

Somalia

dall'Università ai villaggi

Le iniziative sul territorio della Facoltà di medicina dell'Università di Mogadiscio in quattro villaggi del distretto di Afgoi. Le condizioni di partenza e i risultati ottenuti. Gli operatori sanitari locali.

di Antonio Cappelli

La medicina di comunità non è uno slogan o un mero principio teorico. È proprio dall'esperienza pratica dei limiti dell'applicazione dei modelli occidentali in paesi con caratteristiche tanto diverse, che è nata l'esigenza di elaborare una metodologia di intervento appropriata e aderente non solo ai bisogni delle popolazioni, ma anche alla loro cultura. In questo senso, l'esperienza in atto da sei anni in Somalia, ha dato importanti indicazioni.

Efficacia, essenzialità, basso costo sono le caratteristiche principali del nuovo modello di «medicina comunitaria» che cerca di dare una soluzione adeguata all'ambizioso obiettivo lanciato dall'Oms «sanità per tutti nel 2000». Un'importante esperienza è in corso di avanzata realizzazione in Somalia, dove sei anni fa il Dipartimento di medicina di comunità della Facoltà di medicina dell'Università nazionale somala ha deciso di avviare un intervento sperimentale sul territorio.

Nel 1978 infatti, gli organi direttivi della Facoltà avevano deciso di costituire il Dipartimento e dare inizio alle sue attività pratiche sul territorio al duplice scopo di: — sperimentare la concreta fattibilità in Somalia di un tipo di intervento, come quello di medicina di comunità, fortemente sostenuto dall'Organizzazione mondiale della sanità; — realizzare una sistematica attività di addestramento sul campo degli studenti della Facoltà.

È da sottolineare quindi che le iniziative di medicina di comunità portate avanti dalla Facoltà medica non hanno avuto finalità esclusivamente assistenziali. Al contrario queste finalità sono strumentali rispetto a quelle principali proprie di una scuola medica universitaria e consistenti nella didattica e nella ricerca.

Queste attività si sono svolte, per il momento, in quattro villaggi rurali del distretto di Afgoi, relativamente vicino a Mogadiscio e quindi raggiungibile in breve tempo per gli studenti. L'ipotesi di realizzare un analogo intervento almeno in un quartiere cittadino, allo scopo di differenziare le esperienze didattiche e di ricerca, non ha potuto sino ad oggi essere realizzata per difficoltà di ordine organizzativo.

I villaggi oggetto dell'intervento hanno una popolazione che varia dai 1.000 ai 2.500 abitanti, rappresentati quasi esclusivamente da contadini nella maggioranza dei casi analfabeti. Il reddito medio pro capite è molto basso, ai limiti delle necessità più elementari. Le condizioni ambientali sono scadenti. Non esiste la corrente elet-

trica né l'acqua corrente. Solo un villaggio dispone di un pozzo; negli altri casi gli abitanti attingono l'acqua direttamente dal fiume. Le abitazioni sono costituite da capanne — di pianta circolare (*memdul*) o rettangolare (*arish*) — costruite con rami impastati di fango. Mancano servizi igienici di qualsiasi tipo.

Prima dell'intervento della Facoltà medica i villaggi erano totalmente privi di ogni forma di assistenza sanitaria moderna. In caso di malattia ci si rivolgeva ai sanitari o ai medici tradizionali operanti con interventi di tipo erboristico o magico ovvero con l'uso, molto diffuso, di causticazioni cutanee.

In questa situazione, rappresentativa peraltro di larga parte del territorio rurale somalo, l'intervento operativo della Facoltà si è basato su tre cardini fondamentali: la rilevazione dei bisogni fondamentali; la promozione della partecipazione di tutta la comunità alla realizzazione di ogni forma di iniziativa; l'attuazione di sistematici interventi operativi ritenuti fattibili ed efficaci nell'ambito della realtà locale.

Il momento della rilevazione dei bisogni si realizza attraverso l'indagine demografica, la ricerca epidemiologica e le rilevazioni sistematiche di tipo longitudinale. Provvedimento di fondamentale importanza sia ai fini conoscitivi sia per gli scopi più propriamente operativi si è rivelato quello della numerazione delle unità abitative (*compounds*). La numerazione delle abitazioni infatti, effettuata previo accordo con i capi villaggio e con tutta la popolazione, ha consentito di effettuare periodici censimenti degli abitanti e di realizzare un sistematico *follow-up* dei casi per ragioni di tipo clinico o profilattico (vaccinazioni). Inoltre, come si può intuire facilmente, tale provvedimento rende più agevoli le diverse indagini epidemiologiche consentendo di effettuare, in maniera semplice e corretta, campionamenti significativi della popolazione da indagare.

In tutti i villaggi è stato effettuato quindi un censimento della popolazione con finalità demografico-sanitarie. Si sono

potuti così evidenziare i parametri demografici fondamentali ed anche alcuni fenomeni di grande interesse sanitario. Quozienti di natalità intorno al 40‰ di mortalità generale superiori al 25‰ di mortalità infantile oscillanti intorno al 160‰, con un'età media della popolazione di circa 18 anni, consentono immediatamente agli esperti di rendersi conto della natura dei problemi da affrontare.

L'impianto di un sistema anagrafico elementare, con la registrazione dei nati, ha consentito di verificare l'andamento nel tempo di questi fenomeni. Informazioni fondamentali sulle condizioni del bisogno sanitario della popolazione sono state raccolte mediante varie forme di indagine epidemiologica, realizzate nell'ambito di ricerche finalizzate e in occasione dell'elaborazione di tesi di laurea.

Si è potuto così confermare che anche in questi villaggi rurali la patologia più grave e diffusa è rappresentata da forme morbose come la tubercolosi, la malaria, la schistosomiasi vescicale, la malnutrizione, le diarre infantili, le parassitosi intestinali, le anemie ferroprive. Grande contributo alla mortalità infantile è dato inoltre dal tetano neonatale che, a causa probabilmente delle incongrue tecniche di assistenza al parto, rappresenta di gran lunga la principale causa di mortalità neonatale. Sempre in tema di rilevazione del bisogno, di rilevante interesse sono apparsi i problemi dell'igiene ambientale relativi alla carenza assoluta di acqua potabile e di servizi igienici, e alla promiscuità uomini-animali caratterizzante la situazione dell'habitat.

Tutte le iniziative messe in atto per affrontare questo tipo di bisogno sono state concordate con la popolazione interessata, che è stata gradualmente coinvolta, in varie forme, nella gestione delle attività assistenziali. Nei villaggi esiste un comitato di anziani con il cui accordo e la cui collaborazione viene sistematicamente realizzato ogni intervento. Anche con i medici e le ostetriche tradizionali è stato possibile mettere in atto iniziative comuni, sì che può affermarsi che l'accettazione della popola-

Cronache

zione nei riguardi dell'intervento della Facoltà è totale e ormai senza riserve.

Sul piano operativo le iniziative messe in atto possono così sintetizzarsi:

a) costituzione, in ogni villaggio, di un centro sanitario utilizzando materiale e tecniche di edificazione di carattere tradizionale. La costruzione dei centri è stata effettuata con il concorso volontario e gratuito della popolazione locale;

b) formazione di un operatore sanitario di primo livello, scelto dal comitato di villaggio e formato, con un corso di poche settimane, per individuare e trattare poche ma importantissime forme morbose (malaria, schistosomiasi, ferite, traumatismi, ecc.);

c) aggiornamento delle ostetriche tradizionali e fornitura di materiale razionale per l'assistenza al parto;

d) realizzazione di campagne di immunizzazione secondo le indicazioni, per la regione, dell'Oms;

e) attuazione di campagne di educazione sanitaria sui più importanti temi affrontabili con questo approccio;

f) realizzazione sistematica di controlli medici sui casi selezionati dagli operatori sanitari di base e monitoraggio delle attività degli stessi operatori e delle ostetriche tradizionali;

g) distribuzione di farmaci essenziali.

Di più facile approccio sono risultati i problemi relativi all'approvvigionamento idrico e all'igiene ambientale. La carenza di mezzi finanziari e organizzativi adeguati ha impedito, infatti, sino ad oggi di realizzare le semplici ma indispensabili infrastrutture (latrine, sistemi di potabilizzazione) necessarie per intervenire con efficacia in questo settore.

Nell'ambito di una attività di medicina di comunità che presenta le caratteristiche sopra indicate, si realizza in maniera sistematica l'intervento formativo sul campo degli studenti, a partire dal primo semestre per arrivare al periodo finale di tirocinio. Si tratta di un'attività difficile, complessa dal punto di vista organizzativo, diversa dall'immagine stereotipa del «medico con il camice bianco», nuova quindi — e spesso all'inizio difficilmente comprensibile — sia per gli studenti sia per alcuni degli stessi docenti delle materie cliniche tradizionali. Ma è attraverso questa attività che lo studente della Facoltà medica di Mogadiscio diviene gradualmente non soltanto un medico, ma un «medico africano», consapevole dei bisogni della sua gente e in grado di affrontarli con i mezzi semplici, e talvolta poveri, che una dura realtà socio-economica impone di adottare.

È evidente che molto ancora resta da fare per perseguire in maniera compiuta e coerente questo fondamentale obiettivo. E tuttavia avere individuato questo approccio, avere imboccato la strada del difficile e del nuovo rifiutando l'ovvio e il consueto, rappresenta già un notevole risultato e un indubbio merito per tutti i responsabili, somali e italiani, della Facoltà medica dell'Università nazionale somala.

Un'immagine dall'alto di Città del Messico.

A tre mesi dalla Conferenza internazionale sulla popolazione organizzata dalle Nazioni Unite a Città del Messico (6-14 agosto 1984) si è tenuta a Roma, su iniziativa della Società italiana per l'organizzazione internazionale, della World Futures Studies Federation (Wfsf) e del Centro italiano di formazione europea (Cife), una tavola rotonda sul tema «La sfida demografica» nel corso della quale esperti italiani ed operatori del settore hanno fatto il punto sui risultati raggiunti in quella sede internazionale.

La questione demografica rappresenta nel mondo attuale una vera e propria sfida — ha esordito Antonio Golini, direttore dell'Istituto per le ricerche sulla popolazione del Cnr — per i risvolti che essa avrà sul mondo di domani e per i problemi che oggi pone ai Governi di tutti i paesi, industrializzati e in via di sviluppo. Mai la storia ha conosciuto un ritmo di crescita intenso e veloce come quello attuale, che è dell'1,7% annuo e che, se mantenuto costante, farebbe arrivare a 21.000 miliardi la popolazione della Terra in 500 anni. Oggi siamo oltre 4 miliardi e si prevede che per il 2000 saremo 6,1 miliardi. La condizione ideale — ha aggiunto Golini — sarebbe invece quella di una sostanziale stazionarietà, cui si deve mirare con corrette politiche demografiche conciliando quelle che, nel 1974 in occasione della precedente Conferenza mondiale a Bucarest, si posero come le due tendenze prevalenti e contrapposte e che, in Messico, hanno registrato invece un certo riavvicinamento. A Bucarest si schierarono da un lato gli «ottimisti» — i paesi dell'est, la Cina, i paesi del Terzo mondo e la Santa Sede —, che consideravano lo sviluppo socio-economico la soluzione di tutti i problemi dell'umanità; e dall'altro i cosiddetti «catastrofisti», Stati Uniti e quasi tutti i paesi occidentali, che propugnavano una rigorosa politica di controllo delle nascite. A Città del Messico le posizioni si sono ravvicinate, se non addirittura capovolte: la Cina, dopo la morte di Mao (1976), ha cambiato rotta e ha adottato una ferrea politica di controllo delle nascite, penalizzando duramente le coppie che hanno più di un figlio; mentre gli Stati Uniti, proprio alla vigilia della conferenza del Messico, hanno ribaltato la propria posizione dicendo: «sì allo sviluppo attraverso il libero mercato e no assoluto all'aborto».

La formula ideale — ha detto Golini — è invece quella mista e cioè sviluppo e family planning, su cui si sono trovati in linea di massima d'accordo i paesi partecipanti alla Conferenza del Messico.

Da parte sua Raimondo Cagiano de Azevedo, Segretario generale del Cife, ha sottolineato come a Città del Messico siano state sollevate anche alcune questioni collaterali di grande rilievo e destinate a durare. E cioè: 1) - la questione femminile che, grazie al gran numero di donne presenti nelle delegazioni ufficiali e alla partecipazione ai lavori di alcune organizzazioni femministe, si è trasformata in