

Un medico italiano racconta la sua esperienza in Tanzania a contatto con gli operatori sanitari da lui addestrati



Un medico europeo visita un bambino nero. L'infermiera fa parte del personale sanitario creato localmente.

C'è chi importa tecniche e personale e chi fa leva su forze ed esperienze locali

Una vivace polemica è in corso da alcuni anni sul modo migliore di condurre le campagne per il controllo delle malattie comunicabili nei paesi in via di sviluppo. Due «filosofie» si affrontano: quella «verticale» e quella «orizzontale». L'unico punto di accordo è sul termine controllo, che nell'accezione sanitaria significa la riduzione di una malattia ad un livello così basso da non rappresentare più un problema di sanità pubblica. Nelle regioni più povere del mondo non ci si illude di poter impedire che gli abitanti contraggano le più importanti infezioni (come la malaria, la schistosomiasi, le parassitosi intestinali, l'oncocerciasi, ed altre), ma si ritiene possibile, con le attuali risorse economiche e scientifiche, di far sì che le infezioni stesse siano così limitate nella quantità e qualità da non rendere invalido l'ospite, cioè l'essere umano.

La rinuncia alla speranza di eradicare alcune malattie tipiche dei tropici ha rappresentato, negli anni 70, un trauma culturale nel mondo scientifico. Essa, tuttavia, fu resa obbligatoria dal fallimento (negli anni 50 e 60) della campagna mondiale contro la malaria e dalle successive riflessioni provocate dall'insuccesso. Ciò non significa, però, che ci si debba abbandonare alla disperazione, rinviando ad un futuro ancora lontano la prospettiva di un'umanità vivente in condizioni igieniche perfette. Si può realisticamente affrontare già oggi il compito di rendere la vita sopportabile a intere popolazioni sofferenti e indifese; e ciò con una spesa contenuta in modo da non essere in eccessiva contraddizione con le concrete condizioni economiche dei paesi interessati, sempre molto modeste. Qui nasce la polemica fra «verticalisti» e «orizzontalisti».

È mia opinione che i «verticalisti» siano ancora legati alle strategie dell'eradicazione e non abbiano saputo superare le frustrazioni derivanti da quella sconfitta. In che cosa consistono, infatti, il loro approccio ai problemi sanitari? Facciamo degli esempi. Prendiamo una popolazione di 50 mila abitanti che ha bisogno di essere vaccinata contro le malattie esantematiche e contro la polio, la Tbc e il tetano. Il «verticale», a bordo di un costoso camion attrezzato fornito dal paese «ricco» donatore, e alla testa di una squadra di quattro o cinque operatori sanitari «d'importazione» (non solo e non sempre nordamericani ed europei occidentali, ma anche cinesi, sovietici, e perfino indiani), visita i vari villaggi nel corso di alcuni mesi e vaccina gli abitanti. Poi riparte, senza aver acquistato nulla e senza lasciare nulla. Il «team» di medici e infermieri non ha imparato la lingua del posto, o ne ha imparato solo i rudimenti; non ha compreso i bisogni reali delle popolazioni e non sa se davvero le vaccinazioni fossero prioritarie rispetto ad altri problemi sanitari specifici di quella regione; non ha fatto fare alcun progresso ai servizi sanitari di cui usufruisce (o dovrebbe usufruire) ciascun villaggio. Dopo la partenza del «team» il camion si fermerà per mancanza di pezzi di ricambio, e nessuno dei «locali» sarà in grado (perché nessuno si è dato la pena di insegnarglielo o non ne ha avuto il tempo) di proseguire le campagne di vaccinazione, anche nel caso ottimale in cui il donatore, o un altro donatore, sia disposto a inviare vaccini e materiale

sanitario.

È possibile un approccio assai diverso, più impegnativo per il donatore, non dal punto di vista economico, ma umano. L'«orizzontalista» parte dal presupposto che le vaccinazioni, pur importanti, non servono soltanto a prevenire quelle specifiche malattie, ma siano uno strumento di educazione del personale sanitario locale e di rafforzamento della struttura sanitaria del paese. In queste strategie, cioè, si usano le vaccinazioni come «port of entry», «porto di ingresso», per affrontare nel loro complesso, e in una prospettiva a lungo termine (anni, generazioni), tutti i problemi sanitari del paese ospite, secondo un ordine di priorità, e facendo leva sulla collaborazione consapevole e attiva delle comunità.

Non si deve pensare che questa «orizzontalista» si crei utilizzando soltanto il personale sanitario locale di base, che spesso non esiste. Nella lotta contro le malattie di possono e si debbono coinvolgere molte altre categorie: gli insegnanti, gli attivisti dei partiti, le chiese e le moschee, le associazioni di massa, le strutture comunitarie tradizionali e moderne.

Nell'isola di Pemba, in Tanzania, un giovane medico italiano ha addestrato una équipe di cinque operatori sanitari del luogo. Insieme riescono a tenere sotto controllo la salute di venticinquemila persone. In un paese in via di sviluppo si può lavorare - ed ottenere risultati incoraggianti - fa-

cedendo leva su tutte le disponibilità locali. La lotta contro la malaria e le parassitosi tipiche dei tropici: come si possono limitare le infezioni. Conoscere la popolazione, calarsi nei loro usi, capire la lingua, educarli, è la condizione essenziale per promuoverne lo sviluppo.

LORENZO SAVIOLI

Questo tipo di impegno richiede una coscienza profonda del paese, della sua lingua e dei suoi costumi, e (cosa ancora più importante) un rapporto di profonda e salda fiducia fra i membri del «team» inviato dal paese donatore, e le autorità locali, centrali (governo, ministeri) e periferiche. Ciò esige quindi non solo un'alta competenza professionale, ma la volontà e la capacità di immergersi completamente nella realtà del paese ospitante. Le au-

torità locali devono in qualche modo accettare che il donatore partecipi alla definizione e alla gestione della politica sanitaria. Si tratta di un problema non facile e molto delicato, perché il donatore, con il consenso dell'ospitante, deve riuscire a limitare il suo coinvolgimento nell'ambito della «questione salute», senza sconfinare in altri campi politici (guerre, guerriglie, colpi di Stato, conflitti fra statisti e partiti), cosa pericolosissima perché distoglierebbe

le forze dall'obiettivo principale, che è la salute dei popoli. In parole ancora più chiare: si può e si deve contribuire al rafforzamento delle strutture sanitarie di due paesi in guerra fra di loro, dispiegando nell'azione la stessa buona volontà, senza discriminare e senza irritare nessuno, lasciando ai diplomatici il compito di mediare in vista di un componimento pacifico del conflitto.

Al mezzo di trasporto costoso e difficile da riparare, si preferisce (se le distanze lo permettono) la bicicletta, il carro a trazione animale, il mezzo pubblico (autobus, autocarri), a seconda delle disponibilità locali. Nella diagnosi, ai metodi sofisticati o comunque tecnicamente elaborati, e quindi più precisi, ma costosi e spesso irrealizzabili per mancanza di tecnici locali preparati (pensiamo all'esame del sangue periferico per la malaria, o delle urine e feci per la schistosomiasi o a costose tecniche sierologiche) si cerca di sostituire metodi semplici, indiretti, ma attendibili. Al «team» responsabile della gestione del controllo delle malattie comunicabili spetterà il compito di scegliere, luogo per luogo, il meto-

do indiretto più adatto, e di verificarne l'attendibilità.

Per esempio: in una zona ad elevata endemicità malarica il «team» verifica, con uno studio su una popolazione-campione, che la maggior parte dei casi febbrili è causata dal *P. falciparum* della malaria. Sarà quindi inutile che il povero operatore sanitario di base, in una zona dove nessun controllo della zanzara è organizzato, spenda il proprio tempo prezioso a esaminare decine di vetrini ogni giorno. Limita questo tipo di analisi a periodi concordati con i responsabili del controllo della malaria, e più semplicemente si limiterà a curare in modo puntuale e tempestivo tutti i casi di febbre che incontrerà, dando per scontato che si tratti di malaria per evitare che i malati muoiano. Potrà verificare il sangue periferico solo nel caso in cui non ci sia guarigione, e, constatato il persistere della malaria, o sospettata la presenza di un'altra malattia sconosciuta, invierà il paziente in ospedale. Il tempo risparmiato rinunciando alla preparazione e lettura quotidiana dei vetrini potrà utilemente impiegare in altre mansioni: vaccinazioni, educazione sanitaria scolastica, partecipazione al controllo di altre malattie.

Quello che si vuole ottenere, ovviamente, non è una regressione a sistemi diagnostici più arretrati e imprecisi, ma l'impiego delle forze umane realmente disponibili in modo più efficace. È chiaro perciò che, sempre nel caso della malaria, il rapporto febbre-parassiti nel sangue dovrà essere periodicamente verificato.

Facciamo ancora un esempio. Nella schistosomiasi urinaria in zona endemica il sintomo più comune è il sangue nell'urina. Si era pensato da tempo che si potesse utilizzare questo solo sintomo, accertato con una striscetta reagente (come quelle che rilevano la presenza dello zucchero), per sottoporre la malattia a controllo su larga scala. È quello che si sta facendo nell'isola di Pemba (Zanzibar, Tanzania) sotto gli auspici dell'Organizzazione mondiale della sanità e della Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo del nostro ministero degli Esteri. Data la semplicità del metodo diagnostico, un solo membro del «team», insieme con il responsabile del dispensario, utilizza, nel trattamento di migliaia di pazienti, gli insegnanti e i dirigenti delle comunità. Al «team» specializzato spetta il compito di comprendere se il rapporto fra il sintomo e l'infezione rimane stabile nel tempo. Periodicamente, popolazioni-campione vengono sottoposte alla duplice diagnosi parasitologica e sintomatologica (ova del parassita e sangue nell'urina) per verificare se questa tecnica semplificata rimane attendibile.

Nell'isola di Pemba, da un anno e mezzo, cinque assistenti rurali sanitari locali, addestrati in tre mesi da un medico italiano, e da lui tuttora diretti, fanno muovere un meccanismo che «tratta» 25 mila persone al mese, con una spesa che sarebbe irrisoria se il farmaco non costasse ancora troppo (1300 lire circa a persona), relativamente alle scarse risorse dell'isola.

La polemica fra i fautori delle due «filosofie» è destinata a durare a lungo. Tuttavia, sono certo che i fatti dimostreranno la superiorità dell'approccio «orizzontalista», l'unico capace di rendere più efficaci le strutture sanitarie periferiche del Terzo mondo.

Educare per guarire



...è **NIKE**