progetto, pur se indispensabili, non potevano garantire i contatti tra i Chw e il centro sanitario con la frequenza che sarebbe stata necessaria. Ulteriori supporti alla formazione «permanente» dei Chw furono quindi predisposti attraverso le attività di supervisione e la preparazione di un manuale per Chw in lingua somala.

Supervisione

La supervisione del lavoro dei Chw da parte del *team* sanitario fu considerata come una ulteriore occasione di formazione per gli operatori sanitari di villaggio. Si cercò quindi di strutturare le attività di supervisione in modo da fornire ai Chw il maggior supporto possibile, sia materiale che tecnico, e da garantire i necessari contatti con la struttura centrale del programma.

In ogni villaggio le visite di supervisione avvenivano con frequenza trisettimanale, con una durata media di sei ore per ogni visita. Il *team* sanitario era composto da un infermiere, una ostetrica, un tecnico di sanità pubblica e un medico. Oltre al controllo dei registri dello *health post* e della reintegrazione dei farmaci sulla base delle liste predisposte dal Chw, il lavoro dei Chw veniva seguito attraverso riunioni di aggiornamento su temi sanitari di volta in volta individuati come prioritari. Nell'ambito di queste riunioni, i Chw riferivano circa le attività svolte e riportavano le informazioni raccolte. Frequenti erano anche gli incontri con i Comitati di villaggio. Nel corso delle visite di supervisione venivano anche effettuate, insieme alle Tba e dietro loro segnalazione, le visite domiciliari presso quelle donne a cui era nato da poco un bambino. Era prevista, inoltre, l'effettuazione delle vaccinazioni secondo il protocollo di mantenimento della copertura vaccinale predisposto al termine delle campagne di vaccinazione. Su segnalazione dei Chw si svolgevano, presso il posto di salute, le visite dei casi altrimenti di pertinenza del centro sanitario distrettuale.

Nel 1989, a causa dei disordini interni al paese, che avevano investito in maniera sostanziale anche l'area della valle del Juba, le attività di supervisione vennero diradate, almeno nei villaggi più distanti e alla fine del 1990 si dovettero, purtroppo, interrompere.

I manuali per operatori sanitari in lingua somala

La mancanza di un *curriculum* nazionale di formazione e dei relativi manuali fece sì che nei corsi realizzati dal progetto fossero inizialmente utilizzati sussidi didattici «standard» già predisposti da agenzie internazionali - di solito in lingua inglese - insieme ad una piccola parte di materiale in lingua somala prodotto dal Ministero della Sanità e da alcuni degli organismi di cooperazione che operavano in analoghi programmi di Phc. L'uso di tali materiali didattici determinava però seri problemi, legati al loro maggiore o minor grado di adattabilità alle circostanze locali. In particolare, il linguaggio riusciva poco comprensibile, nonostante la traduzione in somalo; gli esempi e le immagini erano generici o inappropriati alla situazione locale; la simbolizzazione usata in grafici e diagrammi non aveva riscontro nelle conoscenze degli allievi, soprattutto nel caso delle Tba. Si fece sempre più uso, perciò, di materiale e sussidi prodotti localmente, scritti o tradotti in lingua somala, che utilizzavano concetti, esempi e vocaboli conosciuti. Non esisteva, inoltre, materiale che avrebbe potuto rimanere in mano agli operatori sanitari di villaggio per la consultazione al di fuori dei corsi di formazione. A tutti gli operatori sanitari di villaggio e alle ostetriche tradizionali operanti nel progetto furono perciò distribuiti manuali in lingua somala, realizzati sulla base dei moduli tematici, delle schede e dei sussidi didattici già predisposti dallo *staff* del programma e sperimentati durante i corsi di formazione. La tab. 2 illustra l'indice di uno di questi manuali.

Tab. 2 - Sezioni principali del manuale per Chw

Promozione della salute:
- vita nella comunità: come aiutare la gente a proteggere la propria salute;
- salute e malattia: quando la condizione di salute si interrompe.
Conoscenza delle malattie: diagnosi e terapia:
- le malattie più diffuse nel villaggio;
- come riconoscerle;
- come combatterle;
- come prevenire le malattie vaccinando;
- l'acqua è fonte di vita, ma può essere anche sorgente di malattie;
- l'eliminazione dei liquami e dei rifiuti domestici;
- una buona alimentazione;
- come proteggere gli alimenti dalla contaminazione.
Raccolta e analisi delle informazioni:
- moduli per la raccolta dei dati;
- il riferimento dei pazienti al centro di salute.
Organizzazione della Phc:
- i centri di salute di villaggio (Phc *post*);
- i successivi livelli di riferimento (Phc *unit* e Phc *center*).

Alcune considerazioni conclusive

L'impegno dei Chw era quotidiano. Oltre ad una prima assistenza, significativo è stato il loro ruolo nella sorveglianza epidemiologica dell'area. E'proprio in base alle segnalazioni dei Chw dei villaggi di Guddudey e Madina che si poté identificare una epidemia locale di morbillo e attuare tempestivamente le misure terapeutiche e preventive del caso; particolarmente efficace fu il ruolo di segnalazione e di sorveglianza svolto dai Chw durante l'epidemia di colera dell'aprile-maggio 1986. A pochi mesi dall'inizio della loro attività nel villaggio, in occasione di questa epidemia essi dimostrarono notevole interesse e attaccamento al lavoro e guadagnarono la completa fiducia da parte della comunità. Durante l'emergenza sanitaria il ruolo di vigilanza epidemiologica svolto dai Chw venne oggettivamente riconosciuto come indispensabile da parte di tutti.

Fuori da situazioni di emergenza, purtroppo, il lavoro del Chw non era sufficientemente apprezzato da parte della gente, scettica sui risultati dei programmi di prevenzione e più portata a cercare solo la risposta terapeutica alla malattia ormai evidente. I capi istituzionali e politici del villaggio non facevano eccezione, e spesso ai Chw veniva a mancare il necessario sostegno sia politico che economico che avrebbe consentito loro di dedicarsi a tempo pieno al loro lavoro.

Negli anni successivi, furono ripetuti i corsi di formazione per Chw e i corsi di *retraining* per operatori sanitari già formati, non tanto per accresciute esigenze a livello di villaggio quanto, purtroppo, per il frequente abbandono da parte degli operatori di villaggio. La causa prima di abbandono era da ricercarsi nel mancato adempimento da parte dei Comitati di villaggio dell'impegno a sostenere economicamente i Chw, che dopo un tempo medio di due anni si vedevano costretti a cercare lavoro altrove.

Ricerca antropologica e formazione: il caso delle levatrici tradizionali[3]

Nel mese di maggio 1986 e nel mese di ottobre 1987 si tennero due corsi di formazione per levatrici tradizionali. Complessivamente parteciparono 20 Tba provenienti da tutti i villaggi interessati dal progetto.

Le sessioni di *training* per le levatrici tradizionali furono pianificate in seguito a una ricerca antropologica condotta sulla loro figu-

3. Di Francesca Declich.

ra professionale. La ricerca preventiva aveva lo scopo principale di mettere in luce le attività tradizionali già praticate e individuare su quali di queste pratiche era necessario intervenire con attività formative nei confronti delle operatrici. Si intendevano analizzare i compiti assegnati alle levatrici nei periodi prima, durante e dopo il parto e il ruolo che esse ricoprivano nei villaggi del progetto. Non si volevano promuovere modifiche del ruolo svolto dalle levatrici tradizionali nella loro cultura senza conoscere almeno approssimativamente il possibile indirizzo del mutamento.

Si realizzarono dunque interviste usando una griglia di domande sul periodo precedente al parto, sullo svolgimento delle sue fasi principali e sul periodo posteriore al parto. Inoltre si partecipò ad alcuni parti svolti con l'assistenza delle Tba e si realizzarono osservazione partecipante e diretta nel corso delle visite presso le case delle levatrici.

Tramite le interviste e le visite svolte, si notò subito l'esistenza di usanze diverse secondo il *background* culturale delle levatrici, se cioè erano di origine nomade o sedentaria. Le ritualità legate all'una e all'altra origine erano diverse, così come il tipo di alimentazione consigliato a madri e bambini e il tempo dedicato dalle levatrici alle partorienti nel periodo posteriore al parto. Anche solo da queste rilevazioni risultava l'esistenza di due diverse figure professionali dalle quali potersi aspettare un diverso tipo di collaborazione nel progetto sanitario.

Una donna diventa levatrice per tradizione familiare o per vocazione. Alcune donne apprendono il lavoro osservando qualche propria parente e decidendo di volerne imitare il ruolo; altre divengono levatrici in seguito ad eventi occasionali, come l'aver dovuto assistere ad un parto senza esserne esperte e l'aver aiutato la partoriente con successo. Eventi occasionali di questo genere sono visti come segni di una vocazione di levatrice.

Le levatrici tradizionali sono generalmente donne di mezza età in maggioranza non alfabetizzate: la loro attività si accompagna con le altre attività lavorative comuni alle donne. Essere levatrice non è un'attività remunerativa e tale compito è ricompensato da un pasto rituale e da una piccola somma di denaro per il disturbo offerta dal marito della partoriente. Le motivazioni principali dichiarate per svolgerlo sono la compartecipazione e la volontà di aiutare altre donne in un momento difficile e preoccupante. Si tratta di un momento considerato preoccupante perché durante il travaglio nessuno è in grado di dire che non ci saranno gravi imprevisti, peraltro frequenti. Nessuna levatrice sostiene di svolgere il suo compito per il piacere di farlo, ma tutte per un senso di dovere e compassione nei confronti delle altre donne. Tra le donne di origine nomade il ruolo della levatrice è meno

codificato: le levatrici sono in numero maggiore, ma sono meno specializzate. Diversamente, tra le donne di origine stanziale le levatrici sono quasi sempre anziane e con una lunga esperienza. In entrambi i casi poche sono le levatrici esperte nei parti difficili per presentazioni anomale del bambino e soprattutto nei casi di presentazione di spalla. Nei casi di complicazioni più semplici le levatrici anziane usano rimedi che hanno appreso con l'esperienza.

Le levatrici tradizionalmente non si occupano del periodo precedente al parto, anche se a volte vengono avvisate di tenersi all'erta per l'eventualità di assistere una donna in gravidanza avanzata.

L'attività principale delle levatrici consiste nell'assistere la partoriente durante le doglie del parto fino a quando il bambino è nato, dare ad entrambi i primi alimenti e seppellire la placenta. Durante le doglie la levatrice pratica, a brevi intervalli, massaggi alla partoriente e le somministra bevande calde. Il parto avviene in posizione verticale o accovacciata e la posizione orizzontale viene usata solo nei casi di emergenza in cui la donna non è abbastanza in forze per tenersi in piedi. La levatrice riceve il neonato fra le braccia, taglia il cordone ombelicale e attende la fuoriuscita della placenta. Non essendo a conoscenza della causa del tetano, non tutte le levatrici discriminano tra l'uso di lamette nuove e piccoli coltelli per questo ultimo compito. Al neonato viene data acqua zuccherata tra gli agricoltori e un po' di burro e latte con acqua tra i nomadi. In nessun caso si permette alla madre di allattare il neonato immediatamente dopo la nascita perché si crede che il colostro sia nocivo.

Alcune levatrici svolgono un ruolo anche nel periodo successivo al parto. Esse sono presenti ai piccoli banchetti rituali che si tengono al settimo e al quarantesimo giorno dopo la nascita e durante tutto questo periodo passano di tanto in tanto presso la casa della partoriente per sapere come sta e augurarle buona salute. L'importanza del settimo giorno dopo la nascita può essere in relazione al superamento del periodo critico del manifestarsi dei sintomi del tetano neonatale. Il quarantesimo giorno segna il momento in cui la madre ricomincia la sua vita normale fuori dalla casa e il bambino esce dalla *zeriba* per la prima volta. Il compito delle levatrici in questa fase non è dunque più «tecnico», ma di compartecipazione all'evento della nascita.

Considerato il ruolo tradizionale delle levatrici e le risorse del progetto, si optò per non formare giovani levatrici neofite, ma per riqualificare le levatrici tradizionali come agenti di salute e di igiene. Infatti, questo avrebbe creato tra le giovani aspirazioni a futuri salari che nella tradizione non vengono dati alle levatrici; inoltre le partorienti preferiscono servirsi di levatrici anziane e ben conosciute piuttosto che di giovani seppur ben preparate.

In conseguenza dei risultati della ricerca e delle risorse disponibili per la realizzazione del corso, si decise di preparare corsi basilari rivolti soprattutto al miglioramento dell'igiene del parto - fondamentale per prevenire le infezioni alle partorienti e il tetano neonatale -, alla conoscenza dell'alimentazione di partoriente e neonato, all'insegnamento delle tecniche che permettono la individuazione precoce di parti a rischio e ai sistemi di censimento dei neonati sul territorio (tab. 3).

Tab. 3 - Argomenti trattati nel corso per Traditional Birth Attendant

- anatomia della pelvi femminile;
- segni di normalità e di rischio durante la gravidanza;
- manovre per conoscere la posizione del feto;
- la migliore alimentazione per la madre, per il neonato e per lo svezzamento (i gruppi di nutrienti, le ricette adatte per lo svezzamento);
- fisiologia e igiene del parto;
- igiene del nuovo nato, metodi per prevenire il tetano, come trattare il cordone ombelicale;
- igiene dell'allattamento;
- le vaccinazioni;
- l'uso e la preparazione della bevanda per la reidratazione orale;
- segni di normalità e di rischio del parto;
- principali rischi di malattie dei bambini;
- registrazione dei nati, in collaborazione con i Chw.

Uno degli ostacoli principali all'inclusione delle levatrici tradizionali nelle attività di Phc consisteva nella loro scarsa alfabetizzazione. Operativamente si pensò dunque a un sistema di moduli illustrati per consentire il riferimento delle donne o dei bambini con qualche problema alle strutture sanitarie. Ciononostante, il non aver frequentato nessun tipo di scuole rendeva indubbiamente più difficile la partecipazione delle levatrici ai corsi di formazione. Fu perciò indispensabile utilizzare le tecniche della simulazione e drammatizzazione di situazioni reali, dei *role play* e degli audiovisivi. Si organizzarono dimostrazioni pratiche sull'alimentazione di donne e bambini, nonché sulla preparazione della soluzione di reidratazione orale. Attraverso attività di gioco, in cui le partecipanti al corso rivestivano il ruolo di partorienti e levatrici, si analizzavano i momenti a rischio e quelli in cui le pratiche igieniche erano sostanziali. La costruzione di un contenitore che fungeva da utero e di un pupazzo dotato di un «cordone ombelicale» collegato ad una «placenta» consentì di visualizzare le principali norme relative al taglio del cordone ombelicale e al controllo della placenta.

Durante i corsi di formazione si rivelò laborioso coinvolgere levatrici con diversi *background* culturali nelle medesime attività. Esistevano difficoltà nell'accettazione reciproca delle diverse usan-

ze relative al parto, considerate per cultura pratiche molto intime, accanto a vere e proprie incomprensioni linguistiche.
Infine, di fondamentale importanza fu il bilanciamento nella comunità tra il prestigio e il potere tradizionali e quelli relativi ai ruoli istituzionali creati dal progetto.

Il progetto creava ruoli istituzionali ai quali si dava potere attraverso le maggiori conoscenze in campo sanitario ottenibili con la formazione e, inevitabilmente, attraverso il diritto alla distribuzione di medicinali. I Chw acquistavano prestigio e potere attraverso il loro compito di curare con farmaci le patologie più semplici e di poter riferire i loro pazienti con diritto di precedenza presso la struttura sanitaria di secondo livello del progetto.

Per diversi motivi non si riuscì ad attribuire pari prestigio e potere alle levatrici tradizionali. In primo luogo, tra i compiti previsti per le levatrici, determinati anche in relazione alle strategie sanitarie del paese, non rientrava quello della distribuzione di medicinali; inoltre, le levatrici non erano considerate sufficientemente alfabetizzate per poter intervenire con farmaci quali l'ergometrina in caso di abbondante emorragia. L'unico medicinale che potevano usare era una pomata antibiotica per prevenire la cecità dei bambini nati da donne affette da gonorrea. In secondo luogo, il prestigio del ruolo delle levatrici sarebbe aumentato se esse avessero avuto il potere, come previsto nel sistema della Phc, di riferire le donne con parti a rischio presso una struttura sanitaria con ricovero. Non esistevano nella zona strutture ospedaliere con possibilità di ricovero e la struttura sanitaria di secondo livello del progetto poteva offrire un ottimo servizio di accompagnamento della madre durante tutta la gestazione, ma un'assistenza minima a casi di donne con parti a rischio che vi si fossero rivolte.

Un aspetto sul quale influirono positivamente le attività del progetto fu una legittimazione pubblica del ruolo delle levatrici in campo sanitario. Esse venivano coinvolte con funzioni di primo piano in tutte le attività istituzionali pubbliche legate alla salute: Comitati di villaggio e Comitati di salute. Questo è un aspetto indispensabile se si considera la rinegoziazione di ruoli e *status* che inevitabilmente avviene nel corso delle attività di sviluppo.

16. LA STRUTTURAZIONE DELLA RETE DI «PRIMARY HEALTH CARE»

di *Francesco Branca, Teresa D'Arca, Silvia Declich, Maria Grazia Dente e Vittorio Roscio*

Come è stato descritto da Alasow nel cap. 6, il modello somalo di *Primary Health Care* (Phc) prevedeva due livelli di riferimento al di sotto del distretto: la *unit*, con un bacino di utenza di 10-15 mila persone e i *post*, strutture di villaggio presso le quali operavano i *Community Health Worker* (Chw). Si era tuttavia lasciata una certa libertà alle regioni di formulare una propria politica riguardo alla istituzione di *unit*: nel Nordovest, regione a bassa densità di popolazione e con un'alta percentuale di nomadi, si era preferito privilegiare le attività di villaggio e creare solidi *team* distrettuali che effettuassero una sistematica supervisione degli operatori di villaggio; nel Togdheer, al contrario, si avvertiva la difficoltà di controllare un territorio molto vasto e si era preferito investire sulla costituzione di *unit* [1].

La particolare disposizione geografica del distretto di Jilib, tagliato in due dal fiume Giuba, in assenza di ponti e di validi mezzi di attraversamento, unitamente alla grande densità di popolazione, suggerivano di operare contemporaneamente su due livelli: nei villaggi e in sedi di rilevanza sub-distrettuale.

Il primo livello di riferimento : il villaggio

Al livello di base, a diretto contatto con la popolazione, si sarebbero posti i Chw, gli operatori sanitari di base. Secondo la interpretazione estensiva della Phc, essi dovevano avere un'ampia gamma di mansioni: dovevano essere medici scalzi, capaci di interpretare i principali sintomi, di diagnosticare e curare le più comuni affezio-

1. *Proceedings of the First Inter-Agency and Government Meeting on Primary Health Care*, Ministry of Health, Government of the Somali Democratic Republic, Mogadishu, 30 March-2 April 1985.

ni; promotori di salute, con il compito di diffondere comportamenti e conoscenze utili alla prevenzione delle malattie; epidemiologi, pronti a rilevare e denunciare le avvisaglie di un focolaio epidemico; demografi, informati sollecitamente sugli eventi vitali delle famiglie del villaggio; ma anche mobilitatori sociali, organizzatori, amministratori. Tuttavia, la loro opera non doveva essere regolata da un rapporto di tipo professionale con il servizio sanitario nazionale, ma doveva essere una forma di volontariato, più o meno compensata da contributi in denaro o in natura offerti dalla popolazione[2].

I candidati alla formazione dovevano saper leggere e scrivere il somalo, avere ampie disponibilità di tempo, non svolgere lavoro dipendente e godere di una buona reputazione all'interno della comunità. Nel primo anno di attività si formarono quattro operatori; nei due successivi altri 21.

La base di operazioni dei Chw era il posto di salute (Phc *post*), messo a disposizione dal Comitato di villaggio, appositamente costruito o realizzato presso l'abitazione del Chw. Il programma contribuì, in parte, all'edificazione di 7 nuovi *post*, e fornì tavoli, sedie, panche, lampade a petrolio.

L'attività dei Chw era sorvegliata mensilmente da un'*équipe* distrettuale, composta da un infermiere, un'ostetrica, un tecnico di sanità pubblica e un medico. Nel corso delle visite di supervisione, venivano verificate l'accuratezza delle diagnosi e l'adeguatezza della terapia; venivano controllati il registro delle consultazioni, il registro delle nascite e delle morti e i consumi di farmaci e materiale sanitario. Contestualmente, si attuava la consegna di un nuovo *stock* di farmaci e materiale sanitario, proporzionale alla popolazione servita. Si conducevano inoltre incontri con il Comitato di villaggio, allo scopo di verificare il ruolo istituzionale del Chw nel villaggio e si prendeva nota di tutti i problemi sorti nell'espletamento dei suoi compiti. La supervisione aveva perciò l'importante funzione di incoraggiare e motivare gli agenti sanitari e di affinare, con l'aiuto della pratica, la loro formazione. Dall'agosto 1989, le visite di supervisione divennero irregolari, per motivi di sicurezza e ciò sicuramente contribuì al calo di attività di questi operatori sanitari.

Il numero degli operatori effettivamente in servizio passò da 4, nel 1987, a 21 nel 1988; discese quindi a 8 nel 1989. Solo un quarto degli operatori prestava quindi servizio tre anni dopo la formazione. Parallelamente, l'utenza crebbe in una fase iniziale da circa 500 unità al mese nel 1987 a oltre 2000 al mese nell'estate del 1988 (fig. 1), per poi nuovamente diminuire, nel 1989, a meno di 900.

2. Who, *The Primary Health Worker. Working guide. Guidelines for training. Guidelines for adaptation*, Who, Geneva, 1980.

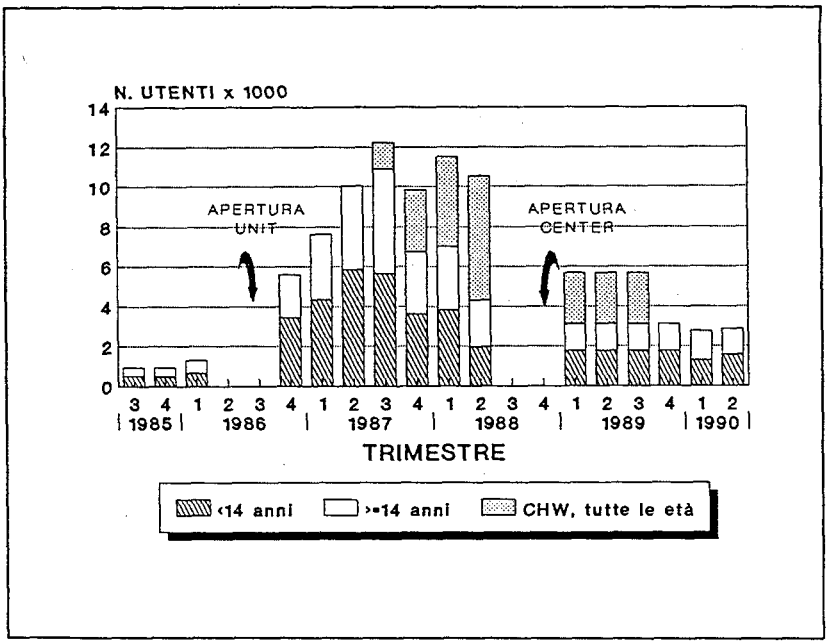


Fig. 1 - Utenti dei servizi di Primary Health Care (1985-1990)

Tab. 1 - Diagnosi effettuate dai Community Health Worker

Diagnosi	*%*
Malaria	35
Infezioni respiratorie	13
Anemia	7
Parassitosi intestinali	7
Diarree	7
Dolori reumatici	4
Congiuntivite	4
Scabbia	4
Bilharzia	3
Ferite e traumi	3
Gastrite	2
Ustioni	1
Morbillo	1
Dissenteria	1

La tab. 1 mostra, in ordine decrescente di percentuale, le diagnosi effettuate dai Chw. Come si vede, questi operatori erano in

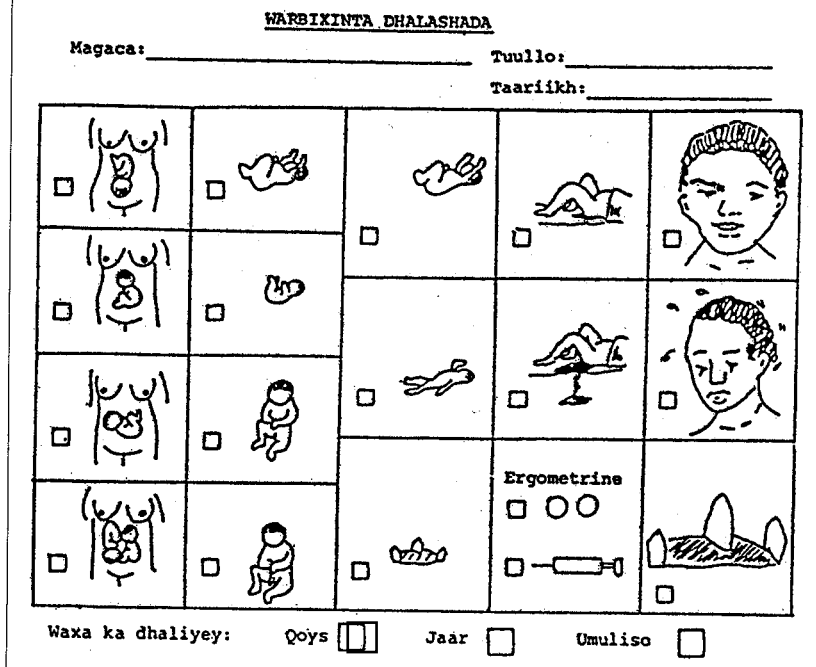
grado di affrontare quasi tutte le principali patologie. In alcuni villaggi, era loro affidata anche la somministrazione quotidiana delle dosi di streptomicina intramuscolo ai pazienti in terapia per la tubercolosi.

Anche il lavoro di sorveglianza epidemiologica dette buoni risultati: nel 1987, durante la epidemia di colera, i Chw di Mareerey riuscirono a costituire un'efficiente rete di individuazione precoce dei casi che limitò di molto il numero dei morti; nel 1989, sebbene con qualche ritardo, il sistema di informazioni raccolte attraverso i Chw consentì di riconoscere una epidemia di epatite virale.

Dalle informazioni raccolte nel corso delle supervisioni mensili, emerse una dose di insoddisfazione da parte degli utenti, che lamentavano una parzialità dei Chw nel fornire le loro prestazioni: alcuni lamentavano di essersi visti rifiutare una cura per il solo fatto di appartenere a una *qabila* diversa da quella dell'agente di salute. Lo studio sul ricorso ai servizi di secondo livello svolto nel 1987 e descritto nel cap. 19 di questo volume rilevò che il 45% degli utenti che provenivano da villaggi in cui era presente un Chw lo avevano consultato prima. Degli altri, il 38% non ne conosceva l'esistenza. Esisteva perciò un problema di prestigio e di qualità del servizio offerto dagli operatori di base, ma il volume di utenza che questo primo livello riusciva ad assorbire era sostanzialmente legato al numero di effettivi che lo componevano.

Come si è visto, in tre anni il 75% degli operatori formati aveva abbandonato il compito; in media, quindi, un Chw prestava servizio per un anno per poi dedicarsi ad altre attività. La ragione dell'abbandono era di carattere economico: tutti i Chw denunciavano la precarietà della loro situazione di operai non salariati. Il contributo della popolazione risultava scarso e saltuario, particolarmente nei villaggi più grandi. I Chw dovevano perciò ricorrere ad altri lavori da cui ottenere un reddito e prestavano servizio solo *part-time*: dato che, in media, vedevano 100-120 persone al mese, cioè 4 persone al giorno, essi dedicavano alle attività curative appena due ore di lavoro al giorno; le ore diventavano in media tre, considerando le attività preventive, la raccolta delle informazioni, l'aggiornamento e la supervisione.

Accanto ai Chw, il modello della Phc prevedeva di coinvolgere le levatrici tradizionali (*ummuliso*) nel servizio sanitario. Le *ummuliso* intervenivano sostanzialmente al momento del parto; la loro non era una vera e propria professione, ma un'espressione di solidarietà tra donne più anziane ed esperte e donne giovani, in maniera non dissimile da quanto si verificava anche in occidente fino al secolo scorso. Come si è visto nel cap. 7, attraverso la loro formazione si intendeva svolgere un'attività di prevenzione nei confronti di patologie gravi, quali il tetano neonatale e le infezioni



Tav. 1 - Scheda per la registrazione delle modalità del parto compilata dalle Traditional Birth Attendant

puerperali, che potevano essere evitate adottando semplici misure igieniche al momento del parto.

Un obiettivo più ambizioso era inoltre quello di utilizzare le loro competenze e la loro influenza sulle donne per estendere capillarmente le attività di salute materno-infantile. Ciò sarebbe avvenuto sia chiedendo loro di stimolare le donne a rivolgersi al servizio di salute materno-infantile prima del parto, anche in assenza di qualsiasi sintomo di malattia, sia stabilendo un coordinamento tra loro ed i Chw. Le *ummuliso* avrebbero dovuto compilare, al momento del parto, una scheda illustrata (come quella mostrata nella tav. 1), in cui avrebbero registrato la posizione e presentazione del feto, l'eventualità di un parto gemellare, le condizioni generali del neonato e della madre, l'integrità della placenta, l'uso di ergometrina. Consegnando poi la scheda al Chw avrebbero consentito a lui di effettuare la registrazione della nuova nascita.

20 *ummuliso* parteciparono ai corsi di formazione del programma e riceverono ciascuna un *kit* composto da lamette da barba per il taglio del cordone ombelicale, sapone per le mani, uno spazzolino per le unghie. Non fu effettuata una valutazione del loro operato. Possiamo solo dire che pochissime schede furono restituite compilate e che le visite pre-natali del servizio materno-infantile a donne sane non aumentarono dopo i corsi di formazione.

Il secondo livello di riferimento

Come si è detto, nel corso della prima fase del programma (1985) fu innanzitutto approfondita l'analisi delle necessità sanitarie dell'area e furono condotte attività di educazione sanitaria, con lo scopo di ottenere il massimo coinvolgimento dei beneficiari del programma e di dare fin dal principio un'impronta di medicina preventiva. Al tempo stesso, considerata la situazione di totale assenza di servizi sanitari pubblici e con lo scopo di creare un rapporto di fiducia con la popolazione, fu istituito un primo servizio ambulatoriale, limitato a un solo giorno la settimana e tenuto in un locale messo a disposizione dal Comitato di villaggio.

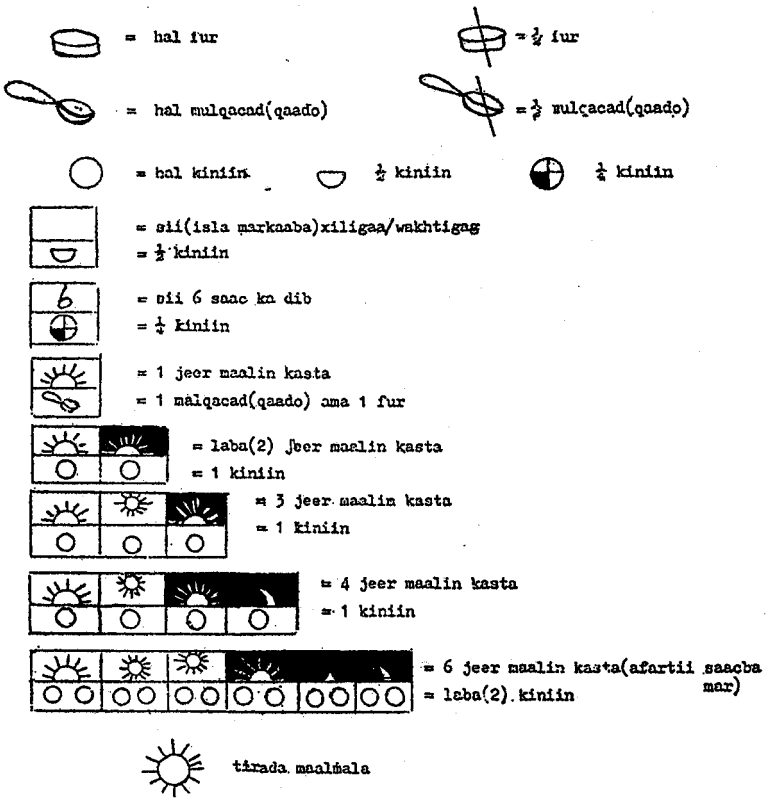
Solo dopo aver formato il primo gruppo di Chw, si poté sviluppare la distinzione tra il primo e il secondo livello di riferimento e si dette così il via alla costruzione di una Phc *unit* nel *beel* di Mareerey. La struttura avrebbe dovuto servire cinque villaggi situati nel raggio di 5 Km con una popolazione totale di poco più di undicimila persone. D'accordo con il Comitato di villaggio di Mareerey, si decise di costruire un edificio di tipo tradizionale a pianta rettangolare (*arish*), reso più confortevole e solido da una pavimento in pietra e cemento, da pareti intonacate con cemento anziché con

fango, dalla presenza di infissi in legno e da un tetto in lamiera ondulata. Fu inoltre istallata acqua corrente, prelevata da un pozzo scavato appositamente e fu realizzata una fossa a perdere per lo scarico delle acque. I lavori furono eseguiti in collaborazione con gli abitanti di Mareerey: il Cisp fornì il cemento, il legname per le capriate, la lamiera e lo stipendio di un capomastro; il villaggio fornì la ramaglia per le pareti, la pietra per il pavimento e le fondazioni, nonché la manodopera.

A completamento della struttura sub-distrettuale sarebbe stata necessaria una seconda *unit* nell'altro *beel* dell'area, quello di Guddudey, sulla quale si prevedeva convergessero altre diciassettemila persone. Tuttavia, mentre l'espansione del sistema di Phc nell'area rurale stava avvenendo rapidamente e sistematicamente, le strutture presenti nel capoluogo di distretto andavano via via indebolendosi; l'ospedale era divenuto inagibile e privo dei necessari presidi farmaceutici e medico-chirurgici. D'accordo con il *team* regionale e con le autorità del Ministero della Sanità si decise pertanto di promuovere la seconda *unit* al rango di Phc *comprehensive center*. La struttura sarebbe così servita per l'intera area posta sulla riva destra del fiume Giuba. In effetti, nel 1989, l'anno seguente l'entrata in funzione del *center*, la suddivisione amministrativa fu adeguata alla realtà socio-economica e la regione di Mareerey fu riconosciuta come distretto a sé, acquisendo quindi il diritto a strutture di Phc di livello più elevato.

A differenza della *unit*, che aveva solo l'ambulatorio di medicina generale e il servizio materno infantile, il *center* aveva anche il centro anti-tubercolare, un laboratorio di analisi e il magazzino centrale dei farmaci. Gli ambulatori e i servizi materno-infantili delle due strutture operavano perciò in parallelo, con una approssimativa divisione dei villaggi da cui raccogliere l'utenza. Inoltre, il *center* svolgeva funzioni proprie di un terzo livello di riferimento, ed era perciò presente un medico. L'edificio aveva una superficie totale di circa 800 m^2, con tre locali di visita, un laboratorio, un magazzino-farmacia e un vasto locale di circa 80 m^2 interamente dedicato alle attività di formazione. Non fu prevista una struttura di ricovero, in previsione della ristrutturazione dell'ospedale di Jilib, che avrebbe dovuto diventare ospedale regionale. La localizzazione nel comprensorio dello zuccherificio consentì l'allaccio alla rete idrica, elettrica e fognaria della cittadina nata attorno alla fabbrica. Inoltre, fu individuato un sito strategico dal punto di vista delle vie di comunicazioni, all'incrocio di tre importanti strade sterrate: la prima diretta al capoluogo di Mareerey (3 Km) la seconda diretta ai villaggi dei reinsediati (3-15 Km) e, proseguendo oltre, a Kisimayo (150 Km) e la terza diretta all'attraversamento del fiume Juba in corrispondenza della città di Jilib (20 Km).

BAREA UGU TUSUDU ISTICMAAL BUUGA



Tav. 2 - Scheda per illustrare la posologia dei farmaci (dal Manuale per gli operatori sanitari)

Al Phc *center* fu dato il nome di Nassib Bunta, un eroe della Somalia del sud, vissuto alla fine del secolo scorso e impegnato nelle lotte per l'indipendenza dalle potenze coloniali.

L'ambulatorio di medicina generale

Il principale servizio offerto dalle due strutture era un ambulatorio di medicina generale, attivo quotidianamente. Le prime due ore del mattino erano riservate al trattamento delle urgenze. Per il resto, l'ambulatorio offriva servizi gratuiti a tutti coloro che vi facevano ricorso. Agli utenti che esibivano una nota del Chw del proprio villaggio, una percentuale mediamente inferiore al 50% del totale, veniva data la priorità nell'ordine di visita. In aggiunta, su segnalazione dei Chw, si effettuavano anche interventi a domicilio sui pazienti che non potevano venire in ambulatorio.

Dopo la registrazione dei dati anagrafici e dell'anamnesi, i pazienti erano sottoposti a un esame clinico da parte degli infermieri addetti. La diagnosi era guidata da diagrammi di flusso, predisposti per i principali gruppi di sintomi, che rinviavano ad approfondimenti di laboratorio, all'intervento del medico o direttamente alla terapia. La prescrizione dei farmaci era accompagnata da istruzioni relative a comportamenti alimentari e igienici. Gli stessi infermieri e, nel *center*, la farmacista spiegavano come assumere i farmaci, servendosi anche di un cartoncino con i simboli del sole e della luna, per illustrare in modo comprensibile a tutti lo schema della terapia (tav. 2). I pazienti erano poi invitati a tornare la settimana successiva, anche per ricevere un eventuale supplemento di terapia. La diagnosi e la terapia assegnata venivano trascritti sul registro dell'ambulatorio e su un libretto sanitario personale consegnato all'interessato. Il libretto fu introdotto per consentire il riferimento dei pazienti tra i Chw, la *unit* e il *center* e da queste ad altre strutture sanitarie, ma anche come alternativa alla cartella clinica.

La cartella clinica rappresenta uno strumento insostituibile per il corretto trattamento del paziente, per la valutazione della qualità del servizio ambulatoriale e per la raccolta di informazioni epidemiologiche. Tuttavia, il tentativo di istituire questo sistema di registrazione dei dati ambulatoriali non fu coronato da successo, anche perché fu compiuto nella prima fase del progetto, quando c'era un'enorme pressione del pubblico sull'unico ambulatorio e il personale somalo era insufficiente e poco preparato. Nella maggior parte dei casi, non si riusciva a ritrovare la cartella del paziente e se ne produceva una nuova, con il risultato di un archivio inutilizzabile. Il problema non era tanto quello del disordine, quanto

quello della difficoltà di stabilire con certezza l'identità di ciascuno: in assenza di documenti, si trascriveva il nome dichiarato dal paziente; tuttavia, era possibile che, in occasioni diverse, il paziente usasse nomi diversi (i Somali del sud usano infatti spesso soprannomi e diminutivi; può anche accadere che il padre e la madre diano a un bambino nomi diversi) o che il suo nome fosse trascritto con grafie diverse; inoltre, era possibile che in uno stesso villaggio ci fossero diecine di persone con lo stesso nome.

Si tentò allora di registrare i pazienti per indirizzo, utilizzando un numero attribuito all'abitazione nel corso del censimento; anche qui non si ebbe successo: non tutti conoscevano il numero della propria abitazione; inoltre, la numerazione era stata fatta una sola volta, e non veniva aggiornata; infine, ritenendo che esibire il numero dell'abitazione fosse una ragione di attenzione privilegiata, chi viveva in abitazioni ancora non numerate riferiva numeri di fantasia.

La distribuzione di un cartoncino di identificazione fu tentata con le madri e i bambini identificate nel censimento di Mareerey. Tuttavia, nel tentativo di restringere l'utenza dell'ambulatorio in proporzione alle sue limitate capacità di erogare assistenza, si compì l'errore di limitare l'accesso ai soli possessori del cartoncino di identificazione. Ciò ebbe l'effetto di trasformare il sistema di identificazione in un lasciapassare, che quindi veniva scambiato, o a volte commerciato, con il risultato di rendere vano ogni tentativo di tenere un archivio dei pazienti, oltre a dare vita a sperequazioni e ineguaglianze.

Il sistema del libretto sanitario risultò più efficiente. Il libretto doveva essere esibito in occasione di ogni prestazione sanitaria; chiunque vi aveva diritto, purché lo acquistasse per una piccola somma, incentivo a non perderlo o dimenticarlo. A questo punto, accoppiandole ai libretti, si sarebbe potuta ritentare l'introduzione delle cartelle cliniche.

La fig. 1 mostra l'evoluzione dell'utenza degli ambulatori e dei centri materno-infantili tra il 1985 e il 1990. Le cifre riportate derivano da una compilazione di vari rendiconti, che non coprono tutti e sei anni gli anni del progetto e che presentano i dati a diversi livelli di aggregazione; per il 1989, i valori riportati per ciascun trimestre sono stati ottenuti dividendo per quattro il totale annuale. Dalla figura si deduce che, nei primi anni, il servizio offerto era inadeguato alle necessità dell'area; quando, infatti, nel 1986, fu inaugurata la Phc *unit* gli utenti aumentarono di quasi dieci volte. Nel 1988 fu portata a regime la rete dei Chw che, come si è visto, erano in grado di provvedere a circa seimila visite a trimestre, determinando un sostanziale sgravio del carico di utenti della *unit*. Dopo l'apertura del *center*, nel 1988, l'utenza non aumentò ulteriormen-

te, anzi diminuì, dalle oltre quattromila unità per trimestre, a tremila circa, così come diminuirono le consultazioni dei Chw. La circostanza può essere spiegata con la difficoltà di spostarsi tra un villaggio e l'altro dovuta a problemi di sicurezza dell'area, che limitava l'afflusso alla *unit* e al *center* e impedì una costante supervisione dei Chw.

Dopo l'apertura del *center*, il 60% degli utenti continuava a rivolgersi alla *unit*, che invece doveva avere un bacino d'utenza più piccolo. La circostanza non fu chiarita, sebbene furono invocati fattori quali l'abitudine, la diversa efficienza dei Chw, ma soprattutto una diversa accessibilità. I villaggi che dovevano fare riferimento al *center*, infatti, si trovavano anche a 15 Km di distanza e nel 1989-90 il traffico veicolare si era ridotto di molto per motivi di sicurezza.

Il servizio materno-infantile

Il servizio di salute materno-infantile ebbe una storia diversa da quella dell'ambulatorio. Dato che doveva svolgere soprattutto funzioni di medicina preventiva, si decise che doveva essere il personale del centro a reclutare gli utenti, almeno fino a che si fosse diffusa tra la popolazione una cultura della prevenzione. Si utilizzarono perciò la tecnica della visita domiciliare e quella della convocazione. La visita domiciliare, inizialmente effettuata dagli infermieri e successivamente affidata ai Chw, era necessaria per la identificazione e la cura dei bambini malnutriti: i bambini con evidenti segni di deperimento fisico erano solitamente tenuti in casa e giungevano all'attenzione del personale sanitario solo nelle situazioni estreme o perché contraevano qualche malattia per la quale la madre giudicava valido un intervento sanitario. La visita domiciliare era inoltre l'unico modo per controllare i neonati, dato che, dopo il parto, le donne non escono di casa per quaranta giorni. La convocazione fu invece utilizzata per le gestanti: con l'aiuto dei Chw si organizzarono sessioni in cui si controllavano, nella madre, il peso, la pressione arteriosa e la presenza di proteinuria e, nel feto, il battito cardiaco e la posizione.

L'attività promozionale durò per il primo anno di attività. Furono quindi riservate al servizio materno-infantile due mattine alla settimana, una per i bambini al di sotto di 5 anni e l'altra per le donne in gravidanza e le nutrici. Sui bambini si effettuava un controllo clinico generale e la misura del peso e della statura (o della lunghezza supina).

La valutazione dello stato di nutrizione era effettuata con carte di crescita peso per età, messe a disposizione dal Ministero della Sanità e con le tabelle dell'Oms. Vi era un'unica carta per maschi e

femmine che riportava le curve del ventesimo e cinquantesimo centile - ottenute combinando i dati dei maschi e delle femmine della popolazione di riferimento Oms - e, in tratteggiato, le curve dell'80 e del 60% della mediana, che consentivano agli infermieri di classificare i bambini nelle tre classi di malnutrizione secondo Gomez. Ai bambini con un peso per età inferiore al 70% della mediana della popolazione di riferimento (secondo e terzo grado di Gomez) veniva assegnata una razione settimanale di alimenti, consistente in 100-150 g di zucchero, 100-200 g di olio e 300-500 g di fagioli, a seconda delle disponibilità in magazzino. Al tempo stesso, venivano date indicazioni sulle ricette da preparare per i bambini e sullo schema dei pasti.

La donazione di alimenti aveva soprattutto uno scopo dimostrativo e rappresentava un incentivo all'uso del servizio materno-infantile, e non voleva essere un sostituto per gli alimenti che la famiglia avrebbe comunque dovuto procurare. Si ritenne inappropriato promuovere forme indiscriminate e massicce di supplementazione alimentare. Si temeva infatti che, come è spesso avvenuto nei programmi di aiuto alimentare, la razione sarebbe stata utilizzata per tutta la famiglia, e non solo per il bambino, con il risultato di instaurare un meccanismo di dipendenza economica dall'aiuto, con scarso beneficio per il bambino. Paradossalmente, la famiglia avrebbe potuto ritenere vantaggioso tenere il bambino in condizione di malnutrizione, per poter continuare a ottenere l'aiuto. I dati in nostro possesso ci consentono di effettuare solo una valutazione parziale di questo sistema e si riferiscono al primo semestre del 1990. In media, i bambini ricevevano le razioni per un periodo di due-tre mesi, durante i quali, tuttavia, non frequentavano regolarmente i controlli. Ogni mese, poco meno del 20% dei bambini iscritti venivano cancellati dalla lista della distribuzione, perché giudicati fuori pericolo. L'80% circa dei beneficiari aveva un'età inferiore ai 24 mesi; si trattava, in sostanza, di bambini che attraversavano una crisi momentanea, legata allo svezzamento e forse determinata da una infezione intercorrente. Il sistema di integrazioni alimentari così concepito era apparentemente di qualche utilità per questi bambini; era invece inadeguato per i casi più gravi, particolarmente per i casi di *kwashiorkor*, che richiedono un grande impegno di assistenza, possibile solo in una struttura che consenta il ricovero. Le informazioni sui decessi dei bambini seguiti dal servizio materno-infantile sono tuttavia solo aneddotiche.

Il servizio ebbe una crescente popolarità: nel 1986-87 vi erano iscritti 70 bambini, 39 dei quali classificati nel secondo e terzo grado di Gomez; nel giugno 1988, gli iscritti erano 83 tutti quanti affetti da malnutrizione moderata e grave; nel dicembre 1989, gli iscritti erano 207, 190 dei quali del secondo e terzo grado.

I centri materno-infantili della *unit* e del *center* provvedevano inoltre alla somministrazione dei vaccini contro difterite, pertosse, tetano, poliomielite, morbillo. Tuttavia, una missione di valutazione del 1990 stimò, dal numero di dosi somministrate, che si sarebbe presto avuto un calo della copertura vaccinale ottenuta con il sistema delle campagne e indicò a tal fine la necessità di riprendere attività promozionali e di reclutamento dell'utenza.

Le gestanti venivano sottoposte a un controllo clinico generale, a una visita ginecologica, al controllo della pressione arteriosa e del peso, alla ricerca di proteinuria e al dosaggio ematico dell'emoglobina. Questa iniziativa ebbe tuttavia scarso successo: nel 1986-87, in dodici mesi di attività, furono seguite solo 79 gravidanze, poco meno della metà di quelle che ci si poteva aspettare dal solo villaggio di Mareerey. Nel 1989, nella *unit* e nel *center* messi insieme, furono 179 le gestanti seguite, una cifra rispettabile, ma sproporzionatamente bassa rispetto al numero delle donne in gravidanza che vivevano anche solo nei villaggi posti entro un'ora di cammino dalle due strutture. Anche la frequenza ai controlli era estremamente irregolare: in pratica, le donne ricorrevano al servizio solo quando avvertivano un disturbo.

Accanto a queste attività di carattere preventivo, i centri materno-infantili svolgevano anche attività curative e, in alcuni periodi, si trasformarono in veri e propri ambulatori di pediatria e ginecologia. Sebbene ciò possa aver avuto un significato promozionale per l'attività dei centri, il risultato finale fu quello di deviare l'attenzione e l'impegno del personale dalle attività preventive, andando così contro lo spirito dell'istituzione.

Il servizio di controllo della tubercolosi

Il servizio di controllo della tubercolosi fu istituito nel 1986, con il supporto del Ministero della Sanità e della Finnish Anti-Tubercolosis Association (Fata). L'iniziativa rappresentava il primo esperimento condotto in un'area rurale ed era un importante passo verso l'integrazione dei cosiddetti «programmi verticali» nella Phc. Per questi motivi, ci fu una stretta supervisione da parte dei responsabili nazionali e regionali, che visitavano il progetto con cadenza trimestrale.

Il servizio, cui giungevano i pazienti da tutti i livelli di riferimento, compiva esami clinici e batteriologici per la diagnosi delle forme tubercolari e conduceva il trattamento e il *follow-up* dei casi, con controlli medici settimanali.

Al tempo stesso, curava l'educazione sanitaria dei pazienti, dei loro parenti e dei possibili contatti, con l'obiettivo di prevenire il

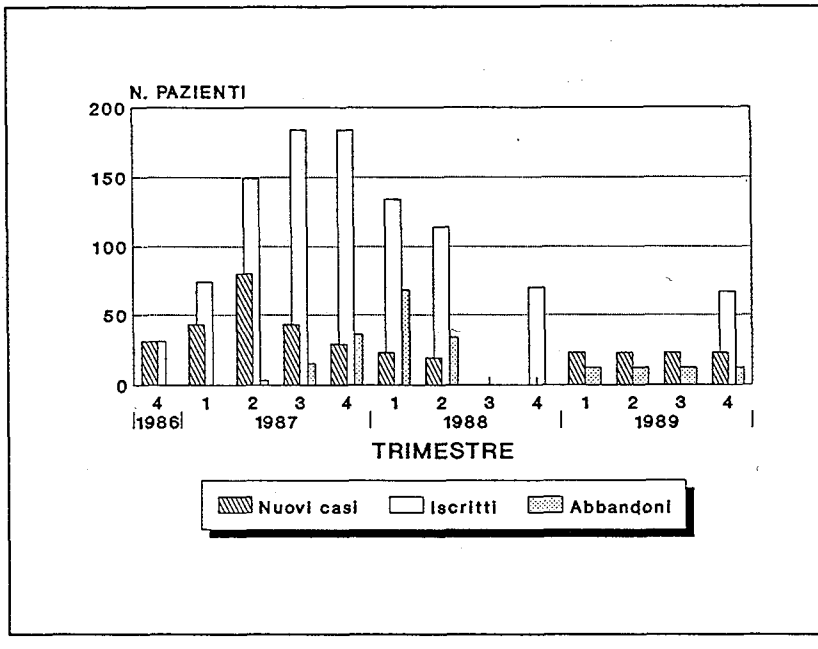


Fig. 2 - Servizio di controllo della tubercolosi: utenti 1986-1990

contagio, di promuovere l'identificazione precoce dei nuovi casi e soprattutto di sensibilizzare i pazienti circa il proprio ruolo nel processo di guarigione, che includeva un'alimentazione corretta e la fedele adesione allo schema terapeutico, per l'intera sua durata.

Nel primo anno di attività, il servizio ebbe un notevole carico di utenza, che includeva vecchi casi mai trattati (fig. 2). Calcolando un tasso di incidenza del 2 per mille all'anno, nel comprensorio di Mareerey si sarebbero dovuti individuare almeno 100 nuovi casi all'anno; nel 1987 i nuovi casi furono invece 195. Nella maggior parte dei casi (87%) si trattava di forme polmonari aperte, ma erano presenti anche forme linfoghiandolari (11%), ascessi freddi e forme ossee. Meno del 10% dei pazienti aveva un'età inferiore ai 14 anni. Negli anni successivi, il numero dei nuovi casi identificati si stabilizzò sulle 20 unità al trimestre, poco meno dell'atteso. Considerando, tuttavia, che alcuni degli utenti proveniva da centri esterni al comprensorio di Mareerey, si deve concludere che una parte dei casi sfuggiva al trattamento. Si trattava, per alcuni di questi ultimi, di una mancata diagnosi, da parte del paziente o anche del personale sanitario; molti casi di tosse resistente alla terapia anti-

biotica potevano avere una origine tubercolare, ma in assenza di emoftoe non venivano inviati al servizio. Si sarebbe dovuto realizzare un vero e proprio programma di *screening* di massa, e per questo si era anche ottenuta la disponibilità di una unità radiografica mobile del Fata, ma i problemi di sicurezza lo impedirono.

La durata e la complessità del protocollo di terapia costituiva il principale problema del servizio. Il protocollo prevedeva iniezioni quotidiane di streptomicina per due mesi e successivamente compresse di isoniazide e tiacetazone per dodici mesi. Il primo periodo di terapia veniva solitamente seguito con costanza, grazie anche al decentramento dei luoghi di somministrazione: la *unit* di Mareerey e i *post* di Guddudey e di Hargeysa. Gli abbandoni erano invece frequenti nel lungo periodo successivo: quando i sintomi scomparivano, i pazienti che vivevano lontano dalle strutture sanitarie lasciavano la cura. Molti pazienti, residenti nei lontani distretti di Afmadow e Badaadhe e per lo più appartenenti a famiglie nomadi, si trasferivano nella zona appositamente per ottenere la terapia. I dati raccolti non consentono di effettuare un'analisi di coorte per calcolare il quoziente di abbandono; complessivamente, il 53% dei pazienti iscritti al dicembre 1989 non aveva completato il ciclo di terapia, una quota assai maggiore di quella media per la regione (37%). Nel tentativo di far fronte a questo problema, nel maggio 1989, il Ministero della Sanità divulgò un nuovo protocollo che prevedeva una riduzione dei tempi di cura a 8 mesi per gli adulti e a 6 mesi per i bambini. Riteniamo tuttavia che solo la realizzazione di una capillare rete nazionale avrebbe potuto ovviarvi in maniera definitiva.

Il laboratorio

Il ruolo e le caratteristiche dei servizi di laboratorio nella Phc sono stati per anni oggetto di ricerca e sperimentazione da parte dell'Oms[3]. I problemi logistici, la preparazione del personale, il controllo di qualità sono questioni che devono essere pesate assieme al dubbio sull'opportunità di effettuare approfondimenti analitici, di fronte a patologie di cui è nota la grande diffusione tra la popolazione, caratterizzate da quadri clinici facilmente identificabili. Ci si chiese quindi se al primo e secondo livello di riferimento non dovesse esistere solo una rete di raccolta di campioni, che poi sarebbero stati trasmessi a un laboratorio distrettuale. Prevalse invece l'idea di decentrare il più possibile i servizi di analisi, ipotiz-

3. Who, *Manual of basic techniques for a health laboratory*, Geneva, 1980 e Who, *Laboratory services at the Primary Health Care level*, WHO/LAB/87.2, Geneva, 1987.

zando che si sarebbe ottenuto un miglioramento della qualità dell'assistenza e quindi una maggiore soddisfazione di utenti e operatori. Al di là della diagnosi, la ricerca di laboratorio consente infatti di orientare la terapia e fornisce indicazioni sulla necessità di un riferimento a strutture ospedaliere. In questa chiave, il ricorso all'esame di laboratorio non è appannaggio del medico, ma anche del personale paramedico, per il quale è anzi un importante strumento di formazione.

La pianificazione del laboratorio nella Phc deve prevedere l'uso di «tecnologie appropriate», cioè metodiche semplici con materiale di consumo minimo, economico e facilmente reperibile nel paese. Inoltre, il repertorio degli esami deve essere adeguato alle priorità evidenziate dalla ricerca epidemiologica. A Mareerey, il laboratorio fu prima istallato nella Phc *unit*, poi nel *center*. L'equipaggiamento consisteva in una centrifuga da banco, un microscopio, un emoglobinometro di Sahli, un comparatore Lovibond per la glicemia, vetreria e reagentario. Con questa strumentazione era possibile effettuare gli esami ematologici di base (velocità di sedimentazione, emoglobinemia, glicemia, emocromo e formula leucocitaria, morfologia eritrocitaria), la ricerca del plasmodio della malaria, l'analisi microscopica del sedimento urinario, delle feci e dell'espettorato. L'unica indulgenza all'uso di reagenti relativamente più sofisticati fu l'acquisto di strisce reattive per l'esame delle urine, che consentiva di dosare glucosio, corpi chetonici, emazie, emoglobina, proteine, bilirubina e pH.

Nel 1990, a tre anni dalla sua apertura, il laboratorio era funzionante e in ordine. Il controllo di qualità si limitava alla manutenzione degli apparecchi, che tuttavia era appropriata. Il tecnico era preparato e motivato, sebbene avesse un interesse privilegiato per la diagnosi della tubercolosi; aveva ricevuto una formazione specifica sulla ricerca del bacillo di Koch e su questa metodica riceveva una supervisione trimestrale.

Nei primi due anni di attività, il laboratorio era utilizzato piuttosto poco. Nel 1988 si effettuavano circa 15 esami delle feci al mese, 15 del sangue e 20 delle urine. Appena il 10% delle diagnosi di schistosomiasi era posto con l'ausilio del laboratorio, meno del 2% di quelle di anemia e meno dell'1% di quelle di malaria. Dopo il trasferimento del laboratorio nel Phc *center*, nel 1989, il volume di esami si triplicò, così che gli accertamenti di laboratorio contribuirono in misura maggiore alle diagnosi: 31% per la schistosomiasi, 5% per anemia e malaria. Solo per la ricerca del bacillo di Koch la diagnosi di laboratorio era un elemento indispensabile per qualsiasi decisione terapeutica.

La ragione principale della sottoutilizzazione era che la decisione di effettuare un esame di laboratorio non era prevista da un

rigoroso protocollo diagnostico, ma era in larga misura discrezionale; vi faceva facilmente ricorso il medico, pochissimo gli infermieri. Per questa ragione e per il desiderio di risolvere in una sola sessione di visita il problema di ogni paziente, non arrivavano campioni nè richieste di esami dalla *unit*. Si verificava, in pratica, che l'uso del laboratorio fosse riservato agli utenti del *center*.

Uso di farmaci essenziali

Nonostante le iniziali difficoltà, e le resistenze opposte dai commercianti privati, il governo somalo varò, nel 1987, un programma per la fornitura centralizzata di farmaci al sistema della Phc, in collaborazione con l'Unicef. Secondo il programma, il Ministero della Sanità faceva da tramite degli organismi di cooperazione per l'acquisto di farmaci essenziali presso l'Unipac. Gli organismi di cooperazione dovevano corrispondere un pagamento in valuta forte ed erano obbligati ad adottare la lista dei farmaci prevista dallo stesso Ministero della Sanità per i vari livelli di riferimento. L'istituzione di un formulario nazionale consentiva di controllare la spesa sanitaria, impedendo i consumi eccessivi e immotivati indotti dal libero mercato dei farmaci e dalla propaganda delle case farmaceutiche, di standardizzare i protocolli terapeutici, facilitando così la formazione del personale e di limitare la diffusione di microorganismi resistenti dovuta all'introduzione ingiustificata di prodotti antibiotici di nuova sintesi[4]. Inoltre, l'acquisto centralizzato permetteva di tenere bassi i costi, per la competizione che si creava tra i vari produttori sul mercato internazionale.

L'approvvigionamento dai magazzini centrali, situati a Mogadiscio, avveniva trimestralmente. I farmaci erano stoccati in un magazzino distrettuale (a Mareerey), gestito da una farmacista, che curava i registri di carico e scarico. Da questo magazzino erano riforniti, con cadenza mensile, i Chw e, con cadenza settimanale, i centri di secondo livello. I farmaci erano distribuiti gratuitamente alla popolazione. La tab. 2 riporta la lista di farmaci distribuiti ai Chw e ai centri di secondo livello, suddivisi in base alla classificazione anatomico-terapeutico-chimica. Agli operatori di base erano distribuiti 13 farmaci, tutti ben tollerati e con limitate controindicazioni, esclusivamente in preparazioni per via orale o per uso esterno. Nella lista figurava un solo antibiotico, la penicillina. Per i centri di secondo livello la lista era di 31 farmaci, tutti inclusi nella

4. Si veda, sull'argomento del mercato internazionale dei farmaci e sull'importanza delle politiche nazionali di controllo nei Paesi in via di sviluppo, l'inquietante studio di D. Melrose, *Bitter pills. Medicines and the Thirld World Poor*, Oxfam Print Unit, 1982.

lista dei farmaci essenziali dell'Oms[5].

Tab. 2 - Lista dei farmaci in uso nella Primary Health Care [a]

Gruppo terapeutico	*Farmaco*	*Centri di II livello*	*Chw*
A - *Apparato gastrointestinale e metabolismo*			
Antiacidi:			
	alluminio idrossido compresse	+	
	sodio bicarbonato polvere	+	+
Integratori minerali:			
	bustine di Ors	+	+
Vitamine			
	retinolo capsule	+	
	acido ascorbico compresse	+	
B - *Sangue e organi emopoietici*			
Farmaci antianemici:			
	ferrosolfato + folacina compresse	+	+
Soluzioni perfusionali:			
	Destrano	+	
D - *Dermatologici*			
	benzil benzoato soluzione	+	+
	clorexidina soluzione	+	+
	pomata di Whitfield [b]	+	+
	violetto di genziana soluzione	+	+
G - *Sistema genito-urinario*			
Ossitocici:			
	ergometrina compresse	+	
	ergometrina fiale	+	
H - *Preparati ormonali sistemici*			
Corticosteroidi sistemici			
	idrocortisone fiale	+	
J - *Antimicrobici generali per uso sistemico*			
Antibiotici sistemici:			
	ampicillina capsule	+	
	cloramfenicolo sciroppo	+	
	penicillina V compresse	+	+
	procaina penicillina fiale	+	
Chemioterapici sistemici:			
	co-trimoxazolo [c] compresse	+	
	co-trimoxazolo sciroppo	+	
Tubercolostatici:			
	etambutolo compresse	+	
	isoniazide	+	
	isoniazide + tiacetazone	+	
	rifampicina + isoniazide	+	
	streptomicina fiale	+	

5. Who, *The selection of essential drugs*, Report of a Who Expert Committee, Technical Report Series n. 615, Who, Geneva, 1977, aggiornato in Technical Report Series n. 641, Who, Geneva, 1979.

Gruppo terapeutico	*Farmaco*	*Centri di II livello*	*Chw*
N - *Sistema nervoso centrale*			
Analgesici e antipiretici:			
	acido acetilsalicilico compresse	+	+
	paracetamolo sciroppo	+	+
Anestetici			
	lidocaina fiale	+	
Antiepilettici:			
	Fenobarbitale compresse	+	
Psicolettici:			
	Prometazina compresse	+	
P - *Farmaci antiparassitari*			
	clorochina compresse	+	+
	clorochina sciroppo	+	+
	clorochina fiale	+	
	mebendazolo compresse	+	+
	metrifonato compresse	+	
	metronidazolo compresse	+	
R - *Sistema respiratorio*			
Antiasmatici			
	teofillina compresse	+	
S - *Organi di senso*			
Oftalmologici:			
	ossitetraciclina pomata oftalmica	+	+

[a] Suddivise secondo la classificazione atc.
[b] acido benzoico + acido salicilico.
[c] sulfametossazolo + trimethoprim.

L'acquisto dei farmaci rappresentava una delle principali spese ricorrenti e, per giunta, solo parzialmente prevedibili, date le ampie oscillazioni dell'utenza. Al fine di eliminare consumi superflui, si eseguirono controlli sulle prescrizioni effettuate dal personale del *center* e della *unit*. Fu in effetti osservata una eccessiva liberalità nel somministrare gli antibiotici e una tendenza a utilizzare l'acido acetilsalicilico come *placebo*. Questi errori furono in gran parte corretti con una serie di riunioni di aggiornamento dedicate alle indicazioni e alle modalità d'uso dei farmaci e con la preparazione di schemi riassuntivi con la posologia dei farmaci principali che erano a disposizione degli infermieri.

Nel 1988, essendosi verificata una relativa stabilizzazione dell'utenza, si poté procedere alla standardizzazione delle quantità di farmaci, cioè al calcolo del fabbisogno mensile di farmaci da parte dei Chw e dei centri di secondo livello. Furono inoltre compilati rendiconti dettagliati sui consumi di farmaci nella *unit* e nel *center*, per verificare la correttezza della stima effettuata. Nel 1989 e nel 1990, i consumi mensili rientravano nella previsione; al tempo stesso, tuttavia, si verificò una contrazione dell'utenza, al punto da far

nascere nuovi dubbi sulla adeguatezza delle prescrizioni.

La tab. 3 mostra i risultati di un controllo della congruenza fra diagnosi e consumo di medicinali. Le cifre riportate si riferiscono solo a quattro specialità medicinali in rapporto di corrispondenza biunivoca con altrettante diagnosi. Dato che il dosaggio dei farmaci varia con l'età e che la distribuzione dell'età dei pazienti nei diversi periodi non è la stessa, per poter comparare la *unit* con il *center* e il 1988-89 con il 1990 è stato necessario standardizzare i casi con un'unità di riferimento, definita come il dosaggio pieno di un adulto. Spicca immediatamente il maggior consumo che si verifica nel *center* rispetto alla *unit*, con una differenza che aumenta nel tempo.

Tab. 3 - Quantità di farmaci utilizzate per ciascun caso diagnosticato, in quattro patologie campione [a]

	1988-89		*1990*	
	Unit	*Center*	*Unit*	*Center*
Clorochina [b]	17	22	13	24
Metrifonato [c]	10	19	8	20
Ors [d]	2	4	5	6
Ferro-solfato [e]	8	30	11	46

[a] Le cifre sono ottenute dividendo i consumi di ciascun farmaco per il numero di casi di malattia (della quale quel farmaco costituiva il trattamento) riportati sui registri dell'ambulatorio e del servizio Mch. Il numero di casi pediatrici è stato corretto moltiplicando per un fattore ottenuto dal rapporto tra il dosaggio del bambino e il dosaggio dell'adulto. Il consumo di sacchetti di sali Ors è stato riferito solo ai casi di diarrea nei bambini al di sotto di 5 anni.
[b] Compresse di clorochina fosfato (150 mg base)/casi di malaria.
[c] Compresse di metrifonato (100 mg)/ casi di schistosomiasi.
[d] Sacchetti di sali per la reidratazione orale (27,5 g) /casi di diarrea nei bambini al di sotto di 5 anni.
[e] Compresse di solfato ferroso (200 mg) e acido folico (250 mg) /casi di anemia.

Il consumo di clorochina nel *center* (nel 1990, 4 g di clorochina base per caso registrato) fu più che doppio rispetto al dosaggio pieno previsto per un attacco acuto in un adulto (1,25 g di clorochina base), mentre nella *unit* il consumo scese da 2,12 g nel 1988 a 1,62 g nel 1990.

Nel caso del metrifonato, farmaco usato nel trattamento della schistosomiasi, il protocollo terapeutico per l'adulto prevederebbe tre dosi di 600 mg a distanza di due-quattro settimane l'una dall'altra. Solo nel *center*, in apparenza, questo protocollo era rispettato: nel 1990, nel *center* furono utilizzati 2 g per caso e nella *unit* solo 800 mg.

I consumi di sali per la reidratazione orale raddoppiarono tra il 1988-89 e il 1990 in tutti e due i centri di secondo livello, probabil-

mente in conseguenza di una campagna di diffusione di questi preparati effettuata in occasione delle vaccinazioni. Anche l'aumento dei consumi di ferro solfato nel *center* è imputabile alla realizzazione di una campagna di lotta alle anemie in gravidanza, che prevedeva, tra l'altro, la distribuzione di compresse di ferro alle gestanti che frequentavano l'Mch; in ogni caso, la *unit* dava prescrizioni insufficienti (1,6 g nel 1988 e 2,2 g nel 1990 per diagnosi), considerando che il solfato ferroso va somministrato nella quantità di 900 mg al giorno per tutto il periodo di ripresa dalla condizione anemica e per i tre mesi successivi.

Tranne che nel caso della clorochina per il *center*, questa analisi sembra escludere che i quattro farmaci considerati fossero prescritti ingiustificatamente. Emerge piuttosto una tendenza del personale ad adeguare la prescrizione alla disponibilità di farmaci, così che una contrazione dell'utenza consentiva di far durare più a lungo un ciclo terapeutico. Questo dato deve far riflettere sull'utilità di un sistema troppo rigido di standardizzazione delle quantità mensili di farmaci nei centri di secondo livello e sull'importanza di una formazione continua degli infermieri sul'uso dei farmaci.

Il personale sanitario

La questione del personale era un'altra nota dolente dell'organizzazione dei servizi sanitari in area rurale. Qui si accentuava infatti la cronica scarsità di operatori qualificati che, solitamente originari dei centri urbani, non erano propensi ad accettare incarichi in periferia, soprattutto alle svantaggiose condizioni economiche offerte dal Ministero della Sanità. Il salario medio di un infermiere garantiva appena la sussistenza di un nucleo familiare e non erano previste indennità per la sede disagiata. Le agenzie e gli organismi di cooperazione avevano promosso una politica di incentivi che spesso erano superiori di molte volte al salario base.

Al secondo livello erano previste soprattutto figure di paramedici, mentre i medici comparivano solo nello *staff* dei centri distrettuali. Medici e paramedici avevano sia funzione di conduzione dei servizi, dal punto di vista del *management* e della erogazione di assistenza sanitaria, che funzioni di formazione degli operatori di base. All'apertura del programma, nella conduzione della *unit* furono impegnati un infermiere e un'ostetrica, vale a dire solo metà degli organici previsti per questa struttura. Il tecnico di laboratorio e il tecnico di sanità pubblica furono disponibili solo due anni dopo, assieme a una farmacista, a una seconda ostetrica e a tre altri infermieri. Quando l'area di Mareerey fu promossa al rango di distretto, fu possibile ottenere l'assegnazione di un medico, che di-

venne quindi il responsabile del *team* distrettuale. L'unica figura che non si riuscì mai a mettere a disposizione del gruppo fu quella dell'impiegato amministrativo, responsabile del personale e degli stipendi.

Al di là del problema numerico, vi era un problema di qualità della preparazione degli infermieri. Le scuole infermieri erano poco efficienti e orientate alle attività curative. La specializzazione di 4 mesi in Phc aveva un *curriculum* basato sulla salute pubblica in un paese occidentale, da cui erano assenti il *management*, le tecniche di formazione e le tecniche di indagine epidemiologica. Fin dall'inizio del programma, fu dunque introdotto, come nuova e imprevista linea di attività, il perfezionamento e la formazione *on-the-job* di tutto il personale paramedico.

L'organizzazione e la qualità del lavoro del personale paramedico rifletteva in gran parte la formazione ricevuta. Da una valutazione condotta nel 1986 emerse che, mentre complessivamente il 42% delle ore/uomo del personale del progetto era dedicato ad attività preventive (vaccinazioni, educazione sanitaria, igiene ambientale), gli infermieri si applicavano ad esse solo per il 16% del loro tempo, anche meno del personale espatriato, che vi si dedicava per il 28%. Nel 1989, 7 infermieri su 8 erano impegnati nella gestione delle attività del secondo livello. Il bilancio sfavorevole nei confronti delle attività sul territorio era tuttavia causato anche dalle difficoltà di movimento e da una interpretazione troppo rigida del mansionario attribuito a ogni qualifica professionale. Una valutazione condotta nel 1990 richiamò a tale proposito l'esigenza di riformulare le procedure operative dei vari livelli di personale e di condurre attività di formazione specifiche per ogni ruolo. La concentrazione del personale paramedico nei centri di secondo livello consentì, d'altra parte, di dare più spazio ai Chw e ad esponenti del villaggio nelle attività sul territorio, particolarmente le vaccinazioni e l'educazione sanitaria.

Gli interventi sull'ambiente

Quanto abbiamo finora descritto è essenzialmente un sistema di diagnosi, di intervento precoce e di prevenzione primaria delle più comuni patologie dell'area in oggetto. La componente più genuinamente preventiva, che qualifica i sistemi di Phc è costituita dalle iniziative per la bonifica e la difesa dell'ambiente. Tutta la popolazione, non solo i malati o i gruppi a rischio, può avvantaggiarsene, guadagnando in benessere e in qualità della vita oltre che nella minore esposizione ai fattori di malattia. Impegnare sia la comunità che il *team* di Phc nella difesa dell'ambiente aveva inoltre il

significato di contrastare la tendenza alla medicalizzazione della salute, tipica dei sistemi sanitari moderni.

Acqua

Dalla diagnosi di comunità era emerso che l'intervento prioritario doveva essere sulla qualità dell'acqua. Non vi era infatti un problema di quantità, dato che il fiume e i canali di irrigazione trasportavano acqua sufficiente in tutto l'arco dell'anno. Tuttavia, l'acqua era variamente contaminata da batteri coliformi, da salmonella ed altri microorganismi patogeni, nonché infestate da cercarie dello schistosoma. La percezione di questa esigenza era ben presente nella popolazione, come rilevato nella prima indagine di conoscenza dell'area del 1983, in cui l'acqua era il più importante bisogno espresso, dopo la salute.

Il sistema più semplice ed economico per assicurare acqua non contaminata era quello di fornire nuovi pozzi, o di proteggere quelli esistenti installandovi una pompa. Con il lavoro volontario dalla popolazione furono realizzati tre pozzi (Hargeysa, Baruji e Beleduraxma), che raggiungevano la falda superficiale, tra i dieci e i quindici metri. I pozzi venivano poi incamiciati con anelli di cemento e chiusi con una piattaforma, anch'essa in cemento, su cui veniva installata una pompa a mano. Su di un quarto pozzo, preesistente, venne solo eseguito il lavoro di consolidamento e protezione.

Il Comitato di villaggio nominava un responsabile per ogni pozzo, con il compito di garantire il corretto uso delle pompe e di riferire tempestivamente qualsiasi malfunzionamento.

Per i pochi anni di funzionamento su cui possiamo riferire, il sistema era efficiente. I periodici controlli chimici e batteriologici mostravano livelli accettabili di salinità e di flora batterica.

I pozzi erano sempre affollati, anche perché erano stati realizzati al centro dei villaggi e consentivano così di risparmiare tempo ed energia rispetto al fiume o al canale.

La popolarità di questa istituzione suggerì a Mareerey un esperimento di attività generatrice di reddito. Allo scopo di garantire una fonte d'acqua costante alla *unit* fu realizzato un pozzo artesiano che raggiungeva la falda profonda dal quale l'acqua era sollevata per mezzo di una pompa a pistone operata a mano. Anche in questo caso era stato nominato un responsabile, che aveva anche il compito di raccogliere la quota di uno scellino per persona (a quel tempo, un panino costava due scellini). Nonostante il prezzo da pagare, c'era sempre una lunga fila al pozzo. Una grossolana stima dell'utenza è di 150-200 persone al giorno. Circa metà delle famiglie del villaggio faceva uso del servizio, contribuendo la non indif-

ferente somma di 5000 scellini al mese. Con questa somma, sarebbe stato possibile pagare lo stipendio di un infermiere a quattro persone, ovvero tutti e quattro i Chw del villaggio. Non era questa, tuttavia, la destinazione della somma, che veniva invece devoluta a «necessità generali del villaggio». La questione fu fonte di attrito tra il *team* di Phc e il Comitato di villaggio, che non accettava intromissioni nelle proprie questioni finanziarie.

Dal punto di vista dell'analisi economica, la caratteristica degli interventi di igiene ambientale dovrebbe essere quella di beneficiare in eguale misura l'insieme della popolazione. In questo caso, tuttavia, la tassa sull'acqua fu una fonte di discriminazione senza, peraltro, che ciò risolvesse il problema del finanziamento del servizio sanitario di base.

A titolo solo sperimentale realizzammo un piccolo filtro, ottenuto da un contenitore in terracotta sul fondo del quale era stato praticato un foro, riempito con uno strato di sabbia, uno di carbone di legna e uno di ghiaia. Le grossolane impurità dell'acqua venivano eliminate e la carica batterica abbattuta. Non perseguimmo oltre l'obiettivo perché i soggetti da noi intervistati trovavano troppo laboriosa la preparazione del filtro, considerando che occorreva produrre il carbone appositamente, e trovavano il gusto dell'acqua insipido.

Rifiuti organici

Un secondo gruppo di interventi riguardava la difesa dell'ambiente dalla fecalizzazione e dalla contaminazione con rifiuti solidi. Non esistendo una diffusa consapevolezza del problema fu necessario innanzitutto condurre una campagna di informazione, che abbiamo presentato nel cap. 14. Si decise poi di promuovere, da un lato, la realizzazione di discariche di quartiere interrate; dall'altro, di latrine a fossa semplice in ogni abitazione.

Le discariche furono costruite solo a Mareerey, una per *afaad*, con il lavoro non retribuito degli uomini del villaggio. Non parliamo questa volta di lavoro volontario perché fu necessaria una notevole pressione per completare le discariche. In teoria, ogni famiglia avrebbe dovuto portare lì i propri rifiuti organici (essenzialmente, residui delle preparazioni alimentari e delle lavorazioni artigianali) che sarebbero stati periodicamente inceneriti dal Chw. Una volta riempita, la discarica sarebbe stata ricoperta di terriccio e abbandonata per una nuova. In nessuno dei quartieri si arrivò, in tre anni, a costruire una seconda discarica. La gente trovava infatti più pratico usare una fossa nel proprio cortile. Inoltre, le discariche erano inutilizzabili durante la stagione delle piogge. Il proble-

ma dei rifiuti solidi rimase perciò sostanzialmente irrisolto.

Con estrema lentezza, ma progressivamente, andava invece diffondendosi l'uso delle latrine. Nella *unit* di Mareerey se ne costruì una a scopo dimostrativo, con una piattaforma realizzata in ramaglia. Il problema principale, in molte abitazioni, era in realtà quello dello spazio, dato che nel centro del villaggio una casa era attaccata all'altra.

Supervisione igienico-sanitaria

Il terzo gruppo di misure preventive era indirizzato a combattere la diffusione delle infezioni gastroenteriche da contaminazione alimentare che di frequente avevano origine da una scarsa igiene dei posti pubblici di ristoro e del mercato. Al *team* di Phc era stata delegata dal medico di distretto l'autorità di rilasciare autorizzazioni sanitarie. L'infermiere incaricato compilava, per ciascun esercizio, un modulo in cui valutava la qualità dell'approvvigionamento idrico, il sistema di smaltimento dei rifiuti, il livello di pulizia dei locali e degli utensili.

Era piuttosto usuale, soprattutto per gli uomini, consumare un pasto della giornata fuori casa, o anche solo uno spuntino, e questo spiega perché anche in un villaggio come Mareerey, vi fossero ben quattro locali pubblici. Più di una volta era capitato che la mensa in comune, in questi locali o in occasione di festività e celebrazioni, fosse il focolaio di epidemie di salmonellosi, shigellosi o di colera.

In ogni villaggio vi era inoltre almeno una rivendita di carne, che veniva controllata in collaborazione con il servizio veterinario. Questo valutava la qualità degli animali macellati e, forse per l'importanza che i somali danno al bestiame, operava sul territorio con sorprendente efficienza.

Il coinvolgimento della comunità

Come si è già affermato, la principale scelta strategica alla base della Phc, condivisa dal programma Mareerey, è quella di un pieno coinvolgimento della comunità nella pianificazione, gestione e valutazione di tutte le attività. Data la centralità del tema, ripercorreremo qui le tappe del processo di coinvolgimento, fino al momento in cui fu interrotto dallo scoppio della guerra civile.

Pianificazione

Fin dalla identificazione del programma si dette particolare importanza alle aspettative di sviluppo della popolazione. Si decise di intervenire solo dopo essersi accertati che i Comitati di villaggio dimostravano una consapevolezza sul problema della salute e la volontà di affrontarlo con risorse proprie, oltre che con l'aiuto dall'esterno. La richiesta di questa contropartita era stata molto chiara, anche nel primo incontro con il Comitato di villaggio di Mareerey, da cui l'intero programma prese l'avvio.

L'individuazione dei problemi e la formulazione della diagnosi di comunità richiesero tempo e una presenza costante nei villaggi, accanto ai Chw. Uno dei temi principali della formazione degli operatori di villaggio era proprio la conoscenza dei problemi della gente, il dialogo, il contatto continuo con i gruppi a rischio, attraverso le visite domiciliari e la organizzazione di incontri di vicinato. Fu spesso utilizzato lo strumento dell'indagine, come chiave d'accesso alle famiglie e come strumento per raccogliere punti di vista non filtrati dalla *leadership* ufficiale.

Formazione della leadership

Il *team* operava su due fronti: con l'insieme della popolazione, con forme di mobilitazione sociale, e con le *leadership* organizzate, con un lavoro di formazione. Nei Chw si individuavano delle figure in grado di offrire pareri informati ai Comitati di villaggio, ma anche di influenzare le scelte generali di questi comitati in funzione della salute della comunità. La formazione «politica» dei Chw era perciò parte integrante del corso. Al tempo stesso, si creavano frequenti occasioni di confronto con i Comitati di villaggio con l'obiettivo di trasmettere conoscenze. Una di queste era la presentazione dei risultati delle indagini sulla popolazione. Su alcuni temi si tennero anche dei seminari, come nel caso del controllo della epidemia di colera, in cui era necessario conoscere il significato delle misure di salute pubblica che si sarebbero adottate.

Mobilitazione sociale

La mobilitazione sociale fu realizzata con le campagne di educazione sanitaria e con le campagne di vaccinazione. Questa fu anche l'occasione per verificare le conoscenze sull'articolazione sociale della comunità, raccolte con gli studi socio-antropologici. Effettivamente, i villaggi del distretto di Jilib non erano socialmen-

te omogenei. Esistevano differenze etniche, che si riflettevano in differenze di cultura e di interessi; esistevano contrasti e rivalità, stratificazioni di reddito e forme di emarginazione. Dato che le *leadership* ufficiali rappresentavano solo in parte queste differenze, l'unico modo con cui era possibile raggiungere l'intera comunità era penetrare nella sintassi dei gruppi sociali, quali le associazioni di preghiera delle donne (i *dikhri*), le confraternite religiose, i *clan*, le parentele.

Gestione

Il fine del processo di coinvolgimento della comunità è quello di trasferire potere e autorità sulla gestione delle attività di Phc. Ciò è possibile solo all'interno di forme organizzative riconosciute nell'ambito della comunità. Non era consigliabile proporre nuove strutture, così che si tentò di sviluppare Comitati di salute a partire dai Comitati di villaggio. I Comitati di villaggio erano sistematicamente coinvolti nelle decisioni operative (costruzione della Phc *unit* e del Phc *center*, scavo dei pozzi) e nella pianificazione delle attività (apertura dell'ambulatorio e modalità di ammissione, organizzazione delle campagne di educazione sanitaria e di vaccinazione). Solitamente era il *team* di Phc a presentare le proposte, ma in molte occasioni fu il *team* a essere invitato da un Comitato di villaggio a discutere un problema e a operare di conseguenza. Ogni questione veniva discussa e approvata formalmente. Per dare maggiore formalità ai lavori era stato anche istituito un libro dei verbali. I Comitati di villaggio sceglievano solitamente i Chw, ma non sempre ne accettavano poi la presenza alle riunioni. In nessun caso un Chw divenne membro di un Comitato a tutti gli effetti, nè alcun componente del *team* di Phc fu invitato a riunioni che non avessero per oggetto specificamente il tema della salute.

Contributi

Una forma molto concreta della partecipazione della comunità era la contribuzione di manodopera o beni. La costruzione della *unit* di Mareerey, lo scavo dei pozzi e delle discariche furono effettuati con lavoro non retribuito, con squadre di lavoro organizzate dai Comitati di villaggio.

Valutazione

E' molto difficile valutare il livello di coinvolgimento di una comunità. Un'informazione di questo tipo sarebbe tuttavia preziosa per apprezzare la possibilità e i tempi dello *hand over* di un programma di cooperazione. In via del tutto sperimentale, abbiamo provato ad applicare al caso di Mareerey la metodologia proposta da Rifkin *et al.*[6]. Questi autori suggeriscono di confrontare i punti di vista di esponenti della comunità con quello di osservatori esterni, quali possono essere i volontari e gli esperti di un organismo di cooperazione, per esprimere un giudizio su cinque aspetti della partecipazione comunitaria: la capacità di identificare i bisogni, la capacità di esprimere una *leadership* nei confronti dell'intera comunità, le capacità organizzative, l'entità delle risorse mobilitate e la capacità di gestione. Nel nostro caso, abbiamo potuto solo raccogliere il giudizio degli osservatori esterni, espresso attraverso giudizi verbali, lettere, rapporti, relazioni. Per ognuna delle cinque categorie abbiamo identificato, come suggeriscono Rifkin *et al.*, le ipotetiche tappe progressive da un minimo a un massimo di coinvolgimento: per l'identificazione dei bisogni, dal punto di vista del personale sanitario a quello di tutta la comunità; per la *leadership*, da una rappresentanza minoritaria a una democratica; per l'organizzazione, da una imposta da pianificatori esterni a una autoctona; per le risorse, da una piccola quantità non controllata a una grande quantità sotto il controllo della comunità; per la gestione, da una gestione effettuata dal solo personale sanitario a una gestione fatta anche da esponenti della comunità. Confrontando poi le effettive realizzazioni della comunità di Mareerey con queste tappe ideali, abbiamo attribuito un punteggio da 1 a 5 a ciascuna delle categorie. Abbiamo riportato questa valutazione a tre periodi del programma: l'apertura, nel 1985, il completamento della rete, nel 1988, e il periodo subito prima la chiusura, nel 1990. I risultati sono riportati nelle tabb. 4-8 e, in forma grafica, nella fig. 3. Nella figura, il poligono centrale rappresenta il minimo di tutti i punteggi; il poligono più interno la situazione del 1985, quello indicato da una linea tratteggiata la situazione nel 1988 e la linea più spessa la situazione nel 1990.

Da questa valutazione emergerebbe che l'approccio adottato dal programma ha consentito alla comunità di progredire nella capacità di identificare ed esprimere i propri bisogni e ha ottenuto buoni risultati per quanto riguarda la mobilitazione di risorse. Ha invece inciso meno sulla organizzazione e sulla *leadership*.

6. S.B. Rifkin, F. Muller, W. Bichmann, «Primary Health Care: on measuring participation», *Soc. Sci. Med.*, vol. 26, n. 9, 1988, pp. 931-940.

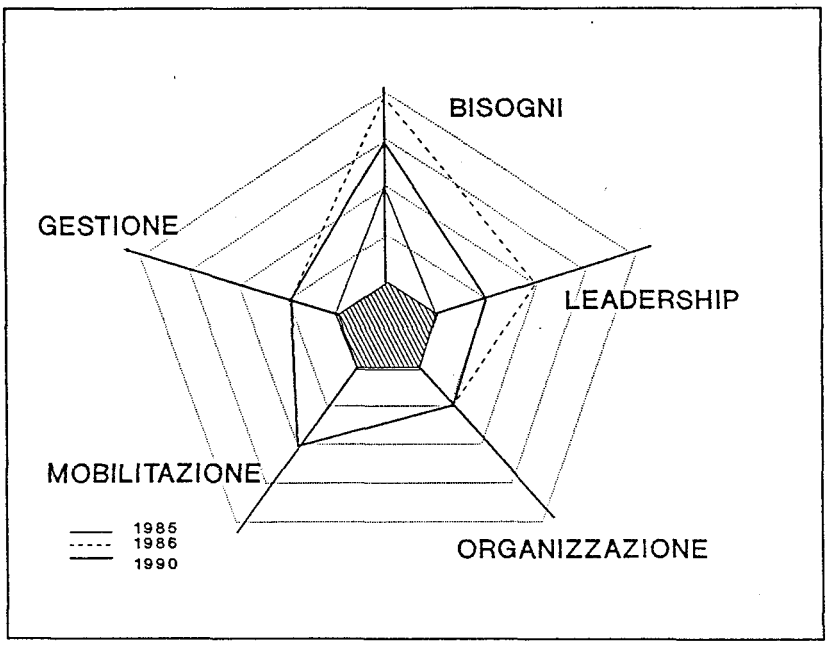


Fig. 3 - Valutazione del coinvolgimento della comunità

Tab. 4 - Identificazione dei bisogni

Punteggi

1 imposta dall'esterno;
2 punto di vista medico, tenendo conto degli interessi della comunità;
3 effettuata dalla *leadership* comunitaria;
4 effettuata dal Comitato di salute interpretando la comunità;
5 i singoli membri della comunità sono coinvolti.

Valutazione :

1985 : le attività del programma vengono pianificate in collaborazione con il Comitato di villaggio; *punteggio* : 3

1988 : si effettuano sistematicamente visite domiciliari ed assemblee di vicinato, in cui vengono discussi i temi delle campagne di educazione sanitaria; si raccolgono tra la popolazione informazioni sull'uso dei servizi; le informazioni vengono poi analizzate nel corso di *meeting* con il Comitato di villaggio; il Comitato di villaggio formula autonomamente richieste al *team* di Phc; *punteggio* : 5

1990 : viene abbandonata la pratica della consultazione continua dei singoli esponenti della comunità; *punteggio* : 4

Tab. 5 - Leadership

Punteggi :

1 minoritaria; controllo esclusivo da parte del personale sanitario;
2 non democratica, ma illuminata; i Chw rappresentano tutti i gruppi sociali;
3 Comitato di salute sottoposto al Comitato di villaggio; i Chw sono controllati dal personale sanitario;
4 Comitato di salute indipendente dal Comitato di villaggio;
5 Comitato di salute rappresenta una varietà di interessi e controlla le attività dei Chw.

Valutazione :

1985 : le decisioni vengono prese dal Comitato di villaggio, espressione della comunità e dal *team* di Phc; *punteggio* : 1
1988 : si riunisce il Comitato di salute, satellite del Comitato di villaggio; ne fanno parte esponenti del *team* di Phc ma non i Chw; *punteggio* : 3
1990 : il Comitato di salute non viene più convocato, in assenza di sollecitazioni da parte del *team* di Phc; *punteggio* : 2

Tab. 6 - Mobilitazione di risorse

Punteggi

1 piccola quantità, gestita dal Comitato di villaggio;
2 piccola quantità, ottenuta come pagamento dei servizi sanitari, gestita dal Comitato di villaggio con il consiglio del Comitato di salute;
3 la comunità contribuisce regolarmente; le risorse sono gestite dal Comitato di villaggio con il consiglio del Comitato di salute;
4 la comunità contribuisce regolarmente; risorse gestite direttamente dal Comitato di salute;
5 cospicua quantità di risorse, controllata dal Comitato di salute.

Valutazione

1985 : i fondi raccolti nella comunità non erano utilizzati in servizi o in opere pubbliche destinate alla difesa della salute; *punteggio* : 1
1988 : si tenta di ottenere il pagamento in natura del servizio ambulatoriale, senza successo; la comunità fornisce manodopera per la realizzazione della *unit* e dei pozzi; si organizza il pagamento dell'acqua, sotto il controllo del Comitato di villaggio, che viene criticato per la poca trasparenza nella gestione dei fondi; *punteggio* : 3
1990 : le comunità forniscono manodopera per lo scavo dei pozzi; gli abitanti di Mareerey contribuiscono con fondi propri all'acquisto di una nuova pompa; *punteggio* : 3

Tab. 7 - Organizzazione

Punteggi

1 Comitato di salute assente;
2 Comitato di salute promosso dallo *staff* sanitario;
3 Comitato di salute promosso dallo *staff* sanitario, pienamente attivo;
4 Comitato di salute autonomo;
5 Comitato di salute promosso dai membri della comunità.

Valutazione

1985 : non esiste un Comitato di salute; *punteggio* : 1
1988 : il Comitato di salute si riunisce solo su stimolo del *team* di Phc; *punteggio* : 2
1990 : il Comitato di salute si riunisce solo su stimolo del *team* di Phc; *punteggio* : 2

Tab. 8 - Gestione

Punteggi

1 effettuata dal personale sanitario;
2 effettuata dai Chw, con il controllo del personale sanitario;
3 effettuata dal Comitato di salute, che non controlla i Chw;
4 effettuata dal Comitato di salute, che controlla i Chw;
5 effettuata dal Comitato di salute, da cui dipendono i Chw.

Valutazione

1985 : totalmente nelle mani del *team* medico; *punteggio*: 1
1988 : i Chw gestiscono il primo livello di riferimento e regolano, in parte, l'accesso al secondo livello; *punteggio*: 2
1990 : il Comitato di salute non si consolida; il sistema continua a essere gestito dai Chw e dal *team* di Phc; *punteggio*: 2

Secondo Oakley [7], ci può essere partecipazione di comunità se la salute è una priorità, se c'è coesione sociale e se le azioni comunitarie hanno una storia di successi. Questo è quanto si verifica nelle aree urbane dell'America latina. Nel caso di Mareerey, almeno le due prime condizioni si erano realizzate. La terza si sarebbe forse realizzata se la guerra civile non avesse sconvolto dalle fondamenta il principio stesso dell'aggregazione comunitaria.

7. P. Oakley, *Community involvement in health development*, Who, Geneva, 1989.

17. STRATEGIE DI IMMUNIZZAZIONE IN AREA RURALE

di *Teresa D'Arca, A. Alas Ali,*
Silvia Declich e Giuseppe Scozzafava

Introduzione

Le attività di prevenzione, e fra queste le vaccinazioni, avevano un ruolo di grande importanza nel Piano sanitario nazionale in Somalia[1]. Il Programma esteso di vaccinazione (Epi) nazionale si proponeva di vaccinare tutti i bambini di età compresa fra 6 settimane e 5 anni contro poliomielite, difterite, pertosse tetano, morbillo e tubercolosi e di vaccinare tutte le donne in età fertile contro il tetano[2].

Il programma di immunizzazione era una delle linee di attività del «programma Mareerey» ed una delle prime esperienze di vaccinazione condotta in zone rurali dopo la campagna di eradicazione del vaiolo.

La copertura vaccinale della popolazione con il sistema delle «campagne» era suggerita dal Ministero della Sanità in base alle indicazioni dell'Oms[3].

La fase preparatoria

Nell'area non erano mai state realizzate campagne di vaccinazione di massa e i servizi per l'immunizzazione erano poco accessibili alla maggior parte della popolazione. Perciò, come confermarono anche gli studi del 1985, la copertura vaccinale era molto vicina allo zero.

1. Ministry of Health, Somali Democratic Republic, *National Health Plan 1980-85*, Mogadishu, 1980.
2. Ministry of Health, Somali Democratic Republic, *Phc Policies and Implementation*, Mogadishu, 1985.
3. Who, *Planning principles for accelerated immunization activities*, Who, Geneva, 1985.

Per l'attuazione del programma fu necessario realizzare alcune attività preliminari:

- numerazione dei *compound* e censimento generale della popolazione residente in ciascun villaggio;
- compilazione delle liste di tutti i bambini di età compresa tra le 6 settimane e i 5 anni e di tutte le donne in età fertile (15 - 45 anni);
- diffusione di informazioni e conoscenze sulle malattie infettive e sul significato preventivo delle vaccinazioni attraverso l'organizzazione di riunioni pubbliche, in collaborazione con le autorità di villaggio;
- realizzazione di incontri con gruppi di donne e di incontri di vicinato;
- informazione al pubblico con megafoni, striscioni, proiezione di diapositive, ecc., con il coinvolgimento delle autorità di distretto e di villaggio, degli insegnanti, dei *leader* religiosi e soprattutto con l'importante contributo dei *Community Health Worker* (Chw) e delle ostetriche tradizionali (*Traditional Birth Attendant*, Tba) precedentemente formati nell'ambito del programma di Phc. Tali attività favorirono, in alcuni villaggi, la costituzione dei Comitati di salute;
- sessioni di preparazione per i vaccinatori e gli operatori sanitari coinvolti, con corsi teorico-pratici sui meccanismi di immunizzazione, le tecniche di vaccinazione, l'organizzazione e la gestione della catena del freddo.

La realizzazione delle campagne vaccinali

Le campagne di vaccinazione si articolavano in tre *round* distanziati l'uno dall'altro di almeno sei settimane. I bambini erano vaccinati contro difterite, pertosse, tetano, poliomielite, morbillo e tubercolosi. Nel primo, secondo e terzo *round* era somministrata una dose di vaccino antipolio (Opv) e una di trivalente (Dpt) a tutti i bambini. Nel primo round era inoltre somministrato il vaccino antimorbilloso ai bambini di età superiore ai nove mesi e nel terzo *round* il vaccino antitubercolare (Bcg) a tutti i bambini. La decisione di vaccinare contro la tubercolosi al terzo *round* piuttosto che al primo derivava dalle note reazioni cutanee che seguono a questa vaccinazione e che avrebbero potuto incidere negativamente sul proseguimento della campagna. Le donne erano vaccinate soltanto contro il tetano, misura necessaria, data l'elevata incidenza del tetano neonatale.

In ogni *round* di vaccinazione lo *staff* sanitario era impegnato

per tre giorni consecutivi, dall'alba al tramonto, presso un posto di vaccinazione messo a disposizione da ciascun villaggio. Dello *staff* facevano parte un medico, due ostetriche, tre infermieri, un tecnico di sanità pubblica e circa venti fra i Chw formati e operanti nell'ambito del programma. Contemporaneamente i *leader* del villaggio o delle diverse sezioni del villaggio e i Chw sollecitavano alla partecipazione, sulla base delle liste compilate in sede di censimento.

I *round* di vaccinazione offrirono l'occasione per tenere brevi sessioni di educazione sanitaria alle madri in attesa, in cui venivano effettuate dimostrazioni pratiche sul modo di preparare bevande per la reidratazione orale dei bambini affetti da diarree acute.

In due villaggi la campagna di vaccinazione fu realizzata seguendo schemi differenti: nel primo (Mareerey), fu realizzato un quarto *round* per il recupero di coloro che non avevano ultimato il ciclo di vaccinazione. Nel secondo (Hargeysa), il Bcg fu somministrato nel corso del primo *round* per verificare quanto questo intervento fosse causa dell'elevato tasso di abbandono.

Analisi dei risultati ottenuti

Il *target* delle campagne vaccinali era di 2.012 bambini e di 2.182 donne, in sei villaggi. La tab. 1 riporta le percentuali di copertura della popolazione target interessata dalle campagne di vaccinazione, al termine della campagna stessa.

Tab 1 - Percentuali di copertura vaccinale al termine della campagna

	Ciclo completo	*1ª e 2ª dose*	*% cum.*	*Solo 1ª dose*	*% cum.*	*Tassi di abbandono*
Bambini (0-5 anni)	64,7	18,6	80,2	12,0	92,2	29,8
Donne (15-45 anni)	58,3	24,7	83,0	8,8	91,8	36,5

I dati mostrano come al termine delle campagne il 92% dei bambini e il 92% delle donne ha ricevuto almeno una dose vaccinale, l'80% e l'83%, rispettivamente, due dosi, mentre completamente immunizzato risulta il 65% dei bambini e il 58% delle donne. Il tasso di abbandono, cioè la proporzione di quelli che avevano ricevuto una dose di vaccino ma non avevano completato la vaccinazione, risultava essere del 29% per i bambini e del 36% per

le donne. Degna di nota è l'alta percentuale (92%) di bambini che avevano effettuato la prima serie di vaccinazioni, se si considera che il gruppo di età 9 mesi - 5 anni aveva ricevuto in quella occasione anche il vaccino antimorbilloso. Quasi tutto il *target* risultava pertanto protetto contro il morbillo.

La tab. 2 compara i risultati ottenuti con l'applicazione di due diverse metodologie operative, a Mareerey e ed Hargeysa.

Tab. 2 - Percentuali di copertura vaccinale con due diverse metodologie operative

	Ciclo completo	*1ª e 2ª dose*	*% cum.*	*Solo 1ª dose*	*% cum.*	*Tassi di abbandono*
Bambini						
Mareerey	68,4	21,3	89,8	9,6	99,4	31,2
Hargeysa	61,0	16,9	77,9	13,9	91,8	33,6
Donne						
Mareerey	70,0	19,0	89,1	7,9	97,0	27,8
Hargeysa	49,1	29,1	78,3	9,5	87,8	44,1

Nel caso dei bambini, la percentuale dei soggetti completamente immunizzati era del 68% a Mareerey - dove si era svolto un quarto *round* - e del 61% ad Hargeysa, dove si era somministrato il Bcg al primo *round*. La differenza è statisticamente significativa ($p<0.01$)[4]. La differenza nel tasso di abbandono, tuttavia, è solo del 2% e non è significativa.

Per quanto riguarda le donne, la differenza è più marcata. Mentre nel villaggio di Mareerey più del 70% dei soggetti completò la vaccinazione, nel villaggio di Hargeysa solo il 49% ricevette tre dosi di vaccino. Anche il tasso di abbandono differiva significativamente tra i due villaggi con 17% di *defaulter* in più ad Hargeysa rispetto a Mareerey.

I risultati ottenuti dal programma di vaccinazione qui esposto possono, a nostro avviso, ritenersi pienamente soddisfacenti sia in senso assoluto, sia se paragonati ai pochi dati disponibili relativi alla intera Somalia (tab. 3) e ad altri Paesi in via di sviluppo (tab. 4). Nella tab. 3 sono riportati i dati relativi all'intera Somalia. Que-

4. Per calcolare la differenza fra proporzioni è stato usato il test z, come indicato in J.L. Fleiss, *Statistical Methods for Rates and Proportions*, Wiley, New York, 1981:

$$z = \frac{\textit{differenza delle proporzioni}}{\textit{errore standard della differenza delle proporzioni}} \; ; \; z = \frac{p_1 - p_2}{s_1 - s_2} = \frac{p_1 - p_2}{s_1 + s_2}$$

sti dati vanno letti tenendo presente che nel 1985 le campagne di vaccinazione non erano ancora state realizzate in vaste aree del paese. Tuttavia, anche considerando queste limitazioni, appare evidente una grande differenza fra i risultati da noi ottenuti e i valori registrati a livello nazionale e ancora di più i dati riportati per la capitale, in modo particolare se si considera la copertura vaccinale per il morbillo (92% a Jilib contro il 18% a Mogadiscio). E' infatti tristemente noto il grande peso che hanno le epidemie di morbillo sulla morbosità e sulla mortalità, soprattutto nelle sovraffollate periferie urbane.

Tab. 3 - Tassi di copertura vaccinale in Somalia

	Bambini (0-5 anni)					*Donne (15-45 anni)*	
	Dpt/ Opv1	*Dpt/ Opv2*	*Dpt/ Opv3*	*Morbillo*	*Bcg*	*Tt1*	*Tt2*
Somalia 1985	28,4	21,5	18,4	26,8	23,2	8,3	7,6
Mogadiscio 1986	20,9	20,4	19,5	18,0	20,4	15,6	10,7

Fonte: A. De Stadio *et al.*, «Programme of Vaccinations in Somalia», *N. Ann. Ig. Microb.*, vol. 38, 1987, pp.31-34.

A nostro avviso, la differenza, che pure in parte è determinata dalla maggior complessità di una campagna vaccinale in area urbana, va attribuita soprattutto alla differente organizzazione delle campagne di vaccinazione, che si è configurata come un intervento soprattutto educativo a Jilib mentre a Mogadiscio ha rappresentato un'azione coercitiva. Questi confortanti risultati sono da ascriversi, a nostro avviso, sia alla formazione di operatori sanitari di villaggio ed al coinvolgimento delle ostetriche tradizionali, che alla lunga campagna di sensibilizzazione e di educazione igienico-sanitaria rivolta alla popolazione e durata oltre sei mesi, oltre alla particolare cura con cui furono portate a termine le azioni preliminari alla campagna, quali la numerazione delle case, il censimento generale della popolazione e la compilazione accurata delle liste di soggetti da vaccinare.

Abbiamo inoltre paragonato la nostra copertura vaccinale con quella registrata dall'Unicef in altri Paesi in via di sviluppo. Un raffronto diretto ha un significato solo indicativo, in quanto mancano informazioni sulle metodologie utilizzate e sulle aree interessate

dai diversi programmi.

Come risulta dalla tab. 4, Jilib si trova tra le prime dieci aree dove sono stati raggiunti i migliori risultati.

Tab. 4 - Copertura e tassi di abbandono in alcuni programmi di immunizzazione contro difterite, pertosse e tetano [a]

Anno	*paese/area*	*% di bambini vaccinati*			*tasso di*
		Dpt1	*Dpt2*	*Dpt3*	*abbandono*
1978	Tanzania/Iringa	54	43	36	33
1979	S.Leone/Bo	48	30	19	60
1979	Sudan/Wadmedani	37	22	12	68
1979	Turchia/Nevshair	69	55	32	54
1980	Gambia/nazionale	89	80	68	24
1980	Bahrain/nazionale	81	75	68	16
1980	Nepal/Katmandu	40	28	26	35
1981	Costa d'Avorio/Ferke	60	56	44	27
1981	Mauritania/Gorgol	87	61	35	69
1981	Ecuador/Chimborazo	90	72	36	60
1981	Somalia/Jowhar	67	57	46	31
1981	U.A.E./Al-Ain	89	69	56	37
1981	Sri Lanka/Kurunegal	91	81	58	36
1982	Burundi/Kirundo	82	62	58	29
1982	Gambia/nazionale	91	84	80	12
1982	Lesotho/nazionale	75	67	56	25
1982	Mozambico/naz.	62	40	20	68
1982	Colombia/Huila	60	49	39	35
1982	Uruguay/Montevideo	83	70	61	27
1982	Giordania/rurale	88	79	74	16
1982	Yemen/rurale	36	20	8	78
1982	Indonesia/S.Sulawesi	30	17	-	43
1982	Thailandia/Chumpom	79	68	44	44
1982	Botswana/nazionale	97	92	82	15
1983	Rwanda/nazionale	63	46	36	43
1983	Sao Tome/nazionale	44	35	28	36
1983	Togo/Kara	61	42	29	52
1983	Oman/nazionale	71	55	40	44
1983	Birmania/Irrawaddy	94	81	56	40
1983	Papua N.G./Chimbu	88	76	56	36
1988	Somalia/Jilib	92	80	65	29

[a] Modificata da Unicef, *The State of the World's Children 1985*, New York, 1985.

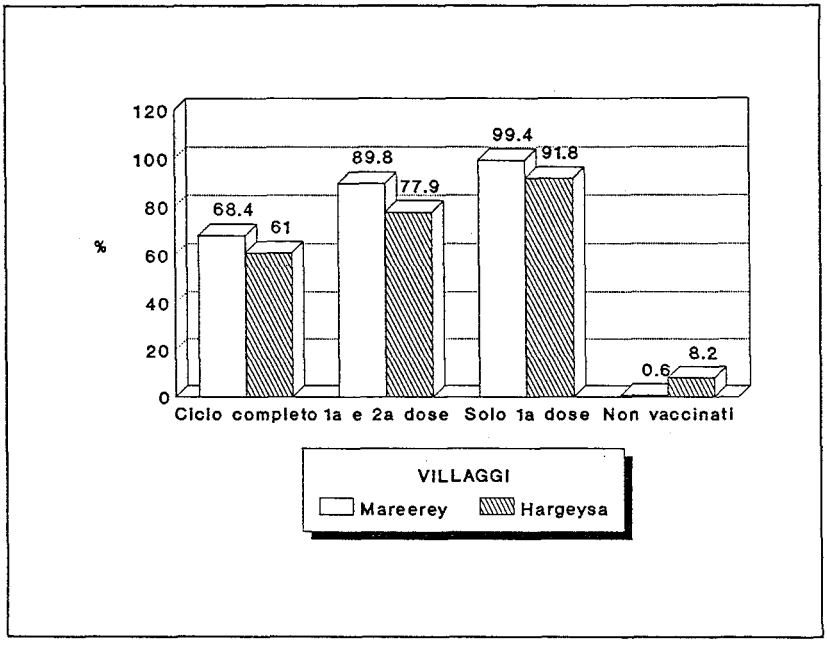


Fig. 1 - Tassi di copertura vaccinale dei bambini nei villaggi di Mareerey e di Hargeysa

Un altro dato emerso dal nostro lavoro, e che riteniamo interessante segnalare, è quello riguardante le elevate percentuali di vaccinati con due somministrazioni (80% dei bambini e 83% delle donne). E' noto, infatti, che dopo la seconda somministrazione, l'immunità è già in parte acquisita, specie se fra la prima e la seconda somministrazione si pone un intervallo di 6-8 settimane (come previsto dallo schema di vaccinazione da noi seguito), piuttosto che di 4-6 settimane. Questo è un accorgimento che va tenuto presente, posta la maggiore contrazione di presenze che inevitabilmente si registra tra la seconda e la terza somministrazione e che è comune a molte delle campagne riportate nella tab. 4.

Ulteriori considerazioni riguardano gli effetti delle diverse modalità di realizzazione della campagna sulla copertura vaccinale. La tab. 2 mostra i dati relativi alle campagne di vaccinazione nei villaggi di Mareerey e di Hargeysa. Nel caso dei bambini, la comparazione fra Mareerey e Hargeysa mostra chiaramente l'importanza della realizzazione di un quarto *round*. Infatti, come appare dalla fig. 1, un ulteriore *round* permise a molti più bambini di completare la vaccinazione (68% anziché 61%) e consentì inoltre di

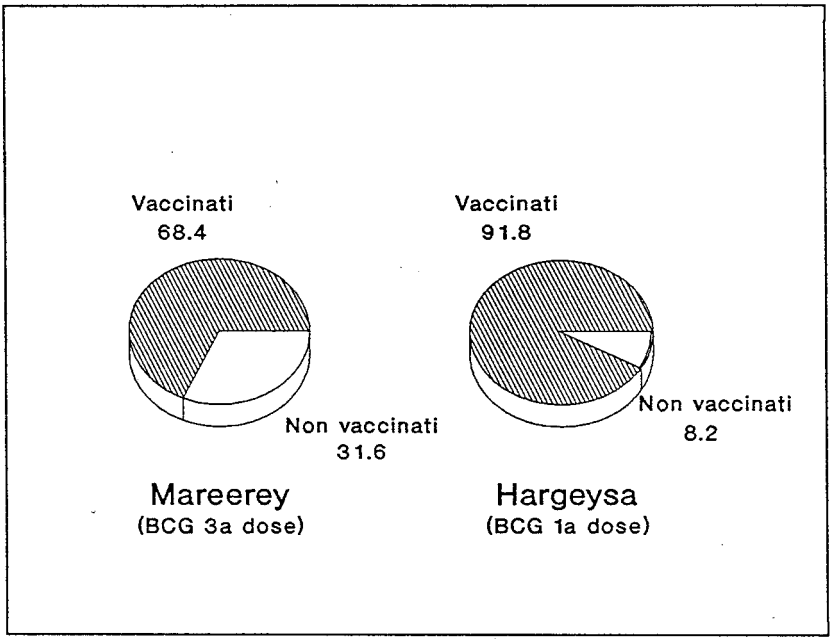


Fig. 2 - Vaccinazioni contro la Tbc nei villaggi di Mareerey e Hargeysa

aumentare il numero dei bambini che erano stati vaccinati contro il morbillo, pur avendo partecipato a una sola sessione di vaccinazione (99% anziché 92%).

Non sembra invece consigliabile far slittare la somministrazione del vaccino Bcg all'ultimo *round*. Il tasso di abbandono dei due villaggi, infatti, differisce solo di due punti, ma ad Hargeysa il 92% dei bambini aveva ricevuto il vaccino Bcg al primo *round* mentre a Mareerey solo il 68% dei bambini fu vaccinato contro la tubercolosi, al terzo *round* (fig. 2).

Nel caso delle donne (tab. 2), la risposta alla campagna di vaccinazione risulta, invece, sensibilmente diversa nei due villaggi (70% di donne completamente immunizzate a Mareerey contro 49% ad Hargeysa). Oltre alla mancanza di un quarto *round*, si può presumere che la somministrazione del Bcg ai bambini nel corso del primo *round* influisse negativamente sulla risposta delle donne. Infatti, le rilevanti reazioni cutanee che a volte il vaccino provoca possono aver scoraggiato la partecipazione delle madri al secondo e al terzo *round*. Nei *round* successivi, infatti, osservammo che molti dei bambini erano accompagnati dai padri, più sensibili al

coinvolgimento da parte dei *leader* di villaggio, quando le madri, spaventate dalla reazione al Bcg nei bambini e pensando che la vaccinazione antitetanica potesse provocare in loro la sterilità, si rifiutavano di intervenire.

In conclusione, pur considerando i risultati sopra riportati, si deve riconoscere che la strategia delle campagne di vaccinazione non sembra essere, nelle zone rurali, in grado di garantire, da sola, la copertura vaccinale della totalità della popolazione. Infatti, nel complesso delle campagne di vaccinazione da noi realizzate l'immunizzazione completa raggiunge non più del 65% della popolazione *target*. Questo fa riflettere sulla necessità di adottare strategie integrative. Attualmente, nell'ambito dei programmi di Phc viene proposto uno schema di «mantenimento» che si appoggi alle strutture capillarizzate sul territorio, al lavoro dei Chw nei villaggi (registrazione dei nuovi nati e delle donne incinte, controllo dei *defaulter*, ecc.), alle attività di supervisione nei villaggi da parte del *team* di Phc. Sarebbe inoltre necessario un ulteriore lavoro di educazione sanitaria, particolarmente orientato alla vaccinazione delle donne, talvolta influenzate da credenze erronee in merito alle attività di prevenzione.

18. I COSTI DEL PROGRAMMA DI «PRIMARY HEALTH CARE»

di *Rosa D'Arca*

Introduzione

Una delle ragioni principali per effettuare una analisi dei costi dei programmi sanitari è che le risorse destinate alla salute e ai servizi sanitari sono comunque limitate. Nello scegliere di destinare alcune risorse ad una determinata attività sanitaria, la comunità rinuncia alla opportunità di usare le stesse risorse per un'altra attività similare e «concorrente».

Il problema della limitazione delle risorse è di particolare rilevanza nei Paesi in via di sviluppo i quali in media, negli ultimi 20 anni, hanno stanziato non più del 2-3% della spesa pubblica per la sanità, in situazioni in cui spesso era l'intero servizio sanitario nazionale a dover essere promosso e organizzato [1].

Tali preoccupazioni sono state formalizzate nella conferenza di Alma Ata nel 1978, dove uno degli elementi caratterizzanti la *Primary Health Care* (Phc) era appunto quello della sua economicità, almeno rispetto ad altre politiche sanitarie. In questo contesto, la descrizione dei costi di un programma sanitario può fornire importanti informazioni per l'assegnazione delle priorità nella destinazione dei fondi esistenti e per le decisioni in merito ad una futura espansione del programma stesso.

Il presente testo si compone di due parti: una prima, di breve introduzione teorica ai concetti dei costi e alla loro analisi, con particolare riferimento ai programmi sanitari; una seconda, in cui si discutono i costi relativi al programma di Phc del Cisp.

1. Nello stesso periodo i paesi industrializzati hanno stanziato per questo settore in media dall'8 al 10 % della loro ben più consistente spesa pubblica, e questa percentuale è probabilmente destinata ad aumentare a causa dell'invecchiamento della popolazione e della domanda di tecnologie sanitarie sempre più sofisticate. G. Cumper, «The costs of Primary Health Care», *Tropical Doctor*, vol. 14, pp 19-22, 1984.

Definizione dei costi nella «Primary Health Care»

Nello studio dei costi si è presto fatta strada una importante distinzione tra i costi attribuibili alla fase «istitutiva» di un sistema e quelli necessari per la gestione e il mantenimento del sistema.

Per costi di investimento (*development costs*) si intendono quei costi «[...] concentrati soprattutto nelle fasi iniziali di un progetto e relativi alla costituzione di capacità produttive e di infrastrutture fisiche»; per costi ricorrenti o di funzionamento (*recurrent costs*) si intendono invece quei costi «[...] relativi al funzionamento e alla manutenzione di servizi o beni»[2].

La distinzione è importante se si considera che mentre la maggior parte delle agenzie di cooperazione occidentali e internazionali sono propense a finanziare i costi di investimento relativi a programmi sanitari nei Pvs, le spese di gestione e di manutenzione dei progetti sono considerate a carico del paese beneficiario o delle popolazioni locali. Le ragioni sono molteplici: dalla preferenza verso una assistenza che, tramite investimenti, incoraggi la potenziale crescita (economica) di un paese piuttosto che il consumo di beni e servizi, alla preoccupazione che un supporto indefinito al programma possa incoraggiare la dipendenza piuttosto che la *self-reliance*; dalla convinzione che le probabilità di successo di un progetto sono maggiori quando molti dei suoi costi vengono sostenuti dal paese beneficiario, al maggior prestigio derivante dalla realizzazione di infrastrutture. Se pure si possono condividere alcune di queste ragioni, esse spesso portano gli enti finanziatori a non considerare, anche solo in sede di programmazione, i costi ricorrenti generati dai loro stessi investimenti.

Nella pratica si sono incontrate molte difficoltà nell'operare una distinzione tra i due tipi di costi. Un criterio di classificazione largamente usato è stato quello della periodicità, distinguendo tra costi che ricorrono con frequenza annuale - o minore - e costi che occorrono a intervalli di tempo maggiori di un anno. Ma una tale classificazione, legata soprattutto a questioni di praticità, è stata oggetto negli ultimi anni di critiche crescenti. Sembrerebbe più appropriata una distinzione operata sulla base del periodo di tempo per il quale determinati costi esplicano effetti o producono benefici (considerando ad esempio come *development costs* quelle spese i cui benefici si estendono nel tempo). L'ampiezza del dibattito si riflette nelle diverse definizioni adottate da varie agenzie di sviluppo internazionali. Così l'Oecd definiva, nel 1979, i costi ricor-

2. K. Lee, *Symptoms, causes and proposed solutions*, in B. Abel Smith and A. Creese (eds.), *Recurrent costs in the health sector. Problem and policy options in three countries*, Who - Usaid, Geneva, 1990, p. 16.

renti come: «[...] i costi di funzionamento e di mantenimento di un dato programma durante e dopo il completamento del finanziamento iniziale» [3].

Una diversa definizione di costi ricorrenti, nel contesto dello sviluppo dei paesi africani, è stata proposta nel 1980 dal *Working Group on Recurrent Costs* del Club du Sahel[4]:

[...] l'insieme dei flussi annuali di spesa lorda sostenuta dal governo e dalle sue agenzie, in moneta locale o estera, allo scopo di generare benefici socio-economici legati al funzionamento e alla manutenzione di un complesso di capacità produttive, a prescindere dalla fonte del finanziamento - nazionale od estera - delle spese in oggetto e dalla valuta impiegata, nazionale od estera.

Questa più puntuale e circoscritta definizione dei costi ricorrenti si traduce, a sua volta, in una concezione più ampia dei costi non ricorrenti, che include anche quei costi, definiti di transizione, necessari al consolidamento di una attività[5]:

[...]il termine «non ricorrente» si riferisce a tutte le spese effettuate per la costituzione delle suddette capacità produttive, a prescindere dalla natura di tali spese (acquisto di beni capitali o di materiale di consumo, pagamenti al personale e così via), dal tipo di pagamento (in valuta estera o in moneta locale) e dalla fonte del finanziamento.

Da questa concezione discende, secondo Gray, il riconoscimento implicito di una categoria intermedia di costi, definiti pseudo-ricorrenti, e cioè «[...]quei costi di funzionamento e mantenimento di capacità produttive posti in essere dopo l'avvio di determinate attività, ma prima che esse abbiano raggiunto uno stadio di «normale operatività» [6]. I problemi di definizione sopra riportati hanno un valore che supera il semplice livello semantico. Nel caso della Phc, per esempio, la costituzione di capacità produttive di cui parla il Club du Sahel comprende attività quali la formazione e l'organizzazione di operatori sanitari di villaggio. I costi necessari alla formazione di *staff* sanitari di base e, almeno in una prima fase, alla loro supervisione rappresentano quindi un investimento, per la operatività del programma, tanto quanto l'acquisto di attrezzature o la costruzione di dispensari. Ancora, possono rientrare nella categoria dei costi pseudo-ricorrenti attività quali l'assistenza tec-

3. Development Assistance Committe, *Development Cooperation: 1979 Review*, 1979, p. 201, Paris, cit. in C.Gray,«State-Sponsored Primary Health Care in Africa: The Recurrent cost of performing Miracles»,*Soc.Sci.Med.*, vol 22, No.3, 1986, pp. 361-368.

4. Club du Sahel Working Group on Recurrent Costs, *Recurrent costs of development programs in the countries of the Sahel*, p. 19, Club du Sahel, OECD, Paris, 1980.

5. Club du Sahel, *op.cit.*, 1980.

6. C.S. Gray, «State-Sponsored Primary Health Care in Africa: The Recurrent cost of Performing Miracles», *Soc. Sci. Med.*, vol. 22, n. 3, 1986, pp.361-368.

nica prestata a livello di istituzioni sanitarie nazionali e regionali di Phc, l'approvvigionamento di primi *stock* di farmaci per le attività degli operatori sanitari di base, il trasporto di farmaci essenziali dai depositi «centrali» verso le zone rurali, il trasporto dello *staff* sanitario distrettuale nel corso delle missioni di supervisione delle attività degli operatori sanitari di base. In generale, si può affermare che la discussione in merito alla definizione dei costi della Phc evidenzia un cambiamento di tendenza, verso un approccio che, oltre agli investimenti in infrastrutture, favorisce investimenti in capitale umano, in educazione sanitaria, in coinvolgimento di comunità. Nel corso della presente analisi si terrà conto dei concetti sopra esposti, anche se le differenze tra le varie definizioni lasciano aperti spazi per valutazioni diverse.

Sviluppo del programma Mareerey

Parlando dei costi di un programma di Phc, è innanzitutto necessario confrontarsi con quanto il programma ha realizzato. Nella tab. 1 vengono quindi presentate alcune delle caratteristiche fondamentali del «programma Mareerey».

Tab. 1 - Sviluppo del programma Mareerey, 1985-1988

	1985	*1986*	*1987*	*1988*	*Normale Operatività*
Area					
Villaggi serviti	1	5	9	9	9
Popolazione	2.000	24.500	28.300	28.300	28.300
Bacino di utenza [a]	5.000	30.000	50.000	50.000	50.000
Staff sanitario					
Espatriati	4	3	5	3	3
Personale locale	2	5	8	8	8
Consulenti [b]	4	8	4	2	-
Infrastrutture					
Health post	-	1	3	3	7
Health unit	1	-	-	-	1
Health center	-	-	-	1	1
Training center-	-	-	1	1	
Pozzi e pompe	-	1	-	5	6
Formazione					
Operatori sanitari	4	-	18	3	25
Ostetriche tradizionali	-	4	-	16	20
Autoveicoli	1	3	-	-	4

[a] Si assume che il bacino di utenza dei centri di secondo livello sia, nel 1988, di 50.000 persone, residenti in un raggio 30 Km. Questo raggio d'azione è stato calcolato effettuata in base alle località di provenienza dichiarate dagli utenti.
[b] Mesi/uomo.

Il periodo preso in esame (1985-1988) è quello della fase di avvio del progetto stesso che, alla fine del 1988, raggiunse la sua «normale operatività», secondo la struttura descritta nell'ultima colonna della tab. 1. E' stata scelta una impostazione diacronica per meglio evidenziare i flussi di spesa occorsi nel periodo considerato.

Nella tab. 1 non sono comprese le attività e i servizi sanitari organizzati e realizzati dal programma, per i quali si rimanda al capitolo 16. Qui è solo necessario ricordare che i principali sono: servizio ambulatoriale, servizio di immunizzazione e campagne vaccinali, servizio di salute materno-infantile, servizio di lotta alla tubercolosi, servizio di sorveglianza nutrizionale e programma di lotta alle anemie, servizio di igiene ambientale, formazione di personale sanitario locale e corsi di *retraining* per il personale paramedico.

Costi di investimento e costi ricorrenti: alcune premesse

Nelle tabb. 2 e 3 sono presentati i costi di investimento e i costi di funzionamento sostenuti dal programma del Cisp tra il 1985 - anno di avvio del progetto - e il 1988, anno in cui il progetto raggiunse la sua normale operatività. I principali enti finanziatori del programma sono stati la Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo del Ministero degli Affari Esteri italiano, la Commissione della Comunità Economica Europea, il Ministero della Sanità della Somalia e il Cisp stesso.

Sulla base della discussione teorica sopra riportata, si potrebbe dire che i dati relativi ai costi di investimento (tab. 2) rispondono alla domanda: «Quanto costa impiantare un programma di sviluppo della Phc in ambito rurale?», mentre i dati relativi ai costi ricorrenti (tab. 3) vogliono essere una prima risposta alla domanda: «Quanto costa mantenere in funzione al pieno delle sue capacità questo programma?». La domanda è tanto più importante in quanto questa seconda categoria di costi, finora sostenuti dall'organismo di cooperazione che ha dato vita al programma, dovranno in seguito essere affrontati dal paese beneficiario di tale programma.

Prima di esaminare i dati in dettaglio, sono necessarie alcune precisazioni metodologiche.

1. Per poter attuare una comparazione tra costi di investimento e di funzionamento, è stato necessario un lungo lavoro di disaggregazione e riaggregazione dei dati finanziari relativi a molte delle voci considerate, che erano invece contabilizzate nel *budget* del progetto secondo categorie di spesa differenti, legate talvolta a schemi predisposti dagli enti finanziatori. Per fare un esempio, si è

dovuta suddividere la spesa per il personale locale nelle voci «salari», considerata tra i costi ricorrenti, e «formazione iniziale», rientrante nei costi di sviluppo. Ancora, è stata ridistribuita la categoria «imprevisti» per quelle spese che, realmente impreviste nel momento in cui si sono dovute affrontare, potevano però rientrare nelle categorizzazioni prese in considerazione nel corso dell'analisi. E' il caso di alcune spese, anche rilevanti, relative ai costi di costruzione delle infrastrutture sanitarie o all'affitto di autoveicoli in situazioni di emergenza.

2. Le spese effettuate in Somalia sono state contabilizzate, in Italia, dai tre ai sei mesi dopo l'effettivo esborso. Si è cercato perciò di ridistribuirle nei vari anni secondo la data riportata sul documento originale di spesa. Non sempre però questa operazione è stata possibile, per cui alcune voci, soprattutto tra i costi ricorrenti, possono risultare leggermente distorte dal punto di vista diacronico.
3. Non sono state inserite le spese amministrative e di comunicazione attinenti al funzionamento della struttura in Italia, così come le varie (furti, risarcimenti, rappresentanza), non rilevanti ai fini del tema affrontato.
4. Per permettere una più precisa comparazione sotto il profilo diacronico, sono state ridistribuite quelle voci che, pur ricorrenti, risultavano però essere stata effettuate *una tantum* nell'arco di più anni. E' il caso di una parte della spesa farmaceutica degli anni 1985-1986. Essendoci solo un elenco complessivo del materiale acquistato, e mancando, per quel periodo, precisi dati diacronici sul consumo, si è operata una ridistribuzione omogenea della spesa sull'intero periodo.
5. Nelle tabelle tutti i dati sono espressi in lire italiane, anche se una parte delle spese sono state sostenute in scellini somali (So.Sh.) [7].

Le spese in scellini sono state convertite in lire applicando il tasso di cambio lira-scellino vigente al momento in cui la spesa è stata effettuata. Questo comporta alcuni problemi a livello di analisi: se infatti è innegabile il vantaggio della equiparazione dei costi ad una sola moneta, il processo di conversione tende a rendere meno precisi - in termine di potere d'acquisto reale - i costi sostenuti in moneta locale.

Nel caso, ad esempio, di acquisti effettuati in scellini per generi di importazione - pezzi di ricambio, medicinali o equipaggiamenti, carburante, materiali da costruzione - la conversione in lire tende a sottostimare il valore reale che quel materiale ha in Soma-

7. Le spese in scellini ammontano a circa 306.000.000 di lire, pari al 24% del totale.

lia. Lo stesso vale per gli stipendi del personale locale che, calcolati in lire, possono apparire incredibilmente bassi (un infermiere percepiva, nel 1988, uno stipendio di 97.174 So.Sh., equivalente a poco più di 900.000 lire all'anno).

Ulteriore elemento di indeterminatezza nel calcolo dei costi effettivi del programma è dato dall'elevato tasso di inflazione interna alla Somalia, pari o maggiore del 50% annuale, nel periodo preso in considerazione e che si riflette sul rapporto lira/scellino. Se infatti nel 1985 il tasso di cambio ufficiale era di 25 lire per 1 scellino, nel 1988 il tasso medio annuale calò a 7,1 lire per uno scellino (nel 1988 il tasso di cambio ebbe oscillazioni da 13,2 a 5,3 lire per uno scellino) con un deprezzamento del 70% circa rispetto alla moneta italiana [8].

In termini generali, questo vuol dire che se un medesimo programma fosse stato realizzato da istituzioni somale utilizzando unicamente moneta locale, il suo costo sarebbe stato, per quelle stesse istituzioni, molto più elevato.

Ecco perchè molti autori sottolineano i problemi metodologici che la comparazione internazionale dei prezzi comporta e avvertono come essa determini, nella analisi dei costi, dati meramente indicativi.

I costi di investimento

Nella tab. 2 sono riportati i costi di investimento [9] sostenuti dal progetto tra il 1985 e il 1988. Come per la tab. 1, i dati sono presentati in maniera diacronica.

Sono stati considerati come costi di investimento, oltre alle tradizionali spese per infrastrutture ed equipaggiamenti, anche le voci relative alla formazione iniziale del personale del progetto e quelle relative agli espatriati - dalle retribuzioni alle spese di alloggio.

Nella voce «Costruzioni e arredi» sono comprese tutte le spese sostenute per l'edificazione e l'arredamento del centro sanitario, del centro di formazione, della *unit* e di parte dei sette posti di salute. E' la voce più rilevante tra i costi di investimento, rappresentando da sola il 30,7% del totale, ed è stata sostenuta quasi interamente in lire italiane; per questo motivo è stata separata dalla successiva voce «Installazione di impianti», che comprende lo scavo di pozzi, l'installazione di pompe per l'acqua e la posa in opera di

8. Nello stesso periodo il tasso medio di inflazione annua in Italia si aggirava intorno all'11% . Dati World Bank, *World Development Report*, 1989.

9. Il termine «investimento» viene qui utilizzato in conformità alle definizioni e classificazioni sopra riportate e non è in alcun modo legato all'idea di un ritorno economico, nè da parte del Cisp nè da parte degli enti finanziatori.

condutture, i cui costi sono stati per lo più sostenuti in scellini somali.

L'insieme delle due voci rappresenta più di un terzo del totale. Esso rispecchia in modo abbastanza preciso gli obiettivi del programma, che prevedeva, tra gli altri, la costruzione di infrastrutture sanitarie di base in un'area che ne era inizialmente sprovvista (vedi tab. 1).

Tab. 2 - Costi di investimento 1985-1988 (migliaia di lire)

	1985	1986	1987	1988	TOT	%
Costruzioni e arredi	-	152.043	82.742	72.023	306.808	30,7
Installazione di impianti						
Pozzi, pompe	-	28.870	-	27.000	55.870	5,6
Equipaggiamento						
mat. sanitaria	2.692	14.155	5.637	8.128	30.612	3,1
mat. ed.sanitaria	9.939	19.992	4.258	2.766	36.955	3,7
Veicoli e mezzi tecnici	19.276	82.292	8.784	6.846	117.198	11,7
Spedizioni	6.359	14.072	6.927	2.379	29.737	3,0
Investimenti in capitale umano						
formaz.iniziale	4.976	4.868	4.479	2.926	17.249	1,7
lav. benevevolo	7.626	5.228	6.700	3.349	22.903	2,3
Personale espatriato						
retribuzioni	37.420	58.545	119.003	71.435	286.403	28,7
viaggi,trasferte	5.415	17.831	25.411	14.885	63.542	6,4
alloggio	2.382	2.751	13.977	12.883	31.993	3,2
Totale	96.085	400.647	277.918	224.620	999.270	100,0
% sul totale dei quattro anni	9,6	40,1	27,8	22,5		

Successiva in ordine di grandezza è la voce relativa alle «retribuzioni conferite al personale espatriato». Comprensiva delle spese sostenute per le assicurazioni e per le indennità di sistemazione e di fine servizio, essa ammonta al 28,7% del totale.

La presenza di tale personale, piuttosto rilevante nella fase di avvio e di consolidamento delle varie attività, diminuisce di molto, quando non scompare del tutto, una volta che il programma abbia raggiunto la sua piena capacità. I costi relativi al personale espa-

triato vengono considerati veri e propri costi di sviluppo, e gravano soprattutto nella prima fase del progetto. Per lo stesso motivo sono state considerate in questa tabella anche le spese di viaggio e di alloggio del personale italiano.

Rientrano invece in pieno tra i costi ricorrenti quelli relativi al personale locale, al quale viene affidato il compito della gestione e della conduzione quotidiana delle attività di Phc. Si tratta quindi di spese da sostenere nel corso del tempo (vedi tab. 3).

L'entità delle spese sostenute in totale per il «personale espatriato» (38,2%) fa riflettere sulla composizione dei *budget* dei progetti e sulle scelte operate dagli organismi di cooperazione. Nel caso in esame, la carenza nell'area di strutture sanitarie di riferimento e di personale sanitario adeguato determinò la scelta di impiegare, nella fase di avvio, sia uno *staff* permanente di espatriati (da 3 a 5 tra volontari e cooperanti/anno) sia un certo numero di consulenti che li affiancassero per l'avvio di specifiche attività.

Rientrano ancora tra i costi di investimento le spese di «equipaggiamento», sia di materiale e arredi sanitari (3,1%) che di materiale di educazione sanitaria (3,7%), nonché l'acquisto di «veicoli e altri mezzi tecnici» (11,7%).

La spesa per quest'ultima voce è piuttosto rilevante e assume ancora maggior peso quando si pensi alla vita piuttosto breve che gli automezzi generalmente hanno in condizioni di viabilità non ottimali [10].

E' quindi prevedibile che in un breve arco di tempo occorrerà nuovamente «investire» in automezzi, se si vuole mantenere la piena capacità funzionale del progetto. Trattandosi poi di acquisti effettuati per lo più fuori della Somalia, occorre considerare la spesa aggiuntiva per la spedizione di tali materiali che, sulla base della esperienza del progetto, si calcola intorno al 3% dell'intero investimento.

Dalla tab. 3 si può poi notare che le spese per la manutenzione di tali veicoli e per l'acquisto di carburante - quando è disponibile - rappresentano la voce più rilevante tra i costi ricorrenti. Si capisce quindi come la componente «trasporti» venga spesso indicata come un serio ostacolo alla autosufficienza gestionale dei programmi di Phc.

Sono infine stati considerati come «Investimenti in capitale umano» i costi relativi alla formazione iniziale del personale ope-

10. J. Chabot e C. Waddington stimano in 5 anni il periodo di funzionamento di una Land Rover sulle strade rurali della Guinea Bissau, in «Primary Health Care is not Cheap: a Case Study from Guinea Bissau», *International Journal of Health Services*, vol. 17, n. 3, 1987, pp. 307-409; Abdulkadir A. Hussein calcola dai due ai sei anni la vita media di una Toyota Land cruiser utilizzata in programmi di PHC in Somalia, in «Sustainability of Transport for Primary Health Care», National Phc Conference, Mogadishu, 1989.

rante nel progetto e al lavoro benevolo effettuato in Italia, per un complessivo 4% del totale.

Nella voce relativa alla formazione iniziale sono state considerate sia le spese sostenute per i corsi di *training* al personale locale - operatori sanitari di base, ostetriche tradizionali -, sia i corsi di aggiornamento agli infermieri su specifici argomenti di prevenzione e di igiene, nonché i corsi preparatori per lo *staff* delle campagne vaccinali.

Per lavoro benevolo si intendono le collaborazioni volontariamente prestate da personale italiano per la conduzione del progetto le quali, pur non rappresentando una spesa, hanno un preciso valore economico.

Non essendo disponibili i necessari dati disaggregati, non è stato invece possibile inserire in questa voce il contributo volontariamente prestato dalle comunità locali, che pure è stato assai rilevante. Basti pensare, ad esempio, alle ore/lavoro e ai materiali forniti per la costruzione e l'arredamento della *unit* di Mareerey e per la costruzione e l'arredamento dei sette posti di salute, alla disponibilità organizzativa e divulgativa dimostrata nei Comitati di salute e durante le varie campagne vaccinali, fino a considerare gli *opportunity costs* degli operatori sanitari di base e delle ostetriche tradizionali per il tempo da loro dedicato al programma.

In termini generali, occorre comunque sottolineare che queste ultime voci non debbono essere considerate come costi da sostenere «una volta per tutte». Per quanto riguarda il «capitale umano», ad esempio, saranno necessari sostanziali reinvestimenti, con determinata regolarità, in termini di *refreshment stages* o di nuovi corsi di addestramento per il personale locale.

I costi di funzionamento

Passando all'esame dei costi di funzionamento (tab. 3), si può notare come essi tendano ad aumentare nel corso del tempo. Questo *trend* è determinato in gran parte dal progressivo aumento nel numero delle attività del progetto, fino al raggiungimento della sua piena operatività (anno 1988). I livelli di spesa raggiunti nel 1988, pertanto, dovrebbero essere indicativi della somma necessaria a mantenere in funzione il programma al pieno delle sue capacità, con una notevole eccezione, rappresentata dai «costi di manutenzione» per gli autoveicoli e di altri mezzi tecnici. La spesa nell'ultimo anno registrò un incremento di diciotto punti percentuali rispetto all'anno precedente e, come si è detto in precedenza, si può ragionevolmente supporre che tali costi sarebbero aumentati in misura significativa.

Tab. 3 - Costi di funzionamento 1985-1988 (migliaia di lire)

	1985	1986	1987	1988	Totale	%
Retribuzioni personale locale						
pers. sanitario	1.471	2.293	7.348	7.222	18.334	6,8
pers. logistico	962	3.945	7.172	13.294	25.373	9,4
Farmaci	12.488	23.651	25.713	23.750	85.602	31,6
Materiali campagne vaccinali	-	2.645	5.418	2.201	10.264	3,8
Manutenzione e carburanti	2.986	22.179	30.991	50.249	106.405	39,4
Amministrazione	-	8.425	5.680	5.285	19.390	7,2
Trasporti interni	-	1.468	1.828	1.753	5.049	1,9
Totale	17.907	64.606	84.150	103.754	270.417	100,0
% sul totale dei quattro anni	6,6	23,9	31,1	38,4		

Nella voce «farmaci» sono stati considerati i medicinali necessari a garantire l'attività prestata presso la *unit* di villaggio e il centro sanitario distrettuale, nonché a rifornire di uno *stock* di base i *Community Health Worker* (Chw) e i posti di salute operanti nel progetto. Rientra in questa voce anche il materiale di medicazione necessario a reintegrare le scorte dopo l'equipaggiamento iniziale. La spesa si mantenne abbastanza costante negli ultimi tre anni, nonostante l'incremento dei servizi prestati in seguito all'apertura del centro distrettuale e di quattro nuovi posti di salute, nonché l'aumento del numero degli operatori sanitari locali.

La spesa per i farmaci copre il 31,7 % del totale e rappresenta la seconda voce di spesa, in ordine di grandezza, tra i costi di funzionamento. Si è già detto come parte dei dati dei primi due anni siano stati stimati, viste le differenti fonti di approvvigionamento degli stessi. Dalla fine del 1986, invece, i farmaci vennero acquistati in massima parte a prezzi regolamentati dal Ministero della Sanità somalo nell'ambito del programma di approvvigionamento di farmaci essenziali gestito in collaborazione con l'Unicef.

Sono stati invece calcolati nella voce «materiali per le campagne vaccinali» i costi dei vaccini, che venivano forniti gratuitamente sulla base di un protocollo d'intesa nazionale tra il Ministero della Sanità somalo e l'Unicef, e degli altri materiali necessari alle varie campagne di immunizzazione.

Terza in ordine di importanza è la categoria dei costi per i «salari del personale locale», che coprono il 16,2% del totale.

Si è discusso nel precedente par. 4 di come la conversione in lire tenda a sottostimare, in termini di potere d'acquisto reale, i costi sostenuti in scellini. Questo vale anche per i salari del personale locale. Dall'analisi sui dati relativi ai salari del personale sanitario somalo, per esempio, potrebbe sembrare che la spesa per gli stipendi diminuisse dal 1987 al 1988, pur rimanendo invariato il numero dei sanitari impiegati nel progetto (vedi tab. 1). In realtà, il livello delle retribuzioni per i sanitari somali rimase invariato nei due anni[11]; mutò il reale potere d'acquisto dello scellino rispetto alla lira.

Diverso discorso deve invece essere fatto per i salari del personale locale non sanitario (autisti, logistici, interpreti e così via) alle dirette dipendenze del programma. Il rilevante incremento percentuale nei costi di tale personale, infatti, non è dovuto solamente all'aumento del numero di addetti in questi settori, ma anche al forte aumento del costo della vita. Nel periodo 1984-1987 il tasso di inflazione annuale medio dello scellino somalo si aggirò infatti attorno al 50% dimezzando, di conseguenza, il valore dei salari in termini reali[12]. La direzione del progetto decise perciò di aumentare gradatamente le retribuzioni per un personale che, una volta formato, si era dimostrato di grande importanza per la gestione del progetto stesso.

Questa decisione determinò, però, una situazione di difficoltà nei confronti del personale sanitario i cui livelli retributivi non erano stati parallelamente aumentati dal Ministero della Sanità somalo, con la conseguente demotivazione del personale sanitario al lavoro. Si discussero perciò le retribuzioni con il Ministero della Sanità, il quale indicò una quota di incentivazione, per gli infermieri, a carico del progetto. Pur superando di molto l'intero ammontare della retribuzione mensile, tali incentivi non riuscivano a contenere le perdite dovute all'inflazione.

Si discute, infine, se le spese relative al personale locale impiegato in attività logistiche non debbano essere più precisamente collocate tra i costi di investimento. Se è vero che una volta cessata la presenza degli espatriati verrà meno la necessità di alcune di queste figure, come ad esempio gli interpreti, è però indubbia l'impor-

11. Tale personale, infatti, pur se impiegato nel progetto, dipende dal Ministero della Sanità somalo e viene pagato in base a precisi livelli retribuiti decisi, su scala nazionale, dal Ministero stesso. Un leggero aumento delle retribuzioni fu decretato nel 1987, e questi rimasero invariati nel 1988. Precisamente: Sh. 900 mensili per gli infermieri professionali, Sh. 800 per i *Public Health Nurse*.

12. Ministry of Health of Somalia, World Bank, *Institutional Analysis of the Central Ministry of Health*, Mimeografo, Mogadiscio, Maggio 1989.

tanza e la centralità della funzione logistico-amministrativa per il buon andamento di un programma di sanità di base strutturato a livello distrettuale in una zona piuttosto lontana dalla capitale. Non a caso i costi di amministrazione sono superiori a quelli per il personale sanitario. Queste spese potrebbero forse rientrare in quella categoria intermedia di costi pseudo-ricorrenti di cui si è parlato in premessa.

Costi di sviluppo e di funzionamento: alcune indicazioni per la pianificazione

La tab. 4 offre un quadro comparativo dei costi del programma di Phc realizzato dal Cisp nel distretto di Jilib.

Tab. 4 - Costi di sviluppo e costi di funzionamento 1985-1988 (migliaia di lire)

	1985	1986	1987	1988	Totale	%
Costi di sviluppo	96.085	400.647	277.918	224.620	999.270	78,7
Costi di funzionamento	17.907	64.606	84.150	103.754	270.417	21,3
Totale	113.992	465.253	362.068	328.374	1.269.687	100,0
% sul totale dei quattro anni	9,0	36,6	28,5	25,9		

Anche in questa tabella si è seguito il criterio diacronico per dare una migliore rappresentazione dell'entità dei costi sostenuti nel corso del tempo.

Parlando di costi complessivi annuali non sorprende notare come la spesa sia stata notevolmente contenuta nel corso del 1985, anno di avvio del progetto in cui molte delle attività erano state pianificate ma non ancora realizzate, non venendo quindi a incidere sul livello di spesa. L'anno 1986, in cui presero l'avvio la maggior parte delle realizzazioni infrastrutturali previste dal progetto, presenta invece l'andamento opposto. Il 1987 e il 1988 presentano un andamento costante, a livello di spesa complessiva, mentre osservando i dati disaggregati per costi di investimento e di funzionamento si nota una progressiva diminuzione degli uni e un aumento degli altri.

I costi di investimento, a parte il primo anno, diminuirono progressivamente per i tre anni successivi: nel 1986 essi hanno rappresentato l'86% del totale speso in quell'anno, calando al 66% nel

1988. Analogo andamento, anche se di segno opposto, ebbero i costi ricorrenti: essi aumentarono il loro peso percentuale sul totale passando dal 14% delle spese effettuate nel 1986 al 34% di quelle effettuate nel 1988.

In generale, nei primi quattro anni di progetto - la fase istitutiva - i costi di investimento furono circa quattro volte più elevati dei costi ricorrenti. Questo rapporto dovrà essere tenuto presente in sede di programmazione di ulteriori attività.

In termini di pianificazione finanziaria e di gestione delle risorse è possibile poi esprimere la relazione tra costi di investimento e costi ricorrenti utilizzando un rapporto numerico: il *Recurrent Cost Coefficient (Rcc)*[13]. Esso è determinato dal rapporto intercorrente tra le spese di funzionamento sostenute in un anno e il totale degli investimenti effettuati.

Nel caso del programma nel distretto di Jilib questo coefficiente era, per il 1988, di 0,1. Espresso in altri termini, si può dire che il paese beneficiario o la popolazione servita o qualunque altro soggetto dovesse farsi carico di sostenere i costi di funzionamento di questo progetto, esso dovrà spendere ogni anno il 10% del valore «capitale» del progetto stesso. Per ogni nuove cento lire destinate ad attività di sviluppo, se ne genereranno dieci di costi di funzionamento.

Il calcolo del *Recurrent Cost Coefficient* sembra di particolare importanza per una valutazione del lavoro fatto. Rappresenta inoltre un utile indicatore in termini di pianificazione finanziaria e di gestione delle risorse, almeno nel breve periodo. Pur non volendo peccare di eccessiva generalizzazione, occorrerà tenere in considerazione questo coefficiente qualora si programmino nuovi interventi sanitari nella zona o in quelle limitrofe, per effettuare una corretta previsione dei costi.

Bisogna sottolineare, però, che il calcolo del *Rcc*, basandosi su dati retrospettivi, non è uno strumento sufficientemente preciso per mettere in luce i cambiamenti che possano occorrere nel corso del tempo o per rivelare gli effetti sui costi di fattori quali l'utilizzazione del progetto stesso da parte della popolazione, la sua accessibilità, la dimensione, l'età e le condizioni dei materiali e beni forniti, nonché la localizzazione del progetto[14].

13. K. Lee, op. cit., 1990, p18.

14. Come gli eventi accaduti in Somalia nel corso degli anni 1990 e 1991 hanno tragicamente dimostrato.

I costi del «programma Mareerey» nel contesto somalo

Considerando il 1988 come l'anno in cui il «programma Mareerey» raggiunse la sua normale operatività, le spese ricorrenti sostenuti in quell'anno possono essere prese come paradigma dei costi di funzionamento da sostenere annualmente perchè il progetto venga mantenuto nella sua piena capacità.

Sorge però un problema quando si vogliono analizzare i costi ricorrenti per persona, in quanto la popolazione dei nove villaggi del progetto ammonta a 28.300 abitanti ma, come mostrato nella tab. 1, si può stimare in 50.000 persone il bacino di utenza che ha usufruito dei servizi offerti dai centri di secondo livello, in particolare dal centro sanitario, che ha cominciato a funzionare a regime proprio nel 1988. In questo caso il sovrappiù di spesa tra popolazione servita e bacino di utenza riguarda soprattutto la categoria dei farmaci. Quindi, per ottenere almeno una stima dei costi ricorrenti per persona, la spesa per i farmaci sostenuta nel 1988 va ripartita tra i 50.000 possibili utenti.

Tab. 5 - Stima dei costi ricorrenti per popolazione servita

	1985	1988
Costi ricorrenti detratta la spesa per i farmaci	5.418.000	80.004.000
Popolazione servita dal progetto	2.000	28.300
sub totale (in lire)	2.709	2.827
Spesa per i farmaci ripartita per bacino di utenza (lire)	2.498	475
Costi ricorrenti pro-capite (lire)	5.207	3.302
($Usa)	3,7 [a]	2,5 [a]
(So. Sh.)	208,3 [b]	446,4 [b]

[a] tasso 1985 $Usa 1 = £ 1.400 ; tasso 1988 $Usa 1 = £ 1.313
[b] tasso 1985 So.Sh. 1 = £ 25 ; tasso 1988 (media annuale) So.Sh 1 = £ 7,08

Per l'anno 1988, quindi, si stima che siano state spese 3.302 lire a persona per garantire nell'area le attività di Phc di primo e secondo livello e che altrettante dovrebbero essere spese ogni anno per continuare a fornire questo servizio.

La conversione in dollari permette un confronto con altri programmi o progetti di Phc, sulla base di analisi similari. Occorre

comunque tenere presente il limitato valore di tali comparazioni, vuoi per i vari criteri utilizzati per definire e stimare i costi ricorrenti, vuoi per le differenze, talvolta sostanziali, nei contenuti dei progetti e nella situazione sanitaria ed economica dei diversi paesi.

Così il *Kasongo Project Team* (Zaire), attuando una analisi dei costi dei centri sanitari del progetto, determina che si possa provvedere alla Phc con una spesa inferiore a 1 dollaro USA per persona[15], incluse le spese di supervisione e di ammortamento delle attrezzature. Si tratta di attività di Phc di primo livello. Chabot e Waddington (Guinea Bissau) calcolano invece il costo ricorrente medio in 2,8 dollari Usa *pro capite* per attività di Phc di primo livello in area rurale[16]. Vengono inclusi anche le spese per il mantenimento e i salari dei Chw e delle Tba da parte dei villaggi e quelle di *retraining* dello stesso personale. Cumper, infine, analizza il costo per contatto in due tipi di centri di Phc di primo e di terzo livello[17], stimando il loro costo in 3,9 e 6,1 dollari, rispettivamente. Anche se non ripartita direttamente per persona, questa valutazione può essere qui riportata in quanto Cumper assume come media quella di un contatto all'anno per ogni abitante del distretto.

Si può quindi affermare che, da un punto di vista di confronto internazionale, il programma del Cisp non è tra i più costosi, anche perchè nel calcolo dei costi è inclusa una gamma più vasta di servizi, rispetto agli altri progetti citati. Infatti le stime dei costi sono riferite ad attività di Phc sia di primo che di secondo livello, incluse le spese per le campagne di vaccinazione.

Purtroppo questa affermazione, pur confortando sulla bontà dell'impostazione data al progetto, non appare altrettanto valida se osservata dal punto di vista della sostenibilità del progetto da parte somala.

Infatti, i costi di funzionamento del progetto Cisp ammontano a 12.632.554 So.Sh. all'anno. Nel 1988 l'intero *budget* impegnato dal Ministero della Sanità somalo per le regioni fu di 263.710.000 scellini - esclusi i finanziamenti stranieri, a qualsiasi titolo effettuati.

L'allocazione di queste già scarse risorse, inoltre, non seguiva criteri di equità geografica. Il 77,9% del totale (205.528.000 So. Sh.) era destinato alla regione del Benadir, comprendente la capitale Mogadiscio, mentre il restante 23% era distribuito tra le altre 17 regioni.

La regione del Medio Juba ricevette, per il 1988, uno stanziamento di 4.646.000 scellini, cifra ben lontana dal soddisfare le necessità di funzionamento del solo programma di Phc rurale nel di-

15. Kasongo Project Team, «Primary Health Care for less than One Dollar», *World Health Forum*, vol. 5, 1984, pp. 211-215.
16. J. Chabot e C. Waddington, *op. cit.*.
17. G. Cumper, *op. cit.*

stretto di Jilib [18].

Non si può non considerare, infine, la sempre più forte riduzione, sia in termini di assegnazione percentuali che in termini di potere reale di acquisto, delle somme che il governo stanziava per la salute. In termini percentuali, l'ammontare delle risorse destinate al Ministero della Sanità erano diminuite, nel periodo 1984 - 1987, dal 2,4 all'1 per cento del totale delle attribuzioni ai vari ministeri. In termini di potere d'acquisto reale basti considerare che, seppure le spese del Ministero della Sanità erano aumentate da circa 150 milioni di scellini nel 1984 a circa 227 milioni di scellini nel 1987 (33,8% in più), negli stessi anni l'inflazione aveva raggiunto rispettivamente il 42, il 69 e il 55 per cento, vanificando sostanzialmente l'aumentato esborso in scellini [19]. La comparazione con i dati del 1985 (tab. 5) è esemplificativa del forte deprezzamento della moneta somala, per cui nel 1988 una spesa, che in lire era minore a quella effettuata nel 1985, corrispondeva invece ad un esborso più che raddoppiato in scellini, rispetto a quattro anni prima.

Accanto a queste considerazioni, ne emerge un'altra: in una pianificazione di mezzi - anche finanziari - atti a soddisfare le esigenze di un'attività di Phc, occorre tenere presente la necessità di sostanziali reinvestimenti anche nel breve periodo. Infatti, si assume che per voci quali la formazione del personale sanitario locale e gli autoveicoli i benefici derivanti dagli investimenti effettuati non durino più di cinque anni. Daltronde, in un progetto che basa tanta parte dell'assistenza primaria su attività *labour-intensive*, non è ragionevole aspettarsi che possano durare oltre i cinque anni gli effetti di corsi di addestramento relativamente brevi per personale con scarso livello di istruzione. Occorreranno, quindi, attività sostanziali di *retraining*, che vanno ad aggiungersi alle attività di formazione permanente sul campo (*on the job training*) e alle visite di supervisione già attuate dal progetto.

Tab. 6 - Stima dei principali reinvestimenti pro capite ogni 5 anni (in lire italiane)

Veicoli	3.534
Formazione	601
Ammortamento edifici [a]	2.120
Totale *pro capite*	6.255

[a] Calcolato sul 20% del costo totale degli edifici, per i quali si assume una vita media di 25 anni.

18. Ministry of Health of Somalia and the World Bank, *op. cit.*
19. Ministry of Health of Somalia and the World Bank, *op. cit.*.

Altra voce da considerare è il costo di ammortamento degli edifici in muratura, per i quali si assume una vita media di venticinque anni. La tab. 6 presenta una stima dei principali reinvestimenti da effettuare, in media, ogni cinque anni.

Assumendo come invariata la popolazione, la cifra da destinare ai reinvestimenti si aggira intorno ai 177 milioni di lire ogni cinque anni, pari a 22.692.308 scellini somali (cambio 1988).

Conclusioni

L'introduzione di attività di Phc nell'area rurale del distretto di Jilib poteva considerarsi come una esperienza riuscita e comunque indispensabile, vista la grave carenza, per non dire mancanza, di altre strutture sanitarie a cui fare riferimento.

Nondimeno i costi del progetto sono stati alti, e non potrebbero essere affrontati da un paese con la somma che il governo somalo destinava alla sanità nel 1988. Applicando questo dato all'intera rete di Phc in Somalia, risulta evidente come questa non potesse sostenersi, quanto meno nel breve periodo, senza l'apporto sostanziale di enti finanziatori e organismi stranieri. Nel 1988 i flussi finanziari stranieri rappresentarono il 94,6% della somma utilizzata per la tutela della salute, a dimostrazione della preponderante tendenza del settore sanitario in Somalia a dipendere sempre di più dall'aiuto esterno.

Non è possibile sapere quanto, in questo momento, sia rimasto del sistema sanitario somalo. Sarà necessario un nuovo impegno finanziario di paesi donatori per la ricostruzione di strutture, per la formazione di nuovo personale e per il riequipaggiamento delle strutture. L'analisi dei dati del «programma Mareerey» suggerisce comunque alcune indicazioni che potranno essere utili in questa nuova fase, che ci auspichiamo sia prossima.

Le agenzie e gli organismi stranieri che vorranno fornire un contributo sostanziale alla riedificazione della rete di Phc, dovranno essere consapevoli dei costi generati dai loro stessi investimenti e, nel breve periodo, dovranno essere disposte a sostenerli. Nel caso del «programma Mareerey», si poteva stimare la cifra di circa 10 milioni di lire per spese di funzionamento all'anno per ogni 100 milioni di lire spese per costi di sviluppo. Inoltre, in fase di pianificazione delle attività e dei mezzi necessari per il loro funzionamento, si dovranno tenere presente le necessarie spese di reinvestimento da sostenere in media ogni cinque anni , che il finanziatore dovrà impegnarsi ad assumere.

Alcuni costi *pro capite* della Phc potrebbero comunque essere ridotti. Tramite una riorganizzazione delle spese interne, ad esem-

pio, si può dare preferenza a quelle attività che permettano il massimo uso di risorse e di manodopera locale, relativamente economiche rispetto alle voci che prevedono l'utilizzo di materiali di importazione o comunque ad alto uso di beni capitali (ad esempio, un uso più accentuato di figure sanitarie locali, già inserite nella popolazione, quali le Tba, per diffondere comportamenti di prevenzione delle malattie e di educazione sanitaria specificamente mirati a ridurre il consumo di farmaci, costosi e spesso pericolosi; ottimizzazione dei costi di formazione attraverso la centralizzazione delle attività di *training* del personale locale; maggior controllo sull'uso degli autoveicoli, basato su precise tabelle di velocità e di pesi trasportabili; eliminazione di buona parte dei costi amministrativi e logistici tramite una migliore utilizzazione delle strutture del Ministero della sanità, e così via). Molte altre misure di ottimizzazione delle risorse e di conseguente riduzione dei costi potrebbero essere studiate.

Dovrebbe in ogni caso essere aumentato il contributo del governo alla sanità, raggiungendo possibilmente il traguardo minimo del 2-3% del prodotto nazionale lordo. Gli enti donatori potrebbero contribuire al raggiungimento di questo obiettivo, sia in termini di contrattazione con il governo stesso, sia in termini di miglioramento della qualità della assistenza tecnica prestata al Ministero della sanità, in modo che questo possa operare un reale coordinamento tra le varie realtà che agiscono sul territorio e limitare, così, gli inevitabili sprechi di risorse. Sarebbe comunque necessaria una migliore e più equa distribuzione regionale delle somme destinate alla sanità, insieme con l'attivazione di meccanismi per la mobilitazione di ulteriori risorse finanziarie.

A conclusione dello studio è giusto osservare, come già altri hanno fatto che, per quanto importante sia la componente dell'efficienza in un programma sanitario e la sua capacità di autosostentamento, essa non può essere l'unico criterio di valutazione di un progetto. Se facessimo questo, avremmo probabilmente perso di vista i concetti di sviluppo e di salute della comunità, che stanno invece alla base della strategia di Phc. Nel caso della Somalia, individuare la riuscita di progetti di Phc esclusivamente in termini di loro sostenibilità a livello locale vuol dire votare quei progetti ad una rapida chiusura - con grave danno della gente somala - o addirittura arrivare alla conclusione che una strategia di Phc non è, allo stato, possibile.

19. LA DOMANDA DI SALUTE: UN ESPERIMENTO DI VALUTAZIONE DELLA EFFICIENZA DEI SERVIZI DI MEDICINA MODERNA IN RELAZIONE CON LA MEDICINA TRADIZIONALE

di *Francesca Declich*

Introduzione

In questo testo si presentano alcuni dati relativi a una ricerca sulla domanda di salute svolta nel 1987 nell'ambito del progetto di *Primary Health Care* (Phc) condotto dal Cisp nel distretto di Jilib[1]. Lo studio vuole essere un contributo alla valutazione dell'efficienza del progetto in relazione all'utenza dei servizi curativi. Due premesse concettuali sottintese a questo studio sono: primo, che in ogni cultura tradizionale esiste una domanda di salute gestita a livello tradizionale e, secondo, che le strutture di un progetto di Phc inducono un nuovo tipo di domanda di salute attraverso l'introduzione e l'uso di tecnologie mediche moderne. In altre parole, l'incontro tra i due diversi sistemi sviluppa nuovi gusti e inclinazioni nella popolazione[2]. Per un'analisi che tenesse in conto dell'incontro tra due differenti strutture di risposta a diverse «domande sociali» si è utilizzata la schematizzazione delle relazioni tra domanda e bisogno sanitario proposta da Akin *et al.* e riportata in fig. 1[3]. Per domanda sanitaria «congrua» si intende una domanda che riguarda esigenze reali di carattere sanitario a cui il sistema moderno può offrire una risposta adeguata (es.: medicinali efficaci); per «incongrua» si intende una domanda che si ricollega a pseudo-bisogni o a esigenze, seppur reali, di carattere non strettamente sanitario. Si tratta di concetti relativi al punto di vista adottato da chi li

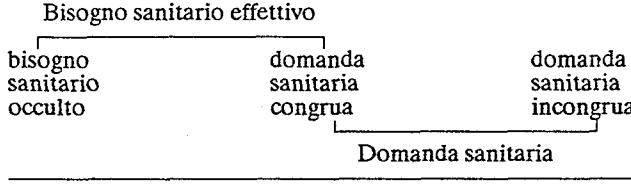
1. Si ringraziano: Teresa D'Arca per la continua collaborazione riguardante soprattutto gli aspetti medici dell'analisi dei dati; Chiara Venier per i consigli gentilmente forniti durante la preparazione del questionario; Francesca Patrizi per il paziente lavoro prestato per la codifica e l'*input* dei dati quantitativi; gli operatori di Phc della regione del Medio Juba e del distretto di Jilib per la gentile collaborazione.

2. P. Bourdieu, *Distinzione*, Il Mulino, Bologna, 1983.

3. J.S. Akin, D.K. Guilkey, C.C. Griffin, B.M. Popkin, *The Demand for Primary Health Services in the Third World*, Rowan & Allanheld, Totowa, 1985.

adopera, cioè da quale dei due sistemi parte l'osservazione. Si intende per «bisogno occulto» quel bisogno che non raggiunge il livello di consapevolezza della popolazione e tende quindi a rimanere inespresso.

Fig. 1. - Relazione tra domanda e bisogno sanitario



In questo studio i concetti sopracitati sono strumentali a svelare le differenze tra i due sistemi, tradizionale e moderno, di tratta mento del problema «malattia» e gli ambiti di sovrapposizione e di non sovrapposizione tra di essi.

Tendenzialmente, quando si interviene in una cultura tradizionale con un sistema moderno di risposta alle necessità sanitarie, le richieste di tipo curativo si esprimono come domanda sanitaria presso la struttura moderna, mentre quelle di natura preventiva tendono a rimanere nello spazio del bisogno occulto. Alcuni bisogni, invece, a seconda delle condizioni storiche e culturali del momento, restano di pertinenza della struttura tradizionale esprimendosi, secondo le categorie tradizionali, in domanda sanitaria presso la struttura tradizionale. Spesso nell'ambito del sistema tradizionale anche alcuni bisogni che definiremmo non sanitari tendono a esprimersi in domanda sanitaria.

Obiettivi e metodologia

Le domande principali che ci si è posti riguardano: (a) il gradimento del servizio sanitario offerto dal progetto; (b) l'uso corretto dei servizi preventivi e curativi; (c) la «congruità» della domanda dei servizi in rapporto al bisogno di salute.

La complessità di queste problematiche avrebbe richiesto un disegno di ricerca complesso comprendente uno studio demografico articolato. Non essendo questo alla portata del progetto, si sono individuati alcuni indicatori che potessero essere rilevati attraverso una procedura più semplice.

In relazione al primo problema si decise di considerare «i nuovi utenti», ossia coloro che non avevano mai avuto accesso alle strutture sanitarie di secondo livello del progetto, e di verificare se il

ricorso alla struttura ambulatoriale fosse o meno la loro prima scelta. Nel caso non lo fosse stata, si verificava a quale altro sistema curativo disponibile fosse andata la loro preferenza. Nel distretto di Jilib risultavano infatti presenti altri due sistemi curativi, quello tradizionale e quello moderno commerciale, ovvero le farmacie private. Si pensava che scegliendo come gruppo da studiare i nuovi utenti si sarebbero evidenziate le attese più genuine della popolazione nei confronti dei servizi, poiché coloro che vi avevano già ricorso avrebbero avuto una idea più precisa di cosa potevano aspettarsi dagli operatori sanitari.

Relativamente alle altre due questioni, si decise di valutare l'uso della rete periferica di Phc e di stimare l'entità della domanda «incongrua» (cioè di quella domanda che sopravvaluta o valuta in maniera inattesa i bisogni di salute reali).

Non fu realizzato un vero e proprio campionamento, che per motivi organizzativi era molto difficile in questo tipo di strutture di base, ma furono intervistati tre quarti dei nuovi utenti di tutte le età presentatisi al centro di salute nel settembre del 1987. Per la maggior parte dei bambini al di sotto degli otto anni fu intervistato un accompagnatore adulto.

A questo campione di 287 persone fu somministrato un questionario scritto in inglese e tradotto in lingua somala, formulato dopo un *pre-test* su 22 utenti. Furono utilizzati due intervistatori che parlavano entrambi italiano, somalo meridionale e swahili, i quali operavano a turno con la diretta supervisione dell'antropologa. Gli intervistatori erano stati istruiti durante il *pre-test* sulle finalità dello studio e le modalità di somministrazione.

Il questionario era suddiviso in diverse parti: (a) dati demografici ed economici; (b) dati sui sintomi del malessere descritti dal punto di vista del malato; (c) dati sulle motivazioni al ricorso presso l'ambulatorio; (d) dati sui ricorsi a altro tipo di strutture sanitarie e risultati; (e) visita medica dell'utente. Infine, un giudizio sulla congruità del ricorso veniva espresso soggettivamente da un medico del *team* dopo la visita all'utente.

Descrizione del campione studiato

Nel campione dei nuovi utenti riportato in tab. 1, c'era un 53% di maggioranza femminile rispetto a un 47% di maschi [4]. Si nota però una maggiore affluenza maschile nelle età infantili. Al di sotto dei 5 anni di età il 60,7% sono maschi e il 39,3% sono femmine;

4. Da ora in poi i nuovi utenti che fanno parte del campione saranno per brevità indicati genericamente come «utenti».

più o meno le stesse percentuali si mantengono nelle età tra i 6 e i 15 anni dove i maschi sono il 53,7% rispetto al 46,3% delle femmine.

Tab. 1 - Età degli utenti per sesso

	Femmine	%	Maschi	%	Totale	%
≤ 5 anni	24	15,8	37	27,4	61	21,3
6-15 anni	19	12,5	22	16,3	41	14,3
16-25 anni	44	29,0	27	20,0	71	24,7
26-45 anni	47	30,9	27	20,0	74	25,8
> 45 anni	18	11,8	22	16,3	40	13,9
Totale	152		135		287	100,0

Tra gli utenti vi era un'affluenza di quasi quattro volte maggiore da parte dei gruppi di cultura pastorale/nomade. Sebbene non si disponga di informazioni precise sulla numerosità dei vari gruppi culturali presenti nell'area, si può dire che la sproporzione rifletta essenzialmente la composizione demografica della popolazione.

La maggior parte dei pastori/nomadi ora stanziati nell'area erano stati reinsediati dalle regioni settentrionali in seguito alla siccità del 1972; essi vennero trasferiti inizialmente a Dujuma ed in seguito negli attuali villaggi attorno a Jilib.

Analizzando il dato relativo ai villaggi di provenienza degli utenti (tab. 2), si nota come il maggior numero di utenti (78%) provenisse da villaggi siti in un raggio di 20 Km dall'ambulatorio.

Tab. 2 - Villaggi di provenienza dei ricorrenti

Villaggi	Distanza			Totale	%
	≤5 Km	6-20 Km	>20 Km		
Non di progetto	-	14	63	77	26,8
Di progetto (dal 1985)	28	-	-	28	9,8
Di progetto (dal 1987)	85	97	-	182	63,4
Totale	113	111	63	287	100,0
%	39,3	38,7	22,0		

Rimane comunque piuttosto alta la percentuale di coloro (22%) che usufruivano delle strutture sanitarie del programma pur vivendo a più di 20 chilometri di distanza, il che implica approssimati-

vamente quattro ore di cammino per raggiungere il centro sanitario e quindi una intera giornata utilizzata a questo solo scopo. Questa percentuale può essere in parte spiegata dal fatto che i dati si riferiscono alla nuova utenza, mettendo al contempo in luce la carenza - per non dire mancanza - di altre strutture sanitarie nell'area. Il 9,8% del totale degli utenti proveniva da villaggi coinvolti nelle attività del progetto fin dal 1985, mentre il 63,4% degli utenti viveva in villaggi interessati dal progetto solo dal 1987. Circa un terzo degli utenti (26,8%), infine, proviene da villaggi non interessati dalle attività del progetto, e di questi più dell'80% da villaggi situati a oltre 20 chilometri dal centro sanitario.

L'occupazione maggiormente diffusa tra gli utenti era l'agricoltura con un 46%; il 16,5% svolgeva lavori salariati, mentre il 12,5% svolgeva attività occasionali pagate. Il 30% svolgeva una occupazione plurima e quasi tutte le donne lavoravano, oltre a svolgere le usuali attività domestiche.

Il 70% degli intervistati in età adulta era analfabeta.

Analisi dei risultati

Uno dei dati rilevanti per l'analisi è il fatto che il 67,2% degli utenti si rivolgevano all'ambulatorio dopo aver ricorso a un'altra cura: il 14,6% alla tradizionale, il 38% alla moderna e il 14,6% a entrambe, tradizionale e moderna privata. Dichiarano dunque di aver usato medicina tradizionale prima del ricorso al centro sanitario il 29,2% dei ricorrenti, come mostrato nella tab. 3.

Tab. 3 - Strategie curative adottate precedentemente al ricorso

	Freq.	*%*
Nessuna	94	32,8
Tradizionale	42	14,6
Moderna	109	38,0
Mista	42	14,6
Totale	287	100,0

Pur prendendo in considerazione il fatto che probabilmente un certo numero di ricorsi alla medicina tradizionale non era stato dichiarato agli intervistatori per motivi culturali [5], l' alta percentuale di uso di medicina moderna (38,0%) è un indicatore da analizzare

5. In paesi islamici spesso le pratiche curative tradizionali vengono discriminate come contrarie alla religione (I.M. Lewis, *Islam in Tropical Africa*, Oxford U.P., 1966) e sono quindi aspetti di cui si fa poca menzione in pubblico.

attentamente. Poiché nel raggio di 50 chilometri non esistevano strutture polivalenti di assistenza sanitaria pubblica, si deve dedurre che gli intervistati avessero fatto ricorso alle farmacie private in funzione nella zona. In queste strutture, infermieri diplomati vendevano le medicine in base a una descrizione della malattia fatta dal paziente. Inoltre, alcuni abitanti del luogo che avevano avuto occasione in passato di apprendere tecniche della medicina moderna, come la pratica delle iniezioni, erano considerati dai locali in grado di consigliare medicinali per via parenterale.

In altre parole, c'era fiducia nelle iniezioni e nei *kaniin* (pastiglie), anche se a livello popolare di essi si sa ben poco. Pillole ed iniezioni venivano considerate adatte per quasi tutte le malattie, da usarsi con gli stessi criteri della medicina tradizionale, al di là della composizione dei preparati somministrati. Al proposito sono indicative le risposte date alla domanda relativa al nome della cura moderna eventualmente intrapresa prima del ricorso all'ambulatorio. «*Kaniin addei* (pasticche bianche)», «*kaniin guddud* (pasticche rosse)», «*kapsul* (capsule)» o «non lo so» erano le risposte più frequenti date alla domanda sul tipo di cura moderna svolta.

Potremmo dire perciò che si era diffuso un sistema di medicina «para-moderno» e «commerciale» (costituito sostanzialmente dalle farmacie private) che non aveva del sistema moderno le stesse caratteristiche di impatto positivo sullo stato di salute della popolazione, ma che di esso aveva analoghe caratteristiche istituzionali e di controllo sociale. Esso creava ruoli di potere mantenuti tramite l'accesso alla distribuzione di medicinali e in essa fasce di popolazione riponevano speranze di salute. Infine, gli utenti che avevano fatto ricorso alla medicina tradizionale prima di ricorrere al dispensario era per il 66,7% donne e per il 33,3% uomini. Anche la percentuale dei bambini sotto i 5 anni che facevano ricorso alla medicina tradizionale era più che doppia (33,3%) rispetto alla percentuale di bambini curati tramite la moderna (15,6%). Sulla base di questi dati sembrerebbe che le donne, che sono peraltro coloro che si occupano dei bambini di età inferiore ai 5 anni, tendessero a usare frequentemente la medicina tradizionale anche nel momento in cui una forma di medicina di tipo moderno interagiva con il sistema medico locale.

La tab. 4 mostra i dati relativi alle differenti strategie curative intraprese prima del ricorso al centro sanitario del programma di Phc, suddivise in base al successo ottenuto nelle cure. Il numero totale dei soggetti è in questo caso di 193, essendo stati esclusi coloro che avevano dichiarato di non essersi sottoposti ad alcuna cura prima del ricorso al centro.

Dai dati emersi, la percentuale di guarigioni dichiarate - non ha rilevanza se vere o presunte - si mantiene piuttosto bassa (14%).

Tab. 4 - Strategia curativa precedente al ricorso e risultato ottenuto

Cura	*Guarito*	*Non guarito*	*Guarito solo in parte*	*Totale*	*%*
Tradizionale	6	19	17	42	21,8
Moderna	13	45	51	109	56,4
Mista	8	19	15	42	21,4
Totale	27	83	83	193	100,0
%	14,0	43,0	43,0		

L'86% dei 193 utenti che, prima di venire in ambulatorio avevano fatto ricorso ad altre cure, ne era invece rimasto insoddisfatto. Tra coloro che avevano dichiarato di essere guariti, il numero maggiore di occorrenze si rilevava tra coloro che avevano usato la strategia curativa «mista» (8 su 42, pari al 19%). Per ciò che riguarda i «guariti solo in parte» il numero più alto di occorrenze nonché la più alta percentuale è rappresentata da coloro che avevano usato la medicina moderna.

Come si può notare dalla tab. 5, le classi d'età maggiormente rappresentate, tra gli utenti che hanno comunque utilizzato un differente tipo di cura prima di adire al centro sanitario distrettuale, sono quelle dei gruppi in età produttiva, dai 16 ai 45 anni. Segue a qualche distanza il gruppo dei bambini fino a 5 anni e delle persone anziane, mentre decisamente inferiore è l'utilizzo di diverse forme terapeutiche da parte dei bambini al di sopra dei sei anni e degli adolescenti, dove la percentuale di coloro che non hanno precedentemente utilizzato alcun tipo di cure supera il 51% del totale del gruppo.

Tab. 5 - Strategie curative precedenti al ricorso per classi di età

	Ness.	*%*	*Trad.*	*%*	*Mod.*	*%*	*Mista*	*%*	*Tot.*	*%*
≤ 5 anni	23	24,5	14	66,7	17	6,4	7	16,7	61	21,3
6-15 anni	21	22,3	3	14,3	14	12,8	3	7,1	41	14,3
16-25 anni	18	19,2	10	47,6	28	25,7	15	35,7	71	24,7
26-45 anni	24	25,5	11	52,4	29	26,6	10	23,8	74	25,8
> 45 anni	8	8,5	4	19,0	21	19,3	7	16,7	40	13,9
Totali	94	32,8	42	14,6	109	38,0	42	14,6	287	100,0

In quanto alla scelta di differenti strategie curative, quella «moderna» risulta quella a cui più avevano fatto ricorso gli utenti tra i 16 e i 45 anni, mentre per i bambini fino a 5 anni il ricorso si era

orientato maggiormente verso rimedi di tipo tradizionale (66,7%).

Passando a esaminare le occupazioni degli utenti, infine, si nota una certa corrispondenza tra l'appartenenza a un determinato gruppo e l'applicazione e il tipo delle cure effettuate prima del ricorso. Il 52,6% degli utenti agricoltori avevano fatto ricorso alla medicina tradizionale prima di presentarsi in ambulatorio, a differenza di coloro che praticavano la pastorizia, dei quali solo il 24,8% aveva avuto contatti con strategie curative di tipo tradizionale. Una percentuale simile di entrambi i gruppi (54,8% per i pastori e 52,6% per gli agricoltori) aveva fatto ricorso alla medicina moderna. Solo il 19,3% degli agricoltori si era rivolto all'ambulatorio senza aver precedentemente usato altre cure in comparazione con il 36,1% dei pastori. La tendenza verso l'uso della medicina tradizionale sembrerebbe legata anche alle caratteristiche culturali della popolazione. D'altronde, poiché la maggior parte dei nomadi/pastori seguiti in ambulatorio faceva parte del gruppo dei reinsediati, diversi fattori legati a questo *status* potevano essere intervenuti nel creare questa tendenza. Si pensi alle cure mediche moderne di emergenza che ai reinsediati furono indirizzate prima e durante il reinsediamento stesso. Durante il processo di trasferimento, inoltre, il sistema di cure tradizionali potrebbe essersi modificato notevolmente.

Esaminando infine il rapporto tra gli intervistati e i *Community Health Worker* (Chw) di villaggio, è emerso che solo 72 utenti si erano recati presso il centro sanitario distrettuale in base alla segnalazione dei Chw del loro villaggio. Solo nel 25,1% dei casi, quindi, i Chw avevano attuato quella funzione di filtro di primo livello che tale figura sanitaria dovrebbe rappresentare. Escludendo tutti coloro che provenivano da villaggi in cui, all'epoca, non operavano Chw, restava ancora un gruppo di 87 ricorrenti che, pur provenendo da aree incluse nel progetto, in cui lavoravano i Chw, non vi si erano recati, come di regola, prima di riferirsi al centro distrettuale. E' una proporzione piuttosto alta, rappresentando il 54,7% di tutti coloro che, tra gli intervistati, avevano accesso ai Chw.

Questo dato va integrato con altri relativi alla conoscenza personale dei Chw. A tutti gli utenti era richiesto se conoscevano il nome del Chw del loro villaggio. Il 34,5% seppe indicare un nome esatto, il 20,9% non ne conosceva il nome, mentre il restante 44,6% dichiarò di non conoscere l'esistenza di una figura quale quella del Chw (tab. 6).

Risulta inoltre che anche il 35,4% di coloro che conoscevano il nome del Chw non lo avevano consultato prima di ricorrere all'ambulatorio. Sembra d'altra parte rilevante la conoscenza specifica di un Chw nella decisione di interpellare la struttura sanitaria di primo livello, visto che solo l'11,1% del totale di coloro che si erano

precedentemente recati presso il centro sanitario di villaggio non aveva saputo indicare il nome dell'operatore a cui si era rivolto. Questo dato indica la necessità di svolgere attività per migliorare il sistema di filtro dei Chw.

Tab. 6 - Visite al centro sanitario di villaggio e conoscenza dei Community Health Worker

Visita	*Conoscenza del nome dei Chw*				*Totale*	*%*
	Si	*%*	*No*	*%*		
Sì	64	64,6	8	13,3	72	45,3
No	35	35,4	52	86,7	87	54,7
Totale	99		60		159	100,0

L'85,4% dei nuovi utenti esprimeva una domanda pertinente (tab. 7); il 14,6% aveva una percezione dei sintomi che non corrispondeva con quella dello *staff* dell'ambulatorio. All'interno di quest'ultima categoria, però solo il 2,1% esprimeva una domanda in relazione a un bisogno completamente assente.

Tab. 7 - Congruità del ricorso in relazione alla gravità della malattia

Congruità	*Gravità*			*Totale*	*%*
	non grave	*serio*	*grave*		
Congruo	13	118	108	239	85,4
Incongruo	6	19	16	41	14,6
Totale	19	137	124	280 [a]	100,0

[a] Dei 7 casi mancanti non si è potuta valutare la congruità del ricorso in relazione alla serietà della malattia.

Coloro che si presentavano presso il centro distrettuale in situazioni di salute peggiori erano i bambini in età inferiore ai 6 anni: essi costituivano il 50% dei gravissimi e il 37,9% dei gravi. La maggioranza dei non gravi era invece addensata nella classe tra i 16 e i 25 anni con il 42,1% sul totale.

Per incongruità del ricorso si è inteso un concetto nato da alcune osservazioni fatte durante le attività iniziali del centro di salute. Si considerava «incongruo» il caso di chi si rivolgeva al centro di salute per il trattamento di condizioni che non potevano essere trat-

tate con un intervento medico. Si considera «incongruo» anche il caso di chi si rivolgeva al centro di salute accusando disturbi che non erano molto rilevanti, ma durante la visita si scopriva che aveva malattie più gravi che lui non rilevava. Questo concetto, lo ripetiamo, è solo strumentale per rilevare situazioni nodali dell'incontro tra i due sistemi moderno e tradizionale di risposta al bisogno sanitario. All'inizio si ipotizzava che una buona parte dei casi incongrui fossero donne, legando la diffusione dell'idea di presunta malattia alla situazione di marginalità femminile[6]. Al contrario di ciò che si pensava, la maggior parte dei ricorsi «incongrui» erano di sesso maschile, il 58,1% rispetto al 41,9% delle donne che pure sono in maggior numero nel campione analizzato.

Conclusioni

In base ai dati presentati, si possono dare alcune interpretazioni. Un ampio settore di popolazione si rivolgeva alla struttura di Phc in seconda istanza. I motivi non sono del tutto chiari: può trattarsi di una insufficienza del servizio, di mancanza di coinvolgimento della popolazione nel progetto, delle difficoltà di trasporto per giungervi come di altri motivi. Per alcuni, quelli che si rivolgevano prima alla medicina tradizionale e a quella commerciale, la Phc era l'ultima possibilità. L'alto tasso di insoddisfazione per le altre cure sembra portarli a rivolgervisi. Non è chiaro se il progetto potesse offrire soluzioni, vista la evidente scarsità di strutture in rapporto alla popolazione. Sarebbe valido in futuro valutare la soddisfazione che questi nuovi utenti avevano ottenuto dal ricorso presso le strutture del progetto.

E' invece molto preoccupante il dato sul non uso dei Chw. Laddove i Chw non sono conosciuti, bisogna sviluppare un sistema di informazione. Questo va fatto con specifici programmi informativi direttamente indirizzati agli abitanti dei villaggi. Evidentemente la scelta di considerare i Comitati di villaggio ed i Chw stessi quali principali strumenti informativi sul sistema di strutture sanitarie periferiche non è adeguata.

Per quanto riguarda la congruità dei bisogni si può concludere che sembra esservi non tanto una sopravvalutazione di essi quanto una loro sottovalutazione, specialmente se si considera l'esistenza dei bisogni occulti.

Coloro che prima di ricorrere al centro di salute avevano ricorso

6. Anche nei paesi occidentali esiste questo tipo di incongruità e all'interno di essa si esprimono spesso disagi sociali e bisogni di sicurezza, anche se non esistono dati sulle percentuali di occorrenza.

alla sola medicina tradizionale, sono quelli che hanno collezionato un tasso minore di incongruenza. Questi costituiscono il 7,5%, rispetto al 16,1% di coloro che non si sono curati affatto, al 17,8% di coloro che si erano rivolti alla medicina moderna e al 14,3% di coloro che le avevano provate entrambe. Non è semplice interpretare un tale dato, ma se è vera l'ipotesi che i casi incongrui sono anche sintomo di disagio sociale, coloro che hanno fatto ricorso alla medicina tradizionale prima di giungere in ambulatorio sono quelli che mantengono una struttura di risposta al bisogno di salute più chiara e meno conflittuale poiché si sono rivolti alla medicina tradizionale[7] e non anche a quel sistema medico che abbiamo identificato come «para-moderno» o «commerciale».

7. Questo pone interrogativi sul miglior modo di includere la medicina tradizionale nelle strategie sanitarie nazionali. Sulla medicina tradizionale si veda: A. M. Ahmed *Somali Traditional Healers: Role and Status*, in A. Puglielli (ed.), *Proceedings of the Third International Congress of Somali Studies*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1988; A. Antoniotto, *Approccio antropologico ad alcuni aspetti della medicina tradizionale in Somalia*, in *La formazione del medico di comunità*, I quaderni di Cooperazione, Fratelli Palombi, Roma, 1985; B. Bernardi, «La professionalizzazione della medicina tradizionale in Africa», *Africa*, 1, Istituto Italo-Africano, Roma, 1984, pp. 1-19; P. Coppo, R. Misiti, F. Giannattasio, *Medicine traditionelle et psychiatrie dans deux pays africains: quelques observations*, in Dgcs, Mae, Cnr, *Medicine traditionelle, psychiatrie et psycologie en Afrique*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1988; A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology medicine and psychiatry*, University of California Press, Berkeley, 1978; B. Wisner, *Power and need in Africa. Basic human needs and development policies*, Earthscan, London, 1988.

20. LO SVILUPPO FISICO DEI BAMBINI IN UN'AREA RURALE DEL MEDIO GIUBA

di *Francesco Branca*

Introduzione

L'antropometria infantile è usata normalmente come indicatore dello stato di salute e dello sviluppo socio-economico di una popolazione. Il grado di sviluppo fisico, espresso dal peso, dalla statura e dal rapporto tra queste due misure, è infatti un indice della suscettibilità dei bambini alle malattie e della loro capacità di risposta ad esse[1] e, al tempo stesso, l'espressione cumulativa dello *stress* subito dai bambini, per effetto di una alimentazione inadeguata e dei passati episodi di malattia. Questi fattori sono in relazione al benessere e alla qualità della vita delle famiglie, alle modalità di distribuzione delle risorse all'interno del nucleo familiare nonchè alla disponibilità e alla accessibilità delle strutture sanitarie.

Per queste ragioni, l'antropometria infantile è uno strumento irrinunciabile dei programmi di intervento sanitario: nella fase di pianificazione essa consente di individuare le comunità o i gruppi più a rischio e nella fase di valutazione può essere utilizzata per verificare l'efficacia e l'impatto delle azioni compiute. Per la natura multifattoriale dello sviluppo fisico dei bambini è necessario, tuttavia, interpretare con cautela i risultati di questi studi ed eliminare nell'analisi i fattori confondenti. Con queste precauzioni, la valutazione dell'accrescimento fisico dei bambini resta uno degli strumenti più sensibili delle variazioni del livello di salute e di benessere di una popolazione.

Nelle pagine che seguono sono presentati i risultati di un'indagine, condotta nell'agosto del 1988, tesa ad accertare il grado di svi-

1. L.C. Chen, A.K.M. Alauddin Chowdhury, S.L. Huffman, «Anthropometric assessment of protein-energy malnutrition and subsequent risk of mortality among preschool aged children», *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 23, n. 15, 1980, pp. 1836-1845.

luppo fisico dei bambini al di sotto dei cinque anni di età nell'area di Mareerey e verificare lo stato di avanzamento del programma di *Primary Health Care* (Phc).

Il programma di Phc aveva interessato, tra il 1985 e il 1986, solo un primo nucleo di villaggi, abitati in prevalenza da una popolazione di ceppo bantu: Mareerey, Hargeysa e Baruji. In questi villaggi, che definiremo «vecchi», erano stati vaccinati i bambini al di sotto dei cinque anni ed erano attivi un dispensario (Phc *unit*), con annesso un centro materno-infantile. A partire dal 1987 erano stati coinvolti nel programma anche altri villaggi, prevalentemente abitati da Somali provenienti dalle regioni settentrionali e reinsediati nell'area dopo la siccità del 1974 (v. cap. 9): Guddudey e Bulo Banaan. Questi villaggi, che definiremo d'ora in poi «nuovi», distavano 10-15 Km dai «vecchi» e dal dispensario. La maggioranza delle famiglie dei «vecchi» villaggi coltivava i propri appezzamenti di terra e lavorava nelle piantagioni di canna da zucchero, mentre gli abitanti dei villaggi «nuovi» trovavano impiego per lo più come lavoratori salariati.

Questa indagine fu effettuata in un momento in cui le attività di Phc si andavano estendendo ai villaggi «nuovi». La differenza di intensità con cui l'intervento era stato realizzato nei due gruppi di villaggi avrebbe consentito di considerare i «nuovi» villaggi come controlli[2]. Inoltre, disponendo di informazioni sullo sviluppo fisico dei bambini del villaggio di Mareerey nel 1985, all'apertura del programma, sarebbe stato possibile formulare un giudizio sull'effetto della introduzione della Phc nell'area.

Metodologia

Campionamento

Per la selezione dei soggetti fu seguita una procedura di campionamento «a grappolo» in due stadi: furono prima selezionati cinque villaggi (tre «vecchi» e due «nuovi») e poi, all'interno di questi, 330 nuclei familiari, estratti casualmente da una lista di circa 3.500 famiglie stilata in occasione del censimento. L'interesse che i capi dei villaggi mostrarono per la nostra iniziativa assicurò un ottimo livello di partecipazione, così che solo meno del 10% delle famiglie interpellate rifiutò di collaborare. Dal campione furono esclusi i bambini al di sotto dei quaranta giorni. La cultura locale imponeva che essi non venissero portati fuori casa e si pre-

2. P.H. Rossi, H.E. Freeman, *Evaluation: a systematic approach*, Sage Publications, London, 1982.

ferì semplificare la logistica evitando le visite domiciliari.

Raccolta e analisi dei dati

L'indagine prevedeva che i bambini al di sotto dei cinque anni fossero sottoposti ad antropometria e che ogni gruppo familiare rispondesse ad un questionario. Tutti i bambini e un adulto per ogni gruppo familiare (generalmente la madre) erano convocati a un punto di raccolta in ciascun villaggio. Il peso dei bambini fino a due anni era misurato con bilance meccaniche (Terraillon, portata massima di 16 Kg, approssimazione 5 g); la lunghezza supina con un infantometro portatile[3] con una approssimazione di 5 mm. I bambini più grandi erano pesati con bilance a lettura digitale (Seca, portata massima 120 Kg, approssimazione 100 g) e l'altezza con uno stadiometro portatile (Harpenden, con una approssimazione di 1 mm). Le misurazioni erano effettuate da noi stessi, con l'aiuto delle infermiere del centro Mch. Il questionario verteva sulla composizione del gruppo familiare, il suo stato socio-economico e i suoi contatti recenti con i servizi sanitari; sull'alimentazione dei bambini sotto i cinque anni, le vaccinazioni loro somministrate e gli eventuali disturbi e malattie avuti negli ultimi 7 giorni. Le domande, rivolte dagli infermieri del *team* di Phc, erano poste in lingua somala e le risposte erano riportate in inglese sulle schede.

I dati antropometrici sono stati analizzati usando un programma fornito dal Cdc, basato sulle curve di crescita del Nchs[4]. Per l'analisi della regressione multipla è stata utilizzata la procedura di inclusione progressiva delle variabili, escludendo i fattori che, se aggiunti al modello, non modificavano significativamente la varianza spiegata.

Risultati

Descrizione del campione

Il campione comprendeva 691 bambini al di sotto dei cinque anni: 352 nei villaggi «nuovi», 339 nei «vecchi», con un'età media di 31±18 mesi. Misure corrette di peso e statura furono ottenute per 626 bambini (91%). Nel solo villaggio di Mareerey, utilizzato per la comparazione con il 1985, furono misurati 116 bambini, con un'età media di 33±19 mesi.

3. Realizzato localmente secondo il modello dell'Ahrtag, riportato in Who, *Measuring change in nutritional status*, Geneva, 1983.

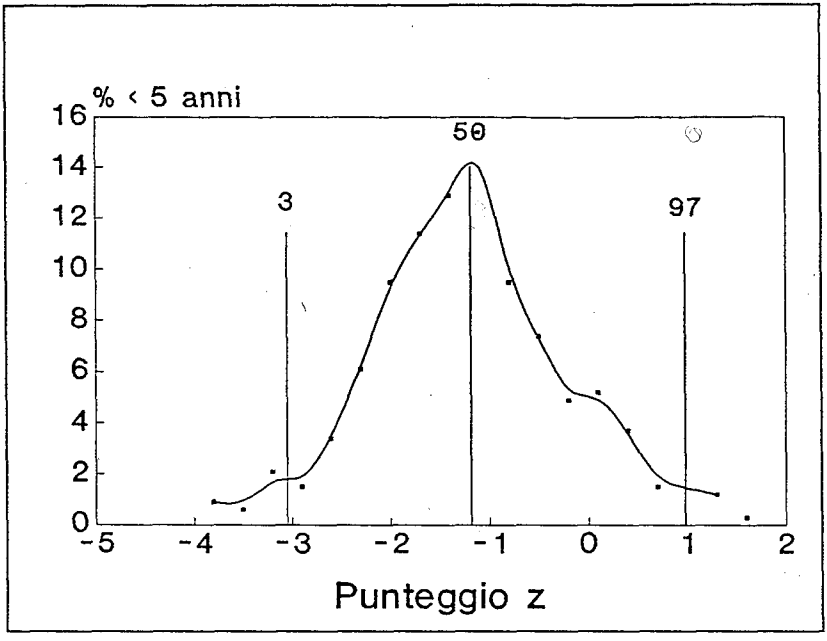


Fig. 1 - Distribuzione del punteggio z del peso per statura nei «nuovi» villaggi

Stato di nutrizione nei «nuovi» villaggi

Le figg. 1 e 2 mostrano, rispettivamente, la distribuzione del punteggio z[5] dei valori del peso per altezza e dell'altezza per età di 335 bambini sotto i cinque anni abitanti nei villaggi «nuovi». Il 50% dei bambini si trovava oltre 1,2 d.s. al di sotto dei valori di riferimento dell'altezza per età. Il 15% dei bambini era nettamente al di sotto di -2 d.s. del peso per altezza (livello di malnutrizione moderata) e il 10% era al di sotto di -3 d.s. dell'altezza per età, valore indicativo di ritardo nella crescita e di una situazione di malnutrizione cronica.

L'andamento della crescita risultava marcatamente influenzato dall'età, come mostra la fig. 3. Dopo il primo semestre di vita, la curva di crescita precipitava bruscamente, a confronto con i valori di riferimento, fino alla pubertà.

5. Il punteggio z esprime la differenza di ogni misura dal valore di riferimento, in rapporto alla deviazione standard della distribuzione della popolazione di riferimento. L'unità di misura del punteggio z è pertanto la deviazione standard (d.s.).

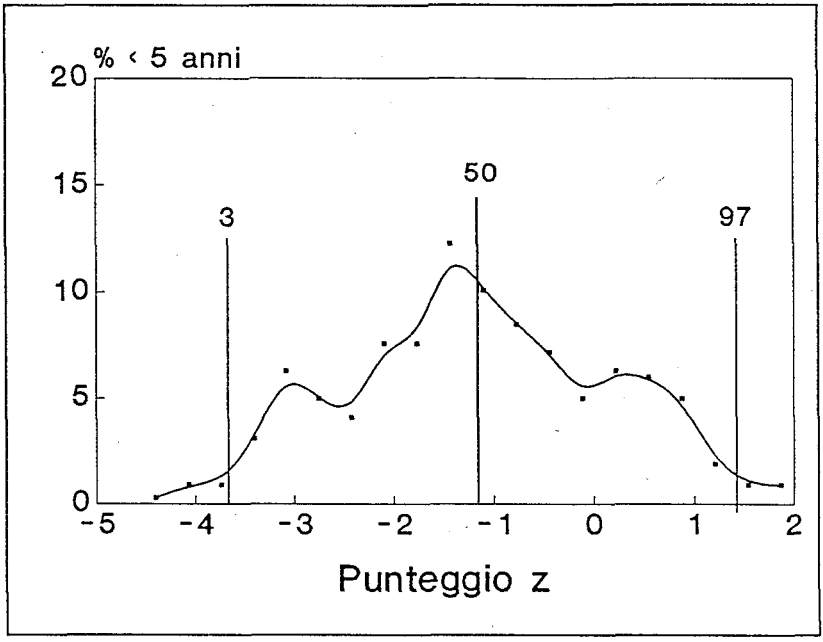


Fig. 2 - Distribuzione del punteggio z della statura per età nei «nuovi» villaggi

Tab.1 - Indicatori antropometrici nei «nuovi» e nei «vecchi» villaggi

Villaggi	*Punteggio z peso per altezza (m±d.s.)*	*Punteggio z altezza per età (m±d.s.)*	*Punteggio z peso per età (m±d.s.)*
«Nuovi» (n=327)	-1,2±1,1	-1,1±1,7	-1,7±1,4
«Vecchi» (n=301)	-0,8±1,1	-1,4±2,3	-1,6±1,6
Differenza fra «nuovi» e «vecchi»:			
t	-4,2	-1,5	-0,9
p	<0,001	n.s.	n.s.

Questo fenomeno è piuttosto diffuso nell'Africa orientale ed è tipico dei Paesi in via di sviluppo, ed è il risultato di velocità di crescita costantemente più basse di quelle della popolazione americana, da cui sono tratte le tabelle di riferimento.

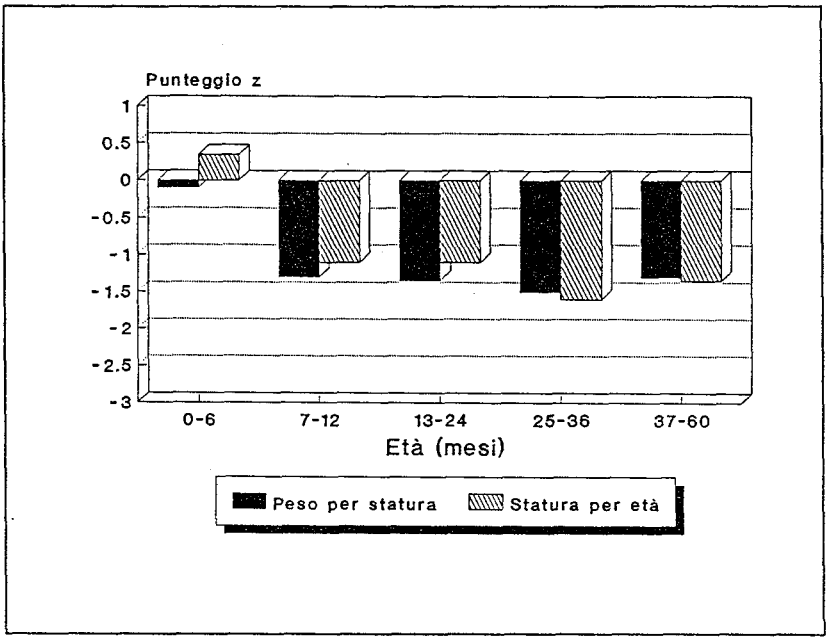


Fig. 3 - Effetto dell'età sugli indicatori antropometrici nei «nuovi» villaggi

Stato nutrizionale nei «vecchi» villaggi

Nei villaggi precedentemente interessati dal programma di Phc la mediana dei valori di peso per altezza risultava più vicina ai valori di riferimento (-0,8 d.s.) rispetto a quanto avveniva nei «nuovi» villaggi, mentre la mediana della altezza per età era più bassa nei villaggi «vecchi» che nei «nuovi». Tuttavia questa differenza non era statisticamente significativa (tab. 1). I bambini dei «vecchi» villaggi erano dunque più bassi, ma non altrettanto sottopeso, rispetto ai bambini dei villaggi «nuovi».

Abbiamo inoltre paragonato gli indicatori antropometrici osservati tra i bambini di Mareerey nel 1988 con quelli osservati nel 1985 su di un gruppo di 99 bambini di età media di 19±15 mesi nello stesso villaggio (tab.2). Il gruppo misurato nel 1985 aveva un'età media più bassa, ma ciò non dovrebbe alterare le conclusioni, poiché, come mostra la fig.3, il punteggio z del peso per statura era stabile tra i sei mesi e i cinque anni. Non si notavano differenze significative nella media del peso per statura o della statura per età. La distribuzione dei centili del peso per altezza presentava

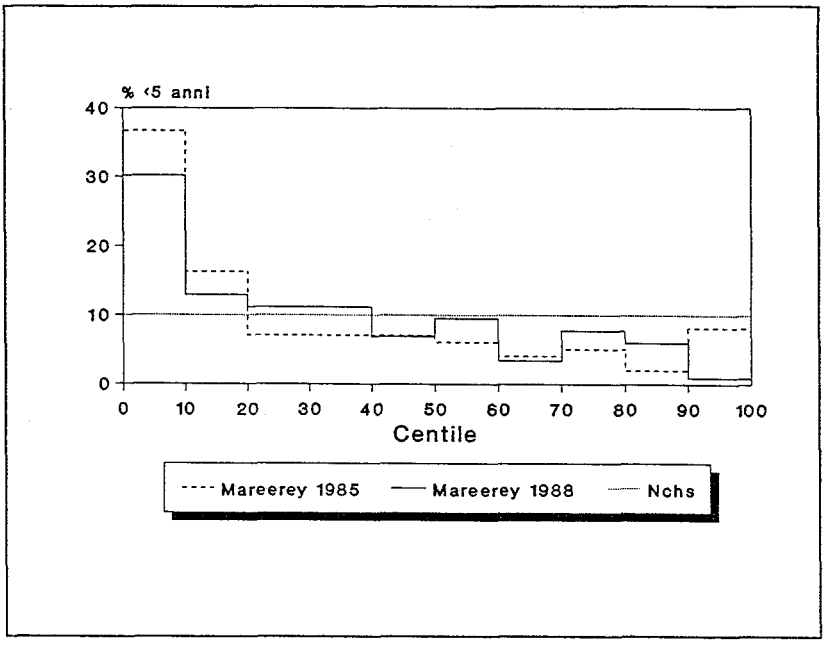


Fig. 4 - Distribuzione dei centili di peso per statura nel 1985 e nel 1988

tuttavia alcune differenze nel 1985 e nel 1988. La fig. 4 mostra uno spostamento dei valori verso i centili più alti, segno di un miglioramento dello stato di nutrizione. La differenza delle distribuzioni non risultava statisticamente significativa ($p=0,17$ nel *test* U di Mann e Whitney), ma la proporzione di bambini affetti da malnutrizione moderata e grave (< -2 d.s.), era diminuita dal 20% al 7%.

Tab. 2 - Indicatori antropometrici a Mareerey nel 1985 e nel 1988

	1985	1988	p
n	99	133	
Età (mesi)	19±15	33±19	<0,005
Peso per altezza (d.s.)	-0,7±1,4	-0,7±1,0	n.s.
Altezza per età (d.s.)	-1,7±2,1	-1,8±1,9	n.s.

Stato di nutrizione e variabili ambientali

Per mezzo dell'analisi della regressione multipla è possibile elaborare un modello dei fattori che contribuivano a determinare il

livello di sviluppo fisico dei bambini studiati. Come variabile dipendente fu scelto il punteggio z del peso per altezza, in quanto riflesso più immediato delle variazioni dello stato di nutrizione. Intendevamo verificare in tal modo se una diversa disponibilità di servizi sanitari avesse un effetto misurabile sullo stato di nutrizione. La tab. 3 elenca le variabili prese in considerazione dall'analisi e la tab. 4 i risultati. Il modello spiega solo il 17% della varianza, ma la retta di regressione è altamente significativa. L'appartenenza a una delle comunità coinvolte nel programma di Phc e l'aver completato almeno due cicli di vaccinazione avevano un effetto positivo sul punteggio z del peso per altezza. Un alto rapporto numerico adulti-bambini nel gruppo familiare (indice di relativa prosperità economica) incideva positivamente, mentre una malattia, anche se non grave, sofferta nella settimana precedente le misure di peso e statura, influiva negativamente.

Tab.3 - Variabili considerate nell'analisi dei fattori determinanti il peso per statura dei bambini

Età del bambino
Età della madre
N. dei membri della famiglia
N. di fratelli e sorelle
Intervallo temporale tra i parti
Rapporto tra adulti (sopra i 18 anni) e bambini (sotto i 14 anni)
Gruppo etnico
Gruppo di villaggi
Occupazione dei membri della famiglia
Rapporto tra membri che lavorano e membri disoccupati
Contatti con i servizi sanitari
Vaccinazioni
Malattie avute nell'ultima settimana

Tab. 4 - Fattori correlati con il punteggio z di peso per statura dei bambini

Fattori	*β*	*t*	*p*
Appartenenza ai «vecchi» villaggi	0,30	4,64	<0,0001
Rapporto adulti/bambini	0,20	3,21	<0,001
Almeno due cicli di vaccinazioni	0,15	2,40	<0,05
Malattia moderata/grave nell'ultima settimana	-0,13	2,12	<0,05
Costante	-1,78	-9,74	<0,0001
R^2=0,17			
F=11,07			<0,0001

Discussione

Il peso per statura è espressione dello sviluppo dei tessuti muscolare e adiposo ed è quindi considerato un indicatore delle forme acute di malnutrizione. Il nostro studio mostra una marcata differenza nel peso per la statura dei bambini dei villaggi «vecchi» rispetto a quelli dei villaggi «nuovi». In particolare, la prevalenza delle forme di malnutrizione moderata e grave (< -2 d.s.) era significativamente maggiore nei villaggi «nuovi», dove raggiungeva il 19% dei bambini misurati, rispetto ai villaggi «vecchi», dove era appena del 12% ($chi^2=6,4$; $p<0,05$).

E' interessante notare che la prevalenza di malnutrizione nei villaggi «nuovi» era simile a quella di Mareerey prima dell'istituzione dei servizi di Phc. A Mareerey non si verificò uno slittamento della curva di crescita della popolazione nel suo complesso, ma si ebbe una diminuzione di questi casi acuti, dal 20% nel 1985 al 7% nel 1988. A parte la differenza nell'età media dei due gruppi, non ci dovrebbero essere altri fattori di confondimento, quali la stagione o l'annata. Sia nel 1985 che nel 1988 le rilevazioni furono effettuate in agosto, subito dopo il raccolto, che in tutti e due gli anni fu soddisfacente. Il miglioramento dello stato di nutrizione tra il 1985 e il 1988 potrebbe essere dovuto tanto all'intensa attività di individuazione dei casi - col conseguente trattamento - di bambini malnutriti, quanto alla prevenzione e al trattamento delle malattie infettive, tramite vaccinazioni e somministrazione di antibiotici.

Tutti questi fattori, in effetti, risultano correlati al punteggio z del peso per la statura dei bambini, con una forza di associazione superiore a quella di altre variabili ambientali, quali l'occupazione, il gruppo etnico, ecc. Ci sembra quindi attendibile l'ipotesi che l'accesso ai servizi sanitari sia uno dei maggiori determinanti dello stato di nutrizione dei bambini nell'area studiata e che la differenza osservata tra villaggi «nuovi» e «vecchi» sia essenzialmente dovuta alla durata del coinvolgimento degli uni e degli altri nel sistema di Phc.

Il modello ricavato con l'analisi della regressione multipla non spiega che un quinto circa della varianza totale del peso per statura dei bambini. Esistono dunque altri fattori responsabili di queste differenze. In particolare, crediamo che non sia stata sufficientemente precisa l'individuazione dei gruppi socio-economici all'interno della comunità e che esistano differenze intra-familiari nell'accesso al cibo che dovranno essere prese in considerazione in futuro.

21. PUNTI DI VISTA DI OPERATORI SUL CAMPO

di *A. Alas Ali, Giuseppe Scozzafava e Stefania Pace*

Il ruolo del medico distrettuale nella «Primary Health Care»[1]

Il ruolo del medico distrettuale (*District Medical Officer*) è quello di programmare, attuare e valutare un programma di *Primary Health Care* (Phc), comprendendo in queste attività anche l'allocazione delle risorse umane e finanziarie a livello distrettuale.

Quali sono le funzioni di un manager sanitario di distretto?

Secondo la più recente letteratura[2], rientrerebbero tra i compiti di un *manager* di distretto la realizzazione di studi epidemiologici locali; la definizione di priorità sanitarie; l'analisi dei compiti necessari alla attuazione di un programma di Phc; la supervisione delle attrezzature sanitarie e l'elaborazione di rapporti per il livello superiore del servizio sanitario; l'allaccio e/o il miglioramento dei rapporti e il coordinamento sia tra i differenti livelli del sistema sanitario che tra i responsabili di attività diverse all'interno di uno stesso livello, così come tra gli operatori del settore sanitario e coloro che operano in settori ad esso correlati.

E' appropriata tale attribuzione ufficiale di mansioni?

L'attuale *job description* del medico distrettuale è appropriata in aree quali la responsabilità congiunta verso l'ufficiale sanitario regionale e il coordinatore regionale di Phc; la partecipazione al

1. Di A. Alas Ali.
2. J. P. Ranken, *The Work and Support of District Health Managers in Developing Countries*, Tropical Child Health Unit, Institute of Child Health, London. Who, *The Challenge of Implementation*, in *District Health System for Primary Health Care*, Who, Geneva, 1988.

Comitato per lo sviluppo del distretto; la raccolta di dati concernenti il sistema informativo sanitario distrettuale e così via.

Occorre però ricordare che le aree fondamentali in cui maggiormente si evidenzia la necessità di capacità manageriali sono anche quelle più critiche, quali l'organizzazione e la gestione della contabilità del programma, insieme alla preparazione di relazioni trimestrali da sottoporre all'ufficio regionale della Phc; la predisposizione annuale di bilanci di previsione di livello distrettuale da sottoporre all'ufficio regionale per la Phc; la determinazione, con cadenza trimestrale, dei fabbisogni di medicinali e di attrezzature per tutte le attività di Phc a livello di distretto, perché vengano sottoposti all'ufficio regionale di coordinamento per la Phc; l'organizzazione, a livello di distretto, di un'adeguata struttura logistica in grado di rifornire di medicinali e di attrezzature tutti i centri, i dispensari e le unità mobili di Phc e la registrazione, allo stesso tempo, di tutte queste attività; il controllo che i veicoli del programma ricevano una accurata manutenzione e vengano, comunque, utilizzati nella maniera più opportuna.

Problemi nella gestione della Primary Health Care

I problemi che ho rilevato durante il mio lavoro di ufficiale sanitario distrettuale sono stati:

- la carenza di competenze manageriali nel *team* sanitario di distretto nelle tre fasi della pianificazione, realizzazione e valutazione delle attività;
- lo scarso apprezzamento, da parte del personale sanitario, dell'importanza della Phc, basato soprattutto sulla bassa priorità ad essa assegnata durante i corsi di formazione di base;
- la tendenza a enfatizzare l'aspetto curativo della tutela della salute, dovuta ad attitudini personali, orientamenti ricevuti durante l'addestramento iniziale, mancanza di corsi di aggiornamento e di educazione permanente sui temi della gestione della Phc;
- l'insufficienza delle risorse disponibili per il settore sanitario, insieme con una loro non equa distribuzione e un loro non efficiente utilizzo;
- l'inadeguatezza del sistema informativo sanitario;
- la scarsa collaborazione intersettoriale, sebbene il Comitato di sviluppo distrettuale possa rappresentare una grande opportunità per i medici di distretto per informare e convincere i colleghi degli altri settori degli obiettivi della Phc e per promuovere attività in altri settori a beneficio della salute;

- la mancanza di consapevolezza , a livello comunitario, sul programma di Phc mentre il *team* sanitario di distretto, a sua volta, spesso non attribuisce il giusto valore alla partecipazione della comunità e non è possiede sufficienti motivazioni o capacità per facilitare e contribuire al coinvolgimento della comunità;
- lo scarso coordinamento e cooperazione tra servizi e attrezzature governativi e non;
- il mancato decentramento delle istituzioni, dei finanziamenti, nonché delle risorse materiali ed umane.

Rapporti tra organi di gestione centrali e periferici

E' opinione corrente che i *manager* a livello centrale visitino e supervisionino le attività periferiche, ma spesso sono coloro che operano a livello periferico ad avere maggiori motivazioni ed incentivi a contattare gli organi centrali per ottenere risorse, soluzioni a problemi e così via.

Nella realtà la situazione è piuttosto differente e può essere sintetizzata come segue:

- inadeguatezza nello sviluppo del sistema dei flussi informativi e del suo uso;
- mancanza di *feed-back*;
- concentrazione delle risorse finanziarie, umane e materiali a livello centrale.

L'esperienza delle campagne di vaccinazione[3]

Inizierò la scrittura di queste note sparse sulle vaccinazioni effettuate nel contesto del programma di Phc del Cisp nel Medio Giuba descrivendo brevemente le mie credenziali nel campo. Ho fatto parte del *team* del «programma Mareerey» dall'agosto 1985 al giugno 1986 e successivamente dal luglio 1987 all'agosto 1988, con funzioni di coordinatore delle vaccinazioni e *field coordinator*. In questa veste ho organizzato e messo in esecuzione, naturalmente con l'aiuto attivo del resto del *team* Cisp italiano e somalo, diverse campagne di vaccinazioni delle donne e dei bambini. In particolare, ho partecipato a dodici campagne di vaccinazione in sei villaggi, la cui grandezza variava da poche centinaia di persone a diverse migliaia.

Team composti da un minimo di sei ad un massimo storico di

3. Di Giuseppe Scozzafava.

ventidue persone si sono messi in azione per più giorni, i nostri fuoristrada hanno fatto centinaia di chilometri, una catena del freddo è stata mantenuta tra notevoli disagi e difficoltà, un intero apparato per la diffusione di informazioni e inviti alla vaccinazione è stato messo in funzione al momento opportuno. Migliaia di dosi contro il morbillo, la poliomielite, la pertosse, la difterite, il tetano e la tubercolosi sono state somministrate.

Una domanda si fa strada: da tutto questo lavoro emerge qualche indicazione generale su come impostare una campagna di vaccinazione in un'area rurale come era Mareerey? E ancora, tutto quello che è stato fatto è risultato utile e ha giustificato la quantità di sforzi e di risorse investite?

A queste due domande cercherò di dare una risposta. Direi che nell'affrontare il tema delle vaccinazioni il Cisp ha dato grande peso al concetto che alla vaccinazione si arriva per gradi e infatti solo dopo due anni di lavoro sul campo si è dato il via alla prima campagna di vaccinazione a Mareerey. Dopo due anni di educazione sanitaria, con visite casa per casa, dopo la realizzazione e la proiezione di audiovisivi sull'igiene, sulla prevenzione, sulla vaccinazione, dopo la formazione di *Community Health Worker* (Chw), dopo una infinità di assemblee, riunioni con le autorità politiche e sanitarie locali, solo a quel punto il *team* ha dato inizio alla prima delle tre campagne vaccinali che alla fine hanno visto risultati certamente notevoli, soprattutto considerando la identità geografica e sociale delle popolazioni coinvolte.

La validità di questo approccio del resto è facilmente comprensibile se si considera che in Europa ci sono voluti decenni affinché il concetto di igiene si diffondesse e diventasse pratica quotidiana ed è solo a partire dagli anni '50 che le vaccinazioni sono diventate una *routine* nella vita di un bambino.

Siamo a marzo del 1986, il progetto è in piedi da poco più di un anno, quando una voce si diffonde rapidamente nel villaggio: ci sono dei dottori con i soldati che fanno le vaccinazioni. Già mi vedevo mesi di lavoro compromesso ma, per fortuna, l'episodio rimase isolato a Kamka: era un gruppo di infermieri che su richiesta del *management* del Jsp erano venuti a fare una sessione di vaccinazioni tra le famiglie del personale della fabbrica. Il Cisp è stato sempre contrario all'uso dei soldati per assicurare una maggiore copertura, anche perché si ottiene l'effetto contrario. Ad una partecipazione forzata durante un *round* si contrapporrà la fuga totale durante gli altri, rendendo la vaccinazione in se stessa meno efficace. Infatti, il vero problema delle vaccinazioni non è ottenere una alta partecipazione al primo *round*, ma mantenere una buona presenza al terzo. Questo si può ottenere solo se l'approccio è *user friendly* e se l'utente è al centro di un flusso costante e congruo di

informazioni sanitarie, che una volta fatte proprie, renderanno la vaccinazioni un evento ordinario proprio come è da noi. Forse non ci rendiamo conto di qualche salto logico sia la vaccinazione: ad una madre il cui figlio sta bene in quel momento si chiede di lasciare che gli venga fatta una iniezione, che fa male e lo fa piangere, che a volte gli darà febbre durante o potrà lasciargli una cicatrice sul braccio. Tutto questo per evitare una malattia futura! Bisogna ammettere che, dal loro punto di vista, è uno sforzo notevole. La vaccinazione non è più una forzatura del loro modo di ragionare se si dà tempo alla educazione sanitaria di lavorare.

I risultati delle vaccinazioni mettono in evidenza una relazione tra distanza dei villaggi dal centro di salute, che nei primi 3 anni del progetto è stato Mareerey. Infatti, a Mareerey si sono avuti ottimi risultati su tutti i *round*; ad Hargeysa i risultati sono stati buoni e a Bulo Banaan (il villaggio più lontano e isolato) il primo *round* è stato quasi fallimentare. E questo perché nonostante le attività nei villaggi, la grossa parte delle attività curative e educative si svolgeva nel Phc *center*: i servizi di Mch, di cura della tb, le riunioni di gruppi *target*, ecc.

Sorvolo sul cronogramma delle vaccinazioni (censimento, pre-registrazione, campagna di informazione, ecc.) ed evidenzierò i punti che, secondo me, sono cruciali per l'esecuzione di una buona campagna. Prima di tutto, in ogni villaggio la presenza di buoni Chw è essenziale, perché con loro ci si raccorda alle autorità di villaggio, la cui adesione alla campagna di vaccinazione deve essere reale e non parolaia, e ci si raccorda con gli abitanti del villaggio stesso. Se l'appoggio è buono, anche con il solo *staff* locale il censimento è fatto bene e da esso si possono ricavare liste di pre-registrazione attendibili. Mi rimane sempre impressa la faccia di alcune donne che quando venivano alla vaccinazione con un solo bambino su tre e si vedevano recitare i nomi degli altri due. Forse avranno pensato che leggevamo loro nel pensiero!

Occorre poi impostare una adeguata campagna di sensibilizzazione, distribuendo ogni materiale utile e comprensibile a più gente possibile. Di nuovo l'enfasi è sulla quantità di tempo che bisogna usare, passando quasi casa per casa con il Chw, con l'infermiere, con il tecnico di sanità pubblica, con il *leader* dell'*afaad* con l'infermiera spiegando e rispiegando perché la vaccinazione è utile. Se manca questo contatto diretto, e non potendo fare affidamento sulle campagne di sensibilizzazione tramite *mass media*, la campagna di vaccinazione parte monca.

Da un punto di vista più strettamente tecnico si deve dire che ovviamente si deve essere in grado di gestire e mantenere la catena del freddo; i vaccini devono essere disponibili sul posto in quantità sufficiente e devono essere inalterati; devono poi essere somminì-

strati nel modo giusto e i registri e le carte di vaccinazione devono essere compilati in modo altrettanto corretto. Tutto questo si può ottenere abbastanza facilmente tramite *training* mirati per i vaccinatori.

Per essere efficace, la formazione deve essere pratica (quante volte abbiamo iniettato acqua nei manghi![4]) e ripetuta prima della campagna stessa. Da questo punto di vista posso affermare con tranquillità che il *team* Cisp di infermieri e Chw è sempre stato all'altezza della situazione.

Un'altra questione è quella delle attrezzature. Ci devono essere almeno due macchine: una che fa il giro dei quartieri con i megafoni e i registratori e l'altra pronta a fare rifornimento di vaccini, se servisse. Inoltre, un *computer* si dimostra particolarmente utile, perché sulla base dei vaccinati e dei pre-registrati si possono stampare velocemente le liste dei *missing* da dare ai Chw in modo da aumentare la copertura. La cosa ideale sarebbe avere un *computer* a batteria sul posto di vaccinazione in modo da registrare i vaccinati direttamente nel programma usato, senza dover invece passare la notte, come è successo, a riversare i dati del registro delle vaccinazioni al termine della giornata.

Approfittando della mobilitazione che si viene a creare intorno alle vaccinazioni ho sempre trovato molto indovinata l'idea di utilizzare il tempo di attesa delle madri con una corta sessione di educazione sanitaria sulle diarree infantili e su come preparare in casa la soluzione di reidratazione. Come dire, unire l'utile con il dilettevole!

La campagna di vaccinazione è però veramente utile? La risposta a questa domanda non può che essere si e no allo stesso tempo. Certamente è utile per quella fascia di popolazione che in un dato periodo ha ricevuto le tre dosi prescritte e che sarà così risparmiata dall'attacco di quelle malattie letali o deformanti. Centinaia di vite sono così state salvate e questo è un dato indubbiamente positivo. D'altra parte rimane il fatto che la campagna di vaccinazione è essenzialmente una misura d'emergenza e che solo un servizio di *maintenance*, che in teoria dovrebbe vaccinare tutti i nuovi nati e tutte le donne in età fertile dell'area, è la sola risposta al problema. Instaurare un servizio di questo genere, con la necessaria presa sulla popolazione, comporta un enorme uso di mezzi e di risorse che la Somalia e tanti altri paesi del Terzo mondo, semplicemente non possiedono. E allora la vaccinazione rimane al momento, a mio avviso, un problema irrisolto.

4. La pratica per le iniezioni era fatta sui manghi (Ndc).

Gestione di un programma di «Primary Health Care» rurale: alcuni aspetti problematici[5]

Le note che seguono, scritte nel febbraio del 1990, sono strettamente legate al periodo in cui ho lavorato personalmente nel «progetto Mareerey» (1988 - 1990), periodo in cui molte strutture sociali erano già state compresse e compromesse dalla disgregazione politica e sociale in atto. Nei primi mesi del '90, poi, si sono acutizzate le rivalità tra differenti gruppi e famiglie che nel sud, e quindi anche nell'area del progetto, sono degenerate fino allo scontro armato.

Organizzazione del programma

Un programma di Phc ha come base la partecipazione comunitaria e la gestione collettiva dei problemi. Incaricata della conduzione del progetto del Cisp, questo approccio mi appare spesso particolarmente difficile, dato l'individualismo spiccato, il fatalismo religioso, la cogenza dei legami tribali che sembrano regolare la vita delle popolazioni in questa area rurale della Somalia.

Particolarmente problematico è l'aspetto dell'educazione sanitaria e delle attività di prevenzione, la cui efficacia è per me strettamente legata alla fiducia che la popolazione ripone negli operatori sanitari. Il *gap* culturale che esiste tra la popolazione delle città, in particolar modo della capitale, e la popolazione rurale è tale che gli stessi operatori sanitari somali cresciuti in città a volte non si rendono conto di come certi messaggi siano di difficile comprensione per le popolazioni dei villaggi: un conto è seguire le *guidelines* della Phc ed un conto è farle calare nelle realtà in cui si opera e fare in modo che la gente le faccia proprie. A volte si ha la sensazione che il messaggio sia stato ricevuto ed abbia colto nel segno, ma più spesso sembra che tutto scivoli sulle persone senza essere in minima parte trattenuto. La stessa centralizzazione del potere politico ed economico, dell'informazione e della cultura non facilita certo lo sviluppo rurale. Questo non vuol dire che tutto è inutile, ma che serve molto più tempo del previsto se si vuole arrivare agli scopi prefissati. E' necessaria una capillarizzazione delle attività di educazione sanitaria i cui frutti saranno probabilmente evidenziati soltanto nelle prossime generazioni.

Non è quindi fattibile, a mio giudizio, una analisi costi/benefici in questo settore, così come in altri aspetti del programma. Due di questi sono la distribuzione dei farmaci ai Chw e la distribuzione delle integrazioni alimentari. La distribuzione dei farmaci ai Chw

5. Di Stefania Pace.

non ottiene lo scopo voluto, cioè quello di arrivare, attraverso una attività curativa - che è poi quella richiesta dalla popolazione - a un consolidamento del ruolo del Chw. I motivi: la comunità non sostiene i Chw, questi sono costretti a lavorare fuori dai villaggi per sostentarsi, lo *staff* del progetto non può conseguentemente insistere su una loro maggiore presenza nei villaggi, a detrimento soprattutto delle attività di educazione sanitaria e delle funzioni di «filtro» e di registrazione dei movimenti demografici. A chiudere il ciclo, la presenza discontinua dei Chw non aumenta la fiducia della gente nei loro confronti. Non pochi Chw, inoltre, vendono di nascosto i farmaci loro consegnati, o li distribuiscono prioritariamente agli appartenenti della loro «famiglia», aumentando rivalità tribali e di villaggio.

Il problema del sostentamento dei Chw è grave e reale. Una possibile soluzione potrebbe essere quella di ufficializzare nei modi e con le attenzioni dovute, la vendita dei farmaci da parte dei Chw a prezzi stabiliti dal progetto. Sarebbe così garantito loro un supporto economico ed essi non avrebbero più motivo per non essere costantemente presenti nei villaggi e svolgervi le loro attività. L'ipotesi alternativa di un compenso ai Chw direttamente sostenuto dal progetto non è attualmente perseguibile, poiché il Ministero della Sanità non potrebbe garantire lo stesso trattamento su scala nazionale.

Un aspetto che, al contrario, regge ad una analisi costi/benefici è quello delle campagne vaccinali. Qui i risultati sono evidenti e tangibili e si ottengono subito. Già più difficile diventa il discorso del mantenimento dei livelli vaccinali raggiunti, sia per i continui spostamenti migratori da un villaggio all'altro o da un'area all'altra, sia per la mancanza di un'efficace rete di Chw che tengano aggiornate le liste di pre-registrazione.

Altro aspetto rilevante, ed efficace, è quello della formazione, con particolare riferimento alla metodologia di apprendimento *on the job* messa in atto dal programma, soprattutto se si tiene presente lo scarsissimo impatto dei corsi ministeriali. Questi ultimi, infatti, sono tenuti in maniera tradizionale tramite lezioni che mettono a dura prova la capacità di concentrazione di persone con un livello di istruzione non elevato e poco abituate, quindi, ad una metodologia di insegnamento «tradizionale». Appare evidente come un metodo molto più efficace di fare formazione sia quello dell'*on the job training*, che stimola maggiormente la vivacissima curiosità e la voglia di imparare che i Somali hanno; ma per fare questo serve una figura di omologo, espatriato e non, possibilmente un *senior* nella stessa qualifica, che segua costantemente il personale in via di formazione per tutto il periodo necessario.

Bilancio tra attività curative e preventive

A partire dal 1989 si è determinato uno squilibrio tra attività curativa e preventiva a vantaggio della prima, dettato soprattutto da necessità oggettive. Il periodo di interregno tra la fine della prima fase del progetto e l'inizio della seconda, prolungato dal ritardo nella firma dell'*agreement* da parte delle istituzioni somale, la presenza nei primi mesi di un solo espatriato, la lunga attesa dei finanziamenti e quindi dei veicoli e dei mezzi necessari per la conduzione delle attività, sono tutti fattori essenziali nel motivare la prevalenza dell'attività curativa a scapito del lavoro di prevenzione ed educazione sul territorio. L'attività curativa è più «facile» da condurre, nel senso che si limita ad una azione che si svolge in un solo luogo e usa meccanismi già perfettamente conosciuti. Una volta che lo stato dello *staff* e delle risorse economiche ci era diventato favorevole, i gravi sconvolgimenti degli equilibri politici e sociali avvenuti nell'area in cui operiamo hanno determinato una ancora maggiore contrazione delle attività rivolte e condotte sul territorio.

Problematiche dello hand over

Questo è senz'altro l'aspetto più problematico di tutto il progetto. A mio avviso non è sufficiente valutare le capacità che lo *staff* somalo formato dal progetto ha di gestire autonomamente il programma; ci sono altri fattori da prendere in considerazione. Infatti, se anche lo *staff* tecnico fosse il più preparato possibile, chi sosterrebbe le spese degli stipendi, dei farmaci, dei veicoli, della loro manutenzione, del carburante e così via?

Il Ministero della Sanità somalo non ha i fondi sufficienti per mantenere un progetto, seppure piccolo come questo. E, cosa ancora più grave, non sembra essere pronto, organizzato per nessun passaggio di consegne. Nella attuale e confusa situazione politica, sociale ed economica qualunque *hand over* avrebbe come risultato più probabile quello di un decadimento progressivo del lavoro finora attuato.

In generale, quindi, ragionare in termini di *hand over* vuol dire affrontare, oltre agli aspetti tecnici e professionali, i problemi economici legati alla possibilità di un proseguimento autonomo del programma.

Quali le possibili soluzioni? Da un lato c'è la possibilità di continuare a finanziare in misura ridotta il progetto senza la presenza di espatriati, ma la struttura del Ministero, come già detto, non fornisce garanzie in questo senso.

Dall'altro lato c'è la possibilità, tutta da studiare, di un automantenimento del progetto. Al di là degli schemi di pagamento dei farmaci e delle prestazioni sanitarie, ciò che mi sembra indispensabile è l'istituzione di programmi di sviluppo collaterali ed integrati quali agricoltura, edilizia con materiali locali, artigianato che, oltre ad integrare il programma di Phc, avrebbero lo scopo di procurare entrate di fondi necessari per il mantenimento del progetto in tutte le sue componenti e di formare personale che agisca poi per uno sviluppo rurale più completo.

22. CONCLUSIONI

di *Francesco Branca e Rosa D'Arca*

A conclusione di questo libro, vogliamo presentare alcune considerazioni, basate sul «caso Mareerey», su quali elementi della strategia di *Primary Health Care* (Phc) possano essere utilmente recepiti, quali debbano essere modificati o sviluppati e, in generale, a quali condizioni la Phc possa avere un futuro in un paese come la Somalia. Siamo convinti che non sia corretto generalizzare i risultati di un *case study*; tuttavia, il caso da noi presentato, in comparazione con altri, può aiutare a comprendere quali elementi operino effettivamente nella direzione della «salute per tutti» e quali siano le limitazioni principali al successo di questa strategia.

Il «progetto Mareerey» era stato specificamente indirizzato al coinvolgimento della comunità, alla strutturazione della Phc e alla realizzazione di interventi specifici di promozione della salute. Limiteremo perciò la nostra discussione a questi aspetti.

Partecipazione individuale e di comunità

La realizzazione del «programma Mareerey» ha portato a un cambiamento di prospettiva della popolazione nei confronti della salute e ha ottenuto, se pure in misura parziale, di far assumere agli individui e alla comunità nel suo insieme un ruolo più attivo nella gestione della salute.

Dal punto di vista delle manifestazioni collettive di partecipazione, abbiamo potuto osservare una buona capacità di rilevare e di esprimere i bisogni di salute e una notevole disponibilità a mobilitare risorse, ma un inadeguato sviluppo di strutture organizzative, del tipo del Comitato di salute, in grado di guidare autonomamente la promozione della salute. La ragione di questa difficoltà risiede probabilmente nella forte disomogeneità e nei conflitti interni alla comunità. Sarebbe stato necessario più tempo e più supporto

da parte delle autorità politiche per ottenere un risultato in questo senso.

Le varie componenti della comunità hanno accettato il sistema di Phc come espressione principale del sistema sanitario, in alternativa al circuito privato. Vi è stata una forte richiesta di servizi curativi, anche se è rimasta una quota di popolazione che considera la Phc una seconda scelta rispetto alla medicina tradizionale. Non c'è invece stato un uso spontaneo delle attività preventive, quali il servizio materno-infantile e il servizio di vaccinazione. Riguardo a queste ultime, si può dire che le campagne hanno avuto successo, ma vi sono stati problemi nel mantenimento dei tassi di copertura con il solo centro materno-infantile. Si deve però riconoscere che anche in Italia le vaccinazioni non obbligatorie sono praticate spontaneamente da una minoranza della popolazione.

La trasmissione capillare delle informazione, sfruttando i canali tradizionali della comunicazione, ma anche la comunicazione diretta tra utenti e personale (Chw, ma anche *staff* del secondo livello) è forse l'elemento che più ha contribuito al cambiamento di attitudine della popolazione. L'informazione è stata un elemento importante nel successo delle campagne vaccinali e le visite domiciliari, o le altre attività di reclutamento dell'utenza, hanno consentito di dare l'impulso iniziale alla nascita dei servizi preventivi. Riteniamo quindi che sia particolarmente utile dare peso all'educazione sanitaria, sebbene essa impegni una notevole mole di risorse umane. E' tuttavia possibile integrare l'educazione sanitaria nella *routine* delle attività di Phc. Nella nostra esperienza si sono rivelati utili gli strumenti della comunicazione di massa applicati a una piccola scala e adattati alla realtà locale: la realizzazione di audiovisivi, ad esempio, fa registrare un bilancio positivo tra risorse impiegate e diffusione di messaggi. Un altro suggerimento che possiamo trarre dal «caso Mareerey» è quello di coinvolgere altri settori, particolarmente le istituzioni educative, nella diffusione dei messaggi.

Non possiamo dare un giudizio altrettanto positivo dell'adesione alle raccomandazioni trasmesse con i messaggi educativi. Si deve riconoscere che i messaggi sull'igiene ambientale (uso delle discariche, bollitura dell'acqua) erano di difficile applicazione e non ci si deve sorprendere che siano stati in larga misura disattesi. E' necessario tuttavia estendere la ricerca e la sperimentazione sulle tecnologie che facilitino la promozione e la difesa della salute nell'ambiente domestico, così da trasferire il primo livello dai Chw alla popolazione. In questa chiave, l'educazione sanitaria ha un ruolo centrale nello sviluppo dei moderni sistemi sanitari. Quanto non è alla portata della popolazione dovrebbe poi essere reso disponibile attraverso interventi strutturali, quali la costruzione di reti fognarie o di sistemi di distribuzione dell'acqua potabile.

Community Health Workers

Nel «programma Mareerey» l'intero sistema della Phc si fondava sulla presenza di un primo livello di riferimento, interno alla comunità, costituito dai Chw. Si assisteva tuttavia a un rapido *turnover* degli operatori formati, che in media abbandonavano il servizio dopo un solo anno di attività. La loro figura non aveva autorevolezza nella comunità e gli utenti lamentavano una scarsa qualità del servizio, in termini di efficienza e di accettabilità. Questo atteggiamento si traduceva in un minore ricorso ai Chw: più della metà (55%) degli intervistati nello studio di Declich (cap. 19) non usavano rivolgersi al Chw del loro villaggio, 38% perché non lo conoscevano neanche e 17% perché pur conoscendolo, ritenevano preferibile ricorrere direttamente ai centri di secondo livello.

Dato che è difficile che la genti accetti i consigli di qualcuno che non stima, perché non è in grado di offrire servizi curativi, è molto probabile che il successo dei Chw nel trasmettere messaggi educativi sia stato altrettanto scarso.

I Chw non erano un punto di riferimento, nè erano a conoscenza degli eventi vitali delle famiglie a loro afferenti, come dimostrano le omissioni nella registrazione dei dati demografici. Al tempo stesso, i Chw si sentivano in credito nei confronti della comunità di qualche forma di supporto, che non era mai venuta. Questo rapporto controverso è comune ad altre situazioni, come ad esempio la Tanzania[1]: la comunità ha aspettative che il Chw non è in grado di soddisfare e, di riflesso, non lo paga. Questi, sentendosi sfruttato, sarà propenso ad accettare altre opportunità lavorative che gli si presentino.

Ci siamo dunque chiesti se abbia veramente senso formare molti Chw e non, ad esempio, un minor numero di *rural medical aide* con una più solida formazione medica. Formare tanti Chw comporta uno sgravio per il secondo livello. Inoltre, quanto più alto è il rapporto Chw/popolazione, tanto minore sarà l'impegno richiesto a ogni operatore, che quindi potrà dedicarsi contemporaneamente a un'altra attività remunerativa. Il rapido *turnover* è invece un problema, perché aumenta molto i costi di formazione e rende meno stretto il rapporto con la comunità. Il Chw non arriverà mai a un livello di esperienza e non potrà avere un ruolo di animazione nei confronti della *leadership* dei villaggi.

Il problema della soddisfazione degli utenti è legato a quello dei compiti attribuiti ai Chw e a quello delle persone scelte per questo

1. K. Heggenhougen, P. Vaughan, E.P.Y. Muhondwa, J. Rutabanzibwa-Ngaiza, *Community Health Workers. The Tanzanian Experience*, Oxford Medical Publications. Oxford, 1987.

ruolo. Il problema degli abbandoni è legato al pagamento e alla soddisfazione professionale.

Per quanto riguarda i compiti, i Chw nel «programma Mareerey» svolgevano prevalentemente lavoro curativo, ricevendo pazienti nel loro *health post*. Le loro competenze terapeutiche erano abbastanza estese, perché comprendevano le dieci principali malattie diffuse nell'area. Nella loro dotazione di farmaci i Chw avevano anche penicillina, anche se solo in compresse. Pur con notevoli differenze tra l'uno e l'altro, i Chw ricevevano, in media, 4 persone al giorno, una quota piuttosto bassa rispetto ad altri paesi africani. Facevano poche visite domiciliari e poca attività educativa. Il maggior contributo preventivo fu forse quello dato alle campagne di vaccinazione.

Secondo Walt[2], la funzione svolta dai Chw nei vari paesi del mondo che hanno accettato di creare questa figura, può essere ricondotta a tre tipologie: quella del «mini-dottore», come in Afghanistan; quella di «aiutante», in appoggio ai responsabili para-medici dei centri sanitari, in Botswana; e quella di educatore sanitario, come in Sri Lanka e in Thailandia. I ruoli sono diversi perché diversa è l'organizzazione del servizio sanitario; al Chw si chiede di saldare l'intervallo tra servizi sanitari e popolazione; dove questo intervallo è ampio, come nel caso della Somalia, il ruolo è estremamente complesso, ma è senz'altro più vicino a quello di «mini-dottore» che agli altri.

La soluzione che si potrebbe proporre è un compromesso che, finché non si consolida ed espande il secondo livello, conferma ai Chw questo importante ruolo curativo per le malattie più comuni. Si dovrebbe intensificare la formazione e rivedere il *curriculum* inserendo istruzioni sulle situazioni di emergenza.

Si potrebbe poi tentare di trasferire ad altri esponenti della comunità alcune funzioni; ad esempio, i maestri potrebbero essere coinvolti nella compilazione dei registri anagrafici; gli *agricultural extensionist*, ove presenti, nell'educazione alimentare.

Per quanto riguarda la scelta dei candidati, come si è visto, nove su dieci erano di sesso maschile e tutti avevano meno di trent'anni. Sarebbe auspicabile avere persone più mature, possibilmente di sesso femminile, ma si dovrebbe aggirare l'ostacolo dell'alfabetizzazione, modificando la metodologia didattica e si dovrebbero assicurare compensi idonei.

La questione del pagamento, a nostro avviso, deve essere affrontata con realismo: in Somalia non è pensabile impostare la Phc sul volontariato. A Mareerey esistevano forme di volontariato, come il

2. G. Walt (ed.) *Community health workers in national programmes. Just another pair of hands?*, Open University Press, Milton Keynes, 1990.

moallim o la stessa Tba, ma erano profondamente radicate nella cultura, e avevano una forte motivazione di carattere religioso, nel primo caso, e di solidarietà sociale, nel secondo caso. Al contrario, l'intervento del medico tradizionale era compensato abbondantemente. Il volontariato dei Chw è pensabile solo in situazioni di scarse opportunità di impiego dove c'è anche un attivo richiamo di carattere etico (come in Birmania, Sri Lanka, Thailandia) o politico (Nicaragua, Cuba). Inoltre, dato che la supervisione era effettuata prevalentemente dallo *staff* sanitario e che i compiti erano prevalentemente quelli di estendere il servizio sanitario a livello di base, di fatto i Chw erano più dipendenti dal Ministero della Sanità che dalla comunità e sarebbe perciò stato più corretto che il Ministero, e non la comunità, fornisse loro almeno un supporto parziale. Del resto, in tutto il mondo non ci sono che pochi reali esempi di sostegno continuativo da parte delle comunità[3].

Oltre alla questione del pagamento, gli abbandoni dei Chw erano dovuti alla loro motivazione e soddisfazione professionale. Anche a questo scopo erano stati istituiti i meccanismi della supervisione mensile e della formazione continua. Appena questi si sono arrestati, vi è stato un aumento degli abbandoni.

Non abbiamo avuto tempo di proseguire il lavoro con le Tba, così che, al termine del primo corso, esse non erano ancora integrate nel sistema della Phc e non erano state in grado di incoraggiare l'uso dei servizi preventivi. Il lavoro di formazione va senz'altro proseguito, e si devono sperimentare varie forme di coinvolgimento nella Phc, che estenda il loro ruolo al di là del momento del parto.

I servizi di secondo livello

L'istituzione dei servizi di secondo livello era venuta incontro alle necessità della popolazione, a giudicare dal volume dell'utenza. I servizi curativi erano anzi utilizzati ai limiti delle loro possibilità, così da compromettere, in certe occasioni, la qualità del servizio. Ciò si verificava perché la *unit* e il *center* operanti nell'ambito del programma erano di fatto le uniche strutture sanitarie funzionanti e attrezzate nel raggio di diecine di chilometri. Inoltre, certi interventi che di norma avrebbero dovuto essere riferiti a un ospedale distrettuale, o regionale, dovevano, per quanto possibile, essere effettuati sul posto. Tutte queste limitazioni erano dovute al fatto che lo sviluppo della Phc nei vari distretti non era stato omoge-

3. C.Gray, «State-sponsored Primary Health Care in Africa: the recurrent cost of performing miracles», *Soc. Sci. Med.*, vol. 22, n. 3, 1988, pp. 361-368.

neo e che l'intervento programmato sulle strutture ospedaliere periferiche non era mai stato realizzato.

L'affollamento della struttura, la ripartizione dei giorni di visita per i diversi villaggi e altre misure per regolamentare l'afflusso ai centri di salute avevano l'effetto di ridurre l'accessibilità delle strutture sanitarie e finivano per operare una selezione nell'accesso. La ripartizione della Somalia tra diversi donatori, con diversi tempi, e spesso modalità, di attuazione della Phc è problematica; una migliore suddivisione, per distretti, con caratteristiche demografiche e territoriali omogenee avrebbe limitato questi problemi.

Il sistema informativo

In linea con il carattere sperimentale dell'intero programma, anche il sistema informativo è stato sviluppato progressivamente: sono stati sperimentati diversi tipi di formulari, prodotti localmente e provenienti dal Ministero della Sanità e diverse modalità di registrazione delle informazioni sugli utenti delle strutture.

La nostra esperienza ha dimostrato che per ottenere un'informazione completa ed accurata è necessario mostrare nella pratica che i dati hanno una utilità. E' necessario quindi evitare la raccolta di dati superflui, elaborare periodicamente le informazioni raccolte, senza attendere che lo facciano le strutture centrali e discutere i risultati con il personale. Occorre inoltre condurre una formazione adeguata, teorica e pratica, per tutti i livelli dello *staff*.

Per quanto riguarda l'uso dell'informazione sui pazienti nella pratica clinica, lo strumento del libretto sanitario individuale si è dimostrato utile e applicabile. Con questo sistema sarebbe forse possibile ridurre i tassi di abbandono del trattamento di malattie che hanno una lunga prognosi, come la tubercolosi. I pazienti che dovessero trasferirsi in altra area potrebbero in tal modo continuare la terapia presso un altro centro specializzato.

Sostenibilità

La questione usuale in ogni programma di sviluppo che ha un donatore esterno è quella della «sostenibilità», ovvero della possibilità che il programma continui senza la presenza e il supporto del donatore. Questa discussione può sembrare oziosa, dato che il «programma Mareerey» si è interrotto. Ma l'interruzione non è stata un'estinzione: dobbiamo dire che, nonostante tutti i problemi di sicurezza, dopo il ritiro del personale italiano il programma funzionò autonomamente per qualche mese, diretto dal dott. Alas. Al

di là dell'evento tragico della guerra civile, il problema della sostenibilità si sarebbe posto su di un versante politico e uno tecnico.

L'aspetto politico è relativo sia alla volontà del paese ospitante di prendere in carico i costi e la gestione del programma che all'effettivo impegno per la realizzazione dei suoi obiettivi. Chi ha esperienza di domande di finanziamento per i programmi di sviluppo sa che uno dei requisiti per il loro accoglimento è la «compatibilità degli obiettivi del programma con i piani di sviluppo del paese». Paradossalmente, potremmo dire che i finanziatori dovrebbero piuttosto accertarsi del contrario. Le difficoltà principali nascono infatti dalle contraddizioni tra le scelte degli organi esecutivi e a volte anche legislativi dei paesi con i piani di sviluppo, solitamente influenzati dalle organizzazioni internazionali, quali il Fondo monetario internazionale e, nel caso della sanità, l'Oms. Abbiamo già rilevato, nel caso della Somalia, alcune di queste contraddizioni: la concentrazione degli investimenti sanitari nelle aree urbane, la liberalizzazione della professione medica privata, la stessa organizzazione del Ministero della Sanità. Oltre che per la soluzione di questi problemi, il futuro governo di uno stato somalo pacificato dovrà seriamente operare nella direzione del decentramento amministrativo, garantendo autonomia finanziaria e operativa ai distretti. Dovrà inoltre eliminare le difficoltà di comunicazione e gli ostacoli alla collaborazione tra le istituzioni pubbliche e private impegnate nella promozione dello sviluppo economico e sociale. Anche di questo aspetto politico dovrebbe occuparsi la cooperazione internazionale. In virtù del legame che stabiliscono con la società civile del paese ospitante, le Ong potrebbero essere soggetti idonei a svolgere questo ruolo di pressione sul governo.

Vi sono poi aspetti tecnici della organizzazione di un programma che possono influenzarne la sostenibilità. Il primo è relativo ai costi. Come abbiamo mostrato nel cap. 18, i costi ricorrenti *pro capite* del «programma Mareerey» erano vicini alla media internazionale; qualsiasi intervento per ottimizzare le risorse senza compromettere la qualità dei servizi non avrebbe quindi ridotto i costi in misura sostanziale. Come coprire dunque questi costi? Per i prossimi anni, se la situazione politica somala consentirà la ripresa della vita civile e delle attività economiche, sarà comunque necessario un impegno della comunità internazionale per la ricostruzione. Successivamente, se le capacità produttive del paese saranno le stesse che alla vigilia della guerra civile, sarà necessario un investimento del 2-3% del prodotto nazionale lordo per assicurare gli *standard* di servizio del «programma Mareerey» a tutta la popolazione. Sarà inoltre necessario un impegno periodico dei donatori per il rinnovamento delle strutture e per le azioni di sviluppo della rete di infrastrutture sanitarie esistente. Sarà utile sperimentare

l'impatto di attività generatrici di reddito per coprire parte dei costi ricorrenti o per finanziare localmente specifiche iniziative di promozione della salute. Crediamo comunque che, finché i nodi macroeconomici e politici dello sviluppo non sono sciolti, sarà comunque necessario un impegno internazionale per finanziare i servizi sociali nei paesi come la Somalia.

Un secondo aspetto «tecnico» della questione della sostenibilità riguarda la formazione del personale. Nel sistema di Phc somalo è il personale paramedico a ricoprire il ruolo principale: sono gli infermieri a formare e controllare i Chw, sono gli infermieri, presenti nei dispensari periferici, a trattare il maggior numero di pazienti. Tuttavia, mentre la facoltà di medicina era stata riformata dando più spazio alla sanità pubblica, le scuole per infermieri di Mogadiscio e di Chisimayo continuavano a dare una formazione di tipo ospedaliero, delegando a una specializzazione post-diploma l'apprendimento dei concetti e della pratica della Phc. La riforma dell'istruzione infermieristica dovrebbe essere il primo atto di un nuovo governo somalo a sostegno della Phc. Dovrebbero essere rivisti il *curriculum* e la metodologia didattica: si dovrebbe valutare l'opportunità di creare figure differenziate, come è ad esempio in Tanzania, alcune con più accentuate competenze terapeutiche e altre con competenze di formazione e di sanità pubblica; si dovrebbe includere nella formazione *stage* «sul campo», in area rurale o urbana. Le agenzie di cooperazione potrebbero promuovere progetti pilota per valutare diversi schemi formativi.

Salute per tutti

L'esperienza del «programma Mareerey» ci induce a credere che se l'obiettivo della «salute per tutti» non sarà raggiunto nei tempi previsti, questo non sia da imputare al fallimento della idea di Phc. Certamente è necessario sviluppare sistemi sanitari appropriati ai singoli paesi, particolarmente di fronte alle nuove e temibili sfide alla salute. In questa direzione va il nostro impegno professionale. Riteniamo tuttavia che il raggiungimento della «salute per tutti» sia essenzialmente legato all'ordine internazionale e alle scelte di governo dei singoli paesi, che dipenda dall'affermazione del principio dell'interdipendenza dello sviluppo e dall'equità nella distribuzione delle risorse. Tutto ciò non può che essere l'obiettivo del nostro impegno civile.

POSTFAZIONE

di *Paolo Dieci e Maura Viezzoli*

Il periodo compreso tra il 1983 (anno in cui ha inizio l'attività del Cisp in Somalia) e il 1990 segna un deterioramento progressivo della situazione politica somala, di cui sono stati fattori determinanti l'incremento, ad ogni livello dell'amministrazione pubblica, della corruzione, l'annullamento delle più elementari garanzie democratiche dei cittadini, l'inasprimento della violenza di stato contro gli oppositori politici e le aree geografiche considerate più ostili al governo di Siyad Barre.

L'esplosione di queste contraddizioni recenti della storia politica somala si è venuta inoltre integrando con i problemi di più antica origine. La disgregazione totale dello stato è stata accelerata anche dall'assenza di una vera e propria cultura statuale, spiegabile a partire dalla vicenda storica complessiva del paese nell'ultimo secolo, segnata in maniera determinante da fattori quali il colonialismo e la conflittualità etnica e dal soffocamento di una reale identità nazionale.

I bombardamenti ordinati da Siyad Barre su Mogadiscio nel dicembre 1990 hanno accompagnato la tragica conclusione di un periodo di governo caratterizzato dal dominio di un gruppo etnico e dalla pretesa di conferire ad esso il significato di «stato unitario». Dal dicembre del '90 a Mogadiscio ci sono stati solo pochi giorni di pace. Dalle ceneri del dissolto governo Barre, la cui ingombrante presenza nella Somalia meridionale non ha del resto certo facilitato il processo di riconciliazione nazionale, non è stato fino ad oggi ricostituito alcun equilibrio istituzionale e politico stabile e la città è allo stremo. Le immagini che alla fine del novembre 1991 si sono poste dinanzi agli operatori e ai medici somali e italiani del Cisp, così come degli altri organismi di soccorso internazionale, superano ogni più tragica immaginazione. La distruzione di strutture, mezzi, vite umane in corso nella Somalia contemporanea ha pochi possibili confronti storici. La violenza e l'omicidio sono fatti della

vita quotidiana e le condizioni di sicurezza rendono difficile qualsiasi opera di assistenza, opera che peraltro è stato necessario intensificare, anche in ragione dell'alto numero di feriti, di bambini rimasti orfani, di gente ormai priva di ogni mezzo di sussistenza. La stabilità del governo insediato a Mogadiscio ad opera dello *United Somali Congress* è fortemente compromessa dalle conflittualità interne a questo partito, che generano il dissesto a cui si è fatto riferimento. Allo stesso tempo, la proclamazione di indipendenza del Somaliland, sotto l'egemonia del *Somali National Movement*, determina un'incertezza di fondo circa il futuro assetto politico e geografico dello stato somalo.

Il contesto sinteticamente descritto è quello entro cui si consuma il dramma della popolazione somala oggi. E' una vera e propria lotta per la sopravvivenza quella che impegna la maggioranza dei somali in questo momento, sia nelle città verso le quali si sono riversate grandi masse di diseredati che nelle aree rurali, private di ogni minimo servizio di assistenza e delle quali si hanno solo scarse e confuse informazioni. Dopo aver destato per un lungo periodo l'interesse dei *media* occidentali in seguito alla precipitazione del governo di Barre, la Somalia, nei primi mesi del '91, viene poi quasi dimenticata dall'opinione pubblica mondiale e nella stessa Mogadiscio tra la gente comune vive l'incubo del completo isolamento.

A partire dal marzo 1991, il Cisp ha avviato un programma di emergenza nella città, coordinandosi con altri enti di cooperazione internazionale. Nell'ambito di questo nuovo programma, tuttora in corso, il Cisp ha realizzato centri di salute materno-infantile nei quali, oltre alle attività ordinarie, vengono realizzate periodiche distribuzioni di alimenti per i nuclei familiari più bisognosi.

Una delle motivazioni principali che hanno indotto il Cisp ad avviare un progetto di emergenza a Mogadiscio è stata proprio quella di contribuire ad evitare, in una situazione drammatica quale quella della Somalia contemporanea, l'isolamento del paese dal mondo. Questa motivazione non riguarda solo lo sforzo di fare giungere gli aiuti alimentari e sanitari alle popolazioni colpite dalla guerra civile, ma anche quello di sostenere la volontà di tecnici, medici, infermieri ed operatori sociali somali di lavorare concretamente per la ricostruzione del proprio paese, nel quadro di orientamenti progettuali rispondenti alle più impellenti necessità della popolazione.

Tali orientamenti progettuali si sono definiti adottando il punto di vista degli strati socialmente ed economicamente più deboli della popolazione per la pianificazione e la conduzione degli interventi. Quest'attitudine in concreto dovrà esercitarsi anche nel tentativo di stimolare da parte dei gruppi politici somali la ricerca di

soluzioni stabili ai più gravi problemi - alimentari, sanitari, economici, educativi - della gente, proponendo quindi che nell'agenda dei temi da affrontare vengano fissate come prioritarie le questioni direttamente legate alla sopravvivenza e alla qualità della vita delle popolazioni, a loro volta indissolubilmente legate all'obiettivo della pacificazione.

Il tentativo, che sappiamo essere difficile e lungo, al quale si è accennato nasce dalla convinzione che in un contesto quale quello attuale della Somalia un programma umanitario di emergenza possa costituire anche un elemento a vantaggio di possibili processi di distensione. Se da una parte confortano, in questa supposizione, alcuni eventi recenti della tormentata cronaca di Mogadiscio, quali la protezione accordata dalla gente alle strutture sanitarie gestite dal programma in occasione di conflitti armati, dall'altra il tremendo conflitto esploso in particolare durante la seconda metà di novembre 1991 indica quanto lunga e tormentata sia ancora la strada da percorrere.

In termini generali, siamo convinti che un Organismo non governativo possa contribuire a tale processo grazie alla possibilità di anticipare linee di collaborazione, azioni sul territorio e rapporti diretti con la popolazione rispetto ai tempi delle relazioni diplomatiche e dei rapporti politici tra gli stati. Al tempo stesso, un Organismo non governativo può contribuire ad attivare, all'interno di piani di emergenza, metodologie e strumenti atti a non cronicizzare la dipendenza della popolazione dagli aiuti esterni, sostenendo l'assegnazione di compiti, funzioni e ruoli a rappresentanti dei quartieri, delle aree nei quali gli interventi si concentrano e, soprattutto, coinvolgendo le comunità nella determinazione delle priorità. E' chiaro, al tempo stesso, che in un caso come quello somalo, in cui emerge sopra ogni priorità quella della pacificazione nazionale, nessuno sforzo può avere successo se non coordinato e messo in atto da una vasta pluralità di soggetti politici, operativi, tecnici sia somali che non.

Il nemico principale, all'interno della società somala, è la rassegnazione, l'abitudine alla violenza come elemento costitutivo del vivere collettivo. Contro questo nemico vale la pena di impegnarsi ed è al processo opposto ad esso, quello della speranza, che occorre dedicarsi.

Sulla base degli orientamenti sintetizzati, il programma di emergenza della nostra associazione a Mogadiscio si è ispirato ad alcuni criteri metodologi, quali:

- il mantenimento di un forte livello di coordinamento strategico ed operativo con gli altri enti che lavorano in Somalia per l'assistenza umanitaria alle popolazioni;

- la conduzione di specifiche componenti formative a diversi livelli, per operatori di base, tecnici e operatori sociali;
- la costante ricerca di soluzioni tecnico-progettuali appropriate e finalizzate alla riduzione della dipendenza dagli aiuti esterni;
- la costante ricerca di possibili sviluppi dei programmi di emergenza in attività orientate verso la futura ristrutturazione istituzionale, sia in campo sanitario che in quello educativo.

Tali criteri si sono tradotti in pratica attraverso piani di ristrutturazione e gestione di centri di salute materno-infantile, che hanno anche funzionato come canali di distribuzione alimentare ai nuclei familiari. La Commissione delle comunità europee e il Ministero degli Affari Esteri Italiano hanno co-finanziato gli interventi realizzati, anche tramite l'erogazione di prodotti alimentari *in loco*.

Se la situazione politico-militare della Somalia rimarrà simile all'attuale, nostro orientamento è di fare giungere aiuti immediati, di tipo sanitario e alimentare, facendo leva sulla struttura già creata a Mogadiscio per l'organizzazione dei soccorsi. In un contesto diverso, segnato dal processo di pacificazione che ci auguriamo possa avviarsi realmente, due appaiono le priorità strategiche da perseguire.

Per prima cosa la ristrutturazione complessiva del sistema sanitario, potenziando ed istituendo centri di riferimento intermedio - in particolare le strutture ambulatoriali - anche allo scopo di ridurre la pressione esercitata sugli ospedali. Allo stesso tempo si impone la riorganizzazione di un sistema informativo sanitario, tramite la standardizzazione delle procedure e degli strumenti di rilevazione dei dati nelle strutture sanitarie e la loro successiva elaborazione.

Un secondo orientamento strategico riguarda invece l'educazione e, in particolare, i processi formativi di base. La Somalia corre il rischio di avere in futuro una generazione non scolarizzata: le scuole sono rimaste chiuse dagli ultimi mesi del 1990. Se le condizioni oggettive lo consentissero, occorrerebbe sostenere un piano articolato di riattivazione del sistema scolastico, anche avviando un primo censimento delle strutture, del personale, degli strumenti formativi esistenti o recuperabili.

Questo libro, si dice nella prefazione, è una tessera della memoria storica della Phc in Somalia. E' anche una testimonianza dell'impegno del Cisp, al di là della situazione di emergenza, ad affrontare il tema della riorganizzazione dei servizi di base, in una Somalia, ci auguriamo, presto ripacificata.

GLOSSARIO

Afaad	Quartiere (di un *beel*)
Arish	Abitazioni tradizionali a pianta rettangolare
Arjoc	Piccoli astucci di pelle, contenenti sure del Corano, posti sul corpo a mò di amuleti
Beel	Villaggio principale
Chai	Té
Desheeg	Depressione del terreno
Deyr	Ottobre-novembre (stagione delle piccole piogge)
Dikhri	Forma di preghiera comunitaria islamica
Gema'a	Comunità religiosa islamica
Ghember	Sgabello di legno e pelle
Gu'	Aprile-giugno (stagione delle grandi piogge)
Guddomiye	Capo del villaggio
Guddi	Comitato di villaggio
Hadith	I detti del profeta Maometto
Jaalle	Compagno
Jilaal	Dicembre-marzo (stagione secca lunga)
Jinni	Spiriti malvagi
Kadi dhig	Ematuria (sintomo della bilharziosi vescicale)
Khalifa	Autorevole personalità religiosa musulmana
Kaniin	Compressa di medicinale
Makeka	Stuoia di paglia intrecciata e colorata
Mashari	Polenta di mais fluida, usata nell'alimentazione dei bambini
Moallim	Maestro religioso (nella tradizione islamica)
Mundul	Abitazioni tradizionali a pianta circolare
Nabad-doon	Nome attribuito ai *leader* tribali dopo la rivoluzione del 1969; letteralmente, «cercatori di pace»
Qabila	Tribù
Qoys	Famiglia, identificata come il nucleo di persone che condivide la mensa
Ramadan	Periodo annuale di digiuno per i fedeli musulmani
Sambusi	Cibo tradizionale
Shahada	Professione di fede islamica
Shamba	Campo
Sheikh	Capo religioso musulmano
Tariqa	Confraternita religiosa
Teen	Corveé di sei mesi, cui i coloni italiani facevano ricorso negli

	anni '30 per il lavoro nelle piantagioni di banana
Tuulo	Villaggio minore, frazione del *beel*
Umma	La comunità di tutti i fedeli musulmani
Ummuliso	Ostetrica tradizionale
Ubax kacaanka	«Fiori della rivoluzione», associazione giovanile del partito socialista rivoluzionario della Somalia
Xagaa	Luglio-settembre (stagione secca breve)
Zakat	Elemosina rituale musulmana
Ziara	Raduno di carattere religioso musulmano

GLI AUTORI

Mohamed A. Alasow, medico, è stato Regional medical officer della regione Medio Juba, nel periodo del «programma Mareerey».

A. Alas Ali, medico, è stato District medical officer del distretto di Jilib e coordinatore somalo del «programma Mareerey».

Teresa D'Arca, medico, specialista in sanità pubblica ed esperta in gestione di programmi sanitari, è stata responsabile del «programma Mareerey».

Francesca Declich, antropologa, studiosa delle popolazioni della Somalia meridionale, ha fatto parte del *team* del «programma Mareerey».

Silvia Declich, epidemiologa, è stata responsabile del «programma Mareerey».

Maria Grazia Dente, farmacista, è esperta in gestione di programmi sanitari nei Paesi in via di sviluppo.

Paolo Dieci, segretario generale del Cisp, è esperto nella pianificazione e conduzione di programmi di sviluppo.

Ranieri Guerra, medico e specialista in sanità pubblica, è direttore tecnico dell'International Course for Primary Health Care Managers at District Level in Developing Countries.

Ioan M. Lewis, antropologo, è professore alla London School of Economics and Political Science e direttore onorario dell'International African Institute.

John Martin, medico, è membro della Division of Strengthening Health Services della Organizzazione mondiale della sanità.

Agostino Miozzo, medico, è esperto della Unità tecnica centrale della Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo, Ministero degli Affari Esteri.

Giulio Molinari, medico, è stato coordinatore dei programmi sanitari in Somalia presso l'Ambasciata italiana.

W. Henry Mosley, demografo, è direttore del Department of Population Dynamics e dell'Institute for International Programs della Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health.

Giulia Olmi, esperta in comunicazioni sociali, ha fatto parte del *team* del «programma Mareerey».

Stefania Pace, medico, è stata responsabile del «programma Mareerey» dal 1989 al 1990; attualmente coordina l'intervento di emergenza del Cisp in Somalia.

Vittorio Roscio, architetto, è esperto in gestione di programmi sanitari nei Paesi in via di sviluppo.

Giuseppe Scozzafava biologo, è stato coordinatore delle campagne di vaccinazione e delle attività sul campo del «programma Mareerey» dal 1987 al 1988.

Maura Viezzoli, psicologa sociale, è direttore del Cisp.

David Werner, biologo, è direttore della Hesperian Foundation.

Finito di stampare nel mese
di gennaio 1992
dalla tipografia «la casa della stampa»
Via Empolitana, 120/C
00019 Tivoli tel. 0774/25766

Gli anni '80 sono stati testimoni di un paradossale capovolgimento: mentre la popolazione mondiale doveva tendere all'obiettivo della «salute per tutti», l'effetto combinato della recessione economica e delle politiche di aggiustamento, diminuendo le risorse a disposizione dei settori piu svantaggiati della popolazione, ne ha determinato un peggioramento dello stato di salute. In quasi tutti i paesi dell'Africa sub-sahariana la malnutrizione è aumentata. In alcuni paesi è aumentata persino la mortalità infantile. Oltre a sottolineare le responsabilità dei paesi sviluppati, che da un lato offrono assistenza e dall'altro perpetuano forme di asservimento economico e di sfruttamento commerciale, è necessario compiere una riflessione sull'adeguatezza delle politiche sanitarie e sull'efficacia degli interventi, particolarmente in contesti caratterizzati da grave instabilità politica e istituzionale. I saggi raccolti nella prima parte di questo volume presentano una panoramica sulle questioni in agenda per gli anni '90 e sugli aggiornamenti alla strategia della «salute per tutti». Le parti successive illustrano gli obiettivi, la metodologia e le attività del «programma Mareerey», un programma di *Primary Health Care* realizzato dal Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli in un'area rurale del sud della Somalia come contributo all'edificazione del sistema sanitario nazionale. Dopo un esame del quadro storico e politico della Somalia contemporanea, il libro analizza il processo di strutturazione della *Primary Health Care*, le azioni condotte per promuovere la salute pubblica e gli effetti sulla popolazione, valutando inoltre la congruità dei costi di sviluppo e di funzionamento. Il libro costituisce una delle poche testimonianze sistematiche sull' attuazione della *Primary Health Care* in Somalia. L'auspicio è che in una Somalia presto ripacificata l'agenda politica contenga i temi vitali della rifondazione dei servizi sanitari e sociali del paese.

Francesco Branca, medico, conduce attività di ricerca nel campo della nutrizione umana e studi finalizzati alla programmazione e alla valutazione di interventi sanitari nei Pvs. Ha fatto parte del *team* del programma Mareerey tra il 1985 e il 1988.

Rosa D'Arca, esperta in diritto ed economia dello sviluppo, ha collaborato con il Cisp per la gestione di programmi di sviluppo nel Corno d'Africa e per la realizzazione di studi sui mutamenti sociali connessi all'innovazione tecnologica.

L. 45.000

ISBN 88-204-7273-2