

ARCHIVES HISTORIQUES DE LA COMMISSION

COLLECTION RELIEE DES
DOCUMENTS "COM"

COM (75)642

Vol. 1975/0240

Disclaimer

Conformément au règlement (CEE, Euratom) n° 354/83 du Conseil du 1er février 1983 concernant l'ouverture au public des archives historiques de la Communauté économique européenne et de la Communauté européenne de l'énergie atomique (JO L 43 du 15.2.1983, p. 1), tel que modifié par le règlement (CE, Euratom) n° 1700/2003 du 22 septembre 2003 (JO L 243 du 27.9.2003, p. 1), ce dossier est ouvert au public. Le cas échéant, les documents classifiés présents dans ce dossier ont été déclassifiés conformément à l'article 5 dudit règlement.

In accordance with Council Regulation (EEC, Euratom) No 354/83 of 1 February 1983 concerning the opening to the public of the historical archives of the European Economic Community and the European Atomic Energy Community (OJ L 43, 15.2.1983, p. 1), as amended by Regulation (EC, Euratom) No 1700/2003 of 22 September 2003 (OJ L 243, 27.9.2003, p. 1), this file is open to the public. Where necessary, classified documents in this file have been declassified in conformity with Article 5 of the aforementioned regulation.

In Übereinstimmung mit der Verordnung (EWG, Euratom) Nr. 354/83 des Rates vom 1. Februar 1983 über die Freigabe der historischen Archive der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft und der Europäischen Atomgemeinschaft (ABl. L 43 vom 15.2.1983, S. 1), geändert durch die Verordnung (EG, Euratom) Nr. 1700/2003 vom 22. September 2003 (ABl. L 243 vom 27.9.2003, S. 1), ist diese Datei der Öffentlichkeit zugänglich. Soweit erforderlich, wurden die Verschlussachen in dieser Datei in Übereinstimmung mit Artikel 5 der genannten Verordnung freigegeben.

COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE

COM(75) 642 def.

Bruxelles, 18 dicembre 1975

RELAZIONE DELLA COMMISSIONE AL CONSIGLIO DELLE COMUNITA'
SULLE CONDIZIONI DI ATTUAZIONE E DI UTILIZZAZIONE DELLE OPERE, OGGETTO
DEGLI AIUTI, DA PARTE DEGLI STATI ASSOCIATI, DEI PAESI E DEI TERRITORI
BENEFICIARI

1974

I N D I C E

	<u>Pagina</u>
A. <u>INTRODUZIONE</u>	1
B. <u>UTILIZZAZIONE DELLE OPERE DI CUI AI PROGETTI</u>	5
I. <u>Attività</u>	5
1. Occupazione ospedaliera	5
2. Altre attività	6
3. Riassunto	6
II. <u>Manutenzione degli edifici e delle attrezzature</u>	8
1. Edifici	8
2. Attrezzature	8
3. Programmi di formazione del personale di manutenzione	9
III. <u>Personale delle formazioni sanitarie</u>	11
1. Numero di personale delle formazioni sanitarie	11
2. Aiuti dell'assistenza tecnica esterna	12
3. Personale della medicina preventiva	13
IV. <u>Bilanci delle formazioni sanitarie</u>	14
1. Osservazioni metodologiche	14
2. Bilanci di funzionamento	15
3. Provenienza dei bilanci	17
4. Equilibrio di fatto dei bilanci di funzionamento	18
5. Livello di funzionamento	19
6. Struttura dei bilanci	19
7. Entrate	20
V. <u>Medicinali</u>	22

	<u>Pagina</u>
C. <u>CONDIZIONI DI COERENZA DELLA CONCEZIONE GENERALE DEI PROGETTI</u>	24
I. <u>Posto dei progetti nello sviluppo dell'infrastruttura sanitaria</u>	24
1. Progetti isolati	24
2. Interventi globali	27
3. Condizioni complementari	30
4. Riassunto	32
II. <u>Personale sul piano nazionale</u>	33
1. Medici	33
2. Personale paramedico e personale di gestione	34
3. Problema dell'insufficienza di personale medico	34
4. Alcune considerazioni sui possibili provvedimenti	36
5. Riassunto	38
III. <u>Bilanci della sanità sul piano nazionale</u>	39
1. Osservazioni metodologiche	39
2. Caratteristiche della situazione di bilancio	39
3. Aiuti esterni per il funzionamento	43
4. Lezioni tratte dalle esperienze analizzate	44
IV. <u>Concezione tecnica</u>	48
1. Criteri di adeguamento	48
2. Alcune considerazioni sulle esigenze della concezione tecnica	51
D. <u>PROGETTI DI AIUTO PER IL FUNZIONAMENTO</u>	54
I. <u>Assistenza tecnica</u>	54
II. <u>Presa a carico temporanea del funzionamento</u>	55
E. <u>RIASSUNTO E CONCLUSIONI GENERALI</u>	57

ALLEGATIALLEGATO I

-

PROGETTI

<u>Obiettivi, concezioni e risultati generali</u>	I/1
1. Realizzazioni nel <u>Madagascar</u>	I/1
2. Formazioni sanitarie create nel <u>Dahomey</u>	I/5
3. <u>Mauritania</u> : ospedale nazionale di Nouakchott	I/7
4. <u>Somalia</u> : ospedale generale di Mogadiscio	I/11
5. Formazioni sanitarie create nell' <u>Alto Volta</u>	I/14
6. Formazioni sanitarie create nel <u>Niger</u>	I/17
7. Formazioni sanitarie create nel <u>Camerun</u>	I/20

ALLEGATO II

-

ELENCO DELLE OPERE DI CUI SONO STATE RECEN-
TEMENTE ESAMINATE LE CONDIZIONI DI UTILIZZA-
ZIONE

II/23

A. INTRODUZIONE

Redatta in applicazione dell'articolo 21 dell'Accordo Interno del 1969 relativo al finanziamento ed alla gestione degli aiuti della Comunità, la presente relazione si propone d'informare il Consiglio delle Comunità sulle condizioni nelle quali vengono utilizzate le opere finanziate dal Fondo Europeo di Sviluppo⁽¹⁾.

Durante il 1974, la Commissione ha svolto i lavori di valutazione delle opere finanziate dalla Comunità. L'utilità di questo lavoro permanente, intrapreso dal 1966 ed effettuato in cooperazione con le autorità dei paesi beneficiari, si conferma da un anno all'altro: esso consente di colmare eventualmente lacune esistenti nei progetti e di trarre insegnamenti che potrebbero orientare i nuovi aiuti concessi e rendere più efficace il loro inserimento nelle strategie di sviluppo applicate dai diversi paesi beneficiari.

Dopo aver esaminato nel 1973 un primo gruppo di progetti di sviluppo agricolo⁽²⁾, la Commissione si è concentrata nel 1974 sull'esame delle condizioni di utilizzazione di una serie di opere di carattere sanitario. Lo sviluppo del settore sociale costituisce infatti una delle preoccupazioni principali dell'organismo di aiuto comunitario e figura fra le priorità enunciate dalla 2a Convenzione di Yaoundé.

Inoltre, i servizi della Commissione avevano già potuto constatare in passato alcuni problemi, che influiscono spesso in modo rilevante, sull'utilizzazione delle opere di carattere sanitario limitandone in tal modo la loro efficacia. Alcuni progetti sanitari sono stati già presentati nelle relazioni precedenti della Commissione al Consiglio sulle condizioni di utilizzazione delle opere

./.

-
- (1) La descrizione delle condizioni di attuazione delle opere oggetto degli aiuti fa parte della relazione della Commissione al Consiglio di Associazione sulla gestione della cooperazione finanziaria nell'esercizio 1974, redatta conformemente alle disposizioni dell'articolo 29 della 2a Convenzione di Yaoundé (documento VIII/409/75/I). Inoltre, su vari progetti la cui esecuzione creava problemi particolari, nel corso dell'anno i servizi della Commissione hanno presentato note al Comitato del FES.
- (2) Relazione della Commissione al Consiglio sulle condizioni di attuazione e di utilizzazione delle opere, oggetto degli aiuti, da parte degli Stati associati, dei paesi e territori beneficiari - 1973 (documento COM(75)13 def. del 22.1.1975).

(1) oggetto degli aiuti. Le conclusioni parziali e sommarie emerse da tali esami hanno potuto ora essere maggiormente approfondite graduate. E' apparso che le difficoltà incontrate si lasciavano raramente ridurre ad un fattore unico ed accidentale che una decisione tecnica avrebbe potuto facilmente correggere. Sembrava invece che esse risultassero molto spesso da fenomeni complessi e concretassero in realtà l'influenza di deficienze di carattere istituzionale sul piano nazionale. Queste costatazioni hanno messo in luce l'utilità, dopo l'ultimazione di un sufficiente numero di opere sanitarie, di valutarne sistematicamente i risultati.

Sono state in tal modo esaminate le opere sanitarie ultimate che possono considerarsi rappresentative dei diversi tipi d'intervento ed i paesi per i quali è particolarmente considerevole l'aiuto apportato dal FES nel campo sanitario.

La presente relazione passa in rassegna 24 operazioni ultimate nel campo sanitario (2), fra cui 16 opere d'infrastruttura sanitaria (costruzioni ospedaliere, servizi sanitari, dispensari, altri istituti sanitari, ecc...) ed 8 operazioni di aiuto temporaneo per il funzionamento (assistenza tecnica, presa a carico del funzionamento)⁽³⁾. Gli interventi esaminati riguardano i seguenti paesi : Camerun, Dahomey, Alto Volta, Madagascar, Mauritania, Niger, Somalia. L'insieme di questi progetti (30 milioni di UC) è pari al 30 % degli impegni totali assunti sulle risorse dei tre Fondi per i progetti di carattere sanitario (101 milioni di UC).

Decisioni di finanziamento e spese (in milioni di UC)

Situazione 31.12.1974

	<u>FES/1</u>	<u>FES/2</u>	<u>FES/3</u>	<u>Totale</u>
<u>Totale</u> delle decisioni (impegni)	581	713 ⁽⁵⁾	817	2.111
<u>di cui</u> : sanità (4) (impegni)	50	28 ⁽⁵⁾	23	101
opere sanitarie esaminate nella presente relazione (spese)	16	12	2	30
				./.

(1) Riferimenti delle relazioni 1969 : 2767/VIII/FED/70-I ; 1970 : VIII/398/71/I-FED/1 ; 1971 : VIII/258/72/I - FED/C-3 ; 1972 : VIII/702/73/I-C/5

(2) Cfr. elenco delle opere Allegato II/23-24

(3) Questi progetti consecutivi riguardavano uno stesso progetto di costruzione ospedaliera in Somalia (ospedale generale di Mogadiscio)

(4) Compresa campagne sanitarie e cooperazione tecnica

(5) Situazione fine 1971

Gli obiettivi, la concezione ed i principali risultati dei progetti esaminati sono riassunti nell'allegato I (1). La relazione stessa presenta, sotto forma sintetica, le principali condizioni particolari nelle quali sono utilizzate le opere finanziate dal FES (capitolo B). Vengono quindi esaminate le condizioni di coerenza della concezione generale dei progetti sul piano nazionale : posto dei progetti nello sviluppo dell'infrastruttura sanitaria, disponibilità del personale e dei bilanci sanitari sul piano nazionale (capitolo C). Un capitolo separato è dedicato ai progetti di aiuto per il funzionamento (capitolo D). Le conclusioni che si possono trarre dall'analisi delle opere in questione sono esposte alla fine dei paragrafi : infine, un ultimo capitolo (capitolo E) è costituito dal riassunto e dalle conclusioni generali risultanti dall'insieme delle considerazioni.

La materia della presente relazione è basata essenzialmente su

- missioni di valutazione effettuate nel 1974 in Somalia, in Alto Volta e nel Niger, nonché nel Ciad nel 1970 ;
 - relazioni di valutazione elaborate dai controllori delegati del FES d'intesa con i Governi dei paesi interessati : Camerun, Dahomey, Madagascar, Mauritania.
- Quanto alle informazioni ottenute, s'impongono alcune riserve d'ordine metodologico :
- Le statistiche di base alle quali la relazione si riferisce sono spesso deficienti e talvolta contraddittorie ;
 - le cifre riportate non sono sempre disponibili per gli stessi anni ; i raffronti quindi (ad esempio per i bilanci) si riferiscono talvolta ad anni diversi ;
 - non sempre è possibile la definizione esatta del contenuto delle cifre comparate. (2)

./.

(1) Pagine I/1 - I/22

(2) Per facilitare il confronto, le diverse unità monetarie sono state convertite in F CFA, tasso dell'anno.

B. UTILIZZAZIONE DELLE OPERE DI CUI AI PROGETTI

I. Attività

Dall'esame delle condizioni di utilizzazione delle opere finanziate dal FES emergono alcune constatazioni di ordine generale che riguardano in particolare l'occupazione degli ospedali e le attività delle formazioni sanitarie.

1) Occupazione ospedaliera

In genere, il saggio d'occupazione dei grandi ospedali generali dotati di tutti i mezzi di diagnosi e di trattamento medico è più elevato di quello degli ospedali medi e dei centri sanitari. Fra gli ospedali generali, si rilevano i seguenti tassi di occupazione :

circa 90 % a Majunga (Madagascar), Mogadiscio (Somalia),
Niamey (Niger)

circa 100 % a Nouakchott (Mauritania), Zinder (Niger) (1)

Per contro, gli ospedali "secondari" ed i centri sanitari ai livelli intermedi ed inferiori della piramide sanitaria registrano in genere soltanto una occupazione media fra il 40 ed il 70 %, con forti differenze tuttavia da un istituto all'altro all'interno di uno stesso paese. Nell'Alto Volta, ad esempio, i centri sanitari di Ziniaré e di Kongoussi sono nettamente sottoccupati (30 %), mentre il centro sanitario di Yako è pienamente utilizzato (100 %).

L'occupazione più bassa a livello intermedio si accompagna in genere ad un breve periodo medio di ospedalizzazione (circa 10 giorni) e non supera in alcun caso i 15 giorni, mentre negli ospedali generali, i malati sono ricoverati in media per 20-25 giorni.

./.

(1) Per raffronto : 80 % a Ouagadougou e 100 % a Bobo-Dioulasso (Alto Volta), ospedali non finanziati dal FES.

Sicuramente, un'affluenza eccessiva di malati può indurre un ospedale a dover abbreviare bruscamente il periodo medio di ricovero come ad esempio a Nouakchott (Mauritania) ed a Ouagadougou (Alto Volta) in cui non superai 10-12 giorni.

2. Altre attività

Per le altre attività (visite, interventi chirurgici, parti, ecc.), in base alle cifre disponibili non si possono delineare tendenze generali. Il numero di visite effettuate sembra essere essenzialmente in funzione della fama e dell'attrattiva medica dell'istituto, quindi della qualificazione e della reputazione del personale medico e paramedico. Gli esempi dell'Alto Volta e del Niger dimostrano che, in genere, le attività delle formazioni sanitarie a livello intermedio sono più importanti se gestite da un medico e non da un infermiere.

3. Riassunto

Riassumendo, l'analisi delle differenze riscontrate nelle attività degli istituti richiama delle costatazioni fondamentali più che evidenti : l'utilizzazione di un servizio sanitario dipende essenzialmente :

- dallo stato e dalla manutenzione dell'edificio, dagli impianti fissi e dall'attrezzatura medica,
- dal numero, dalla qualifica, dalle iniziative e dal dinamismo del personale medico, paramedico ed ausiliario,
- dai mezzi finanziari di cui può disporre la formazione per il suo funzionamento,
- dai mezzi materiali supplementari che il servizio può ottenere : medicinali, piccolo materiale medico, ecc.

- dalla funzione assegnata ad una formazione nell'ambito della piramide sanitaria,
- dall'attuazione di talune condizioni complementari necessarie per il buon funzionamento (regolamentazione delle evacuazioni, condizioni stradali, disponibilità di mezzi di trasporto, ecc.),
- dall'ubicazione rispetto alla densità ed alla distribuzione della popolazione nonché agli altri istituti della piramide sanitaria o del settore privato,
- dalle sue potenzialità sanitarie rispetto alla densità ed alla distribuzione della popolazione interessata (in cui la distribuzione regionale ha maggiore influenza del totale della popolazione),
- dalla continuità e regolarità dei servizi sanitari forniti (ad esempio, l'avvicendamento del personale straniero, spesso praticato, impedisce che s'instaurino rapporti di fiducia tra medici e malati),
- dalle attività simultanee e complementari di medicina preventiva e dalle azioni di educazione sanitaria, d'igiene, di protezione sanitaria delle madri e dei fanciulli, ecc. nonché dall'intensità e continuità di dette attività,
- dall'interesse o dal disinteresse delle autorità locali,
- a breve termine, dalla ripartizione nel tempo delle attività economiche della popolazione (raccolti, possibilità di lavoro temporaneo nei campi come dipendenti, giorni di mercato, ecc., vaccinazione del bestiame, ecc.

./.

II. Manutenzione degli edifici e delle attrezzature

La manutenzione degli edifici e delle attrezzature costituisce uno dei punti deboli dell'utilizzazione di tutte le opere attuate.

1) Edifici

In genere, si può rilevare che la manutenzione degli edifici è garantita in modo quasi regolare e soddisfacente per i grandi ospedali e le formazioni sanitarie il cui funzionamento è preso a carico da un organismo di aiuto esterno. Per contro, la manutenzione è spesso insufficiente od anzi inesistente per le formazioni sanitarie a livello intermedio ed inferiore.

In genere, la manutenzione delle sistemazioni interne (intonaci, vernici, intelaiature di porte e finestre, ecc.) difetta più della manutenzione del corpo degli edifici.

Benché i governi abbiano preso coscienza della necessità della manutenzione degli edifici, gli stanziamenti disponibili sono spesso insufficienti o sono concessi per attuare altre costruzioni ritenute più importanti o più urgenti. Nella maggior parte dei SAMAs infatti sono i servizi del Ministero dei lavori pubblici a decidere sulle priorità dei lavori di manutenzione da effettuare in tutti i settori, spesso senza basarsi su criteri obiettivi.

2) Attrezzature

In genere, la manutenzione delle attrezzature è tanto più carente quanto più gli impianti sono complessi (impianti frigiferi, elettrici, termici, ascensori, attrezzature mediche sofisticate, ecc.). Il deterioramento spesso rapido delle attrezzature si spiega in particolare con :

- l'insufficienza quantitativa e qualitativa del personale di manutenzione,
- l'indifferenza dei loro utilizzatori (personale medico e paramedico, personale amministrativo) spesso mal preparato ad utilizzare attrezzature di tipo europeo (mancanza d'informazione e di comprensione, mancanza di motivazione e d'iniziativa),

- la modicità dei bilanci di manutenzione,
- la mancanza di strutture amministrative, tecniche e di gestione sul piano nazionale, specie la mancanza di piani generali di attività nonché di schede di lavoro e di controllo nelle formazioni ospedaliere.

Il problema è ancor più grave per le formazioni sanitarie in zone rurali, mentre i diversi provvedimenti presi sul piano nazionale e le azioni di organismi stranieri di aiuto (FES, OMS, aiuti bilaterali, ecc.) hanno contribuito a migliorare notevolmente la situazione di manutenzione nei grandi ospedali.

Per evitare guasti prolungati, la scelta dell'attrezzatura degli ospedali dovrebbe quindi tenere maggiormente conto del servizio assistenza. I fornitori di attrezzatura potrebbero essere costretti, più severamente che in passato, a garantire il servizio assistenza del loro materiale. Potrebbero in particolare essere obbligati, dai capitolati di oneri per i contratti di forniture, a :

- effettuare per gli utilizzatori la dimostrazione pratica del funzionamento di taluni apparecchi,
- precisare i provvedimenti previsti per l'avviamento del servizio assistenza,
- fornire una guida o schede di manutenzione semplicissime facilmente assimilabili tanto per il personale utilizzatore quanto per il personale di manutenzione,
- fornire infine un catalogo per l'acquisto di eventuali pezzi staccati.

3) Programmi di formazione del personale di manutenzione

Conscia del fatto che la soluzione dei problemi di manutenzione è una condizione essenziale per il buon funzionamento e la piena utilizzazione di un ospedale, la Commissione, di propria iniziativa e basandosi sulle conclusioni dell'esame delle condizioni di utilizzazione di talune opere ospedaliere, ha promosso vari programmi di formazione del personale di manutenzione⁽¹⁾.
Questi programmi stabiliscono :

./.

(1) Camerun : formazione di operai polivalenti di manutenzione e tecnici riparatori per attrezzature mobili di appoggio, controllo e manutenzione (cfr. Allegato I/21 e relazione 1971 sulle condizioni di utilizzazione delle opere oggetto degli aiuti)

Mauritania: organizzazione di un servizio di manutenzione e formazione del personale utilizzatore, di manutenzione e gestione (cfr. Allegato I/9)

Ciad : in corso di attuazione

Somalia : allo studio

- il perfezionamento degli operai di manutenzione in servizio nelle formazioni sanitarie, destinati ad effettuare la manutenzione corrente,
- la formazione di specialisti atti ad individuare i guasti e ad effettuare le riparazioni più complesse,
- la creazione, nell'ambito del Ministero della sanità, di adeguate strutture di organizzazione della manutenzione,
- la creazione di squadre mobili a livello nazionale,
- l'iniziazione del personale medico e paramedico ad una razionale utilizzazione delle attrezzature,
- la sensibilizzazione del personale amministrativo ai problemi di manutenzione e dell'organizzazione e la gestione di una piccola scorta di pezzi di ricambio.

./.

III. Personale delle formazioni sanitarie

Le cifre disponibili sul personale assegnato alle diverse formazioni sanitarie mettono in luce soltanto alcune tendenze molto generali. La ripartizione del personale medico e paramedico sul piano nazionale è effettuata infatti dal Ministero della sanità e dall'amministrazione subordinata competente. Poi, nell'ambito di ogni suddivisione amministrativa, l'assegnazione ai diversi servizi (ospedale, centri sanitari, dispensari, squadre mobili, servizi di medicina preventiva, ecc.) spetta al medico capo responsabile. Pertanto, il numero di personale assegnato alle diverse formazioni a tutti i livelli può differire molto.

1) Numero di personale delle formazioni sanitarie

Dall'esame delle condizioni di utilizzazione delle diverse formazioni sanitarie risulta che il rapporto fra il personale totale ed i medici, da un lato, e la capacità dall'altro è molto favorevole per gli ospedali generali di Mogadiscio (420, di cui 31 medici per 600 letti) e di Nouakchott (200, di cui 10 medici per 230 letti). Il rapporto è molto più basso per tutte le altre formazioni esaminate ; tuttavia, le diversità riscontrate da un servizio all'altro non fanno emergere, nella maggior parte dei casi, alcuna correlazione percettibile con il livello di attività di ogni formazione.

In genere, quasi tutte le formazioni sanitarie sono dotate di un numero di personale che corrisponde ad un certo equilibrio di fatto risultante dalle condizioni di utilizzazione locali e dalle possibilità del paese. Tuttavia, ciò non significa che questo numero sia "normale" o "sufficiente". Bisognerebbe infatti sapere sulla base di quale criterio si debba determinare il numero di personale necessario. Deve essere in funzione delle esigenze tecniche dell'impianto e delle attrezzature esistenti? oppure seguendo il criterio di un rapporto prestabilito, tra il personale qualificato e la popolazione interessata, cioè secondo il criterio del

fabbisogno sanitario teorico ? La valutazione di una particolare formazione rischia di ritenere insufficiente il personale addettovi rispetto alle norme europee o ad altre norme teoriche prestabilite secondo una certa concezione, oppure alle valutazioni soggettive dei responsabili interrogati sul posto, mentre il personale in servizio può essere obiettivamente sufficiente ed adeguato alle condizioni specifiche del paese. Il personale è quindi insufficiente nella maggior parte delle formazioni o, in confronto, è troppo numeroso nei pochi grandi ospedali sopra citati. In che misura il personale in servizio riflette uno scarto generale tra la concezione iniziale e le possibilità del paese ? Se la Somalia, ad esempio, ha dotato il suo ospedale di Mogadiscio di personale più numeroso della norma africana rilevata, ciò sembra essere conseguenza di un'opzione politica presa piuttosto che di una necessità ; quest'ultima ha però creato direttamente uno squilibrio, sul piano nazionale, a favore dello ospedale generale ed a detrimento di tutte le altre formazioni. Si deve ancora aggiungere che il numero di personale è poco significativo se non se ne conosce la qualificazione, sulla quale è tuttavia impossibile dare un giudizio senza intraprendere investigazioni più approfondite.

2) Aiuti dell'assistenza tecnica esterna

La maggior parte degli ospedali finanziati dal FES è dotata di medici stranieri ; la loro sostituzione è molto avanzata soltanto per l'ospedale generale di Mogadiscio (25 somali su 31 medici) e per gli ospedali del Madagascar (sul piano nazionale, si contano 617 malgasci su 667 medici).

Negli altri paesi, le attività attuali non potrebbero essere affatto mantenute senza l'apporto massiccio dei medici dell'assistenza tecnica. L'aiuto di medici francesi interviene, ad esempio, per il funzionamento degli ospedali di Nouakchott (Mauritania), Zinder (Niger), Victoria e Garoua (Camerun) ; medici tedeschi sono assegnati agli ospedali di Gaoua (Alto Volta), Tahoua (Niger), e medici belgi all'ospedale di Dosso (Niger).

Praticamente in tutti i paesi la nazionalizzazione del personale paramedico è molto più avanzata ; nondimeno, alcuni infermieri ed assistenti sanitari europei sono assegnati soprattutto alle formazioni gestite dall'assistenza tecnica straniera.

3) Personale della medicina preventiva

In genere, le formazioni incaricate della medicina preventiva, specie i gruppi mobili (ad esempio in Alto Volta e Nel Niger) non dispongono di sufficiente personale rispetto al fabbisogno. La mancanza di personale dei gruppi mobili di prospezione e di prevenzione nel Niger, ad esempio (in cui il FES ha finanziato la creazione di sei centri come base fissa della medicina mobile⁽¹⁾) ostacola notevolmente la realizzazione delle azioni necessarie e previste ; tali gruppi mobili non sono in grado di assicurare l'individuazione regolare di talune malattie per tutta la popolazione interessata, di modo che i gruppi mobili sono spesso gruppi di soccorso piuttosto che di prospezione⁽²⁾.

(1) Gruppi d'igiene e di medicina mobile EDHMM

(2) Nel settore sanitario di Gaoua (Alto Volta), l'unico gruppo di prospezione esistente composto di 7 persone può raggiungere tutta la popolazione (350.000) soltanto ogni 4-5 anni.

IV. Bilanci delle formazioni sanitarie

1) Osservazioni metodologiche

Per avere un'idea del livello generale di funzionamento sono di seguito considerate "bilanci" degli ospedali le spese effettuate senza tener conto della provenienza dei mezzi finanziari. La provenienza degli stanziamenti sarà analizzata separatamente. Le spese di personale saranno prese in considerazione soltanto a titolo eccezionale, dato che il loro livello dipende dalla ripartizione tra il personale nazionale e straniero (finanziato dalle varie assistenze tecniche).

Per contro, i bilanci di funzionamento (personale escluso) danno un'idea indicativa del fabbisogno e dei mezzi messi a disposizione dell'istituto. Tuttavia, vanno fatte talune riserve d'ordine metodologico :

- i medicinali assorbono somme diverse a seconda che siano
 - acquistati direttamente presso i fornitori europei (ospedale generale di Mogadiscio)⁽¹⁾,
 - approvvigionati tramite un'organizzazione d'importazione (ad esempio : "Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques" nel Niger) senza essere esonerati dai dazi doganali,
 - forniti in parte direttamente dal Ministero o da altre organizzazioni di aiuto (Alto Volta),
- l'alimentazione dei malati assorbe somme diverse se è assicurata dagli organismi internazionali di aiuti alimentari (Alto Volta, Niger);
- la manutenzione degli edifici è imputata sul bilancio dell'ospedale, oppure assicurata dal Ministero dei Lavori Pubblici sul proprio bilancio;

./.

(1) Tramite il Ministero della Sanità ; non sono soggetti alle procedure d'importazione dell'Agenzia Statale per la produzione e l'importazione di medicinali "ASPIMA" ed il loro prezzo di costo viene ad essere del 50 % circa del prezzo del mercato somalo.

- in alcun caso si è potuta ottenere una ripartizione dei bilanci (e dei costi) tra le diverse attività degli ospedali : le cifre calcolate per i bilanci di funzionamento per letto e giornata di degenza costituiscono quindi soltanto un'approssimazione molto generale e non possono avere che valore comparativo.

2) Bilanci di funzionamento

Dall'esame di vari progetti finanziati dal FES e di varie altre informazioni ottenute, emerge la tendenza generale che i bilanci di funzionamento (personale escluso) espressi in termini di spese di funzionamento per letto e all'anno⁽¹⁾

- sono relativamente elevati per gli ospedali generali di Nouakchott (230 letti), Niamey (700 letti) e Mogadiscio (600 letti) : fra 180.000 e 320.000 F. CFA ;
- sono ad un livello medio per gli ospedali generali di Zinder (Niger, 450 letti), Bobo-Dioulasso e Ouagadougou (Alto Volta, rispettivamente 700 e 730 letti) e Majunga (Madagascar, 550 letti) ; tra 100.000 e 160.000 F. CFA ;
- sono relativamente bassi nel Camerun per tutti gli ospedali regionali, dipartimentali e di circoscrizione (capacità fra 30 e 300 letti) : fra 30.000 e 90.000 F. CFA ;
- sono altresì bassi per i centri ospedalieri dipartimentali di Tahoua e Maradi nel Niger (rispettivamente 136 e 166 letti) e l'ospedale di Manakara (Madagascar, 150 letti) : fra 80.000 e 100.000 F. CFA.

Come prima conclusione si rileverà che gli ospedali generali sono apparentemente meglio dotati di stanziamenti di funzionamento degli ospedali del livello intermedio⁽²⁾ ; questa conclusione resta valida anche se si tiene conto del fabbisogno più elevato dei grandi ospedali, in funzione della loro attrezzatura più pesante, dei loro servizi specializzati più numerosi e delle loro condizioni di funzionamento più ambiziose.

Si sono potute tuttavia costatare alcune eccezioni : in Alto Volta, i due ospedali secondari di Gaoua (120 letti) e di Fada N'Gourma

./.

(1) Anni di riferimento : Nouakchott : 1972, Niamey e Zinder : 1975, Mogadiscio : 1973 ; Bobo-Dioulasso e Ouagadougou : 1973, Majunga : 1974, Camerun : 1970/71, Tahoua e Maradi : 1974, Manakara : 1974.

(2) L'insufficienza degli stanziamenti di funzionamento, specie nelle formazioni sanitarie di boscaglia, era stata già citata nella relazione 1969 sulle condizioni di utilizzazione delle opere di cui agli aiuti (pag. 49), in particolare a proposito della RCA.

(130 letti) dispongono di un bilancio di funzionamento per letto di 200.000-300.000 F. CFA⁽¹⁾. Il motivo è che in ambedue i casi si tratta della prima quota per l'attuazione di un ospedale più vasto, il funzionamento dell'attuale ospedale è quindi gravato smisuratamente dall'attrezzatura relativamente pesante, dimensionata in relazione alla capacità finale. Gli stessi motivi potrebbero spiegare le elevatissime spese di funzionamento a letto (330.000 F. CFA) dell'ospedale di Nouakchott. Un'altra interpretazione sarebbe quella che il funzionamento dei due ospedali secondari in Alto Volta è assicurato dagli organismi di aiuto straniero ad un livello troppo elevato rispetto ai mezzi di funzionamento normalmente disponibili per le formazioni sanitarie.

Le spese di funzionamento per giornata di degenza degli ospedali generali seguono, nelle grandi linee, i bilanci di funzionamento per letto. Tuttavia, subordinatamente alla durata media di ospedalizzazione, essi oscillano fra 950 e 550 F. CFA per gli ospedali di Nouakchott, Niamey e Mogadiscio, e fra 450 e 350 F. CFA per gli ospedali di Zinder, Ouagadougou e Bobo-Dioulasso.

Una seconda conclusione s'impone : non sembra esistere alcuna correlazione apparente fra i bilanci di funzionamento degli ospedali e le spese sanitarie pro capite come pure le spese di funzionamento della sanità pro capite dei paesi interessati. Nel Camerun, le spese sanitarie pro capite (650 F. CFA) e le spese di funzionamento sanitarie pro capite (172 F. CFA) non determinano affatto un livello di funzionamento adeguato per gli ospedali; per contro, nell'Alto Volta, nonostante l'esiguità delle risorse di bilancio (rispettivamente 165 e 22 F. CFA pro capite), il funzionamento dei grandi ospedali è garantito ad un livello abbastanza elevato. Questo fenomeno si spiega con il fatto che i bilanci degli ospedali riflettono il fabbisogno di queste formazioni sanitarie piuttosto che i mezzi finanziari del paese. I bilanci delle formazioni non sono infatti assicurati comunque soltanto dal bilancio sanitario. Ne risulta la necessità di un'analisi della provenienza

(1) Questi bilanci di funzionamento per letto sono d'altronde più elevati di quelli dei due ospedali generali del paese.

degli stanziamenti.

3) Provenienza dei bilanci

La provenienza dei "bilanci" degli ospedali è abbastanza varia.

In genere intervengono nel funzionamento :

- il Ministero della Sanità, con importi più o meno regolari per
 - il personale nazionale medico, paramedico, amministrativo e la maggior parte del personale ausiliario e di manovali ;
 - il funzionamento dei servizi ai livelli superiori ed intermedi ;
- le collettività regionali e comunali con importi che variano secondo i gettiti fiscali effettivamente riscossi per
 - una parte degli ausiliari e dei manovali ;
 - i medicinali, il piccolo materiale, i carburanti, ecc. delle formazioni ai livelli intermedie inferiori e soprattutto dei dispensari rurali ;
- gli organismi di aiuti finanziari bilaterali destinati al funzionamento, alla manutenzione ed alle riparazioni ;
- gli organismi di aiuti finanziari multilaterali più o meno irregolari, ad esempio il Fondo Cheysson per l'acquisto di medicinali e di materiale medico, l'OMS per talune campagne di lotta contro le malattie endemiche, ecc. ;
- gli organismi privati di aiuti irregolari (ad esempio Lyons Club) ed altre fondi (ad esempio : CARITAS, MISEREOR, Deutsches Aussätzigen-Hilfswerk, ecc.).

Per garantire il funzionamento dei servizi, si aggiungono ancora gli organismi di aiuti supplementari materiali di qualsiasi provenienza, fra l'altro

- sul piano nazionale, ad esempio in Alto Volta, il "Contributo patriottico" e la "Lotteria Nazionale" per l'acquisto di ambulanze,
- sul piano internazionale, gli aiuti in medicinali e in materiale di organizzazioni private, filantropiche, religiose, ecc. ed i vari aiuti alimentari.

In taluni paesi, il funzionamento dei servizi sanitari è garantito solo in minima parte con i mezzi di bilancio propri del paese (bilancio sanità e collettività); soltanto gli aiuti supplementari finanziari e materiali consentono di gestire convenientemente i servizi sanitari esistenti. Per tutti questi motivi, i bilanci effettivi dei vari servizi sono molto variabili, irregolari e spesso difficili da determinare.

4) Equilibrio di fatto dei bilanci di funzionamento

Riassumendo, nella maggior parte dei paesi si è instaurato un equilibrio fragilissimo dei bilanci di funzionamento delle formazioni sanitarie. Questo equilibrio è mantenuto unicamente dai vari aiuti esterni quando gli stanziamenti concessi dal bilancio della sanità ed i contributi delle collettività sono insufficienti. I governi avrebbero tendenza ad assegnare i loro mezzi finanziari disponibili in ordine prioritario decrescente ai grandi ospedali, poi alle formazioni del livello intermedio e da ultimo agli istituti di base. Inversamente, le collettività garantiranno il funzionamento, in ordine crescente, delle formazioni del livello intermedio, poi di quello di base, cioè soprattutto dei dispensari.

Conseguentemente, gli organismi di aiuti esterno colmano le deficienze nazionali e devono molto spesso orientarsi verso le zone rurali. Inversamente, un organismo di aiuto vincolato ad una formazione del livello superiore può reperire mezzi di bilancio per i livelli inferiori. Ad esempio, l'organismo di aiuto francese per il funzionamento interviene regolarmente e continuamente, da vari anni, a favore del settore sanitario dell'Alto Volta. Se esso decidesse di riservare la metà del suo aiuto ai due ospedali generali di Ouagadougou e Bobo-Dioulasso, i mezzi di bilancio del Ministero della Sanità potrebbero essere trasferiti alle altre formazioni ed alla medicina di massa. Si tratta quindi di una specie di sistema di vasi comunicanti in cui la ripartizione dei mezzi di bilancio è in funzione delle "preferenze" fissate (ad esempio per i grandi ospedali) e delle condizioni di attribuzioni alle quali sono subordinati gli aiuti esterni.

5) Livello di funzionamento

L'esistenza di un equilibrio di fatto dei bilanci di funzionamento non implica che i bilanci praticati siano adeguati alle esigenze della concezione. Va rilevato che in molte formazioni l'attuale funzionamento non raggiunge affatto il livello reclamato dalla concezione. La valutazione e la stima degli oneri ricorrenti esatti sono possibili soltanto tenendo conto di tutti i fattori d'influenza, specie delle caratteristiche della concezione tecnica ed architettonica, degli impianti e delle attrezzature mediche, delle condizioni di funzionamento dell'elettricità e dell'acqua, degli impianti sociali (cucina, lavanderia), ecc.

6) Struttura dei bilanci

In base alle informazioni ottenute si possono formulare constatazioni molto generali sulla ripartizione dei bilanci. In media, i bilanci di funzionamento dei grandi ospedali sono destinati per il 50 % ai medicinali e piccolo materiale medico (con variazioni di circa il 20 % secondo le possibilità di acquisto), per il 25 % all'alimentazione dei malati (con variazione di circa il 40 % secondo l'utilizzazione degli aiuti alimentari).

Le spese per i medicinali (e per il piccolo materiale medico) per giornata di degenza ammontano a 200-250 F. CFA per gli ospedali generali⁽¹⁾ di Bobo-Dioulasso, Ouagadougou e Mogadiscio e ad oltre 250 F. CFA per gli ospedali generali⁽²⁾ di Niamey e Zinder (Niamey : 365 F. CFA).

Per gli ospedali del livello intermedio non si è potuta calcolare alcuna cifra analoga.

./.

(1) Cifre 1973

(2) Cifre 1975

7) Entrate

Quasi tutti i paesi hanno introdotto un sistema a pagamento nei grandi ospedali (ad esempio Alto Volta, Niger)⁽¹⁾ o anche nella maggior parte degli istituti ospedalieri (ad esempio Madagascar). In Somalia, dal 1972, tutti i servizi medici sono prestati gratuitamente.

In genere le tariffe si applicano alle giornate di degenza (e non agli interventi chirurgici); applicate per categorie, arrivano ad esempio ad un massimo di 3.000 F. CFA al giorno nel Madagascar ed a 2.400 F. CFA nell'Alto Volta.

Normalmente, i funzionari sono privilegiati : beneficiano di una tariffa ridotta (ad esempio nel Niger) e pagano in genere soltanto il 20 % circa della tariffa mediante trattenuta sul loro stipendio mentre l'80 % circa è preso a carico dallo Stato.

Altre tariffe si applicano alle visite esterne (500 F. CFA nei grandi ospedali in Alto Volta), ai parti (forfait di 300 F. CFA in Alto Volta) o anche alle azioni di educazione sanitaria secondo l'iniziativa presa da taluni medici⁽²⁾.

Le entrate così riscosse non sono sempre trascurabili : nell'ospedale di Nouakchott, ad esempio, hanno raggiunto nel 1970 l'importo del bilancio di funzionamento dell'ospedale ; nell'ospedale regionale di Majunga (Madagascar) sono state pari al 60 % del bilancio di funzionamento (1973), mentre non hanno superato il 10 % negli ospedali di Manakara e Dauphin (Madagascar).

./.

(1) Ad esempio in Alto Volta i due ospedali generali di Ouagadougou e Bobo-Dioulasso e l'ospedale secondario di Ouahigouya. Nel Niger, i due ospedali generali di Niamey e Zinder.

(2) Ad esempio, un "prezzo" di 25 F. CFA al mese è chiesto per partecipare ai corsi del PMF al centro sanitario di Yako, in Alto Volta.

Nel Niger, l'insieme delle entrate dei due ospedali generali rappresenta soltanto il 5 % del bilancio di funzionamento della sanità. In Alto Volta, le entrate dei due ospedali generali rappresentano il 20 %, mentre le entrate del terzo ospedale a pagamento (Ouahigouya) sono praticamente nulle.

Il problema del sistema a pagamento è costituito dal fatto che gli ospedali non hanno autonomia finanziaria ; tutte le entrate devono essere versate al tesoro. Nonostante l'impressione relativamente favorevole lasciata dalle suddette cifre, questa regolamentazione rischia di privare gli ospedali di qualsiasi motivazione per farsi pagare dai malati. Sarebbe interessante vedere se non sia possibile aumentare le entrate assegnando agli ospedali un'autonomia finanziaria.

D'altro lato, sorge il quesito di principio se il regime a pagamento non rischia di rendere praticamente inaccessibile i servizi sanitari alla maggior parte della popolazione. In realtà, si è assodato che, nonostante i tassi relativamente alti ad esempio nel Madagascar, il 20 % circa dei malati ricorre al sistema a pagamento.

Il caso dell'ospedale di Fort Dauphin (Madagascar) ha anzi dimostrato che la clientela pagante preferisce l'ospedale privato di Manambara (a 23 km di distanza), nonostante il livello più elevato delle tariffe⁽¹⁾.

(1) cfr. Allegato I/4

V. Medicinali

La discussione di molteplici problemi relativi all'approvvigionamento ed alla distribuzione di medicinali esulerebbe dalla presente relazione. Si citeranno quindi di seguito soltanto alcuni aspetti interessanti.

La prescrizione e la consegna dei medicinali avviene in genere gratuitamente per i malati curati nelle formazioni sanitarie ; per contro, i malati esterni li acquistano a proprie spese presso la farmacia (ad esempio : Alto Volta, Somalia). Tuttavia, questi principi sembrano essere applicati in modo molto flessibile. Una formula piena di promesse future è stata introdotta nel Niger : dopo aver rilevato che il 60 % di tutte le infezioni constatate si possono curare con cinque medicinali, è stato istituito un sistema di farmacia e di "soccorritori-igienisti" nell'ambito del villaggio. Facendo parte di un grande programma di azione di medicina di massa e preventiva, esso consente la gestione economica con la vendita di questi cinque medicinali al prezzo unitario di 5. F. CFA e la positiva sensibilizzazione della popolazione.

Quanto all'approvvigionamento dei medicinali, gli aiuti privati mancano talvolta di efficacia. Piuttosto spesso si trovano infatti, nelle formazioni sanitarie, quantitativi di medicinali inutilizzati ed inutilizzabili, inviati in particolare da associazioni private, filantropiche, ecc.

Perché questi aiuti siano efficaci, è opportuno :

- che siano adeguati al particolare fabbisogno africano ;
- che il numero di specie sia ridotta ad un minimo pratico ed adeguato alle conoscenze farmaceutiche del personale paramedico nazionale sul posto.

Si potrebbe ottenere una maggiore efficacia se questi organismi esteri privati di aiuto si rivolgessero direttamente ai medici sul posto affic é questi ultimi esprimano il loro particolare fabbisogno.

Analogamente, i governi hanno tutto l'interesse ad operare una seria scelta sul numero di specie dei medicinali che sola può garantire l'utilizzazione razionale ed efficace, al tempo stesso dei medicinali importati e dei mezzi di bilancio dispensati.

Sarebbe interessante studiare a fondo questi problemi, in modo particolare le condizioni di funzionamento delle farmacie di approvvigionamento ed i problemi relativi all'utilità ed alla redditività delle produzioni farmaceutiche realizzate in vari paesi africani.

Sarebbe altresì interessante studiare le possibilità di utilizzazione di medicinali tradizionali, in base alle materie prime locali, poco costose. Ciò consentirebbe di ridurre le spese per i medicinali importati anche se presuppone sforzi particolari per studiare scientificamente ed insegnare l'utilizzazione di tali medicinali di origine locale al personale medico.

C. CONDIZIONI DI COERENZA DELLA CONCEZIONE GENERALE DEI PROGETTI

Dopo aver passato in rassegna le condizioni nelle quali funzionano le opere di cui ai progetti finanziati dal FES, s'impone di situare questi investimenti nel complesso degli sforzi nazionali nel settore sanitario, valutandone l'efficacia rispetto alle strategie adottate dalle autorità responsabili. Saranno quindi esaminati : il posto e la funzione delle formazioni sanitarie create, il loro contributo allo sviluppo dell'infrastruttura e la loro coerenza con i piani di sviluppo sanitario. Evidentemente, questa valutazione non può avvenire senza prendere in considerazione i mezzi di funzionamento (personale, stanziamenti) disponibili che costituiscono le condizioni essenziali perché siano efficaci e che possano da soli, in ultima analisi, determinare il livello di funzionamento di qualsiasi formazione sanitaria.

I. Posto dei progetti nello sviluppo dell'infrastruttura sanitaria

1) Progetti isolati

a) Formazioni isolate (Dahomey, Madagascar)

I progetti attuati sulle risorse del 1° FES nel Dahomey e nel Madagascar hanno interessato la sistemazione, l'ammodernamento e l'estensione di ospedali, o di formazioni sanitarie esistenti. Avevano come obiettivo comune e preponderante di migliorare i mezzi di materiale e di locali :

- per garantire un migliore rendimento quantitativo e qualitativo del personale,
- per rispondere meglio al fabbisogno sanitario regionale e locale

Questi progetti isolati sono il risultato di opzioni prese secondo necessità e priorità presunte senza essere integrati in un piano di sviluppo o in una politica sanitaria. E' soltanto infatti negli anni successivi alla loro indipendenza che la maggior parte dei SAMA ha formulato in modo più sistematico il suo fabbisogno in materia sanitaria. Definendo obiettivi

./.

e mezzi di una politica sanitaria nazionale si è potuto concepire i progetti successivi conformemente ai piani di sviluppo.

L'utilità e l'efficacia dei progetti isolati attuati nei primi anni dell'esistenza del FES possono essere giudicate soltanto sulla base di criteri di portata locale. Se la concezione si rivela bene adeguata alle caratteristiche locali, non è detto che lo sia necessariamente anche sul piano nazionale. Qualsiasi progetto isolato così concepito, in modo quasi accidentale, può essere utilizzato nel miglior modo soltanto se l'infrastruttura sanitaria esistente nella quale s'integra, costituisce un sistema coerente e funzionale che può essere migliorato, modernizzato, ampliato ed interiormente meglio equilibrato.

E' evidente che nel prendere in considerazione l'infrastruttura esistente non si devono trascurare gli istituti del settore privato, nella ricostruzione dell'ospedale di Fort Dauphin (Madagascar), ad esempio, non si è certamente tenuto sufficientemente conto di questo aspetto, sicché l'utilità del progetto è risultata piuttosto scarsa⁽¹⁾.

b) Ospedali nazionali (Mauritania, Somalia)

I progetti di costruzione di nuovi ospedali generali a Mogadiscio (Somalia) ed a Nouakchott (Mauritania) avevano obiettivi del tutto diversi : in Somalia si trattava di sostituire il vecchio ospedale generale (Di Martino) ; in Mauritania si doveva costruire un nuovo ospedale generale, in una nuova capitale.

In mancanza di una "politica sanitaria" globale, gli obiettivi di questi progetti risultavano da una particolare situazione esistente. In Somalia, l'obiettivo prioritario ed in realtà unico dell'amministrazione fiduciaria italiana era di sostituire il vecchio ospedale generale. In Mauritania, la quasi inesistenza di un'infrastruttura sanitaria ed il numero eccessivo di malati gravi evacuati nel Senegal e nel Mali hanno reso prioritaria la creazione di un ospedale generale. Giustificati da necessità fondamentali su un piano nazionale, questi due progetti non erano più isolati nel senso predetto ; per contro, non essendo integrati

./.

(1) Cfr. Allegato I /4 e relazione 1971 sulle condizioni di utilizzazione delle opere oggetto degli aiuti (pp. 42-43)

in un vero "sistema sanitario" gerarchizzato e coordinato, non hanno fatto che anticipare gli obiettivi di una "politica sanitaria" successiva⁽¹⁾.

In realtà essi costituiscono, nei due paesi, i veri ospedali nazionali con alto grado di specializzazione, dotati di tutti i mezzi di diagnosi e di cure necessari. Tuttavia, l'ospedale di Mogadiscio assolve le funzioni di "punta" della piramide sanitaria soltanto nei casi occasionali, piuttosto che sistematici, di evacuazione di malati dall'interno del paese ; serve così quasi esclusivamente la popolazione della capitale. Per Nouakchott, questa funzione locale ha costituito una parte integrante della concezione ; le attività esterne hanno tuttavia sommerso l'ospedale ostacolando il buon funzionamento del complesso.

Ci si può chiedere se l'utilizzazione essenzialmente "locale" di un ospedale nazionale non costituisca uno spreco delle sue capacità professionali e delle sue attrezzature preziose e costose ; l'esistenza di una barriera istituzionale (regolamento di evacuazione)⁽²⁾ potrebbe

- garantire un'utilizzazione razionale delle formazioni sanitarie a tutti i livelli,
- consentire di riservare l'ospedale nazionale per malattie che richiedono ricerche e cure specializzate.

Alla luce di queste poche constatazioni, bisognerebbe sapere se era giustificata l'opzione presa per costruire un ospedale nazionale nei due paesi. In Somalia, per i motivi addotti, qualsiasi esame di soluzioni alternative è stato escluso a priori ; una riflessione su tali possibilità non può quindi avere che carattere speculativo, allo scopo di ricostituire a posteriori il ragionamento sull'opzione da prendere. Tenendo conto di queste riserve, invece della costruzione del nuovo ospedale, sarebbe stato possibile riattare, ammodernare ed eventualmente

./.

(1) Questa politica è stata formulata, ad esempio, per la Mauritania, in occasione delle decisioni prese dalla Comunità sull'estensione dell'ospedale generale e sulla creazione di un policlinico a Nouakchott.

(2) Cfr. per maggiori particolari il par. 3, pagg. 30/31

estendere il vecchio ospedale generale, nonostante fosse in completa rovina. Questa opzione non è del tutto infondata, prova ne sia che il vecchio ospedale, destinato alla demolizione, funziona sempre.

Ne risulta che, nel caso di un'infrastruttura esistente dotata già di un ospedale nazionale, la questione della sostituzione deve essere studiata a fondo. Va rivolta tutta la necessaria attenzione alla sostituzione integrale e completa del vecchio istituto oppure alla creazione graduale di nuove capacità e alla sostituzione simultanea delle vecchie capacità ; qualsiasi funzionamento parallelo delle due è nocivo, salvo tutt'al più nel caso di una sistematica ripartizione stretta e realistica delle funzioni e delle responsabilità rispettive, in modo da evitare situazioni concorrenziali.

Quanto alla Mauritania, qualsiasi alternativa teorica per l'ospedale nazionale costruito appare irrealistica. Il paese aveva assolutamente bisogno di una formazione ospedaliera dotata di reparti specializzati di diagnosi e cure, per accogliere tutti i malati gravi precedentemente evacuati negli ospedali dei paesi vicini. La prudenza che ha informato la concezione del progetto come prima parte di un ospedale più grande, sembra essere uno dei motivi del suo considerevole successo : la capacità ridotta ha infatti consentito al governo di assicurarne convenientemente il funzionamento ; d'altro lato, la concezione si è rivelata sufficientemente duttile per consentire l'estensione senza difficoltà né interruzioni di funzionamento.

2) Interventi globali (Alto Volta, Niger)

I progetti finanziati sulle risorse del 1° e 2° FES in Alto Volta e nel Niger hanno come obiettivo comune di

- migliorare ed ammodernare le formazioni sanitarie esistenti facenti parte di un'infrastruttura sanitaria geograficamente ben ubicata (Niger),

./.

- attenuare l'insufficienza qualitativa e quantitativa dell'attuale infrastruttura ospedaliera (Niger ed Alto Volta),
- migliorare o stabilire le condizioni di lavoro per le attività nel settore della medicina mobile (Niger) o della lotta contro le malattie endemiche (Alto Volta).

Questi progetti hanno anche interessato la nuova costruzione, l'estensione e la sistemazione di varie formazioni sanitarie : erano concepiti in modo da costituire parti integranti di un sistema gerarchizzato e coordinato, in cui tutti gli istituti sanitari costituivano i pezzi di un complesso "piramidale".

E' evidente che l'attuazione di un così vasto progetto è condizionata dall'esistenza di un piano di sviluppo sanitario che può esprimersi sotto forma di schema statico (Alto Volta) o di piano dinamico (Niger).

Benché l'Alto Volta non abbia avuto nel 1961 una "politica sanitaria" ben definita, il governo si è affrettato a concentrare tutti i suoi sforzi sullo sviluppo e sul miglioramento dell'infrastruttura ospedaliera rurale, tanto più che una moderna infrastruttura urbana era stata recentemente creata dall'organismo francese di aiuto⁽¹⁾. Tutti questi sforzi erano il risultato degli obiettivi formulati in un piano generale per il futuro. In base a quest'ultimo, si è potuto determinare, per gli investimenti FES, in modo ben equilibrato :

- il volume della prima parte di investimenti,
- la capacità e l'ubicazione delle formazioni ai diversi livelli dell'infrastruttura sanitaria.

Tuttavia, il carattere statico di questo piano generale comportava il rischio di determinare squilibri, se non si fossero definiti i vari stadi della sua attuazione. Per quanto logico e coerente possa presentarsi il piano, la sua attuazione successiva o per sezione è condizionata

./.

(1) Nuova costruzione dell'ospedale generale di Ouagadougou, ammodernato ed estensione dell'ospedale generale di Bobo-Dioulasso e dell'ospedale secondario di Ouahigouya.

dalla disponibilità, al momento opportuno, di :

- personale qualificato (medici e personale paramedico)
- mezzi finanziari propri del paese.

In Alto Volta queste due condizioni non erano del tutto assolte al momento dell'ultimazione delle opere, specie per quanto riguarda i due ospedali secondari di Gaoua e di Fada N'Gourma.

Nel Niger, invece, una commissione specializzata ha elaborato un programma più particolareggiato di riorganizzazione dell'infrastruttura sanitaria ; le "prospettive decennali 1965-74" approvate dal governo avevano definito le priorità di una politica sanitaria e consentivano di orientare gli investimenti secondo taluni principi direttivi, fra i quali :
priorità agli investimenti atti ad aumentare il rendimento dei servizi con un minimo di oneri ricorrenti supplementari, priorità al riattamento di costruzioni vetuste, principio di subordinare la costruzione di nuove formazioni alla disponibilità di personale qualificato. Per il suo carattere dinamico, il piano generale per il futuro ha consentito di :

- determinare in modo molto elastico gli adeguamenti gradualmente quantitativi e qualitativi degli investimenti al fabbisogno sanitario particolare e locale,
- dosare duttilmente le estensioni e gli ammodernamenti previsti,
- adeguare per il meglio le caratteristiche socio-economiche e tecniche degli investimenti alle capacità del paese in personale e mezzi finanziari.

Le opere si sono infatti integrate armoniosamente nell'infrastruttura esistente ed hanno permesso di sostenere, essenzialmente con i mezzi propri del paese, gli oneri finanziari di personale supplementare.

Le "prospettive decennali" (piano dinamico per il futuro) hanno presentato un altro vantaggio essenziale per lo sviluppo dell'infrastruttura

./.

sanitaria del Niger. Il Governo aveva previsto di basare le priorità della politica sanitaria sulla medicina di massa (anzitutto mobile e preventiva) e sull'educazione sanitaria. Di conseguenza, le strutture sanitarie furono concepite in modo da consentire l'integrazione amministrativa ed operativa nella medicina curativa e preventiva. I "gruppi d'igiene e di medicina mobile", i cui nuovi edifici furono finanziati dal FES ed ubicati a livello dipartimentale, svolgono infatti una funzione al tempo stesso di medicina curativa (attraverso la supervisione delle attività delle formazioni di cura nell'ambito del dipartimento) e di medicina di prevenzione e di prospezione per le popolazioni rurali. Sembra che questa integrazione sia molto più difficile da attuare nei paesi in cui l'infrastruttura sanitaria è essenzialmente basata sugli obiettivi della medicina ospedaliera (Alto Volta).

Il progetto attuato nel Niger richiama ancora un'altra constatazione interessante : nel 1962, il governo del Niger aveva presentato al FES il progetto per la costruzione di un nuovo ospedale a Niamey ; tuttavia, in base ad uno studio generale dei problemi, è apparso che la situazione dell'infrastruttura sanitaria del paese richiedeva piuttosto una serie di estensioni e di ammodernamenti. Si è potuto prendere una opzione per un'alternativa rivelatasi particolarmente efficace ed economica. In Somalia invece, per i motivi addotti, una tale opzione non fu possibile ; è tuttavia probabile che la costruzione, la sistemazione e l'ammodernamento di varie formazioni sanitarie fuori della capitale avrebbero permesso, sul piano nazionale, di conseguire un migliore equilibrio delle capacità ospedaliere. Potendo comparare queste due situazioni iniziali analoghe, l'opzione presa nel Niger appare più vantaggiosa per la situazione sanitaria dell'intero paese.

3) Condizioni complementari

Dal raffronto fra i progetti attuati in Alto Volta e nel Niger emerge un altro elemento importante. Nonostante la cautela che ha improntato la decisione presa circa il numero e la capacità delle formazioni create

in Alto Volta, rispetto agli obiettivi del piano per il futuro, si devono rilevare taluni squilibri. La scarsa occupazione dei due ospedali secondari (Gaoua e Fada N'Gourma) potrebbe far concludere che la loro capacità ed attrezzatura medica siano sovradimensionate rispetto al fabbisogno della popolazione interessata (1). Tuttavia, essa si spiega piuttosto ed essenzialmente con il fatto che il rapporto funzionale previsto fra i diversi livelli della "piramide sanitaria" non si realizza in concreto.

La funzione loro attribuita di "centro di evacuazione" a livello secondario è annullata dall'esistenza dei due ospedali generali, che esercitano una maggiore attrattiva per la migliore attrezzatura di cui dispongono.

Nel Niger invece l'infrastruttura sanitaria piramidale esistente è completata da un severo regolamento in base al quale in linea di massima nessun malato viene ricoverato e nessuna persona viene accettata se non possono attestare di essere stati evacuati da un'unità inferiore. In tal modo, i due ospedali generali costituiscono effettivamente la "punta" della piramide riservata ai malati gravi evacuati da un livello inferiore.

Se ne conclude che non basta creare soltanto una infrastruttura sanitaria piramidale coerente e logica per provocare le evacuazioni previste nei diversi livelli ; affinché l'infrastruttura gerarchizzata e coordinata possa "funzionare" nelle migliori condizioni, le evacuazioni devono essere disciplinate in modo di avere la certezza che la trafila prevista è rispettata. In mancanza di una tale regolamentazione delle evacuazioni, v'è da temere un'utilizzazione non equilibrata dell'infrastruttura sanitaria.

./.

-
- (1) Tutte le condizioni attualmente esistenti restano infatti uguali ; sarebbe bastato costruire un centro sanitario tipo B sviluppato (come a Tenkodogo) con possibilità di interventi chirurgici ed adeguata capacità ospedaliera invece di ognuno dei due ospedali secondari creati, prova ne sia che il centro sanitario tipo B di Yako (35 letti) svolge attività più importanti di Gaoua e Fada N'Gourma, nonostante che si trovi a 108 km dall'ospedale generale di Ouagadougou.

Evidentemente, l'esistenza della sola regolamentazione non impedisce che le evacuazioni siano in realtà ostacolate

- dalla penuria di mezzi di trasporto (automobili, carburanti),
- all'impraticabilità permanente o temporanea (durante la stagione delle piogge) delle strade,
- dalla mancanza o dall'insufficienza di personale qualificato.

Ne risulta la necessità, all'atto della concezione dei progetti, di esaminare con molta attenzione le possibilità di assolvere queste condizioni complementari.

4) Riassunto

Riassumendo, la riuscita di un progetto d'investimento sanitario è in funzione della sua integrazione armoniosa e funzionale in una infrastruttura coerente ed inferiormente equilibrata. A tutti i livelli l'esistenza di un piano (dinamico) di sviluppo sanitario che definisca i diversi stadi della sua realizzazione, consente di determinarne in modo preciso il volume degli investimenti da realizzare e di adeguarli duttilmente alle capacità del paese in personale e stanziamenti. Tuttavia, la coerenza e la logica funzionale dell'infrastruttura possono garantirne da soli la piena utilizzazione a tutti i livelli soltanto se sono assolte anche le condizioni complementari necessarie.

II. Personale sul piano nazionale

1) Medici

L'esame delle condizioni di utilizzazione delle opere di cui ai progetti finanziati dal FES ha dimostrato che esiste in genere un certo equilibrio di fatto fra il numero di medici assegnati ad una formazione e la capacità di quest'ultima, il che non esclude di rilevare all'occasione la mancanza totale di medici in talune formazioni (1). Tuttavia, sul piano nazionale, questo equilibrio presunto :

- può in realtà essere unicamente un apparente equilibrio effettivo ; la mancanza di medici supplementari (teoricamente necessari) può ostacolare infatti possibili attività più importanti ;
- è un equilibrio di fatto che, nella maggior parte dei paesi, è conseguito soltanto grazie all'aiuto più o meno massiccio della assistenza tecnica esterna ; si tratta del resto di un equilibrio fragilissimo. Il rapporto fra i medici stranieri ed il totale di medici nei diversi paesi varia molto secondo i casi : 85 % nel Niger ed in Mauritania, 10 % nel Madagascar.

D'altro lato, questo apparente equilibrio non riflette il fatto che, sul piano nazionale,

- la densità media di medici è in genere ancora scarsissima ed oscilla, per i paesi esaminati, fra 1 medico per ogni 11.000 abitanti (Madagascar), 50.000 abitanti (Niger) e 66.000 abitanti (Alto Volta); in questo senso essa può nascondere squilibri effettivi fondamentali ;
- la concentrazione dei medici nelle grandi città e negli ospedali generali è considerevole a detrimento delle zone rurali ; si traduce nelle seguenti cifre di abitanti per ogni medico :

	<u>Somalia</u>	<u>Niger</u>	<u>Alto Volta</u>
Totale paese	19.000	50.000	66.000
Capitale	3.300	2.800	8.000(2)
Resto del paese	43.000	119.000(3)	138.000

./.

(1) Rilevata ad esempio nel Camerun e nel Ciad nel 1970

(2) Media per Ouagadougou e Bobo-Dioulasso, medici degli ospedali solamente

(3) All'esclusione di Niamey e Zinder

- il rilevante squilibrio, constatato praticamente in quasi in tutti i paesi, nell'assegnazione dei medici per la medicina curativa a detrimento della medicina preventiva.

2) Personale paramedico e personale di gestione

In genere, le constatazioni fatte per i medici sono anche valide per gli infermieri e le levatrici, tenendo conto tuttavia delle seguenti riserve :

- il numero di infermieri stranieri è ridotto ad un minimo, a seguito della formazione accelerata del personale paramedico nazionale ;
- le differenze nella demografia paramedica da un paese all'altro sono meno pronunciate che per i medici : oscillano tra 1 infermiere per ogni 2.800 abitanti (Dahomey) e per ogni 6.100 abitanti (Somalia); inoltre, la concentrazione del personale paramedico nelle grandi città è molto meno accentuata.

Se gli Stati dispongono attualmente di infermieri, levatrici, ecc. in misura sufficiente, lo stesso non si può dire del personale paramedico specializzato (tecnici di laboratorio, anestesisti, manipolatori radio, meccanici dentisti, ecc.). Il personale di manutenzione e quello amministrativo è anche in genere quantitativamente e qualitativamente insufficiente.

Poiché ogni Stato non può disporre di una scuola per ogni specializzazione, sarebbe necessario trovare soluzioni interstatali.

3) Problema dell'insufficienza di personale medico

In base alle constatazioni sopra fatte si può concludere che, nella maggior parte dei paesi, l'assistenza tecnica medica si sostituisce ancora alle insufficienze quantitative del personale nazionale, soprattutto medici. Il personale dell'assistenza tecnica straniera è in genere completamente integrato nella funzione pubblica, il che doveva implicare in linea di massima un'equa ripartizione dei compiti fra i medici stranieri e quelli nazionali. In realtà si rileva che :

- la maggior parte dei medici nazionali sono assegnati agli ospedali delle grandi città (o al Ministero della Sanità),
- la maggior parte dei medici stranieri sono assegnati alle formazioni sanitarie in zone rurali (in Mauritania, ad esempio, dei 9 centri regionali uno solo è diretto da un medico mauritaniano).

Questa situazione preoccupante si spiega con vari fattori :

- Anzitutto, oltre la metà degli studenti di medicina, attualmente in Europa, sono contrari a rientrare per impegnarsi nella funzione pubblica del loro paese di origine, poiché
 - . ritengono insufficienti le retribuzioni loro offerte,
 - . temono le fluttuazioni politiche ed economiche nel loro paese di origine,
 - . temono le condizioni materiali di lavoro che li aspettano e che non sono affatto comparabili a quelle europee⁽¹⁾.
- Quando rientrano i diplomati hanno tendenza a restare nella capitale o nelle grandi città, disdegnando i servizi della medicina rurale e/o preventiva ; la formazione ricevuta in Europa ha mostrato loro infatti la differenza tra queste due forme di medicina.
- Inoltre, avendo per la maggior parte aspirato a specializzazioni, soltanto i grandi ospedali possono offrir loro possibilità adeguate di lavoro. Ci si può chiedere in quale misura questi giovani medici africani di formazione europea influenzano la tendenza generale dei governi a voler costruire grandi ospedali sofisticati.
- In tal modo, nei primi anni dopo l'indipendenza, si è formato un certo squilibrio fra i medici nazionali a favore degli specialisti ed a detrimento dei generici. Ora, l'Africa ha soprattutto bisogno di medici generici.

./.

(1) La medicina libera da clientela potrebbe incitarli a rientrare ; tuttavia, nella maggior parte dei paesi, il potere di acquisto non è sufficientemente alto da consentire un incremento del numero di gabinetti privati redditizi (secondo le norme europee).

4) Alcune considerazioni sui possibili provvedimenti

In verità, ci si può chiedere se l'adeguamento così effettuato tra i compiti assunti dagli Stati stessi e quelli presi a carico dagli organismi di aiuti esterni non sia dannoso ; esso potrebbe infatti indurre gli Stati a trascurare taluni compiti pertanto essenziali che i medici nazionali sono poco inclini ad accettare. Quali sono le conclusioni da trarre da questa situazione ? Quali sono i provvedimenti da prendere o già presi per attenuare queste insufficienze ?

a) Formazione dei medici

La formazione dei medici deve effettuarsi nelle università africane piuttosto che europee, con programmi di studi adeguati alle necessità sanitarie specifiche africane ed ai compiti di medico generico piuttosto che di specialisti. I medici devono altresì essere preparati psicologicamente alle condizioni di lavoro e di vita specifiche che li attendono.

I medici laureati più qualificati possono allora specializzarsi eccezionalmente, alla fine degli studi o piuttosto dopo qualche anno di pratica, mediante tirocini in Europa.

Questa formazione universitaria in Africa ha già avuto inizio : sono state istituite varie facoltà di medicina (ad esempio : Costa d'Avorio, Madagascar, Senegal, Zaire), altre sono in fase di avviamento (Dahomey, Camerun, Niger, Somalia, Togo). Sarebbe interessante intraprendere uno studio speciale per sapere come queste facoltà di medicina rispondono ai fabbisogni specifici africani, quale sarà la loro sorte quando il fabbisogno quantitativo di medici sarà soddisfatto entro alcuni anni ⁽¹⁾ e come i bilanci sanitari potranno far fronte ai conseguenti oneri supplementari.

Ci si può chiedere se non sarebbe utile che le autorità responsabili prevedessero la formazione differenziata di due tipi di medici africani per :

- la medicina ospedaliera,
- la medicina o l'assistenza medica per le zone rurali.

(1) Ad esempio, la nuova facoltà di medicina di Mogadiscio produce quasi 50 medici all'anno dopo 4 anni di studi. In confronto, il paese conta ora complessivamente 153 medici di cui 58 stranieri.

b) Assegnazione dei medici alla medicina rurale

Sarebbe interessante studiare le possibilità per costringere i laureati in medicina a dedicare alcuni anni alla sanità rurale, ad esempio subordinando l'autorizzazione di esercitare a questa condizione, oppure mediante un servizio civico.

Una formula analoga applicata in Somalia, in cui non si può ottenere alcuna promozione, assegnazione ad ospedali di Mogadiscio, assegnazione di borse di studio per una specializzazione, ecc., se non dopo alcuni anni di lavoro di boscaglia. La maggior parte dei paesi esitano tuttavia ad applicare tali provvedimenti che rischiano di allontanare maggiormente i giovani medici dal loro paese.

c) Miglioramento delle condizioni di lavoro

Sarebbe doppiamente utile esaminare tutte le possibilità reali per migliorare maggiormente le condizioni di lavoro dei medici, soprattutto in zone rurali, ad esempio mediante :

- un maggiore incitamenti al lavoro in boscaglia, assegnando premi, mettendo a disposizione automobili, migliorando gli alloggi, ecc., oppure creando un minimo di infrastruttura sociali e culturali (scuole, ecc.) ;
- la messa a disposizione di sufficiente personale paramedico qualificato ;
- garanzie per l'approvvigionamento regolare e sufficiente di medicinali, materiale medico, ecc. ;
- garanzie per la manutenzione corrente degli impianti esistenti, ecc.

./.

d) Sostituzione dei medici stranieri

Fintantoché mancano i medici nazionali, qualsiasi prestazione medica che non richiede necessariamente l'intervento di un medico qualificato dovrebbe essere garantita da medici-assistenti o da personale paramedico. L'esempio del Niger sembra interessante : il Ministero della Sanità ha raggruppato nel 1974 tutti i medici del paese nei capiluoghi dei dipartimenti, in cui sono incaricati, per tutto il dipartimento,

- del controllo e della supervisione delle attività della medicina curativa,
- nell'ambito della medicina mobile, azioni di prevenzione e di prospezione⁽¹⁾.

La gestione dei centri sanitari delle circoscrizioni mediche e dei dispensari spetta quindi senza eccezione agli infermieri. Questa razionale utilizzazione del personale va di pari passo con la crescente disponibilità di personale paramedico.

In questo settore, infatti, è stato compiuto un progresso considerevole praticamente in tutti i SAMA che dispongono di una o più scuole di formazione di questa categoria di personale. D'altro lato, il contributo della Comunità a questo sviluppo è considerevole : il FES ha finanziato la costruzione di varie scuole per infermieri (ad esempio Camerun, Dahomey, Mauritania, Somalia, ecc.).

5) Riassunto

Riassumendo, nei primi anni dopo l'indipendenza degli Stati, l'utilizzazione delle formazioni sanitarie finanziate dal FES ha risentito dell'insufficienza al tempo stesso di personale e di stanziamenti. Grazie ai molteplici provvedimenti presi dai governi ed ai diversi aiuti delle organizzazioni esterne nel campo della formazione, i problemi si sono attenuati molto sul piano del personale medico e paramedico ; per contro, i problemi restano d'attualità sul piano delle disponibilità degli stanziamenti di funzionamento.

./.

(1) Questo schema è stato delineato nella relazione 1970 (pag. 85) sulle condizioni di utilizzazione delle opere di cui agli aiuti.

III. Bilanci della sanità sul piano nazionale

1) Osservazioni metodologiche

Per ottenere il migliore raffronto tra le spese sanitarie dei paesi esaminati, sono stati presi in considerazione soltanto i bilanci ordinari di sanità, senza tener conto né dei bilanci di investimenti né dei bilanci delle collettività. Nei bilanci ordinari di sanità non sono ad esempio incluse :

- le spese di ospedalizzazione dei funzionari (sostenute dai Ministeri competenti);
- le spese di trasporto e di ospedalizzazione degli indigenti (sostenute dai bilanci delle collettività).

Dati gli scarti talvolta considerevoli fra le previsioni e gli stanziamenti effettivamente concessi, si è tenuto conto per quanto possibile soltanto delle spese sostenute.

2) Caratteristiche della situazione di bilancio

Dopo l'analisi degli stanziamenti spesi dalle diverse formazioni sanitarie, ⁽¹⁾ esamineremo di seguito le strutture di bilancio dell'intero settore della sanità pubblica. Da quest'esame risultano le seguenti caratteristiche.

a) Esiguità globale dei bilanci della sanità pubblica

Nella maggior parte degli Stati, dall'inizio degli anni 1960, in poi, l'incremento in F. CFA correnti dei bilanci della sanità è inferiore all'incremento degli stanziamenti iscritti al bilancio nazionale. Di conseguenza, la parte del bilancio della sanità pubblica nell'intero bilancio nazionale di detti paesi, è regredita considerevolmente : ad esempio, in Alto Volta è scesa dal 13,3 % al 7,2 %, nel Camerun dall'8,6 % al 5,4 %, e in modo meno accentuato nel Niger dall'8,7 % al 7,8 % e nel Dahomey dal 12,6 % al 10,5 %. Uniche eccezioni ⁽²⁾ : Congo, Costa d'Avorio e Mali in cui (almeno fino al 1970) l'incremento dei bilanci della sanità era maggiore di quello del bilancio nazionale.

./.

(1) Cfr. capitolo B, IV, pag. 14 e successive

(2) Fonte : SEDES, studi preliminari sull'evoluzione delle spese sanitarie negli Stati africani e malgascio - aprile 1972.

Secondo lo studio citato⁽¹⁾, l'evoluzione dei bilanci della sanità dopo il passaggio in F. CFA costanti è stazionaria nella maggior parte dei paesi (ad esempio : RCA, Madagascar⁽²⁾, Ciad) o addirittura in regresso (ad esempio : Alto Volta, Niger, Senegal, Togo). Gli unici Stati con un incremento sufficiente dei bilanci della sanità sono il Congo-Brazzaville, la Costa d'Avoire e il Gabon.

Nonostante l'incremento dei bilanci della sanità (in F. CFA correnti), le spese annue della sanità pro capite sono diminuite, oscillando attualmente, per gli Stati esaminati, da 165 F. CFA (Alto Volta) e 650 F. CFA (Camerun) con una media di 330-450 F. CFA (Madagascar⁽²⁾, Somalia, Mauritania, Dahomey). Non si rileva alcuna correlazione fra questo livello di spesa media e la parte del bilancio sanità nel bilancio nazionale che oscilla da un paese all'altro ; ad esempio, meno del 6 % per il Camerun e la Mauritania, fra il 6 e l'8 % per l'Alto Volta, la Somalia, il Niger e oltre il 10 % per il Dahomey.

E' interessante aggiungere che gli stanziamenti concessi per il settore dell'istruzione in alcuni paesi sono maggiori in volume, con un incremento più rapido di quelli destinati alla sanità (ad esempio : Alto Volta, Niger, Dahomey, Gabon, Costa d'Avoire).

b) Squilibrio fra le spese di personale e quelle di funzionamento

In tutti gli Stati esaminati, la percentuale del bilancio del personale all'interno del bilancio della sanità è in progressione più o meno accentuata dall'inizio degli anni 1960, raggiungendo attualmente circa il 50 % nel Niger, il 50-60 % in Mauritania, Madagascar e Somalia, il 75 % nel Camerun e nel Dahomey, l'80 % nell'Alto Volta.

Ne risulta che un importo quasi identico dei bilanci della sanità (ad esempio Niger ed Alto Volta) può tradursi in differenze considerevoli dell'importo dei bilanci di funzionamento, personale escluso (quattro volte meno elevate nell'Alto Volta e nel Niger) e delle spese di funzionamento pro capite (5 volte meno elevate in Alto Volta che nel Niger).

./.

(1) Cfr. nota (2) in fondo alla pagina 39.

(2) Bilancio centrale della sanità soltanto, senza tener conto dei bilanci considerevoli delle province assegnati alla sanità.

Pertanto, grazie alla ragionevole ripartizione del suo bilancio sanità (circa la metà riservata al funzionamento), il Niger sembra essere in grado di garantire meglio, con i propri mezzi, il conveniente funzionamento delle sue capacità ospedaliere ; per contro, in Alto Volta, dati gli scarsi mezzi riservati al funzionamento (15 %), esiste uno squilibrio fondamentale fra le risorse proprie ed il fabbisogno finanziario degli impianti ospedalieri esistenti.

Un altro raffronto s'impone : la copertura ospedaliera in termini di abitanti per letto è piuttosto sfavorevole nei due paesi : 1 letto per ogni 1430 abitanti (Niger) ed 1 letto per ogni 2210 abitanti (Alto Volta). Mentre nel Niger vi è un migliore equilibrio fra l'infrastruttura ospedaliera esistente ed i mezzi finanziari propri del paese, la copertura ospedaliera dell'Alto Volta, già molto favorevole, sembra ancora sovradimensionata rispetto agli stanziamenti riservati al suo funzionamento.

c) Modicità degli stanziamenti delle collettività locali

Praticamente in tutti gli Stati, le collettività locali sostengono una parte delle spese di funzionamento degli istituti sanitari. In genere, questi contributi finanziari mancano tuttavia di continuità e di regolarità ; inoltre, nella maggior parte degli Stati francofoni, sembrano essere piuttosto esigui. Ad esempio, in Alto Volta, il totale può valutarsi a circa il 10 % del bilancio centrale di funzionamento della sanità. Per contro, nel Madagascar, i bilanci delle province intervengono nel settore della sanità per una parte rilevante che raggiunge quasi l'importo del bilancio della sanità nazionale⁽¹⁾.

./.

(1) Nel 1972, la sanità pubblica poteva disporre di 2319 milioni di F. CFA (bilancio sanità) e di 2.000 milioni di F. CFA (insieme dei bilanci delle province), pari ad un totale di 4319 milioni di F. CFA.

d) Squilibrio fra le spese per la medicina curativa e quelle per la medicina preventiva

Mancando informazioni precise e sufficienti, si può soltanto constatare la tendenza generale che gli stanziamenti propri dei paesi assegnati alla medicina preventiva sono estremamente esigui. A titolo di esempio : nel Camerun, sul bilancio di funzionamento della sanità 1974-75 (1223 milioni di F. CFA) soltanto l'1,3 % è riservato alla medicina preventiva e il 3 % all'insieme della medicina rurale, preventiva e della lotta contro le epidemie. La situazione non è certo più favorevole negli altri paesi. Si può ritenere che la medicina preventiva dovrebbe realmente disporre di un quarto circa del bilancio affinché possa funzionare convenientemente. Ora si è ben lontani da ciò : è la medicina curativa e più particolarmente taluni ospedali ad essere i grandi consumatori dei mezzi di bilancio.

e) Disuguaglianza dell'assegnazione degli stanziamenti fra le grandi città e le zone rurali

In base alle informazioni ottenute sui bilanci sanità, non si è potuto determinare la parte degli stanziamenti concessi agli ospedali delle grandi città. Tuttavia, la preferenza accordata ai centri urbani risulta dal concentramento delle capacità ospedaliere nelle grandi città e dell'aliquota dei bilanci degli ospedali generali nei bilanci sanità.

- la concentrazione della capacità ospedaliera nella capitale è generalmente considerevole ; ad esempio, in Alto Volta meno del 5 % della popolazione totale, che vive ad Ouagadougou e Bobo-Dioulasso, beneficia del 56 % della capacità ospedaliera del paese. I relativi dati sono, per il Niger (Niamey e Zinder) : 4 % e 39 % e per la Somalia (Mogadiscio) 10 % e 50 %.

- Il rapporto fra gli stanziamenti di funzionamento⁽¹⁾ spesi⁽²⁾ dagli ospedali generali ed il bilancio sanità (funzionamento) mette chiaramente in evidenza il grado della concentrazione e le difficoltà che possono derivarne per il finanziamento delle infrastrutture sanitarie di un paese.

L'ospedale nazionale di Nouakchott (Mauritania) assorbe il 35 %, i due ospedali di Niamey e Zinder (Niger) oltre il 40 % degli stanziamenti disponibili per il funzionamento ; nel Niger, i 2 ospedali ed i 5 centri ospedalieri del livello secondario ricevono complessivamente il 53 % del bilancio nazionale di funzionamento della sanità. In Alto Volta, i due ospedali generali di Ouagadougou e Bobo-Dioulasso richiedono stanziamenti che superano di circa il 40 % il bilancio totale di funzionamento della sanità. I bilanci dei due ospedali secondari di Gaoua e Fada N'Gourma assorbirebbero insieme quasi il 50 % del bilancio di funzionamento della sanità se vi fossero imputati⁽³⁾.

3) Aiuti esterni per il funzionamento

Riassumendo, esiste nella maggior parte dei paesi uno squilibrio più o meno accentuato fra le risorse proprie ed il fabbisogno reale. Soltanto i contributi finanziari e materiali spesso considerevoli di tutte le province esterne consentono di garantire il buon funzionamento delle formazioni sanitarie ed il conseguimento di taluni obiettivi nel campo della medicina preventiva.

L'insieme di questi aiuti per il funzionamento⁽⁴⁾ è rilevante per l'Alto Volta, la Mauritania, il Niger, il Ciad, il Dahomey, medio per il Camerun, il Senegal ed il Mali ed esiguo per il Togo e la Costa d'Avorio.

- (1) Il rapporto fra i bilanci di personale degli ospedali generali ed i bilanci di personale della sanità non è indicativo, dato che la maggior parte dei medici assegnativi dipende dall'assistenza tecnica esterna ; la retribuzione di questi medici non è quindi imputata su tali bilanci.
- (2) Spese effettivamente sostenute senza tener conto della provenienza degli stanziamenti (spese secondo la definizione data al capitolo B, IV, 1, pagina 4).
- (3) Sono sostenute quasi integralmente dall'organismo tedesco di aiuto e da quello di "Frères des Hommes".
- (4) Secondo lo studio SEDES.

La provenienza di questi aiuti per il funzionamento è molto varia ;
si rilevano principalmente :

- gli aiuti pubblici bilaterali e multilaterali, ad esempio :
 - aiuti francese, tedesco, belga, ecc. per il funzionamento (medicinali, attrezzatura, veicoli, ecc.) oppure per "campagne" di sradicamento e di lotta contro le malattie endemiche, ecc. Questi aiuti costituiscono spesso il sostegno logistico del personale e dell'assistenza tecnica in servizio ;
 - aiuto americano (USAID) relativo a programmi regionali o nazionali, ad esempio di protezione della madre e del fanciullo (PMF), di sradicamento del vaiolo e del morbillo, di educazione e di ambiente sanitario, di aiuto alimentare, ecc.
 - aiuti dell'OMS e dell'UNICEF che prevedono in particolare "campagne" e programmi specifici, ad esempio di lotta contro malattie endemiche, di risanamento, ecc.
- gli aiuti privati di qualsiasi provenienza⁽¹⁾, specie di organizzazioni filantropiche, religiose, ecc.

4) Lezioni tratte dalle esperienze analizzate

Quali sono le lezioni da trarre dall'analisi delle situazioni esistenti?
Quali sono in particolare i criteri di giudizio degli aspetti finanziari di un progetto ? Indubbiamente, per la preparazione e la concessione di nuovi progetti, appare utile prendere in considerazione i seguenti elementi :

- a) a prima vista, s'impone un esame circa l'equilibrio o lo squilibrio esistente tra le risorse finanziarie proprie del paese e gli stanziamenti necessari per il funzionamento degli impianti sanitari esistenti. Il giudizio può basarsi :

(1) Cfr. anche capitolo B, IV, 3, pagina 17.

- da un lato, sul bilancio della sanità, sulla sua passata evoluzione, sulla sua ripartizione fra le diverse attività (medicina, curativa, preventiva, ecc.), sulla sua ripartizione sulle diverse formazioni sanitarie ed in particolare sugli ospedali ai vari livelli, sui bilanci di collettività,
- dall'altro, sugli stanziamenti spesi⁽¹⁾ dalle formazioni sanitarie esistenti ai diversi livelli, sulla loro passata evoluzione, sulla provenienza di tali mezzi, soprattutto degli aiuti esterni finanziari e materiali.

- b) La valutazione della continuità e della regolarità degli aiuti esterni e dei bilanci delle collettività locali consente di dare un giudizio sulla fragilità dell'equilibrio ottenuto. La valutazione del volume degli oneri ricorrenti supplementari risultanti dall'investimento previsto deve tener conto di questa eventuale fragilità esistente o da prevedere.
- c) Il rischio che l'opera di cui all'investimento non sia pienamente utilizzata aumenta quando lo squilibrio effettivo è notevole, vale a dire quando l'equilibrio di fatto è fragile.
- d) Se, al momento della concezione del progetto, è già prevedibile che il paese beneficiario non sarà in grado di prendere a carico, integralmente o parzialmente il funzionamento sulle proprie risorse, è importante
- non attuare il progetto,
 - ridurre la concezione del progetto alle capacità del paese ad assicurarne il buon funzionamento ; bisogna proporre forse una ripartizione nel tempo della completa realizzazione ;
 - che il Governo prenda appropriati provvedimenti per migliorare le condizioni finanziarie proprie di funzionamento ;

./.

(1) Le spese effettivamente sostenute senza tener conto della provenienza degli stanziamenti (spese secondo la definizione data al capitolo B, IV, 1, pagina 14).

- che il funzionamento sia preso a carico integralmente o parzialmente da un organismo di aiuto esterno.

Il Governo può esaminare in questo senso le possibilità di prendere provvedimenti appropriati, sul piano nazionale, per aumentare i mezzi finanziari propri del paese, ad esempio

- aumentando l'aliquota del bilancio sanità nel bilancio nazionale,
- migliorando la ripartizione del bilancio della sanità a favore delle spese di funzionamento (l'optimum sembra essere attorno al 50 %) ;
- studiando le possibilità di far prendere progressivamente a carico alla popolazione taluni costi della sanità : aumento delle tariffe di ospedalizzazione, esame delle possibilità di concedere una autonomia finanziaria agli ospedali, vendita di medicinali, ecc.

Il governo può anche tentare di ottenere aiuti esteri in personale e stanziamenti ; l'esempio dell'ospedale di Mogadiscio (Somalia) dimostra tuttavia la grande importanza di dare un giudizio sul valore di tali condizioni eventualmente prese come base della concezione ; è utile prendere precauzioni affinché la soppressione parziale o totale di uno o più aiuti non renda impossibile un conveniente funzionamento. Infine, gli organismi di aiuto esterno possono prevedere la presa a carico, almeno per un periodo transitorio, dell'avviamento e del funzionamento dell'opera di cui all'investimento.

- e) Per i paesi più poveri che registrano un ritardo considerevole nello sviluppo sanitario, le considerazioni degli organismi d'aiuto esterno possono anche andare sino all'esame delle possibilità di assicurare a loro spese talune parti dei servizi sanitari curativi o preventivi.

f) Infine, una questione di principio : è giustificata l'opzione presa per un investimento sanitario ? L'alternativa possibile di aumentare gli stanziamenti di funzionamento a favore della medicina preventiva non potrebbe suscitare maggiori effetti positivi sulla situazione sanitaria della popolazione ?

IV. Concezione tecnica

Nel contesto della presente relazione si possono enunciare soltanto alcune considerazioni di ordine generale sulla concezione tecnica e sugli insegnamenti che se ne possono trarre.

1) Criteri di adeguamento

a) Edifici ed attrezzature

Nonostante una manutenzione spesso insufficiente o addirittura inesistente, il corpo degli edifici della maggior parte delle formazioni sanitarie è relativamente in buono stato. Per contro, le sistemazioni interne (intonaci, vernici, intelaiature, ecc.) sono più difettose. In genere, è risultato che gli edifici di costruzione semplice, robusta e modesta, adeguati alle condizioni locali, hanno dato i migliori risultati. Questo vale tanto per le costruzioni tradizionali quanto per gli edifici del sistema ad elementi prefabbricati.

Per contro, attraverso tutti gli ospedali, a tutti i livelli, si rileva che, più gli impianti fissi sono complessi o sofisticati, più si sono rapidamente deteriorati, o diventati addirittura inutilizzabili (ad es.: impianti elettrici, climatizzazioni centrali ecc.).

Costatazioni analoghe valgono per l'attrezzatura medica, che appare spesso troppo specializzata e poco adeguata al personale medico in servizio e che costituisce il punto debole di molti investimenti realizzati.

b) Opere complementari

Dopo le esperienze dei primi anni, si è rivelato spesso rischioso sperare il finanziamento e la realizzazione da parte delle autorità nazionali delle opere complementari (infrastrutture stradali, adduzione d'acqua e di elettricità, alloggi per il personale, recinzioni, ecc.) e delle attrezzature mediche, quali previste nelle convenzioni di finanziamento (1). Pertanto, per i progetti successivi, la Commissione ha evitato i finanziamenti parziali, vale a dire ha evitato di lasciare a carico delle autorità nazionali una parte della loro realizzazione.

Tuttavia, si è potuto rilevare che le autorità locali hanno talvolta finanziato e realizzato talune opere supplementari, poiché la concezione

(1) Cfr. in particolare i casi citati nelle diverse relazioni sulle condizioni di utilizzazione delle opere oggetto degli aiuti: nel Ciad (1969, pagg. 44-45), nel Mali (1970, pag. 82), nel Burundi e nel Dahomey (1971, pagg. 38-39).

iniziale si era rivelata inadeguata alle necessità locali, ai costumi ed alle abitudini della popolazione. I casi più frequenti sono i seguenti.

- L'uso degli impianti sanitari (WC, docce) diventa rapidamente difficile, se non impossibile, in numerosi casi, data l'ostruzione delle condotte di evacuazione e del deterioramento delle condutture. I responsabili hanno quindi chiuso gli impianti incorporati negli edifici ed hanno costruito impianti tradizionali all'esterno (ad es.: ospedali secondari di Gaoua e di Fada N'Gourma nell'Alto Volta). Questi problemi non esistono negli ospedali generali, mentre si creano maggiormente nelle formazioni sanitarie ai livelli inferiori in zone rurali. Le esperienze fatte dimostrano che basterebbe spesso prevedere un numero ridotto di questi impianti ad uso del personale e di alcuni malati che vi sono già abituati.
- Nelle formazioni sanitarie in zone rurali, le cucine (che funzionano più o meno normalmente nella maggior parte degli ospedali generali) sono spesso sostituite da focolai tradizionali di pietra sistemati all'esterno per i seguenti motivi: mancanza di stanziamenti di funzionamento (carburanti) e di manutenzione, abitudini diverse di alimentazione e costumi delle popolazioni (cibo preparato preferibilmente dai parenti che accompagnano il malato).
- Problemi analoghi sussistono per le lavanderie, in cui le macchine sono spesso inutilizzate per mancanza d'acqua, d'elettricità, di carburanti o semplicemente di stanziamenti di funzionamento.
- Gli alloggi costruiti per le persone che accompagnano i malati sono talvolta utilizzati per il ricovero dei malati contagiosi (ad es. Gaoua, Alto Volta); le autorità nazionali hanno pertanto costruito capanne secondo metodi abituali e più adeguati alle esigenze locali. Per contro, particolare attenzione deve essere rivolta alla costruzione degli alloggi per il personale,

soprattutto in zone rurali; essi contribuiscono infatti a sopprimere una delle cause dell'instabilità del personale, a consolidare l'autorità e l'influenza del personale e ad assicurare una migliore manutenzione degli edifici e degli impianti delle formazioni sanitarie.

c) Riassunto

In linea di massima, la concezione di un progetto sanitario deve tener conto delle prestazioni mediche da fornire nonché del costo degli investimenti e delle possibilità tecniche, finanziarie e di personale di gestione e di manutenzione, tanto sul piano dell'infrastruttura, quanto su quello dell'attrezzatura.

Si tratta di dar prova d'immaginazione per adeguare le costruzioni e le attrezzature alle risorse finanziarie disponibili; in breve, occorre trovare una risposta alla domanda: come si possono garantire servizi medici moderni ed efficaci con mezzi limitati?

Inoltre, si tratta di adeguare la concezione tecnica al livello delle conoscenze degli utilizzatori, nonché alle vere esigenze ed al modo di vivere degli utenti che vivono nella zona interessata. Senza arrivare all'estremo di una concezione all'Albert Schweitzer ad esempio (per il quale il malato deve ritrovare in ospedale lo stesso modo di vivere del suo villaggio originario), si potrebbe trovare per ogni caso particolare una formula di compromesso in cui il malato ricoverato trovi un ambiente che non lo disorienti troppo.

D'altro lato, la preoccupazione di adeguare la concezione alle condizioni locali ed al tenore di vita della popolazione è particolarmente importante per gli impianti fissi e le attrezzature mediche, nonché per gli investimenti complementari non assolutamente indispensabili (alloggi, cucine, lavanderia, ecc.).

Tuttavia, il voluto adeguamento alle necessità locali si oppone spesso al desiderio delle autorità nazionali di disporre di edifici di tipo europeo e delle più moderne attrezzature. In questi casi, non basta prevedere provvedimenti adeguati per garantire la conveniente manutenzione degli impianti e delle attrezzature. Spesso, è necessaria una semplificazione generale della concezione.

2) Alcune considerazioni sulle esigenze della concezione tecnica

a) Duttilità

Per poter seguire l'evoluzione di tutti i fattori che potrebbero influire sulla concezione di una formazione sanitaria (evoluzione delle condizioni socio-economiche della popolazione, evoluzione dei metodi tecnici di trattamento medico, ecc.), questa concezione deve rispondere al criterio essenziale della duttilità. Evitando le concezioni sofisticate, l'auspicabile duttilità dovrebbe concretarsi, nella pianificazione, nelle seguenti caratteristiche:

- estensibilità, con la scelta di un sistema a padiglioni che è già stato adottato dal FES in numerose formazioni sanitarie e che s'impone in genere anche se le necessità d'integrazione in un sito urbano possono giustificare, in una certa misura, parti architettoniche diverse (ad e. Istituto Nazionale della Pubblica Sanità ad Abidjan);
- intercambiabilità, con l'impiego di moduli strutturali adeguati per un'utilizzazione polivalente;
- trasformabilità, mediante un facile accesso alle condotte, ad esempio, per consentire le modifiche di raccordi.

b) Alcune esigenze della costruzione

Dai suddetti criteri risultano talune esigenze di costruzione, le più importanti delle quali possono riassumersi come segue:

- la scelta del terreno deve essere in funzione delle future estensioni, delle condizioni del suolo, dell'approvvigionamento idrico ed elettrico, dell'evacuazione delle acque luride, dell'accessibilità da parte della popolazione, ecc.

- La scelta della soluzione architettonica deve cercare di adattarsi alla psicologia dell'ambiente, in modo che gli utilizzatori siano portati ad assumersene la responsabilità della manutenzione.
- La scelta delle strutture deve tener conto della flessibilità delle condizioni funzionali e climatiche, nonché della capacità del mercato locale e delle imprese locali, ecc. La standardizzazione mediante un sistema ad elementi prefabbricati (Niger, Alto Volta) risulta particolarmente utile quando
 - si tratta di un grande progetto d'insieme (con un sufficiente numero di edifici omogenei),
 - consente un termine di costruzione accelerato degli edifici, con una migliore organizzazione del cantiere e dell'attuazione,
 - può garantire una qualità superiore di esecuzione,
 - può garantire un costo d'investimento inferiore o almeno pari alla costruzione tradizionale,
 - può facilitare successive modificazioni strutturali o funzionali,
 - consente di ridurre le spese correnti di manutenzione.

Tuttavia, i vantaggi della standardizzazione delle strutture possono essere conseguiti soltanto se si è certi che, all'atto dell'attuazione,

- i piani e la concezione degli edifici e delle attrezzature sono ben armonizzati e coordinati sin dall'inizio per assicurare la coerenza della costruzione e delle attrezzature,
 - i termini rispettivi di costruzioni e di consegna delle attrezzature sono coordinati in modo da evitare una soluzione di continuità nell'attuazione del progetto,
 - le forniture importate (pezzi prefabbricati ed attrezzature) non sono difettose e non creano ritardi nel montaggio e nell'avviamento.
- La scelta dei materiali deve essere operata in funzione
 - delle condizioni climatiche,
 - delle esigenze della facile manutenzione, della semplice pulitura e della agevole sostituzione,

- degli eventuali effetti sull'economia locale (utilizzo di materiali da costruzione di fabbricazione locale).

- La scelta degli impianti fissi e delle attrezzature deve essere operata in funzione

- del livello degli utilizzatori (funzionamento semplice),
- della facilità di manutenzione (mezzi disponibili sul posto, preferenza eventualmente da dare alla marca rappresentata sul posto, esigenze molto severe del capitolato d'onori, per il servizio assistenza) (1),
- della facilità di approvvigionamento dei pezzi di ricambio,
- dei ragionevoli costi di funzionamento (2).

./.

(1) Cfr. anche capitolo B, II, 2, pag. 9.

(2) Cfr. anche Relazione 1970 sulle condizioni di utilizzazione delle opere oggetto degli aiuti, pagg. 85-86.

D. PROGETTI DI AIUTO PER IL FUNZIONAMENTO

Le seguenti considerazioni si basano sulla valutazione delle serie di operazioni di aiuto temporaneo connesse con la costruzione dell'ospedale di Mogadiscio (Somalia) (1). Questi progetti di aiuto per il funzionamento possono comportare la presa a carico del personale (assistenza tecnica) e del funzionamento (aiuto materiale).

I. Assistenza tecnica

Nell'ospedale di Mogadiscio la pressione del tempo e la multinazionalità dell'azione coordinata del FES e degli organismi di aiuti bilaterali hanno portato alla conseguenza che il corpo del personale medico e paramedico era poco omogeneo e quindi poco coerente. Tuttavia, le differenze di provenienza e di formazione professionale non erano le sole cause che hanno determinato problemi di gestione e di collaborazione; in numerosi altri ospedali africani lavorano gruppi multinazionali (2). A Mogadiscio, sotto la pressione del tempo, la selezione del personale e l'assegnazione dei posti dell'organigramma sembrano essersi effettuate in modo poco coordinato sul piano medico.

Si può concludere che la cooperazione tecnica può riuscire soltanto quando i gruppi medici e paramedici sono omogenei, coerenti ed interiormente gerarchizzati; solo queste condizioni possono garantire l'indispensabile spirito di collaborazione, il reciproco rispetto professionale e l'autorità dei responsabili. Non si può quindi selezionare ed assumere il personale senza la partecipazione attiva e decisiva del medico capo. Meglio sarebbe ancora, se fosse possibile, distaccare tutto un gruppo sanitario ed amministrativo da un ospedale europeo.

./.

(1) Cfr. descrizione Allegato I/11 e pagine successive.

(2) All'ospedale di Niamey, ad esempio, vi sono 27 medici di 7 nazionalità diverse; la collaborazione non crea il minimo problema.

II. Presa a carico temporanea del funzionamento

Dopo essersi impegnato ad assumersi a carico anche il funzionamento dell'ospedale di Mogadiscio, il FES ha adeguato i suoi mezzi finanziari alla concezione iniziale del progetto (alto grado di specializzazioni mediche, attrezzature mediche molto moderne, impianti fissi di tipo europeo, ecc.). Dopo la progressiva sostituzione del personale di assistenza esterna, il livello di funzionamento non ha potuto essere mantenuto: il bilancio di funzionamento del 1973 era ridotto del 35% rispetto al 1966/67 (1). E' evidente che questa diminuzione delle spese reali di funzionamento doveva determinare, in genere, una riduzione del livello funzionale dell'ospedale oppure una riduzione della qualità dei servizi resi. Da alcuni anni si è quindi formato un equilibrio ragionevole a livello ridotto fra le esigenze della concezione ed i mezzi finanziari dei paesi.

Le esperienze fatte dimostrano che la presa a carico delle spese di funzionamento deve

- essere adeguata, sin dall'inizio dell'azione, alle capacità finanziarie a medio termine del paese (anche a rischio di essere realizzata ad un livello inferiore a quello corrispondente alla concezione iniziale se quest'ultima non fosse realistica); deve così evitare il rischio di una brusca rottura del livello di funzionamento e di manutenzione al momento della sostituzione del personale o creare oneri troppo gravosi a carico delle altre azioni sanitarie;
- essere concepita in modo decrescente (come è stato fatto dal FES) in modo da incitare gli sforzi propri del paese beneficiario e garantirne la sostituzione al più presto (2).

Concludendo, un'operazione d'assistenza tecnica e di presa a carico temporanea di funzionamento

- può essere ragionevole in quanto azione di carattere eccezionale se il paese beneficiario sarà in grado di assicurare progressivamente il funzionamento e di sostituire il personale straniero inviato come aiuto temporaneo;

./.

(1) Periodo della presa a carico da parte del FES; il raffronto tiene conto dell'aumento del livello generale dei prezzi.

(2) Questa condizione si ritrova esplicitamente nel testo della Convenzione di Lomé (Art. 58, § 2).

- può essere proficua per lo sviluppo sanitario del paese e ragionevole come azione di assistenza tecnica connessa con l'investimento, se contribuisce
 - all'avviamento nelle migliori condizioni tecniche,
 - alla formazione sul posto dei medici nazionali e del personale paramedico,
 - alla preparazione, nelle migliori condizioni e nei migliori termini, del personale di sostituzione;
- sarebbe tuttavia discutibile, se l'organismo di aiuto esterno si sostituisse alla responsabilità del paese beneficiario, prendere integralmente a carico l'amministrazione e la gestione delle opere; in questo caso si rischia soltanto di differire il problema senza risolverlo.

E. RIASSUNTO E CONCLUSIONI GENERALI

1. I progetti passati in rassegna dimostrano che, in passato, la Comunità ha concentrato i suoi sforzi sull'infrastruttura sanitaria fissa a tutti i livelli della piramide sanitaria, sotto forma di progetti isolati, oppure sotto forma di complessi di progetti, integrati in programmi di sviluppo sanitario. I progetti ultimati e valutati hanno interessato unicamente la costruzione, la sistemazione e l'ammodernamento delle formazioni sanitarie (ospedali, centri sanitari, dispensari, ecc.) (1), e l'aiuto per il funzionamento di una di esse, l'ospedale di Mogadiscio (Somalia).
2. In genere, questi progetti hanno migliorato notevolmente l'infrastruttura sanitaria dei paesi. La maggior parte degli impianti finanziati sono utilizzati ad un tasso che può ritenersi soddisfacente. Taluni di essi, ai livelli intermedi ed inferiori della piramide sanitaria, non hanno ancora raggiunto tuttavia il tasso di utilizzazione normalmente previsto.

Anche se le attività di talune formazioni sanitarie sono insufficienti rispetto agli obiettivi prefissi ed alla capacità degli impianti, la loro utilità è tuttavia molto spesso indiscutibile. Tutti i progetti finanziati hanno infatti consentito di aumentare il rendimento del personale sanitario disponibile e di rendere le cure più accessibili ai malati. In casi però di sottoutilizzazione rendono il costo d'investimento troppo elevato rispetto ai servizi prestati.

Se talune formazioni sanitarie non raggiungono la loro piena utilizzazione, è perchè mancano di sufficienti mezzi di funzionamento, oppure perchè non sono assolate talune condizioni complementari o ancora, ma più raramente, a causa di errori di concezione o di situazione.

3. L'utilizzazione delle prime opere realizzate ha risentito dell'insufficienza al tempo stesso di personale, di stanziamenti di funzionamento e di manutenzione. I governi dei SAMA e la Commissione si sono rapidamente resi conto del pericolo della sovrattrezzatura sanitaria rispetto ai mezzi di funzionamento: mentre i progetti di carattere sanitario rappresentavano il 9% degli impegni del 1° FES, questa percentuale è scesa al 4% del 2° FES ed al 3% per il 3°.

./.

(1) Il FES ha d'altronde finanziato soltanto una campagna sanitaria importante: quella contro l'oncocercosi (Mali, Alto Volta, Costa d'Avorio).

D'altro lato, i problemi di funzionamento diminuiscono nel corso degli anni. La recente creazione di nuove facoltà di medicina in Africa contribuità a risolvere i problemi, ancora attuali, dell'insufficienza di medici nazionali, purché tuttavia i bilanci sanitari dei paesi interessati possano sostenerne le retribuzioni. Dopo l'apertura di alcune scuole destinate alla formazione del personale paramedico, il fabbisogno diretto di personale di questa categoria può essere soddisfatto o lo potrà essere ben presto. Vari programmi di formazione del personale di manutenzione, iniziati dietro insistenza della Commissione ed attuati su finanziamento FES, possono considerarsi una soluzione efficace e pratica dei problemi acuti che crea la manutenzione delle attrezzature. Tuttavia, il problema cruciale resta l'insufficienza generale delle risorse finanziarie proprie dei paesi, soprattutto sul piano degli stanziamenti di funzionamento; questa insufficienza riduce l'efficacia del personale in servizio, anche se lavora nei migliori impianti e con migliori attrezzature.

4. Dall'esame delle condizioni di utilizzazione delle opere ultimate finanziate dal FES risulta che, in genere, un grande ospedale di livello superiore ha maggiori possibilità di buona utilizzazione e di sicura vitalità rispetto alle formazioni sanitarie dei livelli intermedi ed inferiori. Ciò è dovuto al fatto che i governi tendono a concentrare tutti i loro sforzi finanziari, di personale e di materiale su detti istituti che soddisfano anche il loro desiderio di prestigio.

Così dotati di sufficienti stanziamenti e personale (consolidati da aiuti esterni quando le possibilità nazionali difettano), i grandi ospedali sono in genere pienamente utilizzati: al 90-100% della loro capacità teorica e talvolta anche oltre. Per contro, le formazioni dei livelli intermedi ed inferiori rischiano fortemente di non raggiungere il tasso di utilizzazione previsto, dato che sono sfavoriti da un'assegnazione non equilibrata dei mezzi di funzionamento. Il tasso di utilizzazione rilevato è del 40-70% per gli ospedali secondari ed i centri sanitari (1).

./.

(1) Cfr. capitolo B, I, 1, pag. 5.

In genere, le condizioni di funzionamento diventano tanto più difficili quanto più la formazione è funzionalmente e strutturalmente lontana dal livello centrale: spessissimo i dispensari rurali sono persino sprovvisti dei mezzi di lavoro più elementari (medicinali, ecc.); talvolta, anzi, rimangono vuoti per lunghi periodi in mancanza d'infermiere.

5. Una formazione sanitaria può essere sottutilizzata anche se tutte le condizioni interne di funzionamento sono assolte in modo soddisfacente: affinché un istituto possa assolvere la funzione assegnatale nell'ambito della piramide sanitaria, devono essere soddisfatte talune condizioni complementari: adeguata regolamentazione delle evacuazioni, buoni collegamenti stradali dalle zone popolate da servire e fra le formazioni sanitarie di livelli diversi, disponibilità di mezzi di trasporto, adesione della popolazione, ecc. (1).

E' necessario pertanto esaminare, nella concezione del progetto, non soltanto le condizioni di funzionamento proprie, ma anche le necessarie condizioni complementari e le possibilità di migliorarle, ad esempio: condizioni di lavoro e di vita del personale medico e paramedico, miglioramento delle risorse finanziarie da destinare alla sanità, ecc. Solo realizzando convenientemente la maggior parte di queste condizioni si può avere un'utilizzazione ottimale di ciascuna e dell'insieme delle formazioni sanitarie, purché evidentemente siano razionalmente concepite.

6. Quali sono i criteri di una concezione razionale di questi investimenti?

Il funzionamento razionale ed economico dell'infrastruttura sanitaria di un paese presuppone che tutti questi pezzi siano armoniosamente integrati in un insieme coerente e ben equilibrato. Ciò presuppone principalmente

- l'adeguamento delle caratteristiche dell'infrastruttura alle capacità finanziarie e di personale del paese,

./.

(1) Cfr. capitolo C, I, 3, pag. 30 e successive.

- la regionalizzazione ospedaliera, che deve conciliare il fabbisogno sanitario della popolazione e le esigenze di personale e di mezzi finanziari,
- la gerarchizzazione di tutte le formazioni sanitarie di livelli diversi, sul piano tecnico e funzionale, e sul piano delle specializzazioni e delle capacità.

La non osservanza di questi principi determina distorsioni o squilibri sul piano nazionale: sovrutilizzazione di talune formazioni, sottutilizzazione di altre; situazione sanitaria privilegiata di talune popolazioni e trascurata di altre.

7. Il volume dei contributi esteri in stanziamenti, materiale e personale, che soli possono spesso garantire il buon funzionamento delle formazioni sanitarie, mostrano lo scarto tra il fabbisogno funzionale dell'infrastruttura sanitaria esistente e le risorse proprie del paese. Ad esempio: gli aiuti finanziari esterni possono valutarsi ad oltre il 300% del bilancio proprio di funzionamento della sanità in Alto Volta ed al 40% nel Niger (1). La parte dei medici dell'assistenza tecnica nel totale di medici è pari all'85% nel Niger ed in Mauritania, al 70% in Alto Volta ed al 40% in Somalia e nel Camerun.

All'atto della concezione di un nuovo progetto, s'impone quindi un esame approfondito sulla possibilità di garantirne il funzionamento, grazie alle risorse nazionali o ad aiuti sufficientemente sicuri. L'esame del progetto comporterà anche una valutazione dei provvedimenti presi o proposti dalle autorità nazionali per aumentare i mezzi propri da destinare al funzionamento dei servizi sanitari (3). Se non è possibile garantire il conveniente

./.

-
- (1) Volume stimato degli aiuti esterni per il funzionamento (personale escluso)
Alto Volta: circa 400 milioni di FCFA
Niger: circa 200 milioni di FCFA
cfr. inoltre capitolo C, III, 3, pag. 43.
- (2) Cfr. capitolo C, II, 1, pag. 33 e B, III, 2, pag. 12.
- (3) Cfr. capitolo C, III, 4, pag. 46.

funzionamento è necessario ridurre la concezione del progetto alle capacità del paese, oppure cercare di conseguire gli stessi obiettivi sanitari con azioni adeguate nel campo della medicina preventiva.

8. Quanto alla scelta delle caratteristiche e della concezione di una nuova costruzione, il successo del progetto finanziato dal FES nel Niger (1) mette in luce la necessità di esaminare le diverse varianti possibili (ad es., costruzione di un ospedale generale o di varie formazioni sanitarie fuori della capitale; nuova costruzione o ammodernamento di un ospedale esistente, ecc.).

Per evitare squilibri strutturali e funzionali sul piano nazionale, la scelta deve essere operata tenendo conto

- delle caratteristiche delle infrastrutture esistenti, non soltanto nel settore pubblico, ma anche in quello privato; era ad esempio del tutto giustificato costruire un ospedale nazionale a Nouakchott, o di prendere un'opzione contro un nuovo ospedale generale a Niamey;
- delle capacità finanziarie e di personale a medio termine del paese.

La sostituzione di un ospedale vetusto esistente non è necessariamente la migliore soluzione. Il riattamento e l'ammodernamento possono essere più vantaggiosi, quando

- consentono un migliore adeguamento degli oneri ricorrenti e del fabbisogno di personale supplementare alle risorse disponibili,
 - oppure diminuiscono il rischio di creare capacità eccedentarie.
9. La concezione tecnica riflette spesso i desideri ambiziosi delle autorità nazionali. Per poter garantire servizi medici efficaci mediante risorse limitate e migliorare le possibilità di un funzionamento senza

./.

(1) Cfr. capitolo C, I, 2, pag. 27 e successive, nonché Allegato I/17-19.

urti di tali servizi, la concezione deve essere adeguata non soltanto alle possibilità tecniche, finanziarie e di personale di manutenzione, ma anche alle conoscenze degli utilizzatori, al fabbisogno sanitario, alle condizioni locali ed al tenore di vita della popolazione.

In questo senso, la concezione tecnica deve essere sufficientemente duttile quanto alla soluzione architettonica, alla struttura degli edifici, alla scelta dei materiali da costruzione, degli impianti fissi e dell'attrezzatura (1).

10. Riassumendo, di fronte ad un'infrastruttura esistente, geograficamente ben ripartita, le possibilità di riuscita di un nuovo progetto aumentano se (come avvenuto nel Niger) è possibile adeguare progressivamente (qualitativamente e quantitativamente) i diversi elementi dell'infrastruttura sanitaria al fabbisogno della popolazione. L'esistenza di un piano di sviluppo che ne definisca i diversi stadi dell'attuazione faciliterà questi adeguamenti, evitando distorsioni strutturali, finanziarie e di personale. Date le limitatissime risorse della maggior parte dei paesi, gli sforzi per migliorare, ammodernare, rendere più efficaci le infrastrutture e le attrezzature sanitarie esistenti devono essere prioritari rispetto alle nuove costruzioni.

./.

(1) Cfr. capitolo C, IV, pagg. 48-53.

11. La ripartizione non equilibrata dei mezzi finanziari e materiali del personale a favore delle grandi città ed a detrimento, al tempo stesso, delle zone rurali e della medicina preventiva mostrano i possibili orientamenti futuri. I governi sono ben consci di tali squilibri. Tuttavia, nonostante le priorità teoriche fissate nelle loro politiche sanitarie, la medicina preventiva e la medicina di massa sarebbero quasi morte, nella maggior parte dei paesi, senza l'appoggio dei diversi organismi di aiuti esterni.

La medicina preventiva ha effetti meno spettacolari ma è molto più efficace poiché combatte le cause stesse delle malattie.

Sul piano nazionale, occorre migliorare in modo concreto e pratico la ripartizione dei mezzi disponibili fra le medicine curativa e preventiva, concentrata e dispersa, fissa e mobile.

12. In vari paesi (ad es.: Alto Volta, Niger, Ciad) una medicina di massa si effettua in centri sanitari e mediante gruppi mobili. Questi ultimi si propongono di svolgere congiuntamente i compiti di

- prospezione: raggiungere la massa della popolazione per poter individuare sistematicamente malattie e carenze,
- prevenzione: approfittare degli assembramenti per effettuare vaccinazioni sistematiche,
- trattamento sul posto delle malattie individuate che non richiedono un ricovero,
- evacuazione dei malati gravi,
- educazione sanitaria.

Questa forma di medicina di massa, benché basata su principi molto semplici e relativamente poco costosi, non può tuttavia dare risultati positivi se non riesce a raggiungere ad intervalli adeguati tutta la popolazione disseminata. In realtà, nonostante gli aiuti stranieri, spesso considerevoli, essa non consegue tutti i suoi obiettivi data la generale insufficienza di personale, mezzi di trasporto, medicinali, vaccini, ecc.

13. L'attuazione di una medicina di massa presuppone un'integrazione delle medicine curativa e preventiva, sul piano operativo ed amministrativo.

L'integrazione operativa può avvenire a livello dei centri sanitari che raggruppano l'ospedale rurale o il centro rurale di cure con i servizi ospedalizzazione e visite, nonché i servizi di medicina mobile.

Una polivalenza che garantisca la totale protezione sanitaria e che raggruppi, in una determinata unità, la cura e la prevenzione, come pure l'educazione sanitaria, la protezione della madre e del fanciullo, misure d'igiene, ecc., sembra essere la formula più efficace. D'altro lato, essa consente l'assegnazione molto razionale del personale medico: i medici sono raggruppati nei centri sanitari e possono assumersi la responsabilità e la supervisione degli istituti di livello inferiore (centri rurali, dispensari, ecc.), nonché della medicina mobile.

Per evitare tensioni o contraddizioni operative, s'impone un'integrazione amministrativa delle responsabilità al livello più alto, cioè nell'ambito di una Direzione del Ministero della Sanità. Questa integrazione è giustificata dalle esigenze della concezione delle azioni sanitarie, della pianificazione dei metodi applicati e della ripartizione più razionale dei mezzi finanziari e di personale. Inoltre, i sistemi di riferimento e di supervisione devono essere strettamente determinati sul piano nazionale, altrimenti l'integrazione delle azioni stesse rischia di essere falsata dalle iniziative di ogni medico capo responsabile.

14. L'integrazione delle azioni di medicina curativa e preventiva, a livello del centro sanitario, deve essere completata dall'educazione sanitaria; si tratta soprattutto di azioni d'igiene, della protezione della madre e del fanciullo, di azioni di lotta contro la malnutrizione.

L'educazione sanitaria costituisce al tempo stesso il complemento delle azioni delle medicine curativa e preventiva e la condizione della loro efficacia. Qualsiasi operazione sanitaria rischia di non essere pienamente efficace se non è accompagnata dall'adesione della popolazione, dalla sua informazione sulle cause della malattia e sui mezzi semplici e pratici per evitarle, nonché dal miglioramento delle condizioni materiali di vita che condizionano lo stato sanitario.

L'efficacia dei progetti sanitari dipende quindi in parte da altre azioni di sviluppo, nei settori dello sviluppo agricolo, dell'idraulica e del risanamento, nonché della formazione.

15. In conclusione, qualsiasi politica o piano di sviluppo sanitario, qualsiasi investimento nell'infrastruttura sanitaria e qualsiasi azione nel campo della sanità devono integrarsi armoniosamente nell'insieme socio-economico del paese e nel piano generale di sviluppo.

Le opzioni da prendere nel campo sanitario potrebbero basarsi sui seguenti principi di azioni:

- Per mantenere od attuare un'infrastruttura coerente ed equilibrata, e per evitare che si verifichino distorsioni, si devono rispettare i principi della regionalizzazione e della gerarchizzazione adeguate; inoltre, occorre che gli impianti e le attrezzature siano adeguati alle possibilità del paese in mezzi finanziari e di personale; il coerente aumento di questi diversi mezzi deve essere programmato ad abbastanza lungo termine; inoltre, la loro assegnazione deve essere regionalizzata e gerarchizzata in modo ragionevole.
- Tutte le attività sanitarie (curative, preventive, educative) devono integrarsi in un quadro coerente e sistematico di tutti i servizi sanitari del paese.
- Per evitare che si aggravino gli squilibri esistenti a favore delle zone urbane, sembra indicato orientare in priorità gli obiettivi degli organismi di aiuto esterno verso il consolidamento di tutti i servizi sanitari in zone rurali:
 - mediante la creazione o il miglioramento di istituti (centri rurali) dai quali si possono intraprendere azioni sanitarie integrate;
 - oppure mediante l'aiuto diretto a favore di azioni integrate di medicina di massa (campagne contro le malattie endemiche, campagne di prevenzione e di prospezione, ecc.).
- Le azioni di educazione sanitaria, di lotta contro la malnutrizione, di protezione della madre e del fanciullo, costituiscono il complemento indispensabile degli investimenti di infrastruttura sanitaria.
- I programmi di approvvigionamento idrico e di smaltimento delle acque luride sono particolarmente importanti quando contribuiscono a migliorare le condizioni generali d'igiene: un investimento nel campo del risanamento (smaltimento delle acque luride, ecc.) può avere maggiori effetti positivi sullo stato sanitario della popolazione di una azione sanitaria propriamente detta.

- Le azioni di formazione del personale devono svolgersi in concomitanza con l'evoluzione dell'infrastruttura e le diverse azioni sanitarie, per garantire
 - la disponibilità a tempo opportuno ed in numero sufficiente del personale medico e paramedico;
 - l'adeguamento della qualificazione del personale al fabbisogno specifico locale, specie al fabbisogno particolare della medicina di massa e delle azioni sanitarie in zone rurali.
- Sempreché le azioni sanitarie (soprattutto i programmi sanitari) siano finanziate dagli organismi di aiuti esterni, sarebbe utile un migliore coordinamento di questi ultimi. Ci si può chiedere se detto coordinamento può essere fatto dal solo Stato beneficiario; uno sforzo proprio dei diversi organismi internazionali e di quelli degli aiuti bilaterali potrebbe forse rendere più efficaci le operazioni intraprese.

L'aiuto esterno nel campo della sanità è indubbiamente un dovere di solidarietà umana ed anche una necessità politica. La sua integrazione negli sforzi nazionali di sviluppo economico e sociale s'impone maggiormente. Il miglioramento del tenore di vita della popolazione, con uno sviluppo economico bene equilibrato, risolverà in gran parte i problemi di fronte ai quali le sole azioni sanitarie falliscono.

PROGETTI

Obiettivi, concezione e risultati generali

1) Realizzazioni nel Madagascar

L'obiettivo comune dei tre progetti finanziati sulle risorse del 1° FES nel Madagascar era la sostituzione di una parte delle formazioni ospedaliere esistenti diventate vetuste ed insufficienti; si tratta della costruzione di un padiglione d'ospedalizzazione a Majunga, di un nuovo ospedale a Manakara e di una prima parte di un ospedale a Fort Dauphin. Le condizioni di utilizzazione delle tre opere hanno formato oggetto di un esame nel 1974.

a) Padiglione d'ospedalizzazione a Majunga

La costruzione e l'attrezzatura di un padiglione di ospedalizzazione a Majunga (1), decise nel 1961, avevano lo scopo di sostituire una parte dell'ospedale (100 letti) diventata vetusta ed inutilizzabile e contemporaneamente di estenderlo (100 letti). La capacità è stata così portata a 550 letti, il che corrisponde alle necessità di questo ospedale generale a capo di una provincia.

La concezione architettonica dell'edificio a due piani, messo in servizio nel 1965, risulta particolarmente riuscita; l'edificio è in buono stato di manutenzione e quasi tutta l'attrezzatura, ben curata, è in funzione. Gli stanziamenti disponibili per la manutenzione consentivano di effettuare sinora tutti i lavori necessari.

Le attività dell'ospedale confermano che esso risponde in modo pertinente al fabbisogno della popolazione; il numero di ricoverati e di giornate di degenza è in aumento costante; il tasso d'occupazione è passato dal 77% nel 1968 al 91% nel 1973. Per contro, si è riscontrata una riduzione delle visite in seguito all'apertura ed al miglioramento dei dispensari (2) nella città di Majunga. Fra tutto il personale (170) si contano 11 medici e 52 infermieri e assistenti sanitari, fra cui alcuni medici e suore/infermiere dell'assistenza tecnica francese. Il numero di personale paramedico ed ausiliario va ritenuto insufficiente.

./.

(1) Spese: 382.000 U.C.

(2) Dispensario di tipo missione, organismo parastatale o privato, Stato.

Il bilancio di funzionamento (personale escluso) dell'ospedale sembra essere appena sufficiente; espresso in termini di spese di funzionamento (1) a letto (105.000 FMG) e per giornata di degenza (260 FMG) viene a trovarsi quasi allo stesso livello, ad esempio, degli ospedali con capacità comparabile di Ouagadougou e Bobo-Dioulasso (116.000/125.000 FCFA e 390/350 FCFA), ma è di gran lunga inferiore a quella degli ospedali di Mogadiscio (185.000 e 565 FCFA; Somalia) e Zinder (157.000 e 450 FCFA; Niger). Gli introiti dell'ospedale, provenienti dal 20% di malati ricoverati a pagamento, devono essere versati al Tesoro.

Concludendo, l'utilità dell'investimento realizzato dal FES è indiscutibile, l'atteggiamento della popolazione relativamente buono; l'utilizzazione dell'opera è frenata soltanto da una mancanza generale di medicinali.

b) Ospedale di Manakara

La costruzione e l'attrezzatura di un nuovo ospedale di 100 letti a Manakara con possibilità di estensione a 150 letti dovrebbe consentire di sostituire ed aumentare leggermente la capacità del vecchio ospedale sistemato nel 1930 in locali già vetusti ai quali era stato aggiunto nel 1952 un padiglione moderno, ad oltre 3 km dall'agglomerato urbano. L'obiettivo del progetto (2) deciso nel 1961, era di trasferire gli impianti ospedalieri in città; si è quindi data la preferenza alla ricostruzione in piena città piuttosto che all'ammodernamento del vecchio ospedale.

Il buon aspetto generale dell'ospedale, messo in funzione nel 1967, mette in rilievo l'aspetto soddisfacente della manutenzione generale. La manutenzione dell'attrezzatura medica crea tuttavia problemi per l'insufficienza del personale qualificato e l'inesistenza di possibilità locali di riparazione.

Le attività dell'ospedale erano in passato del tutto soddisfacenti; da 1-2 anni sono tuttavia in netto regresso, dovuto ad una minore reputazione presso la popolazione. Il tasso di occupazione è in tal modo passato dal 73% nel

./.

(1) Tutte le cifre sono su base 1973, per Zinder 1975.

(2) Spese: 437.000 U.C.

1972 al 41% nel 1974, accompagnato tuttavia da un aumento del 50% del numero di ricoverati.

Il totale del personale integralmente malgascio (55, di cui 5 medici), sembra essere sufficiente per questo ospedale di 150 letti. Il bilancio di funzionamento (personale escluso), inferiore alle stime fatte durante la concezione del progetto è insufficiente, sicché risultano necessari vari provvedimenti d'economia (restrizioni d'illuminazione, di utilizzazione di veicoli, ecc.).

Tutto sommato, l'ospedale funziona in condizioni relativamente soddisfacenti nonostante gli scarsi mezzi finanziari disponibili. Gli obiettivi dell'investimento possono quindi ritenersi conseguiti. Il punto nero dell'opera è che il vecchio ospedale non è stato completamente chiuso. Nonostante lo stato di completa rovina e l'impianto sordido, il vecchio padiglione è sempre utilizzato (50 letti per i malati contagiosi e cronici); dipendente amministrativamente dal nuovo ospedale e servito dallo stesso personale, per la sua lontananza è nondimeno fuori del controllo normale del medico capo.

c) Ospedale di Fort Dauphin

L'obiettivo della costruzione e dell'attrezzatura di una prima parte di un nuovo ospedale di 96 letti con reparto chirurgico a Fort Dauphin era di sostituire una formazione diventata inutilizzabile a seguito di un ciclone. La concezione del progetto (1), decisa nel 1961, prevedeva la possibilità di una successiva estensione a 150 letti.

Per la sostituzione del vecchio ospedale, sito nel quartiere residenziale europeo, è stato scelto un luogo vicino ai quartieri abitati dalla popolazione malgascia. Data la mancanza quasi totale di manutenzione, l'ospedale messo in servizio nel 1967 è in uno stato di avanzato deterioramento (vetri rotti, fessure su pali, travi e pareti divisorie, intelaiature rose dalla ruggine, ecc.). Data la mancanza di personale tecnico qualificato e di mezzi finanziari, la manutenzione e lo stato degli impianti fissi

./.

(1) Spese: 483.000 U.C.

e dell'attrezzatura medica creano altresì problemi gravi. Sono guasti da lungo tempo: 12 climatizzatori su 13, l'ascensore dell'edificio a un piano, gli impianti frigoriferi, il gruppo elettrogeno di emergenza, una parte dell'attrezzatura medica, ecc.

Dato il cattivo stato dell'ospedale, aggravato dalla mancanza generale di pulizia e d'igiene, le sue possibilità d'utilizzazione sono piuttosto limitate (quantità, qualità e complessità di cure da prestare).

Questa situazione non manca di riflettersi nelle cifre sulle attività: occupazione 21% nel 1973 e 39% nel 1974, per una durata media di degenza di 5-7 giorni.

Il totale di personale (46, fra cui 4 medici) è sufficiente rispetto alla capacità di 120 letti (in confronto: l'ospedale secondario di Gaoua, Alto Volta, conta 50 unità, di cui 3 medici) e risulta ampiamente sufficiente rispetto alle attività (meno di 100 visite interne ed esterne al giorno).

Le cifre disponibili sul bilancio di funzionamento (personale escluso) non sono provanti; gli stanziamenti concessi nel 1973/74 erano relativamente elevati per assorbire il passivo degli anni precedenti. Tuttavia, è abbastanza sorprendente rilevare che il bilancio di Fort Dauphin (17,5 milioni di FMG nel 1974) è quasi simile a quello di Manakara (15,0 milioni di FCFA nel 1974), nonostante le capacità e le attività maggiori di quest'ultimo.

L'utilità di questo investimento FES è stata spesso messa in dubbio, poiché a Manambara, a 23 km da Fort Dauphin (strada bitumata), esiste dal 1954 un ospedale della missione luterana. L'esperienza ha dimostrato che non è realistico ritenere un'offesa al prestigio nazionale l'esistenza di un ospedale privato straniero: i malati non sono sensibili alle nozioni di prestigio. Il successo incontestabile di Manambara (1) costituisce al tempo stesso l'effetto e la causa della decadenza dell'ospedale di Fort Dauphin. Si aggiunga una seconda constatazione: la clientela a pagamento preferisce Manambara, nonostante il livello più elevato delle tariffe (2). Anche i funzionari, in linea di massima non autorizzati, non esitano a farsi curare a Manambara.

./.

(1) Capacità: 57 letti, occupazione: circa 100%, personale: missionari luterani americani, bilancio 40 milioni di FMG (1973), 95% delle attività in regime a pagamento.

(2) La tariffa di ospedalizzazione è meno elevata che a Fort Dauphin; per contro, gli interventi chirurgici sono a pagamento.

2) Formazioni sanitarie create nel Dahomey

Nel Dahomey, l'organismo di aiuto comunitario ha finanziato la trasformazione dell'ospedale di Parakou in ospedale secondario, l'estensione di una piccola formazione sanitaria a Savalou e la costruzione di una maternità ad Athiémé. Il costo totale di queste tre opere, decise nel 1960 e messe in funzione fra il 1964 ed il 1966, è stato di 643.000 unità di conto (1° FES).

a) Ospedale secondario di Parakou

La trasformazione dell'ospedale di Parakou in ospedale secondario si proponeva di:

- attenuare la grave insufficienza dell'attrezzatura operatoria del suo centro ospedaliero delle regioni settentrionali che può offrire possibilità mediche specialistiche;
- soddisfare il fabbisogno sanitario regionale e ridurre le evacuazioni di malati gravi negli ospedali del sud già insufficienti.

Il progetto (1) ha consentito di aumentare la capacità ospedaliera di 60 letti, passando da 130 a 190 letti; comprendeva in particolare la costruzione e l'attrezzatura di nuovi edifici per la chirurgia, nonché l'estensione e l'attrezzatura della maternità.

L'ospedale ha costituito il principale supporto dell'azione sanitaria nel nord del paese, regione in cui si contano oltre 500.000 abitanti; le sue attività sono soddisfacenti, benché il tasso di occupazione sia soltanto del 63%; si contano circa 50 interventi chirurgici e 25 parti alla settimana e 300 visite al giorno. In mancanza di manutenzione, l'aspetto esterno degli edifici lascia a desiderare.

./.

(1) Spese: 518.000 U.C.

b) Gruppo ospedaliero di Savalou

L'estensione del centro medico-chirurgico di Savaleu si propone di migliorare le condizioni di lavoro di una formazione sanitaria dotata di un'attrezzatura medico-chirurgica con ospedalizzazione ridotta e maternità insufficiente.

Il progetto (1) comprendeva la costruzione di una maternità con 30 letti e di un centro PMF. La capacità così portata a 126 letti risponde al fabbisogno dei 65.000 abitanti della circoscrizione. Con il suo personale (complessivamente 40) gestito da un medico, il gruppo ospedaliero funziona in modo soddisfacente; gli edifici di costruzione modesta, robusta e pratica sono sottoposti a buona manutenzione e fanno buona impressione.

c) Maternità di Lokossa

L'obiettivo della costruzione di una maternità, inizialmente prevista ad Athiémé ed effettivamente attuata a Lokossa, era di ammodernare la formazione sanitaria esistente, i cui locali erano vetusti e la capacità insufficiente.

Il progetto (2) prevedeva la costruzione di una moderna maternità di 36 letti e la sistemazione dell'attuale maternità in padiglione di ospedalizzazione. I lavori di costruzione sono stati ultimati nel 1961; gli edifici tuttavia sono stati effettivamente occupati soltanto nel 1966 dopo l'allacciamento alla rete di distribuzione idrica locale.

La maternità funziona perfettamente e gli edifici sono sottoposti a buona manutenzione.

./.

(1) Spese: 85.000 U.C.

(2) Spese: 40.000 U.C.

3) Mauritania: ospedale nazionale di Nouakchott

In Mauritania, l'organismo di aiuto comunitario ha finanziato la costruzione dell'ospedale nazionale e della scuola per infermieri; è stato deciso il finanziamento di due progetti supplementari: nel 1973, la costruzione di un policlinico a Nouakchott e l'assistenza tecnica per l'organizzazione di un servizio di manutenzione e, nel 1974, l'estensione dell'ospedale nazionale.

Al momento dell'indipendenza, quando si è intrapreso lo studio del progetto di costruzione e di attrezzatura di un ospedale e di una scuola per infermieri a Nouakchott, la situazione mauritaniana era caratterizzata:

- dall'incertezza sul futuro della nuova capitale a Nouakchott per la quale si prevedeva come massimo una popolazione di 15-20.000 unità;
- dalla mancanza quasi totale di personale paramedico;
- dall'inesistenza di una vera infrastruttura sanitaria su scala nazionale: soltanto tre formazioni ospedaliere senza grandi mezzi tecnici funzionavano all'interno del territorio (1), nonché un piccolissimo numero di centri medici di minore importanza. I due terzi dei malati gravi dovevano essere evacuati in ospedali dei paesi vicini, soprattutto a St-Louis e Dakar (Senegal) e Kayes (Mali).

Il progetto (2), deciso nel 1961, fu concepito quindi in modo da costituire:

- una prima parte con 135 letti di un ospedale più grande con una capacità definitiva prevista di 250 letti;
- un nucleo iniziale di una scuola per infermieri parzialmente integrata all'ospedale, per formare rapidamente dirigenti sanitari medi;
- un nucleo iniziale di un futuro ospedale nazionale che doveva assolvere al tempo stesso le funzioni di centro nazionale di evacuazione e di diagnosi per l'intero paese e le funzioni locali di centro ospedaliero per la regione attorno alla capitale.

./.

(1) Atar, Aioun, Kaedi.

(2) Costo totale 2,5 milioni di U.C.

Le disposizioni della concezione tecnica dovevano consentire la futura estensione senza modifica dei servizi tecnici e senza disordini per la sua gestione; di conseguenza, gli impianti medici furono relativamente sovrattezzati rispetto al numero di letti. Per contro, potevano far fronte al fabbisogno sanitario già esistente sul piano nazionale.

La concezione architettonica, grande complesso moderno a tre piani che domina per la sua posizione tutta la città di Nouakchott, è un'incontestabile riuscita; tuttavia, non poteva restare senza conseguenze sul piano del funzionamento, e la concezione tecnica di talune attrezzature si è rivelata troppo complicata per un paese come la Mauritania. La manutenzione dell'ospedale era infatti particolarmente difficile a causa della mancanza totale di personale qualificato e dei problemi di trasporto dei pezzi di ricambio.

In complesso, l'ospedale, entrato in funzione nel 1966, ha risposto bene ai suoi obiettivi; le sue attività sono state intensissime: il numero di ricoverati è più che raddoppiato fra il 1967 ed il 1972. Gli interventi chirurgici sono raddoppiati fra il 1969 ed il 1972 ed il tasso di occupazione ha raggiunto ed anzi superato temporaneamente il 100%. Infine, le visite esterne hanno raggiunto un punto tale da perturbare il buon andamento dei servizi.

La capacità dell'ospedale si è così rapidamente rivelata insufficiente, specie per due motivi:

- la città di Nouakchott si è sviluppata in modo inimmaginabile, arrivando ai 50-70.000 abitanti;
- il miglioramento della rete e dei mezzi di trasporto all'interno del paese ha facilitato l'afflusso dei malati all'ospedale nazionale.

Per ovviare a questa situazione, nell'ambito dell'ospedale stesso,

- la capacità di fatto è stata gradualmente portata da 135 a 230 letti (1), con l'aggiunta di letti supplementari a detrimento dello spazio vitale di ogni malato;

./.

(1) 1974: 250 letti.

- la durata media di degenza è stata talvolta ridotta al limite della sicurezza;
- all'accettazione è stata operata una scelta draconiana.

Nel quadro della politica di espansione seguita dal Governo e che prevede la progressiva attuazione di un'infrastruttura sanitaria a due livelli, sono state fissate le seguenti priorità:

- il parziale aumento della capacità, sgravando l'ospedale nazionale dalle cure più semplici con la creazione di un policlinico urbano a Nouakchott,
- l'estensione netta della capacità dell'ospedale,
- il mantenimento ed il miglioramento di tutti gli impianti medico-tecnici esistenti.

La realizzazione di questi obiettivi si è tradotta nelle decisioni prese dalla Comunità nel 1973 e 1974 di finanziare:

- la costruzione e l'attrezzatura di un centro di consultazione, pronto soccorso e selezione nella città di Nouakchott, come prima parte operativa di un futuro policlinico;
- l'assistenza tecnica di un esperto-formatore per un periodo di due anni, per l'organizzazione del servizio di manutenzione e la formazione del personale;
- l'estensione a 450 letti (capacità definitiva) dell'ospedale, aggiungendo specializzazioni ancora mancanti, e l'ampliamento delle altre, in modo da consentirgli di assolvere veramente la sua funzione di ospedale nazionale;
- l'estensione della scuola per infermieri con la costruzione di nuovi locali d'insegnamento.

Viste le intense attività, il personale in servizio (complessivamente circa 200, di cui 11 medici) sembra essere sovraccarico di lavoro e la qualità delle cure non può che risentirne. Comparato con altri ospedali con lo stesso livello di attività, sembrerebbe più adeguato un numero di 250-300 persone.

Il bilancio di funzionamento (personale escluso) di cui dispone l'ospedale non ha seguito l'evoluzione delle attività; il bilancio è aumentato infatti soltanto del 10% fra il 1967 ed il 1972. Tuttavia, i suoi mezzi finanziari (75,5 milioni di FCFA nel 1972) si trovano quasi allo stesso livello dei bilanci degli ospedali di Zinder (Niger) e di Bobo-Dioulasso (Alto Volta), nonostante le sensibili differenze della capacità ospedaliera (1). I costi di funzionamento (2) a letto (330.000 FCFA) ed a giornata di degenza (940 FCFA) sono molto favorevoli rispetto agli ospedali nazionali per i quali sono disponibili cifre (3); se ne conclude quindi che gli stanziamenti concessi all'ospedale di Nouakchott possono considerarsi ampiamente sufficienti. Bisogna tuttavia tener conto del fatto che l'attrezzatura medica pesante e specialistica di questo ospedale nazionale con tutti gli impianti connessi (due sale di operazione, reparto radiografico, laboratorio, farmacia, ecc.) creati come prima parte di un futuro ospedale più vasto si ripercuotono smisuratamente sugli oneri ricorrenti.

Riassumendo, l'utilizzazione dell'opera finanziata dal FES a Nouakchott dimostra che gli obiettivi prefissi sono stati perfettamente conseguiti: l'aiuto comunitario ha apportato il più importante elemento di base dell'infrastruttura sanitaria del paese e, incoraggiato dal successo, ha continuato a dare il suo contributo a questo settore d'intervento.

./.

(1) Nouakchott 230 letti (1974: 250 letti), Zinder 450 letti, Bobo-Dioulasso 700 letti.

(2) Sulla base dei bilanci 1972

(3) Mogadiscio 185.000 FCFA/565 FCFA (1973)
Ouagadougou 116.000 FCFA/390 FCFA (1973)
Niamey 225.000 FCFA/670 FCFA (1975)

4) Somalia: ospedale generale di Mogadiscio

Il progetto iniziale di costruzione e di attrezzatura di un nuovo ospedale generale a Mogadiscio è stato seguito da una serie di progetti consecutivi di assistenza tecnica e di aiuto temporaneo per il funzionamento.

Gli obiettivi del progetto iniziale (1), deciso nel 1959, erano la costruzione e l'attrezzatura di un ospedale generale di 600 letti a Mogadiscio, per:

- sostituire l'ospedale generale esistente (Di Martino) considerato irrimediabilmente in rovina,
- ammodernare e migliorare i servizi ospedalieri in Somalia ed in modo particolare a Mogadiscio, per soddisfare il crescente fabbisogno sanitario.

La concezione del progetto, elaborata prima dell'indipendenza della Somalia, si è basata su tre premesse essenziali:

- impegno formale (2) dell'amministrazione fiduciaria italiana di ottenere, almeno sino al 1970, un aiuto esterno in personale medico;
- sostituzione del vecchio ospedale Di Martino e trasferimento del relativo personale e dei suoi stanziamenti al nuovo ospedale;
- presa a carico sul bilancio della sanità degli stanziamenti di funzionamento supplementari.

Nel 1962, dopo l'indipendenza, una volta ultimato ed in parte attrezzato l'ospedale, è risultato che il Governo somalo non era in grado

- né di ottenere un aiuto esterno in personale medico, visto che l'Italia aveva progressivamente ridotto l'assistenza tecnica,
- né di finanziare, sul proprio bilancio, la retribuzione dei medici (evidentemente stranieri poiché, nel 1963, la Somalia disponeva soltanto di due medici nazionali) e del personale paramedico necessario,
- né di garantire, sul proprio bilancio, il funzionamento dell'ospedale.

./.

(1) Costo totale: 2,8 milioni di U.C.

(2) Specificato nella convenzione di finanziamento, firmata nel 1959 prima dell'indipendenza.

Inoltre non è stato chiuso il vecchio ospedale Di Martino.

Pertanto, nel 1964, due anni dopo la sua ultimazione, l'ospedale non aveva ancora iniziato a funzionare. A seguito della domanda del Governo somalo, la Comunità ha preso le necessarie disposizioni per garantire, a titolo eccezionale e per una durata limitata, l'entrata in servizio dell'ospedale. Questa serie di operazioni temporanee di assistenza tecnica (1) che combinava le azioni comunitarie e talune azioni bilaterali coordinate degli Stati membri, ha avuto inizio nel 1964 e comprendeva in modo decrescente:

- l'assunzione di 31 medici (1964-1970),
- l'assunzione di 70 persone fra personale paramedico, amministrativo e tecnico (1965-1970),
- la presa a carico delle spese di funzionamento (1967-1972).

In realtà, l'attività normale di tutto l'ospedale è iniziata soltanto nel 1966.

Dopo l'apertura dell'ospedale e la sua presa a carico da parte del FES, sono sorti molteplici problemi di gestione e di organizzazione che hanno avvelenato l'ambiente di lavoro ed impedito che si creasse la necessaria collaborazione, lo spirito di solidarietà ed anzi il rispetto di deontologia; hanno anche messo in dubbio il valore dell'assistenza tecnica della Comunità. Inoltre, l'ospedale si trovava in una fase di rivalità politiche presunte: concorrenza con il vecchio ospedale Di Martino che, invece di essere chiuso, fu sistemato e gestito in modo piuttosto positivo con l'aiuto finanziario russo. Senza alcun dubbio, questa situazione ha suscitato fra l'altro una tendenza generale ad esagerazioni di ogni genere, al punto che l'ospedale era diventato, agli occhi degli europei e a quelli dei somali, il "dramma di Mogadiscio", mentre in realtà l'istituto funzionava già abbastanza convenientemente.

Nonostante tutte queste difficoltà cui si trovava di fronte l'ospedale per motivi indipendenti dalla Comunità, l'ospedale ha conseguito oggi, in ampia misura, gli obiettivi che gli erano stati assegnati. Ha contribuito a soddisfare il crescente fabbisogno sanitario e si è rivelato adeguato, in genere, alle capacità dello Stato in termini di personale qualificato e di stanziamenti di funzionamento.

./.

(1) Costo totale degli 8 progetti: 4,9 milioni di U.C. su finanziamento FES.

Le attività attuali dell'ospedale dimostrano infatti la sua indiscutibile utilità ed efficacia. Per i suoi 600 letti, il tasso d'occupazione era dell'89% nel 1973, del 79% nel 1967. Oltre ai 35 interventi chirurgici ed agli 85 parti alla settimana, le attività esterne dopo il 1967 sono state intensissime, raggiungendo una media di 500 visite esterne al giorno lavorativo.

Il funzionamento dell'ospedale è attualmente assicurato in modo normale dal Ministero della Sanità. Il personale è in numero sufficiente (420) se non abbondante rispetto ad altri grandi ospedali di capitali africane. La sostituzione del corpo medico è molto avanzata; fra i 31 medici assegnati all'ospedale se ne contano 25 somali. La "somalizzazione" del personale paramedico, amministrativo e tecnico è ultimata dal 1970.

Il bilancio di funzionamento (personale escluso) può considerarsi sufficiente per mantenere un livello medio di gestione; è d'altro lato del tutto comparabile agli altri ospedali nazionali. Tuttavia, esso non corrisponde al livello che la Comunità garantiva nel periodo transitorio di presa a carico di tutto il funzionamento.

Il moderno edificio di 5 piani, costruito fra il 1960 ed il 1962, è tuttora in buono stato grazie alla sua concezione tecnica bene adeguata al clima caldo-umido e alla manutenzione corrente convenientemente effettuata. Per contro, gli impianti fissi sono in parte deteriorati e persino inutilizzabili; l'attrezzatura medica, in parte sostituita ed ammodernata, è in stato soddisfacente o sufficiente. L'ospedale risente dell'eterno problema della mancanza di qualificazione del personale di manutenzione piuttosto che degli stanziamenti disponibili. Nell'ambito del FES è pertanto attualmente allo studio un programma per la formazione di personale di manutenzione per l'ospedale.

5) Formazioni sanitarie create nell'Alto Volta

Le opere finanziate nell'Alto Volta (1) sulle risorse del 1° FES e decise nel 1961, comprendevano

- la costruzione e l'attrezzatura di
2 ospedali secondari a Gaoua (120 letti) ed a Fada N'Gourma (2) (130 letti)
- 10 centri medici di tipo A (21 letti) e di tipo B (35 letti);
- la costruzione di 14 unità del servizio delle grandi endemie;
- l'ammodernamento del dispensario oftalmologico di Ouagadougou.

Basate su un piano generale per il futuro per l'attrezzatura ospedaliera dell'Alto Volta, le opere si sono integrate nell'infrastruttura esistente e sono geograficamente ben ubicate in modo da:

- avviare, ammodernare e completare un sistema di ospedalizzazione gerarchizzato e coordinato, in cui tutti gli istituti di cura costituiscono i pezzi di un insieme ben organizzato e funzionale (3);
- migliorare le condizioni di lavoro delle azioni contro le grandi endemie, specie la lebbra e la tripanosomiasi.

La concezione generale del progetto era improntata ad una certa cautela e prevedeva unicamente l'attuazione di una prima parte del piano per il futuro in modo da corrispondere alle capacità finanziarie e di personale del paese nei prossimi anni: il progetto si limitava a 2 dei 6 ospedali secondari ed a 10 dei 18 ospedali rurali previsti. Inoltre, esso comportava:

- una prima parte dei 2 ospedali secondari con circa 130 letti, dei 230 progettati a Gaoua e dei 400 progettati a Fada N'Gourma;

./.

(1) Costo totale 4,4 milioni di U.C.

(2) L'ubicazione inizialmente prevista a Koudougou fu spostata nel 1966.

(3) La "punta" della "piramide ospedaliera", i due ospedali generali di Ouagadougou e Bobo-Dioulasso, e l'unico ospedale secondario esistente (Ouahigouya) erano stati già ampliati, sistemati ed ammodernati nel 1961-62 su finanziamento dell'organismo di aiuto francese.

- un nucleo degli ospedali rurali, con la denominazione di "centri sanitari" che, tenendo conto della gradazione perseguita, furono concepiti in due tipi diversi:
 - centro sanitario di tipo A (formula di base, 21 letti) che dovrà essere gestito da un infermiere;
 - centro sanitario di tipo B (formula ampliata: 35 letti) che dovrà essere gestito da un medico;
- per le unità del servizio delle grandi endemie, la sostituzione delle formazioni vetuste costruite con materiali provvisori.

La concezione tecnica è caratterizzata da una standardizzazione delle strutture di edifici con un sistema ad elementi prefabbricati (salvo per le unità del servizio delle grandi endemie) e dei tipi di edifici che consentivano, con un sistema a padiglione, qualsiasi graduale estensione futura senza trasformazione degli edifici in disordini di gestione. Gli edifici costruiti con elementi prefabbricati risultano funzionali e bene adeguati al fabbisogno dei servizi sanitari. Nonostante la mancanza di una regolare manutenzione, salvo nei due ospedali secondari, gli edifici sono in eccellente stato.

Le attuali attività delle formazioni costruite sembrano in genere soddisfacenti. Mentre le capacità ospedaliere create non sono sempre pienamente utilizzate, gli istituti svolgono considerevoli attività esterne. Il tasso di occupazione dei due ospedali secondari oscilla così fra il 50 ed il 60%, le visite esterne si calcolano a circa 400 al giorno lavorativo. Per i centri sanitari si rileva un'occupazione media del 50% ed una media di circa 130 visite al giorno.

Le unità del servizio delle grandi endemie destinate all'isolamento dei lebbrosi e dei malati affetti da tripanosomiasi non sono comunque pienamente utilizzate. Con un rimedio efficace, i vecchi metodi di isolamento dei lebbrosi sono diventati inutili: lo stadio contagioso della lebbra è ridotto ad alcuni mesi; inoltre, la tripanosomiasi è in netto regresso.

Il personale assegnato alle formazioni sanitarie finanziate dal FES è sufficiente ed adeguato alle attività. I due ospedali secondari, dopo alcuni ritardi nella loro entrata in funzione dovuti alla mancanza di medici, sono dotati di personale medico straniero (1); i centri sanitari tipo A sono gestiti da un infermiere voltaico, i centri sanitari di tipo B da un medico (in genere straniero).

Il funzionamento delle formazioni sanitarie è finanziato soltanto in minima parte con i mezzi di bilancio propri del paese (Ministero della Sanità e collettività comunale). Soltanto gli aiuti supplementari, finanziari e materiali di qualsiasi provenienza (aiuti bilaterali e multilaterali, aiuti di organizzazioni private, filantropiche, religiose, ecc.) consentono di gestirli convenientemente. I bilanci dei due ospedali secondari sono quindi sostenuti in massima parte dall'organismo di aiuto tedesco e dai "Frères des hommes". Possono considerarsi ampiamente sufficienti; le spese di funzionamento (personale escluso) a letto ed a giornata di degenza sono anzi superiori a quelle per gli ospedali generali di Ouagadougou e Bobo-Dioulasso. Per contro, i bilanci dei centri sanitari sono insufficienti; gli stanziamenti concessi irregolarmente dal Ministero della Sanità e dalle collettività comunali coprono soltanto una parte del fabbisogno finanziario. Soltanto i vari aiuti supplementari consentono un conveniente funzionamento.

Le formazioni sanitarie finanziate con l'aiuto comunitario hanno conseguito, in ampia misura, gli obiettivi loro assegnati; si rivelano adeguate alle possibilità di personale sul posto ma non sono affatto adeguate ai mezzi finanziari del paese. Il bilancio di funzionamento (personale escluso) infatti del Ministero della Sanità è pari soltanto al 14% del bilancio totale della sanità e non consentirebbe nemmeno di garantire il funzionamento dei due ospedali di Ouagadougou e Bobo-Dioulasso. Il fondamentale squilibrio tra il fabbisogno finanziario delle formazioni sanitarie esistenti ed i mezzi propri del paese è sanato unicamente dal massiccio e continuo aiuto esterno. L'equilibrio di fatto così conseguito è tuttavia estremamente fragile; la sospensione di uno o di più aiuti esterni avrebbe conseguenze catastrofiche per il funzionamento dei servizi sanitari del paese.

./.

(1) Su finanziamento dell'organismo di aiuto tedesco a Gaoua e dei "Frères des hommes" (Associazione francese senza scopo lucrativo e senza opzione politica e confessionale) di Fada N'Gourma .

6) Formazioni sanitarie create nel Niger

Le opere realizzate nel Niger (1) e finanziate sulle risorse del 1° e 2° FES comprendevano

- l'ammodernamento e l'estensione dell'ospedale di Niamey,
- l'estensione dell'ospedale di Zinder,
- il riattamento e l'ammodernamento di 5 centri ospedalieri dipartimentali (Maradi, Dosso, Tahoua, Agades e Diffa),
- la creazione di 6 centri d'igiene e di medicina mobile (Zinder, Maradi, Dosso, Tahoua, Agades e Diffa),
- il riattamento di 3 dispensari di circoscrizione,
- costruzione di 16 dispensari rurali,
- la costruzione di un magazzino per i prodotti farmaceutici d'approvvigionamento.

Nel 1962, il Governo del Niger aveva presentato al FES un primo progetto di costruzione di un nuovo ospedale a Niamey; tuttavia, in base ad uno studio generale dei problemi, è apparso che la situazione dell'infrastruttura sanitaria del paese richiedeva piuttosto una serie di estensioni e di ammodernamenti. Basate su un piano per il futuro (2) le opere dovevano in modo particolare:

- attenuare l'insufficienza qualitativa degli impianti ospedalieri esistenti, soprattutto nei centri rurali,
- migliorare l'insieme dell'infrastruttura sanitaria che costituiva un complesso di servizi sanitari ben adeguati al fabbisogno sanitario ed alle condizioni particolari delle diverse regioni del paese.

La concezione generale del progetto si è integrata armoniosamente in questo piano globale di sviluppo dei servizi di sanità pubblica ed ha rispettato i principi direttivi adottati: priorità alle zone rurali, priorità alle opere atte ad aumentare il rendimento dei servizi con un minimo di oneri ricorrenti supplementari, priorità al riattamento delle costruzioni

./.

(1) Costo totale 5,7 milioni di U.C.

(2) Prospettive decennali 1965-1974 di sviluppo dei servizi sanitari, approvate dal Governo nigerino.

vetuste, principio di non costruire nuove formazioni finché non sia disponibile il personale qualificato.

In Alto Volta, quindi, la concezione tecnica è caratterizzata dalla standardizzazione delle strutture e dei tipi di edifici. Nonostante queste caratteristiche tecniche adeguate in modo particolare alle nuove costruzioni (dispensari, centri d'igiene e di medicina mobile), le estensioni realizzate si sono integrate armoniosamente alle disposizioni particolari delle formazioni esistenti. Le nuove costruzioni messe in servizio nel 1973 risultano molto funzionali; tutti gli edifici e tutte le attrezzature sono in eccellente stato.

Le attività delle formazioni sanitarie ammodernate, sistemate ed ampliate sono in genere molto soddisfacenti. Gli ospedali nazionali di Niamey e di Zinder sono utilizzati in pieno (sino al 100%). L'utilizzazione dei centri ospedalieri dipartimentali è anche ottima ed aumenterà ancora a detrimento dei centri sanitari, in seguito alla decisione del Governo (presa nel 1974) di raggruppare tutti i medici nei capiluoghi dei dipartimenti. Tuttavia, i centri sanitari nonché i dispensari svolgono attività sufficienti. Gli edifici dei gruppi d'igiene e di medicina mobile sono in genere ben utilizzati; il loro funzionamento dipende essenzialmente dalle iniziative prese dal medico capo responsabile.

Il personale assegnato alle formazioni sanitarie sembra essere numericamente sufficiente ed in genere con buona qualificazione; per contro, il personale assegnato ai gruppi mobili è numericamente insufficiente.

Il funzionamento delle formazioni sanitarie è finanziato in modo relativamente regolare; il bilancio della sanità e l'aliquota degli stanziamenti riservati al funzionamento consentono di garantire un livello abbastanza elevato dei servizi di cura del livello superiore (ospedali nazionali, centri ospedalieri dipartimentali) mentre il funzionamento dei centri sanitari di circoscrizione medica e dei dispensari rurali è assicurato su stanziamenti delle collettività. Unica eccezione: vengono distribuiti direttamente i medicinali a tutti i servizi sanitari nell'ambito dei dipartimenti. Le formazioni sanitarie di cura funzionano così in massima parte

con i mezzi di bilancio propri del paese, mentre le azioni della medicina mobile (prevenzione, prospezione) sono largamente sostenute dagli organismi di aiuti finanziari e materiali esterni. Riassumendo, i mezzi di bilancio propri del paese non consentono di realizzare al tempo stesso la copertura medica con le strutture fisse e d'intraprendere le azioni di massa; i mezzi finanziari propri sono quindi accordati in priorità e con preponderanza alle formazioni fisse di cura, mentre le azioni di massa sono lasciate in massima parte agli organismi di aiuto esterno.

L'utilità e l'efficacia delle opere create nel Niger sono indiscutibili. La loro armoniosa integrazione nell'infrastruttura esistente si è rivelata particolarmente vantaggiosa: gli adattamenti gradualmente quantitativi e qualitativi al fabbisogno sanitario specifico particolare e locale hanno determinato soltanto oneri finanziari e fabbisogno di personale supplementare facilmente sostenibili con i mezzi propri del paese. Il progetto costituisce un successo da tutti i punti di vista.

7) Formazioni sanitarie create nel Camerun

I 4 progetti attuati nel Camerun e finanziati sulle risorse del 1° e 2° FES hanno interessato la costruzione e l'attrezzatura di

- otto ospedali,
- tredici estensioni di ospedali (di cui 3 padiglioni d'ospedalizzazione),
- ventun dispensari di boscaglia,
- una scuola per infermieri a Bamenda,
- una farmacia centrale d'approvvigionamento a Victoria,
- diciannove alloggi per medici.

Le diverse formazioni sono state messe in servizio tra il 1962 ed il 1971, le formazioni sanitarie del nord Camerun soprattutto fra il 1967 ed il 1969 e le formazioni del sud-Camerun orientale e del Camerun occidentale tra il 1969 ed il 1971. Il costo complessivo di queste opere è dell'ordine di 8 milioni di unità di conto, pari al 20% dell'aiuto concesso al Camerun sulle risorse dei primi due Fondi.

Scopo degli investimenti era di sopprimere il ritardo dello sviluppo economico ed in particolare sociale del nord rispetto al sud e di stabilire un migliore equilibrio fra il nord ed il sud del Camerun occidentale. Complessivamente, essi hanno consentito di aumentare la capacità ospedaliera del paese di 1.360 letti dei 15.750 attualmente esistenti nel settore della sanità pubblica.

In genere le opere si sono integrate in un'infrastruttura sanitaria esistente che costituisce un sistema gerarchizzato e coordinato di tutti gli istituti di cura. Salvo per i dispensari, esse si sono limitate alle estensioni, alla sistemazione ed alla sostituzione degli impianti esistenti, contenendo così al massimo l'aumento degli oneri ricorrenti.

Tutte le formazioni sanitarie sono occupate secondo le loro destinazioni ed è evidente che hanno contribuito in modo decisivo al miglioramento quantitativo e qualitativo delle cure sanitarie, soprattutto nelle regioni rurali. Tuttavia, in base alle cifre di attività si rileva che gli istituti non raggiungono comunque la loro piena efficacia; la loro

utilizzazione è infatti ostacolata soprattutto dall'insufficienza di personale medico e di stanziamenti di funzionamento.

Da un esame delle condizioni di utilizzazione svolto nel 1971 risulta che la mancanza di medici e di personale paramedico era abbastanza pronunciata in quel periodo; i problemi sembrano attualmente meno gravi se ci si riferisce alle cifre complessive disponibili da cui emerge il rapporto favorevole di 1 medico per ogni 26.500 abitanti e di 1 infermiere per ogni 3.100 abitanti.

Gli stanziamenti concessi alle diverse formazioni sanitarie finanziate dal FES nel Camerun sembrano nettamente inferiori a quelli di cui dispongono gli istituti comparabili esaminati negli altri paesi. Qual è il motivo di questa situazione sfavorevole? Il bilancio della sanità è infatti relativamente alto (3.952 milioni di FCFA nel 1973/74); nonostante una sfavorevole ripartizione fra le spese di personale (74%) e di funzionamento (26%), il bilancio di funzionamento (1.046 milioni di FCFA) è di gran lunga superiore ai bilanci degli altri paesi esaminati. Le cifre restano comparativamente favorevoli anche per le spese annue di funzionamento pro capite. Tuttavia, si ripartiscono su una infrastruttura ospedaliera maggiore e più pesante rispetto agli altri paesi esaminati (complessivamente 15.750 letti; 1 letto per ogni 390 abitanti). Sembra pertanto che l'infrastruttura sanitaria sia inadeguata alle possibilità finanziarie del paese; in altri termini: l'insufficienza degli stanziamenti di funzionamento dei diversi istituti sembra essere una conseguenza diretta del mancato adeguamento alle capacità ospedaliere.

In genere, nei primi anni dopo la loro entrata in funzione, le opere attuate dal FES hanno risentito della mancanza di lavori di manutenzione corrente. Per far fronte soprattutto all'insufficienza della qualificazione del personale di manutenzione, il FES ha finanziato, dal 1972 e per un periodo di 4 anni, un'operazione di formazione del personale di manutenzione ospedaliera, inteso a:

- garantire la manutenzione e la riparazione delle attrezzature mediche delle diverse formazioni ospedaliere del paese;
- formare sul posto tecnici riparatori riuniti in squadre mobili di manutenzione e di riparazione;
- formare operai polivalenti in servizio nei centri ospedalieri.

Una prima squadra mobile è in attività e rende grandissimi servizi visitando successivamente tutte le formazioni ospedaliere.

Elenco delle opere di cui sono state recentemente
esaminate le condizioni d'utilizzazione

Situazione al 30.12.1974

	<u>N° contabile</u>	<u>Titolo dei progetti</u>	<u>Costo dei progetti</u> (in migliaia di U.C.)
<u>CAMERUN</u>	11.22.201	Costruzione di un padiglione d'ospedalizzazione a Meiganga	64
	11.22.202	Costruzione di un padiglione d'ospedalizzazione a N'Tui	60
	11.22.204	Formazioni sanitarie nord Camerun	2.737
	211.002.04	Formazioni sanitarie sud Camerun	4.765 (°)
<u>DAHOMY</u>	11.21.602	Gruppo ospedaliero di Savalou	85
	11.21.603	Gruppo ospedaliero di Athiémé	40
	11.21.604	Ospedale secondario di Parakou	518
<u>ALTO VOLTA</u>	11.21.706	Infrastruttura ed attrezzatura sanitaria	4.401
<u>MADAGASCAR</u>	11.24.106	Padiglione d'ospedalizzazione presso l'ospedale di Majunga	382
	11.24.109	Ospedale di Manakara	437
	11.24.110	Ospedale di Fort-Dauphin	483
<u>MAURITANIA</u>	11.21.203	Ospedale di Nouakchott	2.499
<u>NIGER</u>	211.013.10	Programma di attrezzatura sanitaria	3.296 (°)
	211.013.14	Costruzione di 16 dispensari rurali	352 (°)
	2100.461.13.12	Attrezzatura sanitaria di 16 dispensari	2.024

./.

(°) Importo globale dei contratti.

<u>SOMALIA</u>	11.31.001	Nuovo ospedale di Mogadiscio	2.820
	11.31.003	Assistenza tecnica all'ospedale di Mogadiscio	895
	11.31.005	Aiuto temporaneo per la gestione dell'ospedale di Mogadiscio	350
	212.016.17	Aiuto temporaneo per la gestione dell'ospedale di Mogadiscio	1.328 (°)
	212.116.19	Perizia su possibilità riduzione costo gestione ospedale di Mogadiscio (AT)	4
	212.016.29	Aiuto temporaneo gestione ospedale generale di Mogadiscio	357 (°)
	212.016.34	Aiuto temporaneo ospedale di Mogadiscio	334 (°)
	213.816.03	Gestione ospedale di Mogadiscio	653
	216.016.09	Aiuto temporaneo per la gestione dell'ospedale di Mogadiscio	990

(°) Importo globale di contratti.