

È a buon punto la ristrutturazione di un ospedale nel Madagascar

Conad: una presenza attiva per il Terzo mondo



Da trent'anni il Conad è tra i protagonisti dello sviluppo economico e sociale del nostro paese. In tutti questi anni una particolare attenzione è stata rivolta alla presenza del gruppo in attività di elevata importanza sociale. Questa è una vocazione naturale che nasce dalle radici stesse del Consorzio e che, in tutti questi anni, è stata alimentata dal continuo rapporto con il pubblico e con la propria base sociale.

È per questo motivo che le iniziative organizzate per festeggiare il 30° compleanno del Conad si rivolgono prevalentemente al rafforzamento del legame con il proprio pubblico attraverso un'attiva presenza in ambito sociale. Insieme a «Reggio Terzo Mondo», un'organizzazione di volontari che si occupa di educazione sanitaria nei paesi del Terzo mondo, il Conad ha avviato il progetto di ristrutturazione dell'Ospedale di Ampasi-

manjeva, in Madagascar. Con questo progetto sarà possibile salvare una struttura sanitaria che rappresenta un vero e proprio presidio in una regione vasta e desolata che non ha alcuna altra forma di assistenza sanitaria. La «Fondazione Medica d'Ampasimanjeva» sorge, infatti, nel sud est del Madagascar, nella provincia di Fianarantsoa, una delle più arretrate e povere del paese. L'economia è prevalentemente agricola, ma le condizioni di vita sono molto difficili. La regione è di fatto isolata dal resto del paese potendo contare solo su alcune piste in terra battuta e peraltro molto mal messe. La principale via di collegamento è così rappresentata dal fiume Faraoany.

L'ospedale venne costruito agli inizi degli anni Sessanta dalla Caritas tedesca e quindi assegnato in gestione alla diocesi di Fianarantsoa. Questa nuova costruzione andava così a sostituire un

vecchio posto medico (ambulatorio più sala parto) unica forma di presidio sanitario in una zona vasta e poverissima. In origine l'ospedale si componeva di quattro edifici per cure e ricovero della popolazione locale.

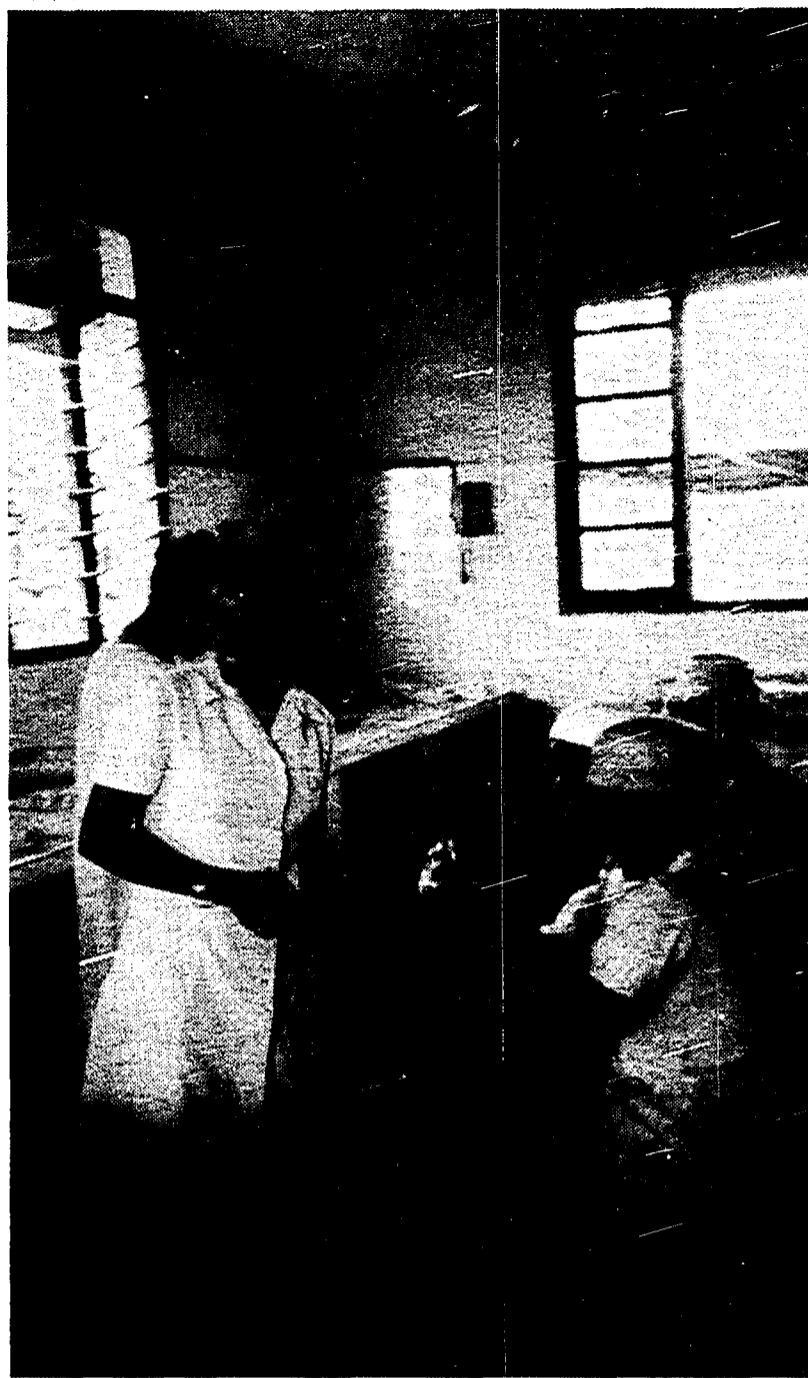
Nel 1971 la diocesi di Reggio Emilia comincia ad occuparsi della gestione dell'ospedale. L'arrivo dei sacerdoti dei volontari e delle suore reggiane permette di ampliare la struttura con altri edifici di supporto. Nel 1976 la diocesi di Reggio Emilia incarica l'organizzazione «Reggio Terzo Mondo» di seguire tutte le attività dell'ospedale favorendo anche l'impiego di volontari laici italiani in attesa che il personale raggiungesse un'adeguata preparazione tecnico-professionale.

L'impegno di Reggio Terzo Mondo, con l'aiuto del ministero degli Esteri, ha sviluppato in questi anni progetti d'educazione sanitaria, di prevenzione medica e di formazione del personale. Oggi l'ospedale può dirsi quasi autonomo come personale, mentre rimangono estremamente difficoltosi i rifornimenti, dato il quasi isolamento della zona, il mantenimento finanziario di tutto il servizio e la stessa opera di ristrutturazione dei locali.

Il problema principale che abbiamo oggi di fronte - racconta Mauro Bigi, un volontario reggiano che ha passato un lungo periodo in Madagascar - è quello finanziario. La maggior parte del peso economico pesa sulle spalle del volontariato in quanto l'intervento locale (governo, diocesi e contribuzioni locali) non arriva a coprire il 10% delle spese. Grazie all'intervento del Conad è stato possibile rimodernare parecchie strutture e compiere una grossa opera di revisione di tutto il complesso. È stato costruito un nuovo locale da adibire a cucina. Sono stati ricostruiti i marciapiedi distrutti dall'alluvione ed è stata realizzata un'autoclave per risolvere così il problema del rifornimento idrico. Inoltre sono stati fatti lavori di rifacimento esterno e ai tetti dei vari padiglioni. Non è certo un lavoro facile. Molti materiali non sono reperibili nel paese e sono stati inviati dall'Italia e inoltre lo stato delle piste ha reso molto problematico il trasporto del materiale. A volte i camion hanno dovuto percorrere 800-900 chilometri di piste per trasportare materiale non reperibile sul luogo.

Le condizioni di lavoro sono rese complesse anche dai problemi di convivenza esistenti tra le tribù locali, spesso rivali tra loro e dalla conseguente enorme quantità di imprevisti che solitamente sopravviene in queste circostanze. «Infatti - aggiunge ancora Mauro Bigi - la loro organizzazione in grandi famiglie di fatto gestisce tutta la vita dei villaggi occupandosi, in maniera protettiva, di tutte le fasi della vita; si preoccupa dei matrimoni, della tutela di chi resta orfano, fino ai funerali, ma soprattutto mantiene l'equilibrio tra i vari clan. Va però detto che ultimamente qualcosa si sta lentamente modificando. I giovani soprattutto sentono l'esigenza del cambiamento e si stanno sperimentando nuove forme di organizzazione grazie, principalmente, al lavoro svolto dai comitati di salute dei villaggi, strutture volute dal governo e che dovrebbero predisporre dei problemi legati all'igiene e all'educazione alimentare».

Ma, nonostante tutti questi problemi, i lavori di ristrutturazione e ammodernamento procedono e l'inaugurazione dell'ospedale, nella sua nuova e rinnovata veste, è prevista per il prossimo autunno.



La situazione sanitaria di Ampasimanjeva in una recente indagine

Condizioni difficili, una zona arretrata

La zona in cui opera questa struttura sanitaria è quella di Ampasimanjeva, sulla costa est, nella provincia di Fianarantsoa. Questa è indubbiamente uno dei distretti più poveri e arretrati del paese. Ha un raggio di trenta chilometri ed è abitato da circa 50.000 persone dell'etnia degli Antaimoro, ritirati in questa zona alla fine del secolo scorso dopo una sconfitta subita in una guerra tribale contro un altro gruppo di Antaimoro più evoluti culturalmente e oggi residenti nella zona di Vohipeno. Il distretto, vista la quasi completa mancanza di vie di comunicazione, è rimasto fino a pochi decenni orsono isolato dal resto del paese. A tutt'oggi le comunicazioni sono estremamente difficili e la via maggiormente usata - dalla gente è il fiume Faraoany. Questa situazione, insieme alla presenza di endemia malarica, ha senza dubbio con-

tribuito in maniera decisiva all'arretratezza della zona. Per dare un quadro più preciso della realtà sanitaria del distretto, riportiamo alcuni dati estratti da una recente indagine. Nella prima età, da zero a un anno la malnutrizione raggiunge il 50%, tra uno e due anni sale al 64%. Da tre a cinque anni il 92% dei bimbi è affetto da parassiti. La mortalità infantile, infine, supera il 150/1000. La malnutrizione come causa iniziale è responsabile di circa il 30% dei decessi in età pediatrica, seguita dalle varie forme di anemia (carenziale, drepanocitica) e altre forme ereditarie) con il 17%, poi il morbillo con il 13%, diarree con il 9%, tetano neonatale con il 6% e, infine, la malaria con il 5%.

Altro elemento da rilevare è l'intricata organizzazione dei vari clan con una complessa serie di leggi che regolano ogni momento della vita

delle persone. Ciò crea, inevitabilmente, un filtro a eventuali cambiamenti che esulino dalla più ortodossa tradizione. Questa situazione porta a forme di vero e proprio ostracismo nei confronti di chi tenti di promuovere mutamenti e innovazioni, in particolare nella coltura del riso - alimento base della popolazione - o in altri settori produttivi importanti per l'economia locale come la pesca o la coltura del caffè. Lentamente qualche piccolo germe di innovazione si è insinuato in questa struttura arcaica. Si stanno sviluppando alcuni centri di aggregazione che, pur rimanendo nella tradizione, la modificano gradualmente dall'interno. Esempi di questi nuovi fermenti sono alcune cooperative di donne e di pescatori che, restando nei clan, si uniscono a persone che sono fuori, nel tentativo di arrivare a vere e proprie cooperative di produzione e di consumo.

Duecentocinquanta dollari per vivere un intero anno

Madagascar, le cifre di una nazione povera



Il Madagascar è una delle nazioni più povere dell'Africa. Indipendente dal 1960, dopo essere stata colonia francese, ha una superficie di 587.041 chilometri quadrati e una popolazione di poco superiore ai 10 milioni di abitanti. La capitale è Antananarivo (Tananarive). Il potere è esercitato dai 137 membri dell'Assemblea nazionale popolare che affianca così il presidente della Repubblica, anch'egli eletto a suffragio diretto. La superficie coltivabile rappresenta il 15% del territorio, ma di questa solo il 3% è coltivata. Le colture principali sono quelle destinate all'alimentazione: riso, che è l'elemento base della nutrizione, manioca, patate, mais, arachidi e soia. Le piantagioni principali sono quelle della canna da zucchero, cotone, cacao e tabacco. I principali prodotti per l'esportazione sono il caffè, il pepe, i chiodi di garofano. Il Madagascar è il principale produttore mondiale di vaniglia naturale. L'allevamento può contare su dieci milioni di capi bovini (la produzione lattiera è di 30.000 tonnellate contro un fabbisogno di almeno 60.000) ancor più minori sono gli allevamenti suini, ovini, caprini. La caratte-

ristica dell'allevamento è di essere quasi un capitale di prestigio piuttosto che un capitale produttivo e sfruttabile. L'industria è poco sviluppata ed è legata soprattutto alla trasformazione dei prodotti agricoli per l'alimentazione di base: zuccherifici, oleifici e bevande. Altri settori sono il tessile, saponifici e il cemento. L'industria estrattiva riguarda principalmente in un sottosuolo tra i più ricchi di minerali, il cromo e grafite, esportati quasi al greggio.

La popolazione attiva occupa circa quattro milioni di persone in agricoltura, 75.000 nel settore secondario e 280.000 nel terziario. Il reddito pro capite è stato, nel 1991 di 250 dollari Usa. Per dare la dimensione della povertà del Madagascar riportiamo qualche dato sul potere d'acquisto, valutato nel 1991. Un chilogrammo di riso era pari a nove ore di lavoro, un litro di olio di semi a tre giornate di lavoro, una camicia a dieci giornate di lavoro.

Le principali città sono: la capitale Antananarivo con una popolazione di oltre un milione e mezzo di abitanti, poi Tamatave con 500.000 e Fianarantsoa con 400.000 abitanti. Il coefficiente di accrescimento è

pari al 2,6 per mille, ovvero 260.000 individui in più ogni anno. L'età media è di 43 anni e la popolazione al di sotto dei 20 anni rappresenta il 55% del totale. La scolarizzazione riguarda solo il 53% della popolazione in età scolare. Gli analfabeti sono il 55% della popolazione. La mortalità infantile arriva al 109 per mille, una famiglia media ha 5,3 componenti. Le ultime statistiche sul personale medico e paramedico risalgono al 1987, ma restano indicative perché la situazione non ha subito miglioramenti sostanziali.

Nel Madagascar troviamo un medico per 11.600 abitanti, un dentista per 210.000, un farmacista per 250.000, un infermiere per 4.750, una levatrice per 7.500. Ma queste statistiche tengono conto solo del quadro generale e non della forte disuguaglianza interna. La zona degli altipiani, dove sorge la capitale Antananarivo, è sempre privilegiata rispetto alle altre zone del paese. Basti pensare che nella regione della capitale troviamo un medico ogni 7.500 abitanti contro i 21.200 della provincia di Fianarantsoa, dove sorge l'ospedale ristrutturato grazie all'intervento del Conad.



Il volontariato di «Reggio Terzo mondo»

«Reggio Terzo Mondo» è un'organizzazione del volontariato cattolico fondata nel 1972 da don Mario Prandi, il sacerdote reggiano che per primo diede vita alle Case Carità.

Scopo dell'associazione è di promuovere lo sviluppo sociale ed umano in appoggio ai missionari reggiani che operano nei paesi del Terzo mondo.

Attualmente l'associazione è attiva in Madagascar, Repubblica Centro Africana e in Brasile. Prevalentemente si occupa di sviluppare, in accordo con il ministero degli Esteri, progetti di sviluppo sanitari e agricoli. Nella Repubblica Centro

Africana porta avanti una scuola agricola in appoggio ai missionari Cappuccini, oltre a interventi in materia di assistenza sanitaria.

In Brasile l'organizzazione reggiana è attiva nello Stato di Bahia.

«Reggio Terzo Mondo» può contare sull'operato stabile, tra volontari e personale a tempo pieno, di venti persone.

A questi vanno aggiunti un centinaio di volontari che si occupano principalmente della raccolta di finanziamenti e dei materiali da inviare nei paesi dove l'organizzazione opera.

Attualmente 14 volontari prestano la loro opera in questi tre paesi.