# Bisogni e risorse sanitarie di alcune comunità rurali in Somalia

## ABDULAZIZ SHARIF ADEN \* - ANTONIO CAPPELLI \*\*

\* Università Nazionale Somala - Mogadiscio

\*\* Università degli Studi di Roma « La Sapienza » - Roma

#### Premessa

Secondo stime derivate dal censimento del 1975, la popolazione somala ammonta a circa 5 milioni di abitanti, distribuiti su un territorio di 640 mila Km<sup>2</sup>.

La distribuzione territoriale della popolazione è molto ineguale. Circa il 40% degli abitanti è concentrato nel 20% del territorio. Le zone più densamente abitate sono rappresentate dall'area urbana e da quelle agricole situate lungo il decorso dei due grandi fiumi: lo Uebi Shabeelle e il Jubba.

Il 44.3% della popolazione è rappresentatto da nomadi dediti alla pastorizia; gli addetti all'agricoltura comprendono circa il 31.3% degli abitanti, il rimanente 24.3% della popolazione è concentrato nelle aree urbane ed impiegato prevalentemente nei servizi e nel commercio.

Non esistono rilevazioni sistematiche riguardanti il movimento della popolazione e i principali indici demografici, al riguardo il Ministero della Sanità fornisce stime secondo le quali l'indice di natalità è del 48‰ e quello di mortalità generale del 19‰. La mortalità infantile è stimata intorno al 160‰.

Il tasso di incremento annuo della popolazione e valutato al 3%. Fatta eccezione per alcune aree urbane le condizioni abitative e dell'igiene ambientale sono ancora notevolmente arretrate.

È stato rilevato che soltanto il 58% della popolazione urbana e il 20% di quella rurale possono fruire di acqua potabile. La sfera sanitaria pubblica impegna circa il 7% del bilancio dello Stato. A quest'impegno finanziario bisogna aggiungere i contributi delle Agenzie internazionali e nazionali operanti in regime di cooperazione bilaterale e multilaterale.

La situazione nosologica del Paese è caratterizzata, come del resto accade in tutta la regione africana, dalla diffusione e dalla pericolosità della patologia di tipo « esogena » rappresentata dalle malattie infettivo-parassitarie e dalla malnutrizione.

Malaria e schistosomiasi nelle regioni non aride e particolarmente lungo i decorsi dei fiumi raggiungono indici di prevalenza particolarmente elevati. Tetano neonatale e diarree rappresentano le principali cause di morte durante la prima infanzia.

La malnutrizione costituisce, sempre nell'infanzia, una grave minaccia special-

mente per la popolazione rurale e nomadica. Le parassitosi intestinali hanno indici di prevalenza altissimi specialmente nei territori agricoli.

Le malattie sessualmente trasmesse rappresentano un'importante problema nosologico, specie nelle città. Si rilevano inoltre nuovi casi di tracoma e di lebbra. Tra le malattie di natura non infettiva assumono particolare rilievo le anemie ferroprive diffuse in modo particolare tra le popolazioni femminili.

## Metodologia

Come si è già osservato all'interno della popolazione somala possono essere distinte tre diverse grandi realtà economico-sociali: quella urbana, caratterizzata negli ultimi anni da una fase di grande espansione; quella rurale localizzata prevalentemente lungo il corso dei due grandi fiumi; quella infine di tipo nomadico legata alla pastorizia tradizionale.

Nell'ambito delle attività di Medicina Comunitaria realizzate dalla Facoltà Medica di Mogadiscio, la più studiata di queste realtà è stata quella di tipo rurale. È sembrato pertanto interessante riferire in sintesi sulle ricerche effettuate nel corso degli ultimi tre anni nell'ambito di questa realtà per quanto attiene alle caratteristiche dei bisogni sanitari e alle risorse utilizzabili dalle popolazioni per far fronte a questi bisogni.

Relativamente ai « bisogni sanitari » i metodi di rilevazione utilizzati nelle ricerche prese in esame riguardano:

- La descrizione della situazione ambientale per i problemi d'ordine igienico generale;
- Il censimento o il campionamento rappresentativo della popolazione per la rilevazione delle fondamentali informazioni di demografia sanitaria;
- L'osservazione clinica presso gli ambulatori di villaggio per ciò che concerne i dati sulla morbosità;
- L'indagine di opinione campionaria per quanto riguarda la percezione dei bisogni sanitari effettivi da parte della popolazione;
- Il censimento e la descrizione dei servizi sanitari operanti all'interno delle singole comunità;
- La valutazione mediante ricerche campionarie del livello di utilizzazione delle due medicine da parte della popolazione.

### Il bisogno sanitario in ambiente rurale

Le condizioni di salute della popolazione residente nei villaggi presi in esame sono notevolmente influenzate dalla situazione dell'igiene ambientale che si presenta con caratteristiche abbastanza omogenee in tutta la realtà rurale della Somalia.

Le abitazioni sono costruite, nella grande maggioranza dei casi da mundul o da arish e da aqal.

Il mundul è una capanna di pianta circolare — dal diametro di circa 3-4 metri — con il tetto conico. La capanna è costruita con legno e sterpi raccolti in boscaglia, intrecciati tra loro e impastati con fango e sterco bovino. L'arish ha la stessa struttura del mundul e differisce solo per la forma che è rettangolare con il tetto spiovente. L'aqal è una piccola capanna precaria costruita con sterpi ricoperti

da erbe intrecciate e rappresenta la tipica abitazione del nomade in quanto può essere rapidamente smontata e trasportata.

In genere uno stesso nucleo familiare utilizza un compound, xarun, costituito da più mundul o arish circondati da uno steccato. Nel compound vengono spesso custoditi anche gli animali domestici (galline, bovini, ecc.) di proprietà della famiglia. Nessuna abitazione dispone di luce elettrica e di acqua potabile corrente. La maggior parte dei compounds non dispone di servizi igienici. Quando questi esistono sono rappresentati da latrine molto elementari con pozzo nero a perdere.

La defecazione avviene in genere all'aperto nella boscaglia circostante, dove

vengono dispersi anche i rifiuti solidi.

La situazione dell'approvvigionamento idrico varia nei diversi villaggi. L'approvvigionamento idrico della cittadina di Belet-Weyne, capoluogo della regione dell'Hiran, è realizzato mediante pozzi a pompa elettrica.

Nei rimanenti villaggi la popolazione utilizza direttamente l'acqua del fiume senza alcun trattamento. A Boodhley, villaggio situato nel nord della Somalia — e quindi lontano dai fiumi — l'approvvigionamento idrico è realizzato da una riserva (berked) di cemento nel quale si raccoglie l'acqua piovana.

Nel corso delle rilevazioni effettuate nei villaggi studiati sono state raccolte le informazioni demografiche ritenute fondamentali.

Tabella 1 Distribuzione percentuale secondo le classi di età nei villaggi studiati

	Beled Aamin	Mareerey	B. Weyne	Matabaan	Suugoow	Barrey	Dhakran	Dhogor	Bariire	Kulan *	Boodhley*
0 - 10	39,9	37,4	31,1	42,2	34,0	31,5	31,2	24,7	35,8	33,0	41,0
11 - 20	17,1	21,1	32,3	26,2	26,7	26,9	33,8	27,7	19,8	15,4	20,0
21 - 30	16,1	13,0	13,6	11,2	15,6	16,3	13,7	25,7	15,1	22,0	11,5
31 - 40	10,9	9,3	10,3	10,1	9,4	10,6	5,6	6,0	10,9	11,0	11,5
41 - 50	7,4	7,5	4,7	5,3	5,7	8,7	8,1	6,0	8,1	10,4	8,5
51 - 60	4,7	6,2	3,4	3,3	3,3	3,0	3,8	8,9	4,9	0.3	7.5
> 60	3,9	5,5	2,2	1,7	1,6	3,0	3,8	1,0	5,4	8,2	7,5
TOT.	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

<sup>\*</sup> Le classi di età di 51-60 e > 60 elaborate unitamente.

Tabella 2 Indici di mascolinità nei villaggi studiati

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 *	11 *
0 - 10	105,9	86.3	117,8	131,3	118,4	93,0	85,2	100,0	97,3	122,2	86,4
11 - 20	57,2	90,9	99,5	69,0	80,5	121.8	134,7	55,5	92,3	56,6	81,8
21 - 30	52,7	70,8	83,9	48,7	100,0	72,0	83,3	100,0	72,3	66,6	35,3
31 - 40	85,3	89,4	136,3	61,8	76,9	100,0	28,6	100,0	99,1	81,8	53,3
41 - 50	101,9	89.1	115,2	222,2	75,0	109.0	116,6	100.0	132,8	90,0	54,5
51 - 60	200.0	95,5	82,1	200,0	166,6	300,0	200,0	200,0	138,0	150.0	
> 60	129,1	150,0	65,0	125,0	33,3	33,3	200,0	200,0	96,4	150,0	150,0

<sup>\*</sup> Le classi di età 51-60 e > 60 elaborate unitamente.

Tabella 3 Età media, indice di mascolinità, natalità, mortalità, mortalità infantile in alcuni villaggi studiati

Elenco dei villaggi	Età Media	Indice di mascolin.	Natalità %0	Mortalità ‰	Mortal. Infan. ‰
Beled-Aamin	21.0	86.5	66.5	36.4	295.4
Mareerey	22.1	88.7	64.4	27.9	176.9
Bariire	23.1	96.2	1.5	20.3	152.8
Belet-Weyne	20.2	103.9	55.5	16.5	130.9

Come si può osservare la situazione è a questo riguardo notevolmente omogenea e si caratterizza per i seguenti elementi:

- età media della popolazione molto bassa:
- complessiva prevalenza della popolazione femminile rispetto a quella maschile;
- indici di natalità notevolmente elevati ed in ogni caso superiore alla stima nazionale;
  - indice di mortalità generale e mortalità infantile molto elevati.

Utili indicazioni sulla natura del bisogno sanitario possono essere desunte dalla conoscenza delle cause di morte. Un'indagine a questo riguardo è stata effettuata retrospettivamente nei villaggi di Beled-Aamin e Mareerey (Tabella 4).

Tabella 4
Distribuzione dei morti in due villaggi secondo la causa di morte (lista minima della causa di morte) \*

CAUSE	N° morti in un anno					
	Beled-Aamin	Mareerey	in complesso			
Morbillo	4	4	8			
Febbre n.d.d.	4	8	12			
Diarrea n.d.d.	12	7	19			
Addome Acuto	1	<u>'</u>	1)			
Tubercolosi	<u>-</u>	6	6			
Polmonite	2	2	4			
Cardiopatia	$\frac{1}{2}$	1	3			
Blocco renale	<u>-</u>	2	2			
Tetano	14	18	32			
Puerperio	1	1	2			
Senilità	<u>-</u>	î	1			
Trauma		i	1			
Causa non specifica	6	2	8			
Causa sconosciuta	5	6	11			

<sup>\*</sup> Sono riportate soltanto le voci della lista per le quali, nel periodo considerato, si è verificato almeno un decesso.

Le cause di morte relative ad un anno solare (da Ramadan a Ramadan) sono state rilevate con il sistema anamnestico e classificate secondo la lista minima di 22 voci codificate dal WHO. Le cause più importanti sono rappresentate dal tetano (in prevalenza neonatale) dalle diarree e dalla « febbre di natura non determinata ». Nonostante i metodi grossolani di rilevazione appare evidente sia l'im-

portanza della patologia di carattere esogeno sia la rilevanza che assumono in termini di diffusione e di letalità, il tetano neonatale e diarree. Tetano e diaree si ripropongono ovviamente come principali cause di mortalità infantile.

Le forme morbose più gravi e diffuse nella popolazione studiata quali si rilevano dall'osservazione clinica negli ambulatori sono rappresentate da tubercolosi, malaria, schistosomiasi, diarree infantili, parassitosi intestinali, malnutrizione e anemie. Allo scopo di valutare il livello di percezione della problematica sanitaria reale da parte della popolazione si è provveduto ad effettuare in alcuni villaggi, un'apposita indagine chiedendo ad un campione di popolazione di citare le malattie ritenute più diffuse e di indicare le relative cause. I risultati sono riportati nella Tabella 5.

Tabella 5

Forma Patologica	Cause				
Gandho (febbre)	Dio, maledizione, zanzara, dispepsie, altre.				
Hargab (sindrome influenzale)	Dio, bere acqua piovana, altre.				
Madax xanuun (cefalea)	Dio, sindrome influenzale, esposizione al cal-				
Traday Managar (************************************	do, altre.				
Shuban (diarrea)	Dio, cibo inquinato, altre.				
Jadeeco (morbillo)	Dio, febbre, altre.				
Calool xanuun (dolore addominale)	Dio, cibo incongruo, altre.				
Xigleey (pertosse)	Dio, sindrome influenzale, altre.				
Wareento (bronchite)	Dio, caldo eccessivo.				
Goryaan (parossitosi intestinali)	Dio, cibo incongruo.				
Kaneeco (malaria)	Zanzara, altre.				
Waraboow (sifilide)	Dio, altre.				
Moxog xanuun (lombalgia)	Sforzo fisico, altre.				
Afoow (stomatite)	Dio, altre.				
Xabad xanuun (dolore toracico)	Portare pesi, altre.				
Matag (vomito)	Dio, dispepsie, altre.				
Qaras (dispepsie)	Cibo incongruo, altre.				

Nella grande maggioranza dei casi non sono state indicate vere e proprie malattie, bensì dei sintomi. Le sole malattie individuate come tali (complesso di sintomi tra loro collegati in un'unica forma morbosa) sembrano essere la malaria e la tubercolosi. Sifilide e lebbra vengono individuati come tali, anche se talvolta in maniera imprecisa, in base alla loro sintomatologia di tipo dermatologico. Per il resto si attribuisce importanza ai sintomi senza collegamenti tra loro.

È da notare che la patologia citata dagli intervistati non è quella che la rilevazione epidemiologica costantemente indica come particolarmente grave e diffusa tra la popolazione rurale somala. Basterà a questo proposito notare che le malattie la cui elevata prevalenza è epidemiologicamente nota e accertata — come la schistosomiasi e la tubercolosi — non sono comprese nella lista delle malattie più citate.

I bisogni sanitari avvertiti dagli intervistati riguardano quindi in genere una patologia « minore » (cefalee, lombalgie, etc.). Rappresentano un'eccezione a questa regola le diarree, la malaria, la sifilide e le parassitosi intestinali che vengono avvertiti dagli intervistati come problemi tali e diffusi. Per quanto riguarda le cause indicate, il frequente riferimento all'intervento divino è legato probabilmente alla mancanza di ogni diversa ipotesi relativa ad altri agenti causali.

Infatti quando queste ipotesi esistono — come nel caso delle malarie (zanzara), della bronchite (caldo eccessivo) e della parassitosi intestinale (cibo incongruo)

- gli intervistati vi fanno riferimento e non ricorrono all'indicazione della causa trascendente. In conclusione relativamente al bisogno sanitario della popolazione rurale studiate si può affermare che:
- la patologia di tipo infettivo-parassitario rappresenta di gran lunga il fattore di rischio di maggior importanza;
- tale patologia è notevolmente influenzata da fattori d'ordine ambientale e culturale;
- la percezione del bisogno sanitario effettivo da parte della popolazione è limitato ed improprio, vaghe ed elementari sono le conoscenze sulle cause di malattie.

#### Le risorse sanitarie in ambiente rurale

La diffusione territoriale dei servizi di assistenza sanitaria è tuttora molto insufficiente in Somalia, di conseguenza buona parte delle comunità rurali prive di servizi sanitari appositamente istituiti continuano a fruire, in caso di bisogno, delle pratiche della medicina tradizionale.

Negli ultimi anni il Ministero della Sanità, con la collaborazione del WHO e dell'UNICEF e di diverse agenzie internazionali, ha adottato una politica di diffusione dei servizi di Primary Health Care (PHC) nell'ambiente rurale.

Il modello operativo del PHC può essere schematicamente sintetizzato:

- sensibilizzazione del comitato di villaggio sulle finalità dell'intervento sanitario;
- addestramento del Comunity Health Worker (CHW) e cioè di un operatore, scelto nello stesso villaggio, da addestrare in breve tempo (non più di sei mesi) sulle pratiche sanitarie fondamentali da realizzare per la assistenza di base alla popolazione;

- aggiornamento delle ostetriche tradizionali operanti nel villaggio;

— istituzione di un centro sanitario all'interno del quale possano lavorare il CHW e le ostetriche tradizionali (TBA) sotto il controllo periodico di un medico o di personale paramedico;

- realizzazione della attività tipiche del PHC rappresenta da:

- profilassi specifica mediante vaccinazione nei confronti di alcune malattie infettive particolarmente minacciose (tetano, polio, pertosse etc.);
  - educazione sanitaria; visita domiciliare;
  - attività di risanamento ambientale;
  - pronto soccorso;
- diagnosi e terapia nei riguardi della patologia minore e delle malattie più comunemente diffuse;
  - distribuzione di farmaci essenziali;
  - raccolta sistematica di informazioni demografiche e nosologiche.
- collegamento del centro sanitario con un Ospedale di riferimento per il trattamento dei casi più gravi e complessi;
- controllo sistematico e periodico delle attività del Centro da parte di un Team (medici-paramedici) operanti a livello distrettuale.

Si è già notato che questo modello organizzativo opera soltanto in una parte dei villaggi rurali somali. Anche dove è presente esso convive con pratiche della medicina tradizionale ancora largamente usate dalla popolazione.

#### Medicine and Traditional Medicine

#### Bibliografia

AA.VV. 1960, Medical Care in Developing Countries, New York, Mourice King Editor.

AA.VV. 1974, Community Medicine in Developing Countries, New York, Springer Publishing Company. Abdalla A. Wehid Saeed, Utilization of Primary Health Services in Port Sudan, Sudan Tropical and Geographical Medicine, Riyath, Saudi Arabia.

Abdulaziz Sharif Aden and A. Cappelli 1984, « L'intervento di medicina di comunità della Facoltà medica dell'Università Nazionale della Somalia », Società Italiana di Medicina Tropicale, Roma (30 Novembre).

Bentley, C. 1984, Primary Health Care Project. Progress Review, Somalia (Aprile-Dic.).

Burns, K.A. 1984, Role of Traditional Birth Attendant in the North West Primary Health Care Programme, Somalia.

Cappelli, A. et alii 1985, « Primi risultati del censimento con finalità demografico sanitaria dei villaggi di Beled-Aamiin e Mareerey », Quaderni di cooperazione, Roma.

Gowers P.R.S., Primary Health Care in the Gambia; Medical and Health Department. Benjul, Gambia. Hogh, B. and E. Petersen 1981, « The basic health Care sistem in Botswana: A study of the distribution and cost in the period 1973-1979 », Soc. Sc. med., 19, 8: 789-792.

Maccormark, P. Primary Health Care in Sierraleone, London, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Selveraj, M. K. 1984, « How to mobilize a rural community for a health programme », *Hygic*, III. Stephen, W.J. 1979, *An Analysis of Primary Medical Care*, Cambridge, Cambridge University Press.