



L'Africa, gli aiuti e noi

ANIKO ACZEL¹, GIUSEPPE BATTAGLIA², ELEONORA BIASOTTO³, CRISTINA BRONDELLO³, CHIARA Busetti⁴, SANTE CANTATORE⁵, ILARIA D'AQUINO⁵, ANDREA DE MANZINI⁶, ERICA DUDINE⁷, SERGIO FACCHIN⁶, TANIA GERARDUZZI⁸, ANNA LASAGNI⁵, MARZIA LAZZERINI⁹, ILARIA MARIOTTI⁵, MASSIMO MASCHIO⁵, ROSANNA MENEGHETTI⁵, ANNA LUCIA PALTRINIERI⁵, EMILIANO PANIZON², FRANCO PANIZON⁸, MICHELE PASETTO⁹, ANNA LUCIA QUITADAMO⁵, MARIKA RIVA⁵, FABIO RODARO², LAURA RUBERT⁵, SILVIA VACCHER⁵, FEDERICO VERZEGNASSI⁵

¹Ex dirigente ONMI; ²Studente in Medicina (Università di Trieste o di Verona); ³Dirigente ospedaliero; ⁴Pediatra in missione operativa in Africa (Médecins sans Frontières, CUAMM); ⁵Specializzando in Pediatria (Università di Modena o di Trieste); ⁶Pediatra di Famiglia (ASL di Grado, ASL di Pordenone); ⁷Struttura Complessa di Medicina Riabilitativa, Ospedale Maggiore, Trieste; ⁸Professore Emerito (Università di Trieste); ⁹Direttore Amministrativo Hospital da Divina Providencia, Luanda

Quando, due di noi, siamo andati in Africa per la prima volta, nel 2001, ci è stato messo in mano un grosso fascicolo sull'Angola. Ci siamo trovati di fronte a una storia sanguinosa, iniziata con la guerra di indipendenza (1961) e condotta da cinque diverse sigle, UPA, FNLA, MPLA, UNITA, e FLEC, che dopo l'indipendenza (1975) si sono impegnate in una guerra sanguinosa tra UNITA (Jonas Savimbi, Ovimbundu, sostenuto dagli USA che gli hanno passato 65 milioni di dollari solo nel 1975) e MPLA (Agostinho Neto, Mbundu, sostenuto dall'URSS, ma poi liberatosene). La guerra è terminata poi nel 2002 con l'uccisione di Savimbi e la chiusura in campo di sterminio di 300.000 miliziani¹.

Assieme a questa storia, eravamo di fronte a questi dati demografici:

AFRICA, AIDS AND US

(Medico e Bambino 2008;27:174-180)

Key words

Africa, International Co-operation, Poor nutrition

Summary

A general, analytic and documented picture on the social and health conditions in Africa, with the figures of the envisaged and distributed aids and the results obtained during the last few years, on the culture, on democracy and especially on the paediatric mortality (Millenium Project) is supplied. The characteristics of the top-down (WB and MIF) and bottom-up (NGO, Churches, and others) interventions are compared. A brief description of the intervention, which up to now has lasted 6 years, as well as the results obtained by a small group of Italian paediatricians in an Angola Hospital and in particular the strategy of prevention and treatment of severe poor nutrition in Africa.

- Tre etnie: Ovimbundu a nord (lingua Umbundu); Mbundu a nordovest, capitale compresa (lingue Kimbundu e portoghese); Bakongo a est (lingua Kikongo). Popolazione totale 12 milioni, di cui 6 in aree rurali (con tendenza all'urbanizzazione spinta anche a causa della guerra e delle mine antiuomo). Distribuzione per età: 54% sotto i 19 anni. Attesa di vita 47 anni;

alfabetizzazione 42%; arruolamento scolastico 30%.

- Mortalità sotto i 5 anni: 292 per mille; mortalità <1 anno: 170 per mille. Accesso all'acqua potabile: 15%, praticamente assenza di infrastrutture sanitarie nella maggior parte delle province, 5% del budget dedicato alla sanità.
- Ferrovie: tre linee, tra i porti dell'Atlantico



e l'interno, distrutte dalla guerra. Strade quasi impercorribili, circa 10 km/h. Traffico principale per via aerea.

Questa situazione non era sostanzialmente diversa da quella degli altri Paesi africani: un'ottantina di colpi di Stato in una ventina d'anni, guerre, assassini politici, corruzione, miseria, pulizie etniche, caduta degli scambi all'interno e al di fuori dei confini, analfabetismo, paura.

L'attraversamento della città (Luanda, la capitale), nella puzza acre delle discariche a cielo aperto, con i bambini nudi che ci pescavano dentro, schivando con la macchina i *burracos* (buchi-burroni) del fondo stradale, con macchine e bus sventrati e baracche di latta ai margini della strada, è stato una serie di pugni nello stomaco che ricordiamo ancora vividamente.

Non ci siamo domandati, il "visiting professor" e Marzia, la specializzanda coraggiosa, che aveva accettato l'impegno nel piccolo Hospital da Divina Providencia a cui eravamo diretti, se il nostro piccolo aiuto potesse servire a qualcosa, potesse "avere un senso".

Ce lo siamo domandato, e ce lo hanno domandato continuamente, poi, in Clinica, quando siamo tornati a casa, e quando si è messa in moto, con partenza dalla Scuola di Specialità di Trieste, una convenzione tra questa e l'Ospedale di Luanda, che ha prodotto da allora, in un servizio continuativo di uno o due specializzandi, un totale di più di mille giornate di lavoro. La domanda comportava la ricerca, difficile, di una realtà oggettiva. Non siamo arrivati, personalmente, a raccogliere abbastanza conoscenze e ad analizzare con sufficiente chiarezza questa realtà, ma qualche elemento e qualche criterio di ragionamento, utilizzabile

da tutti, lo possiamo forse dare. Per ora cominciamo con porci alcune domande: come nascono e a quanto ammontano, chi distribuisce, quanto servono e come vengono utilizzati gli aiuti internazionali.

LE ORIGINI STORICHE DELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

Il modello "vincente" di tale tipo di intervento internazionale è stato il piano Marshall, alla fine del secondo conflitto mondiale, consistente in prestiti agevolati e nell'invio gratuito di derrate, dalla cui vendita gli Stati riceventi traevano fondi per investimenti non controllati. Al piano Marshall viene attribuito parte del "miracolo europeo", dovuto anche alle rimesse degli emigranti, al lavoro sotto-costo e alle esportazioni agevolate dalla svalutazione, tutte risorse che l'Europa e l'Italia hanno ormai esaurito, ma che hanno permesso l'uscita dal sottosviluppo prodotto dalla guerra.

Gli interventi successivi, rivolti sia ai Paesi dell'Europa ex comunista sia ai Paesi del cosiddetto Terzo Mondo, hanno avuto molto meno fortuna, per tantissimi motivi ma specialmente per la diversità del terreno su cui sono stati seminati: i Paesi comunisti ed ex comunisti dell'Eurasia e i Paesi poveri dell'Africa, dell'Asia sudorientale, dell'America Latina.

Trentasette anni fa un accordo delle Nazioni Unite impegnava gli Stati membri a dedicare agli aiuti ai Paesi non sviluppati lo 0,7% del PIL, raggiungendo questa cifra entro il 1980. Sino a ora, solo Norvegia, Svezia, Lussemburgo, Paesi Bassi e Danimarca hanno raggiunto questa cifra, gli USA stan-

ziano lo 0,22% e l'Italia lo 0,29%, cifra che si è considerevolmente ridotta negli ultimissimi anni. La media è dello 0,35%.

Con quella spesa si calcolava che i Paesi poveri potessero uscire dalla trappola del sottosviluppo (una condizione, la loro, in cui ogni risparmio, dunque ogni investimento, e quindi ogni progresso, è impossibile) e potessero ricevere la "grande spinta" che li avrebbe tolti stabilmente dalle sabbie mobili. Questa impostazione utopica, sostenuta specialmente dal brillante direttore del Millennium Project, Jeffrey Sachs, autore del libro *The End of Poverty*², ha perso vigore, sia per un difetto, che analizzeremo, di progettualità, sia per un difetto dei fondi realmente disponibili che oggi si pensa dovrebbero essere superiori al doppio di quelli effettivamente erogati. Un buco senza fondo.

LE CIFRE DEGLI AIUTI

In cinquant'anni sono stati erogati complessivamente 2300 miliardi di dollari, in media 46 all'anno, di cui circa la metà per l'Africa (NB. Tra il 1990 e il 2005 l'Africa spendeva in guerre circa 284 miliardi, poco meno di 20 all'anno, all'incirca quanti ne riceveva per aiuti).

Parte di questi fondi deriva da accordi bilaterali tra Stati (accordi di cooperazione bilaterale), parte dalle quote di partecipazione dei singoli Paesi alle Organizzazioni finanziarie internazionali WB e FMI. L'aumento degli stanziamenti è stato progressivo, ma sostanzialmente inferiore a quanto sarebbe stato imposto dalla svalutazione del dollaro. Dal 1985 al '90 si è pas-



Articolo speciale

sati da 17,9 miliardi di dollari a 51,2, ma secondo il rapporto dell'*United Nation Development Program* (UNDP), per uscire dalla trappola del sottosviluppo ne occorrerebbero quattro volte tanti.

Comunque siamo su cifre a 10 zeri, difficilmente gestibili e difficilmente controllabili. Si calcola che negli ultimi anni gli aiuti complessivi abbiano raggiunto un fatturato di 60 miliardi di euro per anno e coinvolgano direttamente o indirettamente più di 500.000 persone.

Nel 2005, gli Stati più ricchi (G8) si sono accordati per cancellare il debito ai 16 Paesi più poveri, e per aumentare di 50 miliardi in 10 anni il loro contributo, mirato specialmente a migliorare la situazione sanitaria, resa critica dalla esplosione della TB e dell'AIDS. In realtà, questo non si sta avverando. Solo Giappone e UK rispettano i patti, USA e Canada hanno aumentato solo di poco il loro contributo, gli altri Paesi restano al palo. Si calcola che alla fine dei 10 anni l'incremento non supererà i 20 miliardi. Ancora una volta l'Italia è tra i Paesi più insolventi, ha rinunciato soltanto a 2 su 4 miliardi promessi per la cancellazione del debito e ha ridotto anziché aumentare il suo contributo economico reale.

A questa cifra va fatta tuttavia una tara consistente: solo il 41% raggiunge effettivamente i Paesi a cui è destinata; 38% è devoluto per consulenze tecniche, 11% per la cancellazione del debito, 3% per le spese per i rifugiati, 7% per l'amministrazione corrente, 38% per consulenze tecniche (cifra quest'ultima certamente eccessiva). Già così appare chiaro che almeno metà della spesa per lo sviluppo ritorna a casa. Ma non basta.

C'è infatti la questione degli aiuti vincolati. Circa il 40% (92% per l'Italia!!!) degli aiuti effettivi comportano l'obbligo per i Paesi beneficiari di acquistare beni e servizi di imprese del Paese donatore.

C'è poi la faccenda degli aiuti alimentari: aiuti almeno in parte perduti per strada (così è accaduto agli aiuti alimentari italiani per la Somalia, che si sono perduti nei porti eritrei) e almeno in parte negativi perché in concorrenza con le produzioni agricole locali.

Infine, c'è la faccenda del debito e della cancellazione del debito. Da una parte si calcola che il pagamento degli interessi costituisce un gravame sovente insopportabile per i Paesi che li hanno contratti, e non sempre per realizzare realmente il "decollo" del Paese. Si calcola che nel 2001, a fronte dei 29 miliardi stanziati per sovvenzioni, abbiano fatto riscontro 138 miliardi di pagamento del debito di ritorno ai Paesi ricchi. Si dovrebbe convenire che sono i poveri a finanziare i ricchi e non viceversa²⁶.

Dall'altra parte sta il fatto che la cancellazione del debito, chiesta e in parte ottenuta dalla Gran Bretagna nel 2005 (ma solo per i Paesi più poveri tra i poveri), viene detratta dalla cifra destinata agli aiuti. Per quanto riguarda l'Italia, oltre a rimettere solo la metà del debito dovuto, ha anche collocato in questa "rimessa" il 33% (contro l'11% della media) degli aiuti economici complessivi. Con questo l'Italia ha anche conquistato la maglia nera nella graduatoria della generosità.

Per concludere il capitolo diciamo che l'Occidente devolve, malvolentieri, agli aiuti per il Mondo povero, e spe-

cialmente per l'Africa, una cifra enorme ma insufficiente, molto inferiore sia a quella calcolata come necessaria alla "grande spinta", sia a quella promessa dai singoli Stati.

GLI ORGANI PREPOSTI ALLA RACCOLTA E ALLA DISTRIBUZIONE DEGLI AIUTI

Possiamo distinguere gli aiuti in due grandi categorie²⁵:

- **gli aiuti centralizzati**, *top-down*, che seguono linee politiche più o meno ben definite, ma comuni, e che sono sostanzialmente dipendenti dall'ONU e dalle sue agenzie consociate (Banca Mondiale, WB, e Fondo Monetario Internazionale, FMI⁵, assieme alle Banche Regionali di sviluppo, Banque du Développement Africaine, BDA, Asian Development Bank, ADB, e il Banco Internacional de Desarrollo, BID), e dalle agenzie specializzate (WHO per la sanità, FAO per l'agricoltura, ILO per il lavoro). Dalla segreteria generale dell'ONU dipendono anche altri enti specializzati organizzati nell'OCSE (cooperazione e sviluppo): UNDP per lo sviluppo, UNICEF per l'infanzia, UNFFA per la famiglia, UNESCO per l'educazione, WFP per gli alimenti;
- **gli aiuti decentrati**, *bottom-up*, condotti dai diversi enti di cooperazione non governativa (ONG), spesso di impronta religiosa, spesso finanziati dagli Stati Nazionali o comunque sostenuti da enti pubblici. A metà strada tra questi due principali filoni possiamo collocare super-strutture come quella dei Médecins sans Frontières, che interviene per tempi limitati in situa-



zioni di relativa emergenza, e la super-fondazione del GAVI, *Global Alliance for Vaccination and Immunisation*¹⁶, che finanzia specificamente i Paesi al di sotto di un certo reddito e di una certa copertura vaccinale dedicata a implementare quest'ultima laddove carente.

Poiché, come si è detto, sono spesso gli Stati che finanziano specifici progetti portati avanti dalle ONG, non è sempre così facile distinguere, né in termini di risorse erogate, né in termini di risultati raggiunti, quelli attribuibili all'ONU e alle sue agenzie, almeno in parte coordinati, internazionalmente omogenei, pianificati, programmati e finalizzati con relativa precisione, da quelli parcellizzati, "spontanei", per loro natura disorganici, del secondo gruppo. Potremmo dire che i primi sono più facilmente censibili e valutabili, che sono tendenzialmente pianificati e rivolti allo sviluppo, e che sono principalmente (ma non esclusivamente) finanziati dagli Stati; i secondi invece nascono sul campo, su occasioni e bisogni direttamente percepiti, sono più francamente "umanitari", sono più legati ai bisogni immediati e arrivano più facilmente ai più bisognosi, sono sostenuti dal volontariato, sono molto numerosi, diversificati, difficilmente censibili, e danno risultati più difficilmente valutabili.

Non si può, a questo punto non dedicare un minimo di attenzione ai due principali organi erogatori, la Banca Mondiale e il Fondo Monetario. Sono entrambe Banche, entrambe nate nel 1944 dagli accordi di Bretton Wood, entrambe alimentate dagli stanziamenti degli Stati membri, entrambe controllate da un consiglio di gestione multinazionale il cui peso è proporzionale all'entità dei finanziamenti, in sostanza quindi con larga

prevalenza dagli USA che dispongono del 20% dei voti e quindi godono di una "minoranza bloccante" nei confronti delle decisioni di grande importanza. Entrambe le strutture erogano prestiti (definiti prestiti multilaterali, per il carattere multinazionale dei due istituti) secondo le leggi di mercato, cioè esigendo sia la restituzione che gli interessi⁷.

Distinguere i compiti delle due strutture è difficile:

- la prima, la WB, in teoria, era mirata a sostenere modifiche strutturali, di sviluppo, nel lungo termine, quali la produzione di grandi opere, la privatizzazione dell'educazione e della Sanità (misure effettivamente richieste, negli anni '90, con pesantissimi costi sociali) e la sua logica è di stampo macro-politico, macro-economico;
- la seconda, il FMI, è nata per correggere gli squilibri monetari di mercato interno, specie di liquidità, nei tempi brevi, e la sua logica è di tipo prevalentemente "monetario", con richieste ai Paesi beneficiari di svalutazione della moneta, di tagli alle importazioni, di eliminazione delle sovvenzioni ai produttori locali. È considerata il più ricco Ente creditizio (gestisce 157 miliardi di dollari).

L'azione congiunta delle due strutture ha imposto a tutta la politica degli aiuti un carattere liberista, di stampo statunitense, e anche, politicamente, orientato in senso filo-americano.

In pratica la differenza funzionale per la quale le due strutture sono nate distinte è oggi più difficilmente riconoscibile di un tempo, specie agli occhi di un profano, e accade che sostanzialmente lavorino di conserva e anche che l'una finanzia l'altra⁶⁻⁸.

I RISULTATI DEGLI AIUTI

I risultati degli aiuti non sono facilmente valutabili, soprattutto perché manca un confronto tra la situazione attuale e quella che sarebbe stata senza questi aiuti.

Certamente, i risultati degli aiuti, sia quelli decentrati che, specialmente, quelli centralizzati, sono molti inferiori alle attese e l'Africa non è uscita dalla trappola del sottosviluppo⁹. Possiamo anche dire che i Paesi che più chiedono e più ottengono aiuti sono anche quelli che si sviluppano di meno. È un po' il paradosso dell'uovo e della gallina: chiedono aiuti perché sono troppo poveri, e quindi non possono svilupparsi, oppure non si sviluppano perché sono diventati dipendenti dagli aiuti? Certo è che, mettendo a confronto il rapporto aiuti/PIL per il periodo tra il 1982 e il 2002, tra i 10 Paesi con i migliori tassi di sviluppo (da +3,1 a +5,9) e i 10 Paesi con i peggiori tassi di sviluppo (da -1,7 e -5,0) si trova, nei primi, un rapporto aiuti/PIL medio di 0,23, e sempre <1 (eccetto che per Mauritius, 2,17) e per i secondi un rapporto aiuti/PIL medio di 10,9 e sempre >5, eccetto che per la Nigeria (0,59). Esistono Paesi in cui la cronica insolvenza ha portato a una "naturale" cancellazione del debito da parte del FMI, che tuttavia ha continuato, quasi di necessità, a mantenere i finanziamenti agli HIPC (*Heavily Indebted Poor Countries*) che da questi debiti sono diventati dipendenti³.

Per restare all'Africa e al **versante economico dello sviluppo**, considerando il PIL per abitante, dobbiamo dire che l'aumento (irrisorio), quasi sempre registrato, non è stato, almeno fino all'inizio del 2000, neanche lontanamente paragonabile a quello dei Paesi occidentali o occidentalizzati (crescita di 3 volte rispetto alla fine del 1800, contro una crescita di 30 volte in Occidente). Unica eccezione (in meglio) è il Botswana¹⁰, in cui la crescita, parallela al grado di democrazia,



Articolo speciale

indipendente dagli aiuti ma non dalle esportazioni (diamanti), è stata paragonabile o addirittura superiore a quella europea (6% all'anno). Per il resto il divario negativo tra il tasso di crescita in Occidente e quello in Africa è rimasto impressionante e in continuo aumento.

Dunque, sintetizzando, avremmo potuto dichiarare, per quel che riguarda lo sviluppo, e fino a un paio di anni fa, un clamoroso fallimento. Tuttavia, negli ultimissimi anni, anche qui qualcosa è cambiato: una crescita media del PIL del 5,4% per anno, con alcune punte incredibili, del 20% in Mauritania (petrolio) e del 18% in Angola (ancora petrolio). Che avessero ragione gli utopisti della "grande spinta"? Per l'Angola, la svolta, se c'è stata, è almeno in parte dovuta alla collaborazione con la Cina (800.000 cinesi "importati" in cambio di greggio): dunque un migliore utilizzo delle risorse, una migliore scelta dei partner, non una dipendenza dagli aiuti. Se l'aumento del PIL sarà un po' distribuito nel Paese, è ragionevole pensare che ne deriveranno un aumento della democrazia, una riduzione della corruzione, una riduzione delle nascite, un aumento della scolarità.

Non possiamo dire la stessa cosa per il **versante "umanitario" dello sviluppo**, di cui potremmo limitarci a considerare tre aspetti: l'alfabetizzazione, la democraticità, la mortalità e le sue cause principali (malnutrizione, infezione)^{3,13}.

Sull'*alfabetizzazione* i progressi sono costanti. L'iscrizione alla scuola secondaria è passata da un 5% nel '65 a un 30% nel 2000; la percentuale di alfabetizzati tra i giovani adulti è passata negli stessi anni dal 30% all'80%.

L'utilizzo di Internet si è decuplicato in 10 anni, anche se è ancora 10 volte inferiore a quello europeo³.

La *democraticità* è cresciuta di poco, ma è cresciuta. In un punteggio da 0 a 10 è passata da 2 a 4 (8 in Botswana)^{3,10}. La cosa che stupisce è che non aumenti in funzione della ricchezza. Forse anche quella è destinata a crescere prossimamente.

La *mortalità infantile* (primo anno di vita) è calata dal 180 per mille nel

1960 al 100 per mille nel 1980, e lì è rimasta (malgrado i consistenti aumenti degli aiuti)^{9,11-14}. La mortalità sotto i 5 anni è ugualmente diminuita, grazie specialmente ai vaccini, agli antibiotici, alla diffusione di protocolli terapeutici e alla reidratazione orale, tutte misure in parte indipendenti da aiuti materiali, ma dipendenti invece da aiuti "concettuali", e da attribuire in larga parte all'intervento dell'IMS-UNICEF e della benemerita fondazione GAVI (*Global Alliance for Vaccination and Immunisation*)^{15,16}. Nel mondo, quest'anno, è per la prima volta discesa sotto i 10 milioni (9,7 M)⁹. Da notare che 60 Paesi, per la maggior parte africani, concorrono per il 94% a questa mortalità che oggi, a differenza di soli 50 anni fa, dobbiamo considerare in assoluto "non fisiologica".

Tuttavia, ancora una volta, siamo molto lontani dai risultati attesi. Gli organismi internazionali hanno almeno per 3 volte proposto delle mete, via via ridotte e tuttavia mai raggiunte, e sempre più lontane, tanto da apparire irraggiungibili: nel 1978, con la dichiarazione di Alma Ata (Salute per tutti nell'anno 2000); nel '90 (riduzione a 1/3 della mortalità infantile e a metà della malnutrizione e della mortalità materna); infine nel 2000 (Millennium Project), riduzione a 2/3 della mortalità infantile entro il 2015, eradicazione della povertà e della fame.

Da ciascuno di questi obiettivi siamo ancora lontani; da alcuni ci siamo addirittura allontanati. In particolare, siamo in perdita nella lotta alle tre grandi malattie, TB, AIDS e malaria, per combattere le quali si è istituito un fondo globale dedicato (*Global Fund to Fight AIDS, TB, Malaria*)¹⁵, e all'eradicazione della fame e della malnutrizione, che sono, in controtendenza, aumentati. Tuttavia, mentre persistono seri dubbi sui tempi e le possibilità di contenimento delle epidemie di malaria e di AIDS, non vediamo improbabile che la malnutrizione e la TB, entrambi problemi della povertà, se sono veri gli indici della Banca Mondiale sul PIL, possano azzerarsi e quasi scomparire "da soli", nel giro di pochi anni, così come entrambi sono scomparsi in Italia, nel giro di pochi

anni, tra il 1950 e il 1955, indipendentemente dagli aiuti.

CONSIDERAZIONI GENERALI

Abbiamo confrontato due modi di appoggiare lo sviluppo, uno *top-down* e uno *bottom-up*; uno delegato agli Stati, alle Banche e alla pianificazione e l'altro alle persone, alle Fondazioni, alle Chiese, alle ONG; uno rivolto al miglioramento dell'economia dei Paesi e uno alla difesa e alla sopravvivenza delle persone.

Il **primo tipo di approccio** è stato viziato da alcuni peccati originali.

- Viziato dall'avarizia dei governi, coerente con gli interessi politici dei Paesi donatori e gli interessi economici delle imprese di quei Paesi.
- Viziato dall'economia e dall'ideologia dei Paesi donatori.
- Viziato dall'ipertrofia e dai costi delle sue strutture.
- È rigido, non sufficientemente attento alle possibilità reali degli Stati fruitori di obbedire alle regole imposte, a volte causa di effettive sommosse ("FMI troubles").
- È guidato da lontano, senza diretta conoscenza dei problemi e dei bisogni della popolazione e degli strumenti concreti per la realizzazione dei piani.
- È fortemente paternalistico.
- È destinato, anche per quanto sopra, piuttosto al sostegno dei Paesi meno poveri che dei più bisognosi.
- È costretto a passare attraverso i governi, corrotti e corruttori, rinforzandoli e restandone condizionato.
- È produttore di rinforzo e sostegno alla classe dirigente, con aumentato divario conseguente, di potere e di denaro, tra i più e i meno privilegiati.
- È mancante di trasparenza, di *accountability* e di feed-back, in una parola di democraticità.

In compenso, ha permesso quasi dappertutto il progressivo rinforzarsi di un'organizzazione civile, bene o male la sopravvivenza delle società, l'aumento di alcuni indici macro e micro-economici e, forse, dopo molte

frustrazioni, il riaggancio a un "mercato" globale.

Il **secondo tipo di approccio** ha avuto altri peccati.

- Mancanza di pianificazione e di coordinamento tra gli enti erogatori.
- Polverizzazione degli interventi, con effetti a macchia di leopardo, anche se collocabili in una rete auto-costruitasi spontaneamente in funzione dei bisogni.
- Non misurabilità "globale" degli effetti e del rapporto costo/benefici (mentre ogni singolo effetto è invece soggetto a un fortissimo feedback locale).

In compenso ha prodotto sviluppo locale, attenzione per i più deboli, riduzione delle differenze, trasmissione delle conoscenze, sentimenti di fratellanza, soddisfazione tra gli operatori.

L'ESPERIENZA PERSONALE E UN TENTATIVO RUDIMENTALE DI COMPUTAZIONE DEL RAPPORTO COSTO/BENEFICIO

Da quella prima volta, nel 2001, uno o due specializzandi, prima soltanto di Trieste, poi anche di Modena, e una volta di Torino, sono stati presenti "sul campo", per turni di 4-6 mesi, e con loro, in regolari, periodiche, più brevi "discese", anche il "profes-

sore emerito". Li abbiamo fatto i medici, i pediatri generalisti. Abbiamo anche "tenuto", per tempi non brevi, l'intero "Internamento" pediatrico e la Consulta (ambulatorio). Ma soprattutto siamo riusciti a ottenere, impostare, a far riconoscere dall'UNICEF dal 2003, e a condurre un piccolo Centro (inizialmente una sala di 9 letti, poi 2 sale, per 18 bambini), dedicato a pazienti con "malnutrizione severa". Bambini che prima non venivano ricoverati, o solo se gravissimi, e se acuti, e assieme agli altri.

La *malnutrizione severa* (problema essenzialmente dei bambini da 6 mesi a 4 anni, svezzati, mal alimentati, ed esposti a ogni genere di malattie piccole e grandi; tra le altre, principalmente AIDS e TB, che coprono circa il 25% del totale) richiede, per la diagnosi ufficiale e il ricovero al Centro, uno dei due seguenti criteri rigidi: la presenza di edemi da fame (kwashiorkor) oppure un rapporto peso/altezza <70% della norma (marasma). In realtà i malnutriti costituiscono una parte assai maggiore della popolazione pediatrica angolana: la quasi totalità dei bambini si colloca, per peso, sotto il 50° centile, almeno la metà sotto il 10%, e almeno il 10% sotto il 3°.

Nell'ambito ristretto dei malnutriti severi "internati" si possono riconoscere almeno 3 sottopopolazioni: una a basso rischio (cute e mucose intatte, funzionalità intestinale ben conservata e bassa steatorrea, non infezione, mortalità vicina allo zero); una a medio rischio (cute e mucose danneggiate, steatorrea importante, infezioni minori, mortalità media 8%); una ad alto rischio (cute, mucose,

intestino, immunità, circolo disidratati, infezione severa, mortalità vicina al 30-50%), i cosiddetti SAM (*Severe Acute Malnutrition*).

Nel primo anno dalla istituzione del Centro, di questi malnutriti ne abbiamo ricoverati 150 (mortalità 25%), poi sempre qualcuno di più, in media 200 all'anno, ma quest'ultimo anno quasi 300 (mortalità 12%).

Nel 2007 abbiamo modificato notevolmente la strategia assistenziale; abbiamo ridotto molto la degenza media (da 25 a 12 gg), dimettendo rapidamente i rischio zero e intervenendo più aggressivamente in quelli ad alto rischio. Ma specialmente ci siamo presi carico di tutti i dimessi, impostando un servizio gratuito di "seguimento" e fornendo loro la necessaria quantità di latte vaccino intero secco (*dried*) per mantenere la dieta di recupero per almeno un mese. In questo modo crediamo (e documentiamo) di ottenere la stabilizzazione della guarigione per la totalità dei dimessi che accettano la terapia ambulatoriale, il 70% circa. Il numero dei bambini presi in carico è quindi raddoppiato.

Abbiamo salvato dei bambini? Pensiamo di sì: come minimo 26 all'anno (il passaggio dal 25% al 12% di mortalità sui 200 ricoverati); come massimo 100 all'anno, la metà almeno di quei bambini che non venivano nemmeno ricoverati e registrati come malnutriti. Facciamo dunque 26, ridotti per semplicità a 25 (150 in 5 anni).

A quale costo? Diciamo di 6000 euro/anno di viaggio per gli specializzandi (a carico del bilancio delle Scuole), mentre non conteremo le spese personali, volontarie, dei non specia-



Bambini con malnutrizione severa: prima e dopo.

Articolo speciale

lizzandi. Inoltre, da quando sosteniamo la nutrizione domiciliare (2007), anche 4000 euro/anno per il latte. Diciamo 10.000 euro all'anno. In realtà, dovremmo conteggiarne molti di meno perché, come si è detto, gli specializzandi fanno i medici a tutto campo, non solo i medici del Centro. Comunque, un massimo di spesa di 400 euro, e un minimo di 100 euro per bambino salvato e stabilmente recuperato.

Non abbiamo tenuto conto dell'ultimo anno e dei risultati del "seguimento" che è "esploso" sugli ambulatoriali. Per questi possiamo solo dire che abbiamo fatto uscire dalla stagnazione nutrizionale cronica e prevenuto il rischio di cadere nella malnutrizione severa, o acuta severa, SAM, circa 150 bambini in mezzo anno, al costo puro di 15 euro a testa (il latte). Con questo abbiamo forse anche dato una delle risposte possibili alla domanda della letteratura internazionale¹⁷: "how to improve the care of severely malnourished children?"

Ma, per tutti noi, c'è molto di più. Il senso di aver dato, la consapevolezza di aver ricevuto. Meglio detto, l'aver partecipato a un momento storico, nostro e dell'Africa, forse irripetibile, sia per l'Africa che per noi, persone.

COSA DIRE, ALLA FINE?

Che entrambi gli approcci, *top-down* e *bottom-up*, erano doverosi, per il Mondo occidentale, che entrambi i rapporti (più il secondo che il primo, beninteso) sono stati oggettivamente bidirezionali, che uno ha supportato e completato l'altro, che di entrambi

c'era bisogno e che entrambi sono stati dettati alla coscienza dell'Uomo (Bianco).

Che noi dell'Hospital da Divina Provvidenza non eravamo poi proprio una goccia italo-europea nel mare nero; perché nella città e nella provincia operavano: il CUAMM (coi suoi morti tra gli operatori e i suoi 300 bambini in ospedale); i Médecins sans Frontières, coi loro miracoli; i volontari del VIS (Salesiani), col loro lavoro sui ragazzi di strada; i Calabriani di irmão Adamo (con la scuola residenza per orfani e per minori in difficoltà); le Povere Serve di S. João, con la loro scuola per 2000 alunni; l'Università Cattolica, presto anche con la Facoltà di Medicina.

PS. Stiamo ora lavorando nei Posti di Salute all'educazione nutrizionale, con traguardi minimi, essenziali e a basso costo: 10 grammi di proteine al giorno (1 cucchiaino colmo di latte secco fino a 12 mesi, poi mezzo bicchiere di arachidi, costo 0,2 dollari, molte volte inferiore al "ready to use therapeutic food", UNICEF)¹⁸, integrazione vitaminica e ferro, decontaminazione, con risultati "ponderali" e "umani" sui bambini, le famiglie e il personale ai quali noi stessi non avremmo creduto fino a pochi mesi fa.

Indirizzo per corrispondenza:

Franco Panizon
e-mail: f.panizon@libero.it

Bibliografia

- Hodges T. Angola from Afro-Stalinism to Petro-Diamond Capitalism. Bloomington: Indiana University Press, 2001.
- Sachs JD. La fine della povertà. Come i

Paesi ricchi potrebbero eliminare definitivamente la miseria del pianeta. Titolo originale: The End of Poverty. Economic possibilities of our time. Milano: Mondadori, 2005.

3. Easterly W. I disastri dell'Uomo Bianco. Titolo originale: The White Man's Burden. Why the West's efforts to aid the Rest have done so little good. Milano: Bruno Mondadori, 2007.

4. Tendler J. Good Government in the Tropics. Baltimora: John Hopkins University Press, 1997.

5. Tranfo L. Africa, la transizione. Bologna: Edizioni Missionarie Italiane, 1995.

6. Bacon F, Beck T, Demigüç-Kunt A, Levine R. Small and Medium Enterprises. Growth and Poverty: Cross-Country evidence. World Bank Working Paper 3178, 2003 (citato da 3).

7. WHO e WB. Dying for Change. Washington (DC): World Bank, 2003.

8. McCoy D. The World Bank's new health strategy: reason for alarm? Lancet 2007;369:1499-501.

9. Veneman AM. Achieving Millennium Development goal 4. Lancet 2006;368:1067-76.

10. Alfaro L, Spaar D, Allibhoy S. Botswana. A Diamond in the rough. Harvard Business School, 2003.

11. (Anonimous). G8 promises to Africa (Editorial). Lancet 2007;369:1833.

12. Powell-Jackson T, Borghi J, Mueller DH, Patouillard E, Mills A. Countdown to 2015: tracking donor assistance to maternal, newborn, and child health. Lancet 2006;368:1077-87.

13. Janson A. Shed some lights on darkness: will Tanzania reach the Millennium Developmental Goal? Acta Paediatr 2007;96:781-6.

14. Walker SP, Wachs TD, Gardner JM. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. Lancet 2007;369:145-57.

15. Murray C, Lu C, Michaud C. The performance of the Global Fund. Lancet 2007;369:1768-9.

16. Lu C, Michaud C, Gakidou E. Effect of the Global Alliance for Vaccination and Immunisation on diphtheria, tetanus, and pertussis vaccine coverage: an independent assessment. Lancet 2006;368:1088-95.

17. Geert TH. How can we improve the care of severely malnourished children in Africa? Plos Medicine 2007;4:222-5.

18. (Anonimous). Ready-to-use therapeutic foods for malnutrition. Lancet 2007;369:164.

