STUDI E RICERCHE

Guido Bertolaso
Agostino Miozzo - Massimo Tommasoli

SALUTE, SVILUPPO E COOPERAZIONE IN ETIOPIA L'ESPERIENZA ITALIANA



ISTITUTO ITALO-AFRICANO

SALUTE, SVILUPPO E COOPERAZIONE IN ETIOPIA - L'ESPERIENZA ITALIANA

Cooperazione sanitaria con i Pvs africani

Copertina *Roberto* Steve *Gobesso*
Foto di copertina *Massimo Tommasoli*
Foto nel testo *"Il Dagherrotipo"*
Cura redazionale *Paola Bacchetti*

S T U D I E R I C E R C H E

Guido Bertolaso
Agostino Miozzo - Massimo Tommasoli

SALUTE, SVILUPPO E COOPERAZIONE IN ETIOPIA L'ESPERIENZA ITALIANA

ISTITUTO ITALO-AFRICANO

Hanno collaborato Giampaolo Cantini, Marta di Gennaro, Sergio Palladini.

Si ringraziano:

Francesca Agneta, Fabrizio Bassani, Carol Djeddah, Ghebreigzabiher Ghebremedhin, Roberto Gnesotto, Guido Goracci, Ranieri Guerra, Tommaso Longhi, Giulio Molinari, Guglielmo Riva, Alessandro Rubino.

Si ringraziano inoltre per la collaborazione gli esperti in servizio in Etiopia e le seguenti istituzioni:

Ambasciata d'Italia (Addis Abeba), AIFO, Caritas Italiana, CCM, CESTAS, CICS, CISP, CUAMM, CVM, DI-SVI, ICU, Istituto Italo-Africano, Istituto Superiore di Sanità, LVIA, OMS, Ospedale Pediatrico «Bambino Gesù» (Roma), PRO-MO, R. e C., UNDP, UNESCO, UNFPA, UNICEF.

Indice

Prefazione . . . . . pag. 9
Onorevole Giulio Andreotti

Introduzione . . . . . » 11
Ambasciatore Paolo Galli

CAPITOLO PRIMO
Etiopia: un profilo del paese . . . . . » 13
1. Ambiente e sviluppo . . . . . » 13
2. Geografia fisica . . . . . » 14
3. Trasporti e comunicazioni . . . . . » 14
4. Indicatori demografici, economici e sociali . . . . » 16
5. Gruppi etnici . . . . . » 21
6. Ordinamento politico e pianificazione dello sviluppo . » 21
7. Economia . . . . . » 23
8. Insediamenti umani e nuovi modelli di sviluppo . . » 24
9. La situazione sanitaria . . . . . » 27

CAPITOLO SECONDO
La cooperazione italiana in Etiopia . . . . . » 31
1. La cooperazione italo-etiopica allo sviluppo . . . . » 31
2. La cooperazione sanitaria italiana in Etiopia . . . . » 50
3. L'Unità Tecnica Locale . . . . . » 52

CAPITOLO TERZO
La cooperazione sanitaria italiana: i programmi bilaterali . » 57
1. Cooperazione sanitaria nella regione dell'Arsi . . . » 57
2. Programma di lotta alla cecità . . . . . » 65
3. Programma di lotta alla lebbra . . . . . » 70
4. Intervento nell'ospedale «Mekane Hiwot» di Asmara . » 78
5. Makallè . . . . . » 85
6. Bati . . . . . » 98
7. Programma d'intervento sanitario di emergenza nella zona del Beles - ONG CICS . . . . . » 105

8. Programma multisettoriale nell'area del Beles - ONG CISP pag. 108
9. Programma sanitario nella regione del Wollo - ONG CESTAS . . . . . » 113
10. Sviluppo rurale nella regione del Wollo - ONG CISP e Ricerca e Cooperazione . . . . . » 115

CAPITOLO QUARTO
La cooperazione sanitaria italiana: i programmi multibilaterali » 119
1. Il *Joint Nutrition Support Programme* (JNSP) in Etiopia - UNICEF/OMS . . . . . » 119
2. Ricerca fonti idriche - UNICEF/OMS . . . . . » 122
3. Farmaci essenziali - UNICEF/OMS . . . . . » 122
4. Attività di comunicazione a sostegno di programmi di salute materno-infantile e di programmi sanitari - UNFPA/UNESCO . . . . . » 125

CAPITOLO QUINTO
I programmi gestiti dalle organizzazioni non governative . » 127
1. Centro sanitario di Bushulo nella regione del Sidamo - ONG CCM . . . . . » 127
2. Approvvigionamento idrico e animazione socio-igienico-sanitaria nel Wolayta-Soddo - ONG CVM . . . . . » 129
3. Animazione di base, impianti idrici, formazione quadri - ONG LVIA . . . . . » 132
4. Progetto di rafforzamento dell'ospedale di Gambo - ONG CUAMM . . . . . » 133
5. «Badessa-Awassa» - Intervento socio-sanitario nella regione del Sidamo - ONG Progetto Mondialità . . . . » 136
6. Programma sanitario della Caritas Italiana in Etiopia . » 137

CAPITOLO SESTO
Le iniziative in corso di programmazione . . . . . » 139
1. Lotta alla TBC . . . . . » 139
2. Centro di manutenzione di apparecchiature elettromedicali » 141
3. Centro odontoiatrico e di igiene dentale di Addis Abeba » 143
4. Wollo - Bati . . . . . » 145
5. Programma di sostegno al sistema di salute pubblica nella regione del Tigray . . . . . » 146
6. Reparto pediatrico dell'ospedale «Mekane Hiwot» di Asmara . . . . . » 148
7. Centro regionale per la prevenzione e il soccorso sanitario nella emergenza in Africa . . . . . » 150

Riferimenti bibliografici . . . . . pag. 153

Appendice
Glossario dei principali termini amarici . . . . . » 157
Indice analitico . . . . . » 159
Sigle e abbreviazioni . . . . . » 173

Allegato
Memorandum of Understanding of the Third Session of the Ethio-Italian Joint Commission for Development Cooperation (Rome, November 26th - December 2nd, 1987) . . . . . » 177

Prefazione

La cooperazione sanitaria italiana, in Africa come in altri continenti, si inscrive in una azione di grande respiro che mira a modificare i profondi squilibri alla base delle critiche condizioni sanitarie in cui versano la maggior parte dei Paesi emergenti. Conscia dell'importanza della problematica sanitaria nell'ambito dei processi di sviluppo, l'Italia non si è limitata ad aderire in linea teorica alla strategia dell'assistenza sanitaria di base, o Primary Health Care, *formulata ad Alma Ata nel 1978, ma ha orientato in maniera decisa i suoi interventi di cooperazione in questa direzione.*

*Il modo migliore per verificare l'efficacia di una strategia di cooperazione e la validità di un metodo di intervento consiste forse nel sottoporre l'una e l'altro al confronto con la realtà attraverso la conduzione di un progetto di sviluppo. I risultati del lavoro svolto in Etiopia ormai da molti anni, che sono l'oggetto del presente volume e, in maniera particolare, l'incremento delle attività a partire dal 1984, mostrano la validità dell'approccio della cooperazione italiana nel settore sanitario. I programmi bilaterali, i progetti condotti in collaborazione con gli organismi internazionali e in particolare con l'*Oms *e con l'*Unicef*, le attività realizzate dagli organismi di volontariato e dalle organizzazioni non governative sono illustrati mettendone in luce i contenuti, le finalità e le metodologie di intervento. I singoli programmi costituiscono oggi parte integrante dei piani di sviluppo sanitario definiti dalle competenti Autorità etiopiche, con le quali la collaborazione è piena e proficua.*

Dal materiale che questa pubblicazione rende oggi accessibile al giudizio degli esperti del settore emergono alcuni elementi di analisi che meritano attenzione: quanto è stato realizzato e, soprattutto, il modo in cui i programmi sanitari sono stati condotti e coordinati in Etiopia rappresentano un significativo esempio delle potenzialità della politica di cooperazione italiana. I numerosi aspetti innovativi del nostro lavoro in questo Paese hanno proceduto in linea con lo spirito della legge 49/87 sulla nuova disciplina per la cooperazione allo sviluppo. In tal senso vanno considerati con particolare interesse l'adozione di un approccio di cooperazione integrato e intersettoriale, che ha trovato espressione nella recente definizione di un «programma paese» nel corso del terzo incontro

della Commissione Mista, e l'istituzione di una delle prime Unità Tecniche Locali di cooperazione.

La tutela della salute e, attraverso di essa, la promozione dello sviluppo integrale, di ciascuna persona e dell'intera persona, non è solo una parte tra le più importanti della nostra strategia di cooperazione, ma costituisce nello stesso tempo un modo di operare per la pace che l'Italia continuerà a perseguire con sempre maggiore impegno.

On. Giulio Andreotti

Ministro degli Affari Esteri

Roma, 22 febbraio 1989

Introduzione

Nello scenario della cooperazione internazionale, l'intervento italiano si è andato caratterizzando per la coerenza della strategia, per l'incisività dei programmi, per l'originalità dell'approccio. L'incremento del volume dei finanziamenti, nella forma di doni e di crediti nel corso degli ultimi anni, ha assegnato all'Italia un ruolo di protagonista nell'azione a sostegno dello sviluppo dei Paesi emergenti. Organismi internazionali e agenzie specializzate guardano all'esperienza italiana con attenzione e in alcuni settori di intervento, come quello sanitario, la metodologia applicata costituisce un modello originale al quale fare riferimento.

Questo testo propone un'analisi approfondita dell'intervento sanitario italiano in Etiopia, inserendolo nell'ampio quadro delle relazioni di cooperazione bilaterale e multibilaterale che l'Italia intrattiene con quel Paese. Il primo capitolo delinea le condizioni economiche, politiche e sociali dell'Etiopia e i problemi più gravi che si pongono sulla strada del suo sviluppo, con particolare attenzione a quelli sociosanitari. A questo riguardo viene tratteggiato un quadro aggiornato dei principali indicatori, al fine di giudicare nella giusta ottica le priorità di intervento scelte dalla cooperazione italiana.

Il secondo capitolo richiama le principali tappe che hanno caratterizzato la storia recente di tale cooperazione. Notiamo, a questo proposito, la significatività del caso etiopico, perché la sua analisi ci permette di ripercorrere gran parte dell'evoluzione della politica italiana di aiuto allo sviluppo, dalle indicazioni contenute nella legge 1.222 del 1971 alla più recente normativa. A questo proposito, la formulazione di un «programma-paese» va interpretata nella sua dimensione innovativa, non solo rispetto alla nostra cooperazione in Africa, ma anche in relazione ai programmi che conduciamo negli altri continenti. È infatti uno dei primi esempi di programmazione degli interventi nell'ambito di un vero e proprio piano di azione intersettoriale con obiettivi, priorità e contenuti chiaramente definiti e concordati con le autorità locali in sede di Commissione Mista. Con il «programma-paese» i progetti non sono più visti come unità isolate, bensì come parte di un intervento con diversi livelli di integrazione.

Nei capitoli successivi sono presentati e discussi i numerosi programmi sanitari realizzati in Etiopia, gestiti sia direttamente dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, sia in cooperazione multibila-

terale con l'OMS, con l'UNICEF, con l'UNDP, con l'UNFPA e con l'UNESCO, sia mediante le organizzazioni non governative. Il testo si conclude con alcuni cenni sui progetti in corso di programmazione.

In questo libro non troveremo solamente informazioni aggiornate sui programmi condotti o previsti nel prossimo futuro; di tali programmi, infatti, vengono evidenziati gli aspetti più originali e significativi, al fine di un'analisi delle metodologie impiegate.

Alcuni di tali aspetti, come la pianificazione dei programmi di cooperazione sanitaria, hanno rappresentato elementi di sperimentazione di un approccio che, attraverso successivi adattamenti, è stato poi applicato con successo anche in altri contesti. A partire dal 1984 gli interventi in corso di realizzazione e quelli previsti hanno fatto riferimento ad una struttura di coordinamento locale, nucleo preliminare di quella che sarebbe diventata una delle prime Unità Tecniche Locali stabilite con la legge 49 del 1987. Va ricordato che in Etiopia fu il settore sanitario a dare l'impulso decisivo alla costituzione di una simile innovativa struttura.

Un altro aspetto rilevante dell'azione italiana in Etiopia è l'applicazione effettiva di una strategia di assistenza sanitaria di base. In tutti i progetti discussi in questa pubblicazione il richiamo alla politica della *Primary Health Care* non è astratto ma ha sempre una rilevanza operativa. La caratteristica della cooperazione italiana nel settore sanitario, che risalta bene dalle pagine che seguono, è la priorità assegnata all'intervento sul territorio attraverso la medicina di base, al fine di agire su quegli aspetti fondamentali costituiti dalla prevenzione; dall'educazione sanitaria; dall'integrazione con il livello ospedaliero; da un incremento delle strutture sanitarie che non vada però a scapito della razionalizzazione dell'uso di quelle già esistenti; dalle attività di formazione ai vari livelli di articolazione del sistema sanitario locale; dalle azioni puntuali di lotta alle più diffuse malattie endemiche o epidemiche; dai programmi di emergenza in situazioni critiche conseguenti a disastri naturali, come siccità o carestie.

Il materiale presentato in questa sede non deve essere considerato solo un documento su quanto è stato finora fatto, ma può diventare uno stimolo alla discussione e alla definizione, di concerto con le competenti Autorità locali e coerentemente con gli indirizzi di sviluppo del Paese nel quale si opera, di un modello di intervento sempre più aderente alle necessità e ai bisogni delle comunità e delle popolazioni, da considerare non solo beneficiarie di iniziative di assistenza, ma autentiche protagoniste del proprio sviluppo.

Ambasciatore Paolo Galli
Direttore Generale per la Cooperazione allo Sviluppo
Ministero degli Affari Esteri

CAPITOLO PRIMO

ETIOPIA: UN PROFILO DEL PAESE

1. Ambiente e sviluppo

L'Etiopia evoca immagini di carestia, siccità e fame. I problemi che il Paese deve affrontare alla soglia dell'anno duemila sono ancora principalmente legati alla sussistenza della sua popolazione. Con un reddito annuo pro capite di circa 130 dollari americani, infatti, l'Etiopia viene classificata dalla Banca Mondiale come uno dei più poveri Paesi in via di sviluppo del mondo (*World Bank*, 1989).

Carestia, siccità e fame, tuttavia, non sono eventi eccezionali in questo come in altri Paesi africani. Studi recenti hanno tentato di ricostruire la storia delle carestie in Etiopia. Nel periodo compreso tra il 1250 e il 1280 le cronache registrano sette anni di grave crisi dovuta a siccità o ad epidemie (Pankhurst, 1972: 42-43). Tra il 1520 e il 1568 sono riferiti sei anni di carestia (Pankhurst, 1972: 49-52) e altri otto tra il 1610 e il 1636 (Pankhurst, 1972: 52-63). In tempi più recenti, sono riportate come eccezionali la carestia del 1888-1892, conseguente a un'epidemia di peste bovina che uccise nel Paese circa il 90% del bestiame (Pankhurst, 1964); la carestia che nel 1958 colpì nella sola regione del Tigray circa un milione di persone, di cui almeno 100.000 morirono; la carestia nel Wag e nel Lasta (Wollo) nel 1966, di cui poco si seppe nel resto del Paese, e la famosa carestia del 1973, che divenne uno dei fattori alla base della rivoluzione che rovesciò nel 1974 l'impero etiopico (Mesfin Wolde Mariam, 1986: 35-51).

Negli ultimi anni l'acuirsi di alcuni fenomeni ha contribuito ad aggravare le conseguenze di queste calamità. Il costante incremento demografico registrato negli ultimi anni, la massiccia deforestazione e la sovrappopolazione nelle aree più fertili hanno comportato un impatto ambientale, soprattutto in termini di erosione dei suoli, che moltiplica gli effetti devastanti di ogni periodo secco e produce situazioni di emergenza sempre più difficili da controllare.

Tra i molti fattori che incidono sul potenziale di sviluppo dell'Etiopia vanno ricordati, tra gli altri, la struttura economica fondata prevalentemente su un'agricoltura di sopravvivenza incentrata su tecnologie a bassa produttività; la difficoltà delle comunicazioni in un territorio dove i trasporti sono complicati dalla particolare conformazione orografica;

ed una piovosità insufficiente e mal distribuita nel ciclo stagionale, che varia dagli oltre 2.200 mm (Gore) ai 50 mm scarsi di pioggia all'anno (Assab).

2. Geografia fisica

L'Etiopia è situata nel Corno d'Africa, a nord dell'equatore, tra i 4° e i 18° latitudine nord e i 33° e i 48° longitudine est. Si estende per un'area di circa 1.221.900 km² e per circa 1.070 km si affaccia sul Mar Rosso nella regione dell'Eritrea. Il Paese confina con Djibouti, con la Somalia, con il Kenya e con il Sudan.

L'Etiopia è caratterizzata da un'estrema varietà di climi che dipendono dalla distribuzione delle piogge e dall'altitudine compresa tra i 90 metri al di sotto del livello del mare della depressione della Dancalia e i 4.575 metri sul livello del mare del massiccio del Semien.

Secondo una classificazione molto generale, comunemente impiegata in Etiopia, il territorio può essere distinto in tre zone climatiche: fredda (in amarico *dega*), temperata (*weyna dega*) e calda (*qolla*). Nella zona fredda, a un'altitudine di circa 2.400 metri e oltre, le temperature medie sono comprese tra i 15°C e i 20°C, ma nei mesi più caldi possono superare la soglia superiore. La zona temperata si trova tra i 1.500 e i 2.400 metri di altezza e ha temperature medie variabili dai 18°C ai 20°C. È questa l'area più produttiva del Paese, nella quale si registra la maggiore densità di popolazione. L'ultima fascia climatica consiste in pascoli e terre dei bassopiani del nord-est e del sud-est, dove le condizioni prevalenti sono quelle tipiche di un ambiente desertico e semi-desertico.

3. Trasporti e comunicazioni

L'Etiopia è divisa in quattordici regioni amministrative (*kifle hagger*), a loro volta articolate in provincie (*awraja*) e in distretti (*wereda*). Una nuova suddivisione, che prevede l'aumento del numero delle regioni e la concessione di una certa autonomia amministrativa a cinque di esse, tra cui l'Eritrea, il Tigray e l'Ogaden, dovrebbe entrare in vigore entro breve tempo.

Come già si è detto, il sistema dei trasporti del Paese è particolarmente deficitario. La sua rete fluviale per la maggior parte non è navigabile, ad eccezione del fiume Baro, un affluente del Nilo Blu, e dell'Akobo, navigabili nei periodi di piena. Il fiume più lungo in territorio etiopico è l'Awash, le cui acque sono utilizzate in alcuni progetti di irrigazione a Dubti e Ambibara. Il Wabe Shebeli, il Web e il Ganale, che sfociano nell'Oceano Indiano dopo avere attraversato la Somalia, e l'Omo, che è

l'immissario del lago Turkana, non sono ancora stati utilizzati per questo scopo.

L'Etiopia ha due porti sul Mar Rosso, entrambi in Eritrea: Massawa e Assab. Il porto di Djibouti rappresenta il terzo sbocco al mare. A causa della difficoltà dei trasporti dal porto di Massawa nell'entroterra, difficoltà dovuta ai conflitti interni, il porto principalmente utilizzato è quello di Assab, che nell'anno fiscale 1975 del calendario etiopico (corrispondente secondo il calendario gregoriano al periodo 8 luglio 1982 - 7 luglio 1983) ha registrato un traffico pari al 74% del totale delle navi, con un movimento netto di oltre 2 milioni e mezzo di tonnellate, vale a dire l'85,3% del totale del tonnellaggio in transito (*Central Statistical Office*, 1984a).

La sola linea ferroviaria in funzione è quella che collega Addis Abeba a Djibouti. Costruita dai francesi all'inizio del secolo, è lunga 781 km di cui 694 in territorio etiopico. Nel periodo luglio 1982 - luglio 1983 la ferrovia ha trasportato circa 1.400.000 passeggeri e 200.000 tonnellate di merci, in prevalenza cibo, animali vivi e prodotti petroliferi (*Central Statistical Office*, 1984a). La seconda linea ferroviaria etiopica, la Massawa-Asmara-Agordat di 306 km, costruita dagli italiani in periodo coloniale, non è al momento utilizzata.

La principale strada asfaltata è la Addis Abeba-Assab di 832 km. Sempre nel 1982/83 la lunghezza delle strade camionabili nel Paese era di 16.167 km, di cui 3.768 km asfaltati, vale a dire che, rispetto alla superficie totale dell'Etiopia, esistono solo 13,2 km di strada camionabile ogni 1.000 km². Il problema della scarsa manutenzione delle strade è bene illustrato dal fatto che, rispetto all'anno fiscale precedente, in quello relativo al 1982/83 la lunghezza delle strade asfaltate era diminuita di circa 287 km (*Central Statistical Office*, 1984a).

Per quanto riguarda il trasporto aereo, esistono in Etiopia tre aeroporti internazionali: Addis Abeba, Asmara e Dire Dawa, e trenta aeroporti nazionali. Nel periodo maggiormente critico della siccità e della carestia, tra il 1984 e il 1985, l'aviazione ha svolto un ruolo essenziale nel trasporto degli aiuti alle popolazioni colpite in zone altrimenti inaccessibili.

Telefono e televisione sono ancora servizi prevalentemente urbani. Nel 1982/83 risultavano 83.798 linee telefoniche e circa 45.000 apparecchi televisivi in tutta l'Etiopia. Nello stesso periodo erano stati istituiti 448 uffici postali (*Central Statistical Office*, 1984a).

La radio è un servizio esteso in maniera abbastanza capillare con tre centri di produzione in Addis Abeba, Asmara, e Harar. I programmi nazionali sono trasmessi in nove lingue: amarico, oromo, tigrigna, tigré, somalo, afar, inglese, francese e arabo. I programmi televisivi sono, invece, trasmessi in amarico e in inglese. Le trasmissioni radiofoniche nazionali hanno raggiunto le 4.810,1 ore di servizio nel 1982/83, mentre quelle televisive ne hanno registrate 1.586 (*Central Statistical Office*, 1984a).

Anche l'*Ethiopian Educational Mass-Media Service*, dipendente dal Ministero dell'Istruzione, produce trasmissioni radiofoniche didattiche nell'ambito della campagna nazionale di alfabetizzazione, trasmissioni che hanno totalizzato 10.395,5 ore di servizio nel 1982/83 (*Central Statistical Office*, 1984a).

In Etiopia si stampano 15 tra quotidiani e periodici, i due terzi dei quali vengono direttamente pubblicati dal Ministero dell'Informazione e il rimanente da istituzioni non governative come il *Workers' Party of Ethiopia* (WPE), la *Revolutionary Police*, l'*Ethiopian Orthodox Church*. La diffusione del materiale stampato, tuttavia, è in prevalenza limitata alle aree urbane.

4. Indicatori demografici, economici e sociali

Secondo il primo censimento effettuato nel Paese, nel 1984 l'Etiopia aveva una popolazione di 42.019.418 abitanti. La popolazione rurale era pari a 37.276.563 persone (circa l'88,7% del totale), mentre quella urbana ammontava a 4.742.855 (11.3%) (*Central Statistical Office*, 1984b). Nel 1983 la densità della popolazione era stimata in circa 32,8 abitanti per km² (*Central Statistical Office*, 1986: 22).

La maggior parte degli etiopi è concentrata nell'altopiano centrale. La densità della popolazione rispetto alla terra produttiva è di 71,3 abitanti per km² (*World Bank*, 1987). Applicando ai dati del censimento del 1984 il tasso di incremento annuale della popolazione, che è stato valutato pari al 2,9%, si calcola che nel 1987 la popolazione dell'Etiopia abbia ormai superato i 45,7 milioni, ponendosi al terzo posto tra i Paesi africani per numero di abitanti, dopo la Nigeria e l'Egitto.

Va rilevato, comunque, che i dati del 1984 si fondano solo nella misura dell'85% sull'enumerazione della popolazione, il restante 15% essendo stato calcolato a partire da proiezioni effettuate sulla base dei risultati di indagini a campione condotte negli anni precedenti. È dunque probabile che le cifre attualmente disponibili sulla popolazione etiopica siano ancora sottostimate.

Secondo dati del 1983, il 46,5% della popolazione aveva meno di 15 anni e il 17,7% meno di 5 anni (*Central Statistical Office*, 1986: 23). La speranza di vita alla nascita è pari a 44,5 anni, inferiore alla media per i Paesi a basso reddito a sud del Sahara, che è di 48,2 anni. Nella tabella 1 vengono sintetizzati alcuni indicatori demografici, sociali e sanitari relativi all'Etiopia.

Tabella 1. *Alcuni indicatori demografici, economici, sociali e sanitari*

Demografia	Indicatore	Fonte
Popolazione totale, 1987 (milioni)	44,8	a
Popolazione urbana, 1987 (% del totale)	12,0	a
Tasso di incremento medio annuo della popolazione (%):		
— 1965-80	2,7	a
— 1980-87	2,4	a
— 1987-2000	3,1	a
Tasso di incremento medio annuo della popolazione urbana (%):		
— 1965-80	4,9	a
— 1980-85	4,6	a
Speranza di vita alla nascita:		
— maschi, 1987 (anni)	45,0	a
— femmine, 1987 (anni)	49,0	a
Proiezioni della popolazione:		
— popolazione nel 2000 (milioni)	66,0	a
— popolazione stazionaria ipotetica (milioni)	220,0	a
Densità di popolazione per kmq di terra agricola, 1986	71,3	b
Popolazioni secondo classi di età (%):		
— 0-14 anni	46,0	b
— 15-64 anni	51,3	b
— 65 e oltre	2,7	b
Popolazione sotto i 16 anni, 1986 (milioni)	21,1	c
Popolazione sotto i 5 anni, 1986 (milioni)	8,4	c
Tasso di natalità, 1987 (per mille)	48,0	a
Tasso di mortalità, 1987 (per mille)	18,0	a
Donne in età feconda, 1987 (%)	46,0	a
Tasso di fertilità totale:		
— 1965	5,8	a
— 1987	6,5	a
— 2000	5,7	a

Anche l'*Ethiopian Educational Mass-Media Service*, dipendente dal Ministero dell'Istruzione, produce trasmissioni radiofoniche didattiche nell'ambito della campagna nazionale di alfabetizzazione, trasmissioni che hanno totalizzato 10.395,5 ore di servizio nel 1982/83 (*Central Statistical Office*, 1984a).

In Etiopia si stampano 15 tra quotidiani e periodici, i due terzi dei quali vengono direttamente pubblicati dal Ministero dell'Informazione e il rimanente da istituzioni non governative come il *Workers' Party of Ethiopia* (WPE), la *Revolutionary Police*, l'*Ethiopian Orthodox Church*. La diffusione del materiale stampato, tuttavia, è in prevalenza limitata alle aree urbane.

4. Indicatori demografici, economici e sociali

Secondo il primo censimento effettuato nel Paese, nel 1984 l'Etiopia aveva una popolazione di 42.019.418 abitanti. La popolazione rurale era pari a 37.276.563 persone (circa l'88,7% del totale), mentre quella urbana ammontava a 4.742.855 (11.3%) (*Central Statistical Office*, 1984b). Nel 1983 la densità della popolazione era stimata in circa 32,8 abitanti per km² (*Central Statistical Office*, 1986: 22).

La maggior parte degli etiopi è concentrata nell'altopiano centrale. La densità della popolazione rispetto alla terra produttiva è di 71,3 abitanti per km² (*World Bank*, 1987). Applicando ai dati del censimento del 1984 il tasso di incremento annuale della popolazione, che è stato valutato pari al 2,9%, si calcola che nel 1987 la popolazione dell'Etiopia abbia ormai superato i 45,7 milioni, ponendosi al terzo posto tra i Paesi africani per numero di abitanti, dopo la Nigeria e l'Egitto.

Va rilevato, comunque, che i dati del 1984 si fondano solo nella misura dell'85% sull'enumerazione della popolazione, il restante 15% essendo stato calcolato a partire da proiezioni effettuate sulla base dei risultati di indagini a campione condotte negli anni precedenti. È dunque probabile che le cifre attualmente disponibili sulla popolazione etiopica siano ancora sottostimate.

Secondo dati del 1983, il 46,5% della popolazione aveva meno di 15 anni e il 17,7% meno di 5 anni (*Central Statistical Office*, 1986: 23). La speranza di vita alla nascita è pari a 44,5 anni, inferiore alla media per i Paesi a basso reddito a sud del Sahara, che è di 48,2 anni. Nella tabella 1 vengono sintetizzati alcuni indicatori demografici, sociali e sanitari relativi all'Etiopia.

Tabella 1. *Alcuni indicatori demografici, economici, sociali e sanitari*

Demografia	Indicatore	Fonte
Popolazione totale, 1987 (milioni)	44,8	a
Popolazione urbana, 1987 (% del totale)	12,0	a
Tasso di incremento medio annuo della popolazione (%):		
— 1965-80	2,7	a
— 1980-87	2,4	a
— 1987-2000	3,1	a
Tasso di incremento medio annuo della popolazione urbana (%):		
— 1965-80	4,9	a
— 1980-85	4,6	a
Speranza di vita alla nascita:		
— maschi, 1987 (anni)	45,0	a
— femmine, 1987 (anni)	49,0	a
Proiezioni della popolazione:		
— popolazione nel 2000 (milioni)	66,0	a
— popolazione stazionaria ipotetica (milioni)	220,0	a
Densità di popolazione per kmq di terra agricola, 1986	71,3	b
Popolazioni secondo classi di età (%):		
— 0-14 anni	46,0	b
— 15-64 anni	51,3	b
— 65 e oltre	2,7	b
Popolazione sotto i 16 anni, 1986 (milioni)	21,1	c
Popolazione sotto i 5 anni, 1986 (milioni)	8,4	c
Tasso di natalità, 1987 (per mille)	48,0	a
Tasso di mortalità, 1987 (per mille)	18,0	a
Donne in età feconda, 1987 (%)	46,0	a
Tasso di fertilità totale:		
— 1965	5,8	a
— 1987	6,5	a
— 2000	5,7	a

Economia	Indicatore	Fonte
PNL pro capite, 1987 (US$)	130,0	a
PNL pro capite, tasso di incremento medio annuo, 1965-87 (%)	0,1	a
Tasso medio di inflazione annuale (%):		
— 1965-80	3,4	a
— 1980-87	2,6	a
Tasso di incremento medio annuo del PIL:		
— 1965-80	2,7	a
— 1980-87	0,9	a
Distribuzione del PIL:		
— Agricoltura: 1965	58,0	a
— 1987	42,0	a
— Industria: 1965	14,0	a
— 1987	18,0	a
— Servizi: 1965	28,0	a
— 1987	40,0	a
Assistenza ufficiale allo sviluppo (ODA):		
— 1981 (milioni di US$)	245,0	a
— 1987 (milioni di US$)	635,0	a
— pro capite, 1987 (US$)	14,3	a
— come percentuale del PNL, 1987 (%)	11,8	a
Popolazione al di sotto del livello assoluto di povertà, 1976 (%):		
— urbana	60,0	c
— rurale	65,0	c
Importazione di cereali (migliaia di tonnellate):		
— 1974	118,0	a
— 1987	609,0	a
Aiuto alimentare in cereali (migliaia di tonnellate):		
— 1974-75	54,0	a
— 1985-86	570,0	a
Popolazione in età lavorativa, 1985 (%)	51,0	d
Forza lavoro impiegata rispettivamente:		
— nel settore agricolo, 1980 (%)	80,0	d
— nel settore industriale, 1980 (%)	8,0	d
— nei servizi, 1980 (%)	12,0	d

Sanità	Indicatore	Fonte
Accesso ad acqua potabile (% della popolazione):		
— totale	14,5	b
— urbana	82,0	b
— rurale	3,9	b
Accesso a servizi sanitari, 1980-86 (% della popolazione)	46,0	c
Bambini di uno o due anni di età che hanno completato le vaccinazioni, 1981-86 (%)		
— TB	10,0	c
— DPT	6,0	c
— Polio	7,0	c
— Morbillo	7,0	c
Donne gravide vaccinate contro il tetano, 1981-86 (%)	4,0	c
Mortalità della madre al parto, 1980 (per centomila nati vivi)	2.000,0	a
Soluzione di reidratazione orale per 100 episodi di diarrea, 1985 (litri)	38,0	c
Nascite assistite da personale sanitario addestrato, 1984 (%)	58,0	a
Tasso di mortalità infantile (al di sotto di un anno), 1987 (per mille nati vivi)	154,0	a
Utenti della pianificazione familiare, 1985 (% di donne sposate in età feconda)	2,0	a
Popolazione per medico, 1984	77.360,0	a
Popolazione per infermiere, 1984	5.290,0	a
Popolazione per posto letto, 1984	3.735,0	f
Bilancio del settore sanitario, 1984 (milioni di US$):	72,6	f
— come % del bilancio nazionale	4,4	f
— pro capite per anno (US$)	1,7	f

Istruzione	Indicatore	Fonte
Numero di iscritti alla scuola primaria come % del gruppo di età:		
— 1965	11,0	a
— 1985	36,0	a
Iscritti al primo anno che completano l'istruzione primaria, 1980-86 (%)	41,0	c
Numero di iscritti alla scuola secondaria come % del gruppo di età:		
— 1965	2,0	a
— 1985	12,0	a
Tasso di alfabetizzazione degli adulti, 1986:		
— popolazione urbana (%)	84,5	e
— popolazione rurale (%)	59,6	e
Numero di apparecchi radio per mille abitanti, 1985	184,0	c

Nutrizione	Indicatore	Fonte
Indice medio di produzione di cibo pro capite, 1985-87 (1979-81 = 100)	89,0	a
Fornitura quotidiana pro capite di calorie:		
— 1965	1.824,0	a
— 1986	1.749,0	a
Fornitura quotidiana pro capite di:		
— calorie, 1985 (% del fabbisogno)	94,0	c
— proteine, 1985 (grammi)	72,7	b
Neonati con basso peso alla nascita, 1982-85 (%)	13,0	c
Madri che allattano al seno, 1977 (%):		
— per sei mesi	97,0	c
— per dodici mesi	95,0	c
Bambini al di sotto dei cinque anni che soffrono di leggera o moderata malnutrizione, 1980-86 (% del gruppo di età)	60,0	c

Fonti: *a)* World Bank, 1989.
b) World Bank, 1987.
c) Unicef, 1988.
d) World Bank, 1988.
e) Ministero dell'Istruzione, 1986.
f) Ministero della Sanità, 1986.

5. Gruppi etnici

L'Etiopia è caratterizzata da una pluralità di popolazioni e culture, la cui attuale configurazione sul territorio è il frutto di dinamiche storiche, economiche e sociali assai complesse. Il risultato è una polimorfia sociale e culturale della quale è un indicatore significativo la varietà linguistica, con oltre ottanta lingue parlate (secondo altre stime sarebbero più di un centinaio).

La variabilità dell'ambiente e la combinazione di flussi migratori di popolazioni da regioni limitrofe hanno comportato una differenziazione di sistemi sociali e culturali che manifesta lo sforzo di adattamento a condizioni ecologiche diverse. Di qui la presenza di società di cacciatori e raccoglitori che praticano un'agricoltura itinerante, di pastori nomadi, di agricoltori sedentari, e di popolazioni in transizione da un sistema di produzione all'altro (Shack, 1974; Huntingford, 1955; Lewis, 1969; Bender, 1976; Grottanelli, 1955).

I principali gruppi etnici sono:

— gli Amhara, i Tigrini e i Tigre, ed altre popolazioni che parlano lingue etio-semitiche (Harari, Guraghé, Argobba), che basano la loro economia principalmente sull'agricoltura e sul commercio e sono in prevalenza cristiani ortodossi;

— i gruppi di lingua cuscitica, come gli Oromo (noti anche come Galla), i Sidamo, gli Yamma, gli Ometo, i Gonga, i Ghimirà, gli Agau (che comprendono anche i Falascià), i Somali e gli Afar o Danakili, che sono in maggior parte musulmani, praticano agricoltura e allevamento e in alcuni casi pastorizia e nomadismo;

— gruppi nilotici e bantu stanziati nel sud e sud-ovest del Paese, che fondano la loro economia in parte sull'allevamento, in parte sull'agricoltura itinerante e in parte sulla caccia e sulla raccolta.

6. Ordinamento politico e pianificazione dello sviluppo

Al termine dell'occupazione italiana del Paese (1936-1941), periodo durante il quale in alcune aree sono stati introdotti elementi di modernizzazione, il Governo Imperiale lanciò il primo piano quinquennale di sviluppo (1947) che dava priorità alla costruzione di infrastrutture. Nel secondo piano quinquennale fu posta maggiore enfasi sui settori manifetturiero, minerario ed energetico. Il terzo e ultimo piano quinquennale del periodo imperiale (1968-1973) era incentrato sullo sviluppo dell'agricoltura. Nonostante la formulazione di questi indirizzi di politica economica, l'impatto dei piani quinquennali sullo sviluppo del Paese fu comunque molto limitato.

La rivoluzione del 1974 guidata dal *Derg* — un comitato di coordina-

mento delle forze armate — rovesciò l'imperatore Hailè Selassiè I e creò un nuovo ordinamento politico di orientamento socialista. Tra le principali misure adottate dal nuovo governo va ricordata la riforma agraria, proclamata il 29 aprile 1975, che ha sovvertito radicalmente il sistema arcaico di proprietà della terra, dalle caratteristiche semi-feudali, vigente nel periodo imperiale (*Negarit Gazeta*, 1975).

All'indomani della rivoluzione la difficile situazione sul piano nazionale e internazionale non consentì una programmazione economica articolata e sistematica. Fu lanciata in questo periodo la *National Work Campaign for Development Through Co-operation* (21 dicembre 1974) che durò circa due anni con l'obiettivo principale di realizzare iniziative di sviluppo rurale, di divulgare nelle campagne le ragioni che avevano determinato la rivoluzione e, in seguito, di applicare le direttive contenute nella riforma agraria. La campagna fu realizzata da circa 60.000 insegnanti e studenti universitari e delle scuole superiori. In questa fase il prodotto interno lordo (PIL) crebbe a un tasso inferiore al 0,5% annuo e si registrò un declino della produzione nei principali settori dell'economia (*World Bank*, 1987). Tra i fattori che influirono su questo stato di cose vanno considerati gli effetti della siccità del 1973/74, il nuovo assetto socio-economico, la guerra con la Somalia e i conflitti interni.

Tra le principali innovazioni del periodo post-rivoluzionario va ricordata l'istituzione delle Associazioni di Contadini (*Peasants' Associations*), valutate attualmente nel numero di circa 25.000, e delle Associazioni di Cittadini (*Urban Dwellers' Associations*). Questi organismi di base avevano il compito di realizzare le riforme stabilite nel settore agricolo e in quello urbano dal nuovo governo. Altre organizzazioni di massa, istituite successivamente alla rivoluzione, riuniscono le donne (*Revolutionary Ethiopia Women's Association* - REWA) e i giovani (*Revolutionary Ethiopia Youth Association* - REYA).

Nell'ottobre 1978 fu creato il *National Revolutionary Campaign and Central Planning Supreme Council* (NRDC & CPSC) che organizzò e lanciò sei campagne di sviluppo annuali o *zemecha*. Le campagne avevano l'obiettivo di incentivare la ricostruzione di infrastrutture economiche e sociali ma non erano inserite in un quadro globale di pianificazione a lungo termine. In questo periodo la crescita del PIL fece registrare picchi del 5,2% (1978/79) e del 5,5% (1979/80). Negli anni seguenti, tuttavia, il tasso di crescita medio del PIL scese al 2,9% all'anno, a causa, tra l'altro, di una diminuzione della produzione agricola dovuta a cattive condizioni ambientali, dei limiti dello sviluppo industriale e di problemi di ordine finanziario (*World Bank*, 1987).

Allo scopo di orientare il Paese su una strategia di sviluppo a lungo termine, l'*Office of the National Committee for Central Planning* (ONCCP) (che ha preso il posto del NRDC & CPSC nell'agosto 1984) ha recentemente varato il primo piano decennale di sviluppo. Il piano assegna priorità

all'agricoltura come settore sul quale si fonda l'economia del Paese e all'industria come settore trainante dello sviluppo. L'obiettivo primario del piano è il conseguimento di un tasso medio di crescita annuale del PIL pari al 6,5%, con crescite settoriali del 4,3% nell'agricoltura, del 10,8% nell'industria e del 6,9% nei servizi. Al termine dei dieci anni, nel 1994, la distribuzione del PIL per settore dovrebbe essere la seguente: agricoltura 39,1% (nel 1984 era pari al 48,3%); industria 23,9% (nel 1984 16%); servizi 37% (nel 1984 35,7%) (*Office of the National Committee for Central Planning*, 1984). Gli obiettivi proposti, tuttavia, vanno riconsiderati valutando gli effetti della siccità del 1984/85 e di quella attualmente in corso (1987) e il fatto che il piano decennale si basava su dati demografici che sono stati notevolmente rettificati alla luce dei risultati del censimento del 1984, con una differenza di circa 8 milioni di persone in più rispetto alle stime precedenti.

Nel 1984 è stato fondato il Partito dei Lavoratori dell'Etiopia (WPE) il cui segretario generale è Menghistu Haile Mariam. Lo stesso Menghistu Haile Mariam è anche presidente della Repubblica Popolare Democratica dell'Etiopia, proclamata ufficialmente nel settembre 1987 dall'assemblea nazionale (*National Shengo*), il primo parlamento eletto in base alla nuova costituzione approvata con un referendum nazionale nel giugno dello stesso anno.

7. Economia

Come si è visto, l'agricoltura è il settore principale dell'economia etiopica e ha originato circa il 48,3% del PIL nel 1983/84 (*Office of the National Committee for Central Planning*, 1984), contro una media del 39% per gli altri Paesi a basso reddito dell'Africa sub-sahariana nel 1983. Nonostante ciò, l'agricoltura etiopica non riesce a produrre abbastanza cibo da sfamare la sua popolazione. In ognuno degli ultimi dieci anni il totale del cibo disponibile pro capite, includendo la produzione locale, le importazioni e gli aiuti alimentari, era inferiore alla soglia minima considerata necessaria dal sistema delle Nazioni Unite per sfamare una persona sedentaria.

I prodotti agricoli commerciali raccolgono il 90% delle esportazioni e l'85% dell'occupazione (EEC, 1985). Il caffè è la principale coltura di esportazione, coprendo il 60% degli introiti delle esportazioni. Nel settore agricolo si possono distinguere tre tipi di uso della terra: aziende contadine (circa 6,5 milioni di ettari coltivati), aziende di stato (circa 221.000 ettari) e terre tenute a pascolo. Solo un quinto (circa 16,7 milioni di ettari) della terra arabile, la cui superficie è valutata in 80 milioni di ettari, è coltivato e oltre tre quarti delle aziende si trovano a più di mezza giornata di cammino da una strada principale. Le principali coltivazioni sono *teff*,

mais, grano, miglio, sorgo, semi oleosi, legumi, caffè, cotone, canna da zucchero, frutta e ortaggi.

La produzione zootecnica è notevole con un patrimonio valutato, in condizioni climatiche normali, in circa 27 milioni di bovini e 23 milioni di ovini.

Il settore industriale è poco sviluppato e copre circa il 16% del PIL. La maggior parte delle industrie è concentrata attorno ad Asmara e Addis Abeba ed è di proprietà pubblica. La produzione comprende soprattutto alcuni beni di consumo, materiali da costruzione e prodotti chimici.

Sul piano dei servizi sociali, comunque, i risultati positivi della politica dell'attuale governo sono abbastanza evidenti anche a partire dall'analisi delle cifre sulla situazione dell'istruzione. Il tasso di alfabetizzazione è cresciuto dal 7% nel 1974 all'84,5% nelle città e al 59,6% nelle campagne nel 1986 (*Ministry of Education*, 1986: 17). Il tasso di scolarizzazione, al livello della scuola primaria, è del 47,4%, mentre per la scuola secondaria inferiore è del 9,5% (1984/85).

Il peso decisivo dell'agricoltura si è ridotto negli ultimi decenni. La quota-parte della produzione agricola sul PIL era infatti pari al 58% nel 1965, contro il 48,3% del 1983. Le quote rispettive dell'industria sono del 14% e del 16% circa e quelle dei servizi del 28% e del 36% circa. Da questi dati comparati emerge una riduzione del peso relativo dell'agricoltura, compensata tuttavia da un aumento più marcato nei servizi che nell'industria. Uno dei problemi maggiori dell'economia etiopica è in effetti costituito da un settore pubblico sovradimensionato, scarsamente efficiente e poco produttivo.

8. Insediamenti umani e nuovi modelli di sviluppo

La distribuzione della popolazione in Etiopia, come si è accennato, segue in linea generale la suddivisione fisiografica del Paese. La maggior parte della popolazione pratica un'agricoltura pluviale ed è concentrata nelle zone *dega* e *weyna dega*. Oltre il 78% degli etiopici vive in queste aree. In Eritrea, nel Tigray e nel Wollo si trovano nuclei di insediamenti costituiti da gruppi di capanne collocati in posizione elevata in prossimità dei terreni coltivati. Gruppi di capanne più spaziati sono diffusi negli altopiani del Gojjam, di Gondar, dello Shoa e del Gamo Gofa, mentre nel resto dell'altopiano il modello di insediamento è assai più disperso.

Negli ultimi anni gli obiettivi dello sviluppo rurale in Etiopia sono stati definiti nei termini di un socialismo agrario da conseguire, tra l'altro, con un cambiamento radicale dei modelli di insediamento tradizionali. A partire dal 1985 il governo ha varato una politica di villaggizzazione che ha iniziato a incidere profondamente sulla distribuzione della popolazione e sui modelli di insediamento tradizionali dell'Etiopia rurale. In

quell'anno è stata avviata nell'altopiano dell'Hararghe la prima campagna di villaggizzazione ed è stato contestualmente reso noto l'obiettivo di riunire in nuovi insediamenti 33 milioni di persone nell'arco di tempo di nove anni.

Va sottolineato il fatto che il governo, a differenza della procedura seguita, ad esempio, in occasione della riforma agraria o della creazione del sistema delle Associazioni di Contadini o delle cooperative, non ha varato una legge sulla villaggizzazione, o meglio, secondo la consuetudine del Governo Militare Provvisorio in carica fino a settembre 1987, non ha emanato una proclamazione legale a questo riguardo sulla gazzetta ufficiale (*Negarit Gazeta*). Questa apparente anomalia potrebbe forse essere dovuta a un implicito riconoscimento del carattere relativamente sperimentale delle prime operazioni di villaggizzazione.

Il neologismo «villaggizzazione» è stato utilizzato in molti contesti, in particolare nell'ambito di esperimenti di «socialismo africano». Il caso della Tanzania e della sua politica dell'*ujamaa vijijini* (che in kiswahili significa «socialismo nei villaggi») attuata tra il 1973 e il 1976 è forse il più conosciuto. Vanno ricordate, tra le altre, le esperienze del Mozambico e delle sue *aldeias comunais* («villaggi-comuni») avviate nel 1977; quella dell'Algeria che nel 1971, in connessione con la riforma agraria, lanciò il programma dei mille «villaggi socialisti della rivoluzione agraria»; quella del Senegal degli anni sessanta.

La riorganizzazione territoriale della popolazione non consiste solamente nella villaggizzazione, ma prevede anche schemi di reinsediamento. La differenza tra le due misure è dovuta principalmente al fatto che, metre i nuclei villaggizzati si spostano su una breve distanza nell'ambito dello stesso distretto (*wereda*), i nuclei reinsediati vengono trasferiti per distanze assai maggiori, nella maggior parte dei casi di diverse centinaia di chilometri.

Il reinsediamento è visto dal governo etiopico come una risposta a uno stato di emergenza provocato da calamità naturali, come la siccità, o da situazioni critiche create dall'uomo, come la guerra. Esso viene considerato anche, su una scala più ampia, come un modo per ridurre i problemi che affliggono le aree più erose e sovrappopolate del Paese. La proposta di alleviare la pressione della popolazione in zone sovrappopolate non ha peraltro avuto origine in Etiopia. Esperimenti di tipo analogo furono tentati nel periodo coloniale, sia dai francesi, che in Marocco nel 1956 progettarono nuovi villaggi per la sedentarizzazione delle popolazioni nomadi, sia dagli inglesi, che in Kenya e in Tanganyika idearono schemi di insediamento per le popolazioni native. Alcuni aspetti della metodologia degli schemi di insediamento furono tenuti in considerazione nella successiva politica *ujamaa* in Tanzania (Clarke e Kosinski, 1982).

Tanto la sedentarizzazione dei nomadi quanto i programmi che prevedono trasferimenti massicci di popolazione su lunghe distanze, co-

munque, sono fenomeni con caratteristiche particolari e che meritano analisi differenziate. La sedentarizzazione dei nomadi, pur potendosi considerare una variante della villaggizzazione, comporta un diverso tipo di mutamento delle condizioni socio-economiche della popolazione coinvolta. I problemi connessi a simili esperimenti sono bene illustrati dall'esperienza della Somalia, dove sono stati tentati con scarso successo programmi di incentivazione dell'agricoltura e della pesca tra le popolazioni nomadi pastorali.

I programmi di reinsediamento, pur incidendo, come quelli di villaggizzazione, sulla distribuzione territoriale della popolazione, sono in genere diretti alla colonizzazione di nuove terre. Essi comportano problemi solo in parte analoghi a quelli di una villaggizzazione, perché determinano dinamiche differenti quanto all'avvio dal nulla di attività di produzione per la sussistenza, all'impatto ambientale, alle condizioni sanitarie, alla ricostruzione di un tessuto sociale, all'organizzazione ex novo di organismi di base e di servizi sociali, per non citare che alcune delle questioni principali.

La politica della villaggizzazione è stata avviata dal governo etiopico con l'obiettivo di raccogliere la popolazione rurale dispersa nel territorio in centri nei quali:

— sarebbe stato più facile l'accesso a servizi di base, quali quelli sanitari, educativi, di approvvigionamento idrico, di trasporto e di comunicazione;

— l'assistenza fornita dalle agenzie governative avrebbe favorito l'incremento della produttività in agricoltura;

— si sarebbero promosse attività di prevenzione del degrado ambientale e di difesa delle risorse naturali;

— sarebbe stato più semplice creare cooperative di servizio;

— si sarebbe rafforzata la situazione nazionale.

Il programma di villaggizzazione in Etiopia è diretto da un *National Villagization Co-ordinating Committee* che ha sede nel Ministero dell'Agricoltura. Nel primo periodo della campagna (dicembre 1985 - marzo 1986) la villaggizzazione, sebbene abbia avuto luogo anche nelle regioni del Gojjam, del Sidamo, del Wollega, del Keffa e dell'Illubabor, si è concentrata nello Shoa, nell'Arsi e nell'Hararghe. In questa fase 4,6 milioni di contadini sono stati insediati in circa 4.500 nuovi villaggi. Fino al gennaio 1987 circa il 12% della popolazione rurale sarebbe già stato «villaggizzato». Nello stesso periodo di tempo 5.530 Associazioni di Contadini avrebbero iniziato operazioni di villaggizzazione (Cohen e Isaksson, 1987: 3).

Alla fine dell'anno 1979 del calendario etiopico (corrispondente al periodo settembre 1986 — settembre 1987), secondo le previsioni del comitato di coordinamento nazionale della villaggizzazione, avrebbero dovuto esserci 1.012.320 gruppi residenziali o casate (*households*) in 9.438

nuovi villaggi (*The Ethiopian Herald*, 1986). Va sottolineato, comunque, che è difficile avere un quadro aggiornato della situazione.

Dato che gli obiettivi principali del programma sono tutti proiettati sul lungo periodo, è prematuro tracciare un consuntivo dei risultati conseguiti finora. Tuttavia valutazioni indipendenti della campagna di villaggizzazione nell'Arsi (Cohen e Isaksson, 1987) e nell'Hararghe (Roberts, 1986) giungono a conclusioni simili: innanzitutto, le esigenze dei contadini relativamente alla semina e al raccolto sarebbero state rispettate; non si hanno prove di uso della forza nell'organizzazione degli spostamenti; i contadini lavorano ancora le terre che lavoravano prima della campagna e nella prima fase della campagna non erano ancora state promosse cooperative di produttori; il governo difficilmente sarà in grado di fornire i servizi sociali necessari; la villaggizzazione è un dato di fatto e non si prevede che i contadini ritornino nei precedenti luoghi di insediamento; i problemi immediati più pressanti riguardano gli aspetti sanitari, la fornitura di acqua, l'impatto ambientale.

Da più parti sono state formulate critiche, tanto agli obiettivi, quanto ai metodi con i quali in Etiopia si stanno eseguendo i programmi di villaggizzazione e di reinsediamento. Le maggiori perplessità riguardano l'efficacia di simili misure per l'effettiva razionalizzazione del sistema produttivo agricolo del Paese, soprattutto in considerazione dell'indirizzo collettivistico dato dal governo all'organizzazione della popolazione nei nuovi insediamenti. Le implicazioni connesse all'obiettivo generale della sicurezza nazionale, alla luce dei conflitti etnico-politici che travagliano la storia recente del Paese, non sono sfuggite agli osservatori occidentali. Resta comunque il fatto che l'Etiopia, come molti altri Paesi, si trova ad affrontare seri problemi di sviluppo relativi alla vulnerabilità della sua economia, alla crescita della sua popolazione e al degrado dei suoi suoli.

9. La situazione sanitaria

L'Etiopia è oggi alle prese con i tipici problemi sanitari dei Paesi in via di sviluppo: malattie infettive, talvolta non gravi, che si trasformano in flagelli in presenza di uno stato nutrizionale deficitario; difficili condizioni di vita; fonti di approvvigionamento idrico precarie e insicure; un sistema di assistenza sanitaria carente; insufficiente e ineguale distribuzione della ricchezza.

Il quadro precario della situazione emerge con chiarezza dall'analisi degli indicatori sanitari e demografici, riportati nella tabella 1. È indubbia la connessione tra problemi sanitari e questione alimentare. Nonostante le capacità potenziali di produzione sufficiente a sostenere circa 100 milioni di abitanti, l'Etiopia rimane permanentemente deficitaria di centinaia di tonnellate di cereali ogni anno, con il principale passivo concentra-

to nel nord del Paese. Problemi nutrizionali sono comunque diffusi a diverso livello su tutto il territorio nazionale, anche in zone con un *surplus* di produzione agricola.

Come in altri Paesi dell'Africa sub-sahariana, l'Etiopia ha un'agricoltura assai fragile, con un contesto ambientale in molte aree definitivamente degradato e una costante crescita demografica, con un aumento di circa 1,3 milioni di persone ogni anno.

I due principali obiettivi perseguiti dal governo etiopico per tentare di risolvere tali problemi sono lo sfruttamento delle terre vergini e l'incremento della produzione agricola in aree ad alto potenziale di sviluppo. Lo spostamento o il reinsediamento di popolazione in terre vergini comporta problemi sanitari perché tali terre sono situate in aree di bassopiano con caratteristiche ambientali e climatiche ostili agli insediamenti umani. Nello stesso tempo il problema dell'elevata densità di popolazione nelle aree del nord non si può risolvere con il reinsediamento perché, nonostante la redistribuzione della popolazione diminuisca la pressione demografica nelle aree di origine, in pochi anni il rapporto tra territorio e popolazione viene messo di nuovo in discussione dalla crescita naturale di quest'ultima.

D'altra parte, iniziative per riabilitare le regioni del nord sono di difficile attuazione nello stato attuale di conflitto nell'area. In questo caso solo soluzioni politiche negoziate sono probabilmente in grado di avviare un processo di sviluppo. Gli aiuti internazionali dovrebbero integrarsi con un'iniziativa diplomatica che faccia pressioni sulle due parti in conflitto per il raggiungimento di un accordo.

I servizi sanitari sono complessivamente insufficienti e un bilancio particolarmente limitato mantiene la copertura a un 30% della popolazione, secondo le stime più ottimistiche. Nel 1985 la spesa del Ministero della Sanità è stata di 112 milioni di *birr* (95 di spese correnti e 17 di spese capitali), pari a 2,59 *birr* per abitante (al cambio corrente, pari a 2,07 *birr* per 1 dollaro americano, sono circa 1,25 dollari pro capite). Dato che circa il 70%-80% del bilancio va a copertura dei salari, ne deriva che ben poco viene attribuito ai costi di gestione e all'operatività.

Nonostante la crescita sostenuta del PIL prevista nel Piano decennale di sviluppo che, come già accennato, dovrebbe raggiungere secondo l'ONCCP il 6,5% annuo, il bilancio della sanità non appare sufficiente a conseguire per il 1995 l'obiettivo di una copertura dell'80% della popolazione. È molto probabile che per quella data la copertura non si discosterà sostanzialmente dall'attuale 30%. Non va dimenticato, a questo proposito, che un decimo delle spese ospedaliere sono peraltro sostenute dalle organizzazioni internazionali.

Secondo stime correnti, solo il 9% delle malattie ricevono un qualche trattamento nelle strutture sanitarie del governo, mentre in Kenya, ad esempio, tale percentuale è del 25%. La copertura vaccinale, ampiamente

finanziata da aiuti esterni e in particolare dall'UNICEF, non supera il 10%-15% della popolazione infantile sotto i due anni.

I risultati della politica sanitaria appaiono contraddittori. A fronte di un impulso maggiore all'espansione dei servizi rurali (centri sanitari, posti di salute, redistribuzione del personale), il 40% della popolazione più povera riceve solo il 14% dei finanziamenti e paradossalmente contribuisce in misura proporzionalmente maggiore alle entrate del Ministero della Sanità. D'altra parte, gli impiegati governativi pagano metà del costo di una visita o di un intervento.

Altre indicazioni di distribuzione squilibrata provengono dai dati sulle spese sostenute dall'utenza nei differenti servizi. Il costo di una prima visita è mediamente di 1,6 *birr* (circa 0,77 dollari) in un posto di salute e di 0,85 *birr* (circa 0,41 dollari) in un ospedale regionale.

L'inadeguatezza dei finanziamenti sanitari richiede una revisione della politica delle entrate, allo scopo di mantenere un tasso di crescita reale delle allocazioni per lo meno del 5% annuo, una cifra ritenuta necessaria a raggiungere per il 2000 una copertura del 55% della popolazione.

Per sostenere questo tasso di crescita sono state da più parti suggerite soluzioni, quali l'incremento della proporzione delle spese del governo per la sanità, l'aumento dei costi differenziali dei servizi (urbani e rurali, regionali e provinciali), schemi assicurativi (urbani e rurali), nuove tasse, l'investimento di parte dei profitti a livello locale quale incentivo all'aumento dell'efficienza e all'espansione dei servizi e delle cure sanitarie.

Di fatto, se le spese correnti del Ministero della Sanità nel 1986 sono state di 118 milioni di *birr* (circa 57 milioni di dollari), la stima delle spese sanitarie totali del Paese ammonta a 331,8 milioni di *birr* (circa 160,2 milioni di dollari). Oltre il 60% è stato assorbito da farmacie private, da medici che esercitano la professione privata e da guaritori tradizionali.

Le spese previste a copertura del Piano triennale di sviluppo sanitario (1986-1989) sono pari a 160 milioni di *birr*, equivalenti all'1,9% del totale delle spese di sviluppo triennale, vale a dire a circa 80 milioni di dollari.

Molte strutture, soprattutto le più periferiche, sono virtualmente inoperanti per mancanza di farmaci essenziali. La scarsità delle riserve di valuta pregiata (solo una piccola percentuale dei farmaci usati è prodotta localmente) non fa prevedere cambiamenti a breve termine.

Gli interessi professionali della classe medica appaiono ancora largamente indirizzati in senso clinico, per quanto siano stati compiuti di recente sforzi nell'istruzione universitaria verso qualifiche manageriali e di sanità pubblica e venga posta oggi molta enfasi sui programmi di *Primary Health Care*.

CAPITOLO SECONDO

LA COOPERAZIONE ITALIANA IN ETIOPIA

1. La cooperazione italo-etiopica allo sviluppo

1.1. *Origini e profilo della cooperazione italiana in Etiopia*

La cooperazione italo-etiopica allo sviluppo è sostanzialmente recente, essendo stata avviata, come cooperazione tecnico-scientifica, negli anni '70, nel quadro della legge 1.222 del 15 dicembre 1971. I programmi concordati in questo ambito riguardavano soprattutto il settore sanitario (campagna nazionale contro il tracoma) ed educativo (concessione di borse di studio per corsi di specializzazione in Italia). Nel 1973 fu anche concluso, tra i due governi, un accordo di cooperazione tecnica che riguardava in particolare il trattamento degli esperti italiani inviati in Etiopia in questo ambito di collaborazione.

La cooperazione italiana aveva allora un carattere prevalentemente assistenziale, concentrato soprattutto nei settori educativo e sanitario; d'altra parte la presenza italiana nei settori produttivi dell'economia etiopica era già consistente, con investimenti privati.

La cooperazione dei primi anni '70 si inseriva, pertanto, in un quadro di collaborazione bilaterale già fortemente improntato dalla tradizionale presenza italiana in Etiopia, alla quale era in certo senso complementare. In altri termini, la cooperazione apportava un contributo a livello intergovernativo, in quei settori dove l'iniziativa privata o di imprese e banche italiane era giocoforza limitata rispetto ai settori produttivi.

Si è peraltro trattato di una cooperazione limitata nel tempo, a causa della rivoluzione del 1974 e degli eventi che ne sono scaturiti, con le sanguinose lotte interne, l'avanzata della secessione in Eritrea, e infine il conflitto del 1977-78 con la Somalia.

Con i decreti di nazionalizzazione delle terre e dei principali beni immobiliari, del gennaio 1975, si apriva inoltre una crisi difficile per la comunità italiana residente nel Paese, che assommava allora a circa 20.000 persone, per la maggior parte concentrate nella capitale e soprattutto in Eritrea. Ai primi rimpatri di connazionali, avvenuti nel 1975, facevano seguito ulteriori massicci rimpatri negli anni successivi. I rapporti bilaterali subivano pertanto un contraccolpo negativo, la cui progressiva soluzione veniva tuttavia impostata già a partire dal 1978, quando si recava nel

Paese in missione guidata dal Sottosegretario agli Esteri On. Luciano Radi, che aveva l'incarico di discutere soprattutto i problemi inerenti alla nazionalizzazione dei beni di cittadini italiani, e alla situazione dei connazionali che erano rimasti nel Paese.

L'esito della missione, benché svoltasi in una situazione di politica interna etiopica ancora assai difficile, fu sostanzialmente positivo. Oltre alle questioni delle nazionalizzazioni, fu affrontato il tema della ripresa, da parte italiana, della assistenza tecnica, che si sarebbe estesa, oltre che nei settori della formazione (con un programma di assistenza alle scuole tecnico-professionali e all'Università di Addis Abeba) e della sanità (con una iniziativa a sostegno di ospedali rurali), in quelli dell'energia (studi per lo sfruttamento dell'energia geotermica) e della pianificazione urbana (assistenza tecnica al Ministero per lo Sviluppo Urbano e delle Abitazioni).

L'importo dei programmi allora concordati, circa un miliardo di lire, può apparire modesto rispetto alle dimensioni raggiunte oggi della cooperazione bilaterale, ma non va dimenticato che, nel contesto di allora, l'Etiopia costituiva già uno dei principali beneficiari, dopo la Somaria, dell'aiuto italiano allo sviluppo.

Nel frattempo, l'approvazione della legge 38/79, avvenuta nel dicembre 1979, rendeva disponibile un quadro concettuale e operativo ben diverso da quello della legge sulla cooperazione scientifico-tecnica, e rendeva possibile un sostanziale incremento dei fondi destinati ai programmi di cooperazione.

Quando, nella primavera 1981, le relazioni bilaterali subirono un nuovo miglioramento, in occasione della visita del Ministro degli Esteri On. Emilio Colombo in Etiopia, la parte italiana poteva dunque disporre di strumenti operativi più aggiornati per la propria politica di cooperazione in un'area di sensibile interesse politico.

In occasione di questa importante visita ufficiale, fu concessa da parte italiana una linea di credito, per specifici progetti di sviluppo, di 20 milioni di dollari (poi ampliata a 25 milioni di dollari), che si univa a un precedente credito di aiuto di circa 15 milioni di dollari accordato in occasione della visita a Roma, nel febbraio 1980, del Ministro delle Finanze etiopico.

Durante la visita del Ministro degli Esteri in Etiopia fu anche concordato di istituire la Commissione Mista di cooperazione. In tal modo, l'Etiopia entrava a far parte ufficialmente dei Paesi beneficiari dell'aiuto italiano allo sviluppo. Sul piano delle relazioni bilaterali, si trattava di un risultato di grande rilievo, considerato che tuttora l'Italia è il solo Paese occidentale, assieme alla Grecia, che abbia istituito una Commissione Mista con l'Etiopia.

La prima sessione della Commissione Mista si tenne a Roma nell'ottobre 1981. In quell'occasione, fu concordato che 20 dei 25 milioni di dollari di credito d'aiuto concessi in occasione della visita del Ministro

Colombo sarebbero stati destinati all'ampliamento della rete di distribuzione dell'acquedotto di Addis Abeba. I restanti 5 milioni di dollari, unitamente ai 15 milioni di dollari concessi nel 1980, sarebbero stati utilizzati per finanziare alcuni progetti nei settori manifatturiero (tessile), energetico e agro-industriale.

Per le iniziative finanziate a dono, fu concordato un più organico programma di interventi nei settori già avviati: sanità (il potenziamento dell'ospedale regionale di Asella, nell'Arsi, veniva a costituire la prima applicazione dell'assistenza agli ospedali rurali: l'avvio di programmi più estesi contro la lebbra ampliavano il programma iniziato presso il lebbrosario di Mai Habar, e uno specifico programma per la prevenzione della cecità definiva il contributo italiano nella campagna nazionale contro il tracoma); energia e risorse del sottosuolo (soprattutto nel settore geotermico e dell'energia elettrica) e dell'approvvigionamento idrico (con un programma specifico per le zone rurali centrali del Paese); pianificazione economico-territoriale (assistenza tecnica per un piano di sviluppo della regione metropolitana e dell'area urbana di Addis Abeba); formazione (cooperazione con le Università di Addis Abeba e di Asmara, e avvio di una assistenza tecnica ad alcune scuole tecnico-professionali).

Già allora venivano dunque delineandosi i principali settori e programmi oggetto della cooperazione bilaterale italo-etiopica. È interessante soprattutto notare come già dai primi accordi raggiunti in occasione della missione Radi, fossero state impostate iniziative che utilizzavano lo strumento del credito d'aiuto, e che si indirizzavano a settori produttivi quali l'energia. In un certo senso, veniva superato il quadro concettuale e normativo (iniziative a dono e settori a prevalente carattere umanitario) della precedente cooperazione scientifico-tecnica, ancor prima della effettiva entrata in vigore della legge 38/79 sulla cooperazione allo sviluppo.

È inoltre interessante notare come, già tra il 1981 e il 1982, venivano impostandosi iniziative che avrebbero costituito una base per i programmi futuri. Esse erano concentrate soprattutto nelle regioni centrali (assistenza alla pianificazione urbana e territoriale di Addis Abeba, programma di approvvigionamento idrico delle regioni centrali, costruzioni di centrali e linee elettriche). Nelle altre regioni del Paese, la nostra cooperazione interveniva soprattutto con i programmi sanitari (nell'Arsi e in Eritrea in particolare) o con il cofinanziamento di progetti concordati in sede multilaterale (UNDP, UNICEF, OMS).

Questa tematica dei settori e dei poli di sviluppo va tenuta presente, in quanto ha posto e pone tuttora problemi politici e di programmazione tecnico-economica alla nostra cooperazione.

A partire dai primi anni '80, la cooperazione italo-etiopica allo sviluppo ha del resto percorso un cammino in ascesa. All'inizio del 1984, ad esempio, venivano concessi due crediti allo sviluppo di importanza strategica per l'economia etiopica: un credito di circa 32 milioni di dollari

(integrato da un credito commerciale di circa 12 milioni di dollari) per l'acquisto di due navi da trasporto: un credito di 25 milioni di dollari, in cofinanziamento con la Banca Mondiale, per la realizzazione del VI Piano di sviluppo delle telecomunicazioni.

Nel giugno 1984 si è tenuta ad Addis Abeba la seconda sessione della Commissione Mista, in occasione della quale sono state concordate oltre 40 iniziative nei vari settori. L'impegno finanziario italiano è stato assai considerevole: circa 150 milioni di dollari per crediti d'aiuto, da impiegare in settori a redditività economica, quali l'agro-industria, l'industria, l'energia. Tramite doni sono stati finanziati programmi per un valore complessivo di circa 140 miliardi di lire, destinati soprattutto allo studio e all'avvio (e in alcuni casi alla prosecuzione) di programmi nei settori sanitario, della pianificazione economica e territoriale, dell'approvvigionamento idrico ed energetico, dei trasporti, dell'educazione e della formazione.

Nel settore industriale, ad esempio, è stato concordato un progetto per la costruzione di un impianto, nei pressi di Addis Abeba, per la produzione di parti di ricambio industriali: un altro progetto, la costruzione di un impianto tessile nei pressi di Awassa, è stato finalizzato in seguito.

Nel settore agricolo e agro-industriale, sono stati concordati interventi per studi di riconversione e riabilitazione di alcune aziende agricole. È inoltre significativo il programma per la ristrutturazione di alcuni impianti che, nel Paese, lavorano e inscatolano la carne.

Nel settore delle risorse idriche, sono stati finanziati due programmi, per lo sviluppo di fonti di approvvigionamento idrico nelle regioni centrali rurali, e per la ristrutturazione di un tratto dell'acquedotto della capitale.

Nel settore energetico, oltre al finanziamento di studi e alla costruzione di linee di trasmissione elettrica e di piccole centrali elettriche e fotovoltaiche, è stato concordato un programma di esplorazione profonda di pozzi per lo sfruttamento dell'energia geotermica, che è una risorsa notevole del Paese, finora non utilizzata.

Nei settori finanziati con donativi, la cooperazione italiana si è impegnata soprattutto nell'estensione dei programmi sanitari, di cui si tratta ampliamente in questo volume. Significativo, per la sua portata e per la sua forte connotazione sociale, è il programma di *Primary Health Care* nella regione dell'Arsi. Si tratta in effetti del primo programma organico e capillare della nostra cooperazione, che potrebbe anche trovare, in un prossimo futuro, una appropriata integrazione con un intervento a sostegno dell'economia contadina, nella stessa regione.

Nel campo dell'istruzione, è stato proseguito il programma di cooperazione universitaria con la facoltà di geologia e di tecnologia (ingegneria) dell'Università di Addis Abeba, ed è stato impostato un programma di ricerca nel settore dell'agricoltura delle zone aride, con l'Università di Asmara, al quale si aggiunge, con la stessa Università, un programma di ricerca nel campo della biologia marina.

Per le sue finalità di formazione di quadri tecnici per l'industria, va ricordato anche un programma di assistenza alle scuole tecnico-professionali avviato, per il momento, con un esperimento pilota, presso la scuola di Entoto, nei pressi della capitale.

Il programma di supporto alla pianificazione urbana e territoriale, infine, dall'iniziale quadro del territorio urbano e metropolitano di Addis Abeba, dovrebbe estendersi all'intero Paese.

Altri interventi di rilievo sono stati programmati a favore di settori dove l'economia etiopica rivela particolari strozzature: è il caso, ad esempio, di un progetto per la costruzione di una officina per la riparazione e la manutenzione di autocarri e di autobus, e di un'iniziativa per la costruzione di un laboratorio attrezzato per l'ente nazionale elettrico.

Al già rilevante contributo concordato durante la Commissione Mista del 1984, si sono inoltre aggiunti gli aiuti, per oltre 110 miliardi di lire, concessi in occasione della carestia del 1984/85.

Sulla base della legge 73/85, che ha istituito il Fondo Aiuti Italiano (FAI), sono stati inoltre concordati, nel 1986, interventi straordinari per 290 miliardi di lire. Di questi, 270 sono stati destinati alla realizzazione di un vasto progetto di sviluppo agricolo, nel Gojjam (progetto Tana-Beles), 7 miliardi sono stati devoluti a programmi di riabilitazione rurale nel Wollo, affidati a due organizzazioni non governative (ONG), e 12 miliardi di lire hanno finanziato l'acquisto e l'invio di mezzi di trasporto per operazioni di soccorso.

Di particolare rilievo è il progetto Tana-Beles, che comprende anche programmi sanitari e di sviluppo delle attività artigianali, dell'istruzione pre-scolare e della divulgazione agricola, affidati a due ONG. Il progetto prevede una ulteriore fase di realizzazione di opere infrastrutturali, per un valore di circa 50 milioni di dollari.

Complessivamente, tra il 1981 e il 1986, l'Italia ha assunto impegni politici, nella cooperazione con l'Etiopia, per circa 268 milioni di dollari sotto forma di crediti di aiuto e di 565 miliardi di lire sotto forma di aiuto (cui vanno aggiunti i 50 milioni di dollari previsti per la realizzazione delle opere infrastrutturali del progetto Tana-Beles).

I fondi effettivamente allocati risultavano, al febbraio 1987:

— 120,7 milioni di dollari a credito di aiuto (di cui 25 milioni di dollari destinati al cofinanziamento, con la Banca Mondiale, del VI Piano di sviluppo delle telecomunicazioni);

— 440,9 miliardi di lire sotto forma di dono, sul canale bilaterale;

— 27,4 milioni di dollari sotto forma di dono sul canale multibilaterale;

— 58,2 miliardi di lire di doni sul canale multibilaterale.

Nello stesso arco di tempo, le erogazioni effettive sono state le seguenti:

— 63,9 milioni di dollari sotto forma di crediti di aiuto;

— 304 miliardi di lire sotto forma di dono (di cui 166,6 erogati dal Dipartimento per la Cooperazione allo Sviluppo e 137,4 dal FAI).

In sintesi, a partire dal 1979, sono state concluse 17 iniziative, e 58 sono state via via rifinanziate, o avviate ex-novo, per un totale di 75. Altri 19 programmi, concordati in occasione della Commissione Mista del 1984, sono attualmente in fase di istruttoria presso la Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo.

Con questo ingente aiuto, l'Italia costituisce, insieme alla Banca Mondiale, alle CEE, all'UNDP, alla Svezia e ad alcuni Paesi dell'Est, il maggior donatore di aiuto allo sviluppo all'Etiopia.

1.2. *Struttura dell'economia etiopica e strategie di sviluppo*

Come è già stato rilevato nel capitolo precedente, l'agricoltura è il settore basilare dell'economia etiopica, nonostante una relativa riduzione del peso della sua quota-parte sul PIL registrate negli ultimi anni. D'altra parte, tale riduzione è stata compensata da un aumento più marcato della quota sul PIL dei servizi rispetto a quella dell'industria.

Il problema di fondo dell'economia etiopica è tuttavia rappresentato da un livello estremamente basso di reddito pro capite, 130 dollari l'anno, che ha ormai provocato il crollo dell'Etiopia all'ultimo posto nel mondo, nella relativa graduatoria. Tale reddito pro capite è in effetti largamente inferiore alla media, 210 dollari, degli altri Paesi dell'Africa sub-sahariana. Il tasso di incremento demografico annuo del 2,9% costituisce, in questo senso, una «spada di Damocle» che pesa in permanenza sulle prospettive di sviluppo del Paese. Al tasso di crescita attuale, la popolazione etiopica dovrebbe raggiungere circa 49 milioni di unità nel 1990, e ben 65 milioni nel 2000.

All'atto pratico, per riuscire a mantenere il pur minimo livello attuale di reddito pro capite, occorre che l'economia etiopica assicuri un tasso di crescita medio annuo del 2,9%.

L'obiettivo è tuttavia di per sé problematico, in quanto occorre far contemporaneamente fronte ad alcune delle maggiori carenze strutturali dell'economia del Paese:

— le crisi cicliche nella produzione agricola, determinate da siccità e carestia;

— lo stato di arretratezza dell'agricoltura, che soffre di tecniche primitive, scarsità di fattori produttivi qualitativi, mancanza di adeguate infrastrutture (strade rurali in specie), basso livello di investimenti;

— la storica carenza di infrastrutture (strade, linee di trasmissione di energia, telecomunicazioni, porti e aeroporti);

— il basso volume di assistenza estera, soprattutto in forma di crediti agevolati, a sua volta legato alle incerte prospettive dell'economia del Paese, e alla attuale situazione politica interna.

La struttura economico-sociale rivela, in altri termini, una forte segmentazione del mercato interno, dovuta in parte a motivi storici e a cause naturali (estrema varietà della conformazione geologica e dell'altitudine dei vari insediamenti umani, carenza di infrastrutture e vie di comunicazione) e in parte alle insufficienze di politiche economiche e sociali volte a imprimere una effettiva dinamica di sviluppo all'economia del Paese.

Da un lato, vi è la necessità di creare una rete più complessa di infrastrutture, dall'altra il governo dovrebbe attuare politiche economiche in grado di incentivare la produzione e il commercio interno, facilitando, ad esempio, l'istituzione di un efficace meccanismo di distribuzione commerciale interregionale, soprattutto per i prodotti agricoli.

La creazione di un mercato interno realmente integrato, in cui i poli di sviluppo (sia agricoli che industriali) possano effettivamente agire da catalizzatori di iniziative e diffondere i benefici nel Paese, è in sostanza il problema cruciale dell'economia etiopica, in cui la stragrande maggioranza della popolazione vive in aree rurali strutturate, nonostante l'abolizione del regime feudale, secondo modelli tradizionali di autosufficienza e autoconsumo.

Il «problema agricolo» etiopico è anzitutto problema alimentare, in quanto è tuttora drammatico il divario tra la produzione agricolo-alimentare interna, e il fabbisogno minimo della popolazione. Nell'anno fiscale 1984/85, la produzione alimentare pro capite raggiungeva appena 1,08 quintali di cereali; il valore si è accresciuto, nel 1985/86, a 1,47 quintali, ma rimane comunque largamente inferiore ai 2 quintali pro capite, che dovrebbero essere considerati, secondo gli standard internazionali, come livello minimo nella disponibilità di prodotti alimentari pro capite. In termini di bilancio alimentare, la situazione è comunque preoccupante: se si assume come livello minimo pro capite al giorno, un valore di 2.000 calorie, si ha un fabbisogno annuo di circa 85-86 milioni di tonnellate di produzione di cereali. Nel 1985/86, che è stata un'annata favorevole sotto questo aspetto, si è registrata una produzione di 64.778.000 quintali. Nello stesso anno, sono stati forniti circa 8.776.000 quintali di aiuti alimentari, e 2.583.000 quintali sono stati importati attraverso i canali commerciali. È rimasto, quindi, in un'annata favorevole, e pur rispetto a un valore minimo di base di 2.000 calorie pro capite al giorno, un divario di 9.758.000 quintali, che è stato coperto, all'atto pratico, con la riduzione delle calorie pro capite disponibili, che infatti sono poco più della metà del livello considerato basilare. In queste condizioni l'equilibrio alimentare è destinato a permanere assai precario, almeno fino a quando non saranno raggiunti livelli di produzione sostanzialmente superiori, il che richiede riforme radicali nelle politiche perseguite, e quindi ancora tempi lunghi.

Il nodo centrale dell'economia etiopica di oggi è dunque costituito dalla necessità di dare un impulso all'agricoltura, nel senso di un processo

di modernizzazione che favorisca l'introduzione di tecniche e fattori produttivi qualitativi, permettendo così di aumentare la produzione alimentare e la produttività per ettaro, anche senza ricorrere alla messa a coltura di nuove terre, La priorità che ne deriva per il settore agricolo, non costituisce, del resto, un dato proprio della situazione etiopica: tutti i Paesi africani hanno preso coscienza, da alcuni anni a questa parte, del ruolo strategico della modernizzazione agricola e del problema alimentare. Dal Piano di Lagos del 1980, alle varie prese di posizione successive in sede OUA e Nazioni Unite, i Paesi africani si sono impegnati ad assegnare la priorità dei piani di investimento al settore agricolo, e a far perno, in questo senso, soprattutto sulle proprie risorse, utilizzando l'aiuto esterno in funzione complementare. Corollario di questa politica è l'impegno all'adozione di riforme strutturali e di politiche economiche per realizzare misure quali l'introduzione di nuove tecniche, lo sfruttamento razionale dei suoli e l'utilizzazione di fattori produttivi qualitativi. Il ruolo delle politiche economiche dei governi diventa in questo senso qualificante, in quanto essi possono contare su un'ampia gamma di strumenti, come educazione e ricerca agricola, politica di diffusione di tecniche e fattori di produzione moderni e opere di irrigazione. Centrale rimane comunque il ruolo da assegnare alle politiche dei prezzi e della distribuzione dei prodotti agricoli. Si tratta di un dibattito aperto, in cui ha un ruolo predominante la Banca Mondiale, che ha consigliato l'adozione di misure più liberali nella politica agricola, e in particolare la riduzione e la progressiva abolizione dei prezzi al consumo controllati, nonché dei sussidi ai produttori. Anche nella commercializzazione viene consigliata una politica di liberalizzazione che dia più spazio al commercio privato, permettendo quindi di equalizzare più facilmente i prezzi agricoli nelle varie regioni, indipendentemente dall'andamento della produzione e quindi dalla sua disponibilità su base regionale.

Nei piani etiopici più recenti (Piano decennale 1984-1993 e Piano triennale 1986/87 - 1988/89) si ritrova in effetti questa impostazione a favore della priorità del settore agricolo e dell'obiettivo a breve termine (fine del Piano triennale) assegnato al raggiungimento dell'autosufficienza alimentare.

Più controversa rimane la tematica delle riforme e degli aggiustamenti strutturali: la Banca Mondiale e la Comunità Europea sono impegnate in un complesso dialogo sulle politiche economiche (cosiddetto *policy dialogue*) col governo etiopico, che verte appunto sui temi fondamentali della politica agricola: meccanismi di fissazione dei prezzi al produttore e sui mercati; distribuzione regionale dei prodotti, ecc. Al momento attuale il dibattito è del tutto aperto. Il governo si è impegnato a rivedere la politica dei prezzi agricoli: più che il principio di un aumento dei prezzi al produttore, che sembra generalmente accettato, sono in discussione la misura, le modalità operative e i tempi di tale aumento.

Il governo ha anche programmato iniziative di assistenza all'economia contadina (credito rurale, fornitura di fattori di produzione, miglior funzionamento delle cooperative di servizio), il cosiddetto PADEP (*Peasant Agricultural Development Extension Programme*) per il quale ha richiesto l'assistenza tecnica e finanziaria di vari donatori, tra cui l'Italia.

Accanto a queste misure incoraggianti, il governo etiopico sta peraltro proseguendo politiche di ristrutturazione degli insediamenti rurali (tramite la villaggizzazione, l'aumento delle cooperative di servizio e delle aziende di Stato) che, se pur fanno riferimento a esigenze obiettive (programmazione e forniture di servizi in insediamenti rurali oggi estremamente dispersi e aggregati attorno a strutture di autosufficienza e autoconsumo), destano tuttora timori e perplessità, sia riguardo alle loro implicazioni politiche (rispetto dei diritti umani e collettivizzazione forzata), sia per le loro implicite contraddizioni con l'obiettivo, contemporaneamente perseguito, di migliorare l'efficienza e la produttività del settore rurale contadino non collettivizzato.

Se la politica agricola occupa una posizione centrale nel dibattito sulla politica economica e sulla pianificazione etiopica, è peraltro comune la coscienza che lo sviluppo del Paese non può fare perno esclusivamente sul settore agricolo, già pesantemente oberato dall'eccesso di popolazione, dalle camalità, dall'erosione dei suoli provocata in parte da fattori naturali, in parte da un irrazionale sfruttamento delle terre.

Una dinamica di reddito che permetta al Paese di uscire dallo stato attuale di arretratezza immanente e di declino progressivo, dovrebbe, in altri termini, far perno sullo sviluppo di settori di trasformazione collaterali all'agricoltura: l'agro-industriale, che potrebbe lavorare, conservare e destinare al mercato interno e all'esportazione i prodotti ortofrutticoli, la carne (l'Etiopia possiede il più consistente patrimonio di bestiame dell'Africa, e il decimo nel mondo), prodotti lattiero-caseari, ecc.; il settore tessile, che può avvalersi della abbondante materia prima (cotone); la meccanica leggera e una serie di attività di lavorazioni industriali (pelli, cuoio e prodotti derivati), che pure hanno una tradizione, soprattutto nei centri urbani, dove esistono impianti (che necessitano, in molti casi, di interventi di riabilitazione) e manodopera specializzata adeguati.

Per conseguire questi obiettivi, il governo dovrebbe comunque non solo investire esso stesso in questi settori (soprattutto nell'industria tessile), ma anche mettere in atto tutta una serie di misure incentivanti all'iniziativa privata (in termini di facilità di credito, alleggerimento delle attuali restrizioni alla disponibilità di valuta e di licenze per le importazioni, nonché appropriate agevolazioni fiscali), che permettessero la ripresa e lo sviluppo di questi settori.

Un obiettivo di questo tipo pone tuttavia una serie di problematiche di non facile soluzione: da un lato, infatti, vi è una esigenza di accumulazione di capitale produttivo, che ha bisogno di grandi investimenti statali,

col necessario supporto di capitale straniero (nella doppia veste di apporto di risparmio addizionale e di tecnologie), certamente nelle forme consentite dall'attuale tipo di regime politico, dall'altro, la politica industriale deve riuscire a sviluppare quelle piccole attività industriali e semi-industriali, che richiedono minori investimenti, che offrono opportunità di reddito e di occupazione, e che maggiormente si adattano alle capacità tecniche della manodopera specializzata e alle loro potenzialità di sviluppo.

In questo quadro, come si è sopra accennato, l'apporto dei paesi industrializzati e del loro aiuto allo sviluppo riveste un'importanza fondamentale: con i loro programmi, infatti, vengono assicurate anche le tecnologie adeguate al processo di accumulazione del capitale produttivo; allo stesso tempo, le cooperazioni e gli investimenti in *joint ventures* apportano quelle risorse addizionali dall'esterno che il risparmio interno, data la poverissima dinamica del reddito, non può generare. Per quanto valido sia il principio, ormai comunemente accettato nelle sedi multilaterali, africane e delle Nazioni Unite, dello sforzo maggiore per creare risorse per lo sviluppo, da generare all'interno delle stesse economie dei paesi meno sviluppati, è pur sempre vero che tale sforzo dovrebbe soprattutto concretizzarsi in adeguate misure di politica economica (nel senso della stabilità monetaria di incentivi al risparmio, pubblico e privato), che riducano il peso di alcuni dei fattori frenanti per lo sviluppo. La creazione di risorse addizionali dall'esterno, nel suo doppio aspetto di messa a disposizione di ulteriori mezzi per il finanziamento del processo di accumulazione, e di tramite necessario per l'apporto di tecnologie, rimane peraltro una condizione imprescindibile, e la cooperazione, bilaterale e multilaterale, conserva in questo senso un ruolo-chiave.

Ma proprio in questo intervento nei centri nevralgici della politica industriale di Paesi come l'Etiopia, si annidano peraltro problemi di natura politica tutt'altro che irrilevanti. Investire, anche se nelle forme della cooperazione, in progetti-chiave nell'industria e nei settori produttivi, significa dover necessariamente fare i conti con la politica economica e le linee della pianificazione del paese beneficiario. E nel caso etiopico, assai complesso e dai mille risvolti politici, sociali, tecnico-economici, umani, le implicazioni politiche e tecnico-operative per le cooperazioni internazionali sono delicate e richiedono l'impostazione di un dialogo articolato e dai tempi non sempre brevi.

Una politica di sviluppo, d'altronde, non può limitarsi a un quadro di appropriate misure di politica economica e di cooperazione con l'esterno nei settori produttivi, ma deve far egualmente perno sulla diffusione e il miglioramento qualitativo di una ampia rete di servizi e di capacità umane e intellettuali. Un generale salto di qualità nei livelli educativi e nelle capacità sociali di apprendimento è, ad esempio, necessario per assicurare una continuità nelle competenze tecniche della manodopera impiegata nei settori sopracitati, che rischia di venir meno con la crisi della piccola

industria che si è aperta con gli eventi successivi alla rivoluzione. Programmi di supporto e diffusione regionale delle scuole tecnico-professionali sono in questo senso qualificanti, e meritano di essere sostenuti dalla cooperazione internazionale.

In effetti, i maggiori donatori allo sviluppo all'Etiopia (Banca Mondiale, CEE, UNDP, UNIDO, Svezia, Italia, Canada, oltre ad alcuni Paesi socialisti) si sono ormai mossi lungo la strada di una riconsiderazione della qualità dei loro interventi: negli ultimi anni, è nettamente percepibile un riorientamento delle iniziative a favore dei programmi di sviluppo rurale, riabilitazione di terreni, progetti a carattere educativo e sanitario. La Svezia, ad esempio, ha ormai privilegiato un intervento molto selettivo nel settore agricolo (riforestazione, allevamento, lavori di sistemazione idrica) e in quello sanitario. La stessa Comunità Europea, per la quale l'Etiopia è il maggior beneficiario di aiuto in Africa, si sta orientando, dopo il contributo a investimenti infrastrutturali e industriali, verso un intervento concentrato geograficamente (regione dello Shoa) e polarizzato attorno a due situazioni agricole opposte ma egualmente ritenute meritevoli di intervento: da un lato la riabilitazione di zone agricole degradate, dall'altro, il contributo allo sviluppo di aree ad alta potenzialità produttiva.

L'UNDP e l'UNIDO, e la stessa Banca Mondiale, stanno d'altronde ponendo una particolare attenzione allo sviluppo dei settori complementari all'agricoltura, e della piccola industria in particolare: programmi di assistenza alla riabilitazione e all'espansione di piccoli esercizi semi-artigianali e industriali sono stati concordati da questi organismi, e sono tuttora in fase di esecuzione.

Per i programmi industriali, non si intravede ancora, per la verità, l'impostazione di un vero e proprio dialogo sulle politiche economiche come quello avviato nel campo della politica agricola. Per il momento, la Banca Mondiale e gli organismi specializzati delle Nazioni Unite si sono limitati a favorire iniziative di ripresa di piccole attività industriali, ma senza entrare nel vivo delle grandi problematiche della politica industriale (come la scelta dei settori prioritari o la localizzazione degli impianti).

In questa sede, al di là dei problemi specifici, interessa soprattutto rilevare come l'orientamento emergente della cooperazione internazionale sia a favore di alcuni criteri-guida: concentrazione geografica, integrazione intersettoriale dei programmi, accentuazione della loro componente sociale.

In particolare, si considera sempre più vitale e indispensabile la componente sociale (soprattutto educazione e sanità) dei programmi di sviluppo rurale integrato. Ma è una componente d'altronde essenziale anche per i programmi di supporto urbano-industriale: l'educazione, e la sua componente tecnico-professionale anzitutto, come prerequisito per diffondere quei livelli di conoscenza e di apprendimento necessari per lo sviluppo industriale; la sanità, come parte integrante di un programma

di riabilitazione delle aree urbane e di sviluppo civile; i piani di supporto alla pianificazione e all'edilizia urbana, come tentativo di razionalizzazione e di recupero delle aree stesse.

Al di là della mistica, spesso di moda, sullo sviluppo delle tecnologie appropriate e dei programmi ad alto impiego di manodopera, sta forse emergendo, attualmente, una più spiccata coscienza della necessità di un approccio complessivo e allo stesso tempo selettivo allo sviluppo: la concentrazione geografica deve comunque tener presenti gli obiettivi e le linee della pianificazione del Paese beneficiario; l'integrazione settoriale, anche se assegna la priorità all'agricoltura, non può trascurare il ruolo di altre iniziative, soprattutto in campo industriale, come chiave strategica per lo sviluppo; l'attenzione crescente dedicata alla componente sociale dei progetti, non può essere disgiunta da un obiettivo di promozione civile e di elevamento dei livelli educativi e dei processi di apprendimento, senza i quali lo sviluppo stesso si rivela effimero e senza prospettive.

Nel caso etiopico, i Paesi e gli organismi donatori si stanno adesso muovendo in ordine sparso, probabilmente senza una visione unitaria e senza un coordinamento tra di loro. Ma nei fatti, sono già cresciute nuove filosofie di cooperazione, che tendono sempre più ad avvicinarci al cuore dei problemi e delle strategie di sviluppo del Paese beneficiario, e che in quanto tali contengono in sé il germe di un dialogo vitale ma certo non meno difficile da condurre, all'atto pratico, come sta a dimostrare l'attuale esperienza del dibattito sulle politiche nel settore agricolo.

Anche la cooperazione italiana, assai recente e nata in una fase particolare, sull'onda della ristrutturazione di rapporti politici e sociali con l'Etiopia, dopo gli sconvolgimenti della rivoluzione, e fondata altresì sull'interesse italiano a giocare un ruolo politico nel Corno d'Africa, si trova oggi dinanzi a queste nuove problematiche, e quindi anche a un'esigenza di razionalizzazione del proprio intervento, alla luce, oltretutto, degli orientamenti emergenti in sede internazionale.

In questo sforzo di adeguamento e di razionalizzazione, la cooperazione italiana in Etiopia può d'altronde contare su una esperienza ricca e multiforme, anche se recente, di cui la cooperazione sanitaria, per i risultati conseguiti, le metodologie operative elaborate, la varietà e lo spessore dei rapporti di cooperazione e programmazione sviluppati nei confronti delle autorità, dei tecnici e delle popolazioni etiopiche, degli organismi internazionali e degli altri Paesi donatori, può senz'altro definirsi la punta di diamante e motivo di orgoglio per il nostro Paese.

1.3. *Il programma-paese* [1]

Il 2 dicembre 1987 è stato firmato a Roma il verbale d'intesa che ha concluso i lavori della terza sessione della Commissione Mista italo-etiopica sulla cooperazione allo sviluppo.

Il programma che ne è scaturito, pur se articolato in cinque diverse componenti, costituisce un quadro di riferimento unitario — in termini di priorità strategiche, di aree di concentrazione e di metodologie operative — per tutte le iniziative e gli interventi, di cooperazione che saranno finanziati nel triennio 1988-1990.

Tra le diverse componenti del programma triennale, la più significativa è costituita dal programma-paese. Essa infatti rappresenta la maggiore novità della cooperazione italiana — non soltanto, quindi, nei rapporti con l'Etiopia — e il primo, più concreto esempio di applicazione pratica del suo nuovo corso, così come è stato delineato nelle finalità della legge 49/87, negli indirizzi programmatici del Comitato Interministeriale per la Cooperazione allo Sviluppo (CICS) e nelle più recenti direttive del Comitato Direzionale («La programmazione e gli strumenti nella politica di cooperazione allo sviluppo») (*Cooperazione*, XIII [74], luglio 1988).

L'esigenza di un programma-paese per l'Etiopia nasce anzitutto dal dato obiettivo della molteplicità e della varietà delle iniziative che la nostra cooperazione ha avviato con questo Paese a partire dalla fine dello scorso decennio.

Negli ultimi sei-sette anni si è arrivati a realizzare, ad avviare o ad approvare iniziative e interventi di carattere ordinario, straordinario e di emergenza, sia sul canale bilaterale che sul canale multibilaterale, per un valore prossimo ai mille miliardi di lire.

Questo mosaico di progetti, concordati in tempi, con obiettivi e metodologie diversi, per quanto validi in se stessi, ha determinato, sul medio periodo, alcuni principali effetti: una eccessiva dispersione delle iniziative sul territorio, spesso non seguendo le linee della stessa pianificazione economica del Paese beneficiario; una non riconoscibile priorità settoriale (in occasione della seconda Commissione Mista, ad esempio, risultava assai limitato l'intervento nel settore agricolo, e al suo interno veniva privilegiato il sotto-settore delle aziende di Stato, più che l'agricoltura contadina); l'assenza di un coordinamento tra progetti settoriali, localizzati talora nella stessa regione, ma concordati in tempi diversi, e secondo obiettivi e metodologie non affini (ad esempio programmazione pluriennale delle Commissioni Miste e programmi di intervento straordinario del FAI).

La terza Commissione Mista si proponeva quindi come l'occasione

[1] Il testo che segue è stato in parte pubblicato su *Cooperazione*, XIII (71): 15-19, marzo-aprile 1988 (Palladini e Cantini, 1988).

per ricondurre a un quadro unico e per razionalizzare, per quanto possibile, i programmi che si erano venuti impostando nel corso del decennio precedente. Questo tentativo di razionalizzazione si è svolto secondo alcuni principali criteri e obiettivi:

— assegnare la effettiva priorità al settore agricolo, e, al suo interno, all'agricoltura contadina e alle strutture cooperative di servizio;

— all'interno dei programmi rurali, cercare di ricomprendere iniziative in altri settori, sanità e istruzione di base in particolare;

— concentrare i programmi in aree definite, particolarmente degradate sotto il profilo ecologico, o, al contrario, potenzialmente ad alta produttività;

— ricondurre i programmi in corso e quelli di nuova approvazione a criteri comuni e metodologie simili: così, ad esempio, nel Wollo, una delle regioni più colpite dalla siccità, le varie iniziative dovrebbero avere un carattere di riabilitazione, mentre in altre aree — ad esempio, nella regione centro-meridionale del Paese — dovrebbero ricevere un più marcato carattere di sviluppo.

Il tentativo di razionalizzare e ricondurre a un quadro unitario gli interventi della nostra cooperazione con l'Etiopia va del resto inteso tenendo presente l'esigenza di armonizzazione con i principali obiettivi della pianificazione economica del Paese, e con le linee del dibattito in corso con la comunità dei donatori sugli strumenti più efficaci per conseguire tali obiettivi.

Dalle analisi e dagli studi compiuti soprattutto dalla Banca Mondiale, dal Fondo Monetario Internazionale (IMF) e dagli stessi piani etiopici recenti, è emerso, in effetti, un generale consenso su alcuni obiettivi essenziali per l'economia del Paese:

— il conseguimento dell'autosufficienza alimentare, considerati, da un lato, le grandi potenzialità per lo sviluppo agricolo e, dall'altro, il drammatico ritmo di incremento demografico, nonché il particolare degrado ecologico di alcune aree del Paese, permanentemente soggette, pertanto, a ricorrenti carestie;

— la conseguente priorità da assegnare allo sviluppo agricolo, anche in considerazione della obiettiva struttura socioeconomica del Paese. All'interno delle politiche agricole, la necessità di favorire un processo di modernizzazione che faccia perno sulla proprietà contadina più che sulle cooperative di produzione o le aziende di Stato, che hanno dato sinora, in termini di efficienza e produttività, risultati generalmente deludenti;

— lo sviluppo di un'industria di trasformazione, valorizzando la componente ad alto impiego di manodopera, soprattutto nei settori in cui vi è disponibilità di materie prime e in cui sono tradizionalmente operanti, concentrate in alcune aree del Paese, strutture produttive di questo tipo. In pratica, i settori individuati in questa area sono: tessile,

lavorazione di pelli, cuoio e prodotti derivanti, e soprattutto l'industria alimentare (carne, prodotti ortofrutticoli);

— la creazione di una rete di impianti industriali di base (produzione di parti di ricambio in specie) e di supporto alle attività di trasformazione;

— lo sviluppo della rete dei trasporti e delle fonti di energia, in cui, del resto, la nostra cooperazione è sempre stata particolarmente attiva;

— il sostegno allo sviluppo dei programmi a più marcata impostazione sociale, in particolare nella sanità e nei vari livelli di formazione.

È in effetti in base a queste priorità che i principali organismi e Paesi donatori dell'Etiopia (Banca Mondiale, CEE, UNDP, FAO e altri organismi delle Nazioni Unite, Banca Africana di Sviluppo, Svezia, Canada) hanno impostato negli anni passati le loro politiche di cooperazione, con una inequivocabile priorità assegnata all'agricoltura e ai programmi sociali, nonché con criteri di concentrazione geografica (soprattutto per quanto concerne la CEE e la Svezia), talora a estensione regionale.

In questo senso, la cooperazione italiana poteva disporre, al momento della impostazione dei criteri guida dei propri interventi, di un sicuro riferimento in quegli organismi e Paesi donatori occidentali, che da tempo avevano centrato i propri programmi in Etiopia attorno a principi e criteri diversi da quelli della «lista dei progetti» presentata, dal Paese beneficiario, per il finanziamento e l'assistenza tecnica, e sulla quale veniva poi operata una selezione di merito in sedi istituzionali quali la Commissione Mista.

Il caso etiopico è del resto relativamente peculiare in quanto vi è un generale consenso, tra governo e donatori, sugli obiettivi da perseguire negli interventi di cooperazione, ma è invece aperto il dibattito sulle strategie per il conseguimento degli obiettivi stessi.

Nel momento in cui la nostra cooperazione intendeva porre chiaramente al centro dei propri interventi in Etiopia il settore agricolo, non poteva certo ignorare il riferimento costituito dagli altri Paesi e organismi donatori dell'Etiopia, che del dialogo sulle politiche economiche hanno fatto un aspetto fondamentale della loro cooperazione con questo Paese, con effetti tuttora da valutare ma che stanno in questa fase segnando alcuni importanti risultati positivi, soprattutto, come già ricordato, in materia di impegni del governo per la riforma della politica dei prezzi agricoli.

In occasione della terza Commissione Mista, è stato in effetti concordato, quale prima priorità, un programma di sviluppo rurale integrato nella regione centro-meridionale del Paese, per il quale dovranno essere messi a punto una serie di interventi che richiederanno a loro volta un negoziato sulle politiche dei prezzi e della distribuzione dei prodotti, sull'offerta di fattori produttivi agricoli a basso costo e sulle infrastrutture rurali.

Il nuovo programma triennale può essere considerato il primo passo

verso la costruzione di un ancor più ampio programma-paese, anch'esso plurisettoriale e integrato e basato su precisi criteri di concentrazione geografica, ma molto più articolato. Naturalmente in questa fase, ossia nell'attuale programma triennale, si è dovuto tenere conto del fatto che l'Etiopia non rappresentava certo una tabula rasa per la nostra cooperazione e che quindi una parte consistente del programma avrebbe dovuto anche essere dedicata al rafforzamento di quanto di positivo era stato finora avviato nel Paese.

1.4. *Il programma triennale 1988-1990*

Il quadro programmatico dei risultati della terza sessione della Commissione Mista italo-etiopica è riassunto nella tabella 2.

Tabella 2. *Finanziamenti previsti dal piano triennale 1988-1990*

Componenti del piano	Miliardi (lire)	%
Programma-paese	296,7	40
Rafforzamento di iniziative in corso	125,7	17
Iniziative a livello nazionale	67,2	9
Iniziative di emergenza	90,0	12
Aiuto alla bilancia dei pagamenti	49,2	6
Totale parziale	628,8	84
Revisione delle attività già concordate	118,7	16
Totale generale	747,5	100

Il programma-paese 1988-1990 risulta fondato su una strategia che vede nel contributo al raggiungimento dell'autosufficienza alimentare il suo obiettivo prioritario.

Sono state individuate cinque componenti principali del programma triennale e quattro aree di concentrazione: queste ultime rappresentano l'ossatura del programma-paese, il quale costituisce di per sé la principale e più consistente componente dell'insieme delle iniziative concordate.

Le altre quattro componenti sono rappresentate dalle iniziative a carattere nazionale, da quelle necessarie al rafforzamento di iniziative già avviate nei precedenti programmi di cooperazione, da un pacchetto di interventi di emergenza e straordinari per fronteggiare nel breve periodo gli effetti della nuova siccità che ha colpito il Paese e infine da una quota del finanziamento complessivo programmato destinata — quale aiuto alla bilancia dei pagamenti — all'acquisto sul mercato italiano di quei beni di consumo, più che altro a carattere sociale, che sarebbero stati in ogni caso importati in Etiopia (farmaci, pezzi di ricambio, attrezzature speciali e altri beni di consumo essenziali).

In calce al nuovo programma triennale è stato inoltre riesaminato lo stato finanziario di alcune delle iniziative già comprese nei due precedenti programmi, per adeguarne il finanziamento.

Alcune di esse sono state infatti prolungate per un intero triennio in ragione della loro intrinseca efficacia e del loro buon andamento o perché avevano un evidente ruolo di sostegno per le nuove iniziative del programma-paese, tale da ottimizzarne l'impatto complessivo. Per altre — sia per il naturale incremento dei costi di realizzazione dopo un triennio, sia per la sensibile variazione del tasso di cambio tra lira e dollaro americano verificatasi tra il 1984 e il 1987 — è stato indispensabile elevare la quota del contributo italiano per consentirne la realizzazione.

In parallelo si è provveduto a eliminare dal quadro degli accordi già raggiunti tutte quelle iniziative che al termine della loro formulazione tecnica di dettaglio non fornivano più le stesse garanzie di fattibilità o, a fronte dell'evoluzione del piano di sviluppo etiopico e delle comuni nuove linee strategiche di cooperazione, non presentavano più lo stesso grado di priorità che ne aveva giustificato l'inclusione nei precedenti programmi triennali.

Al fine di prevenire ulteriori possibili variazioni a causa dell'instabilità del rapporto di cambio tra lira italiana e dollaro americano, si è pertanto concordato che l'entità dei finanziamenti relativi a ciascuna delle iniziative incluse nel programma triennale 1988-1990, così come di quelli relativi all'attuazione delle iniziative concordate nel secondo programma triennale, ma non ancora avviate o concluse, fosse fissata in lire italiane.

Al finanziamento aggiuntivo necessario al riassestamento dei precedenti programmi triennali — che rappresenterebbe, in termini percentuali, poco meno del 16% dell'intero *plafond* concesso al termine della terza sessione della Commissione Mista — va sottratto in realtà il valore complessivo (oltre 30 milioni di dollari) di quelle iniziative che, seppure comprese negli impegni del secondo programma triennale, sono state escluse in sede di verifica.

La componente del programma triennale che più di altre caratterizza la nuova strategia di cooperazione tra l'Italia e l'Etiopia, in piena armonia con le direttive di attuazione degli indirizzi programmatici del CICS, è rappresentata dalle iniziative che costituiscono il pacchetto denominato «programma-paese».

Tale denominazione è intesa a mettere in risalto quella parte del programma che costituirà il quadro di riferimento della cooperazione italo-etiopica anche nel medio e nel lungo termine, vale a dire anche al di là dei limiti temporali del programma appena varato.

Su proposta della parte italiana, si è infatti concordato di dedicare la quota più consistente dell'aiuto pubblico alla realizzazione, fin da questo triennio, di un programma pluriennale, plurisettoriale e integrato,

concentrato su quattro aree geografiche, che costituirà l'impianto di più lungo periodo dell'attività di cooperazione con l'Etiopia.

Nel verbale d'intesa vengono messi in risalto i principali temi del dialogo sulle politiche economiche che dovrà essere sviluppato dai due Paesi. I temi principali del dialogo sono strettamente correlati alle diverse caratteristiche che l'attività di cooperazione assumerà in ciascuna delle quattro aree di concentrazione del programma-paese e, in particolare, con i contenuti del «programma di sviluppo rurale integrato» nell'Arsi-Bale (area centro-meridionale dell'Etiopia) e dell'intervento in corso di attuazione nella valle del Beles (che costituisce una seconda area di concentrazione).

In ambedue i casi l'obiettivo è rappresentato dalla riduzione del deficit alimentare strutturale. Esso, a sua volta, è strettamente collegato alle condizioni socioeconomiche che ne costituiranno il contesto: vero banco di prova per un concreto sviluppo dell'agricoltura contadina e della sua capacità produttiva.

In tale contesto sarà anche inevitabile il confronto con esperienze nazionali (nuovi insediamenti e riorganizzazione degli insediamenti rurali) che si sono prestate a valutazioni diverse, non prive, talora, di perplessità e critiche.

È perciò di fondamentale importanza che la formulazione e l'attuazione delle iniziative della cooperazione italiana in questi due principali scenari sia seguita con particolare cura e con una progressione che dipenderà in modo preponderante dai risultati della collaborazione e del dialogo che dovranno parallelamente svilupparsi tra Italia ed Etiopia a livello non soltanto tecnico, ma soprattutto politico.

Sono stati infatti chiaramente indicati gli obiettivi del programma, le azioni e gli strumenti necessari a perseguirli, ma anche le condizioni e i reciproci impegni per renderne possibile la realizzazione.

Per quanto riguarda il programma Arsi-Bale, ad esempio, finalizzato allo sviluppo di una delle aree a più elevato potenziale di produzione agro-zootecnica, una condizione indispensabile è rappresentata dal livello di partecipazione della popolazione contadina interessata che dovrà essere assicurato, sia a livello centrale che periferico.

Un'altra condizione è rappresentata dalla necessità di approfondire, nell'ambito del dialogo tra i due Paesi, i temi principali delle proposte tecniche di sviluppo, in armonia con il dialogo sulle politiche economiche in corso da tempo, sullo stesso argomento, con la Comunità Economica Europea.

È necessario un cenno a parte per descrivere il senso e i contenuti dell'intervento italiano nelle altre due aree di concentrazione del programma-paese, Eritrea e Wollo-Hararghe, ambedue considerate zone di riabilitazione.

L'Eritrea, storicamente legata all'Italia, attraversa una fase di crescente degrado. Da primaria regione produttiva e industrializzata dell'Etiopia si

è man mano trasformata in area di precario sostentamento. Lo stesso capoluogo, Asmara, è praticamente privo di approvvigionamento idrico per uso potabile e di sufficiente alimentazione energetica. La regione circostante è teatro di una ultraventennale guerra civile. Le comunicazioni con tutti gli altri centri regionali sono precarie o addirittura impossibili.

Di qui la caratteristica «di riabilitazione» dell'azione italiana, articolata su interventi straordinari per restituire l'essenziale approvvigionamento idrico ed energetico costante alla città, sul potenziamento dell'ospedale, soprattutto nel settore pediatrico, e dell'università e, infine, sul ripristino di alcuni impianti industriali alimentari.

Analoga strategia caratterizza gli interventi di riabilitazione nelle regioni del Wollo e dell'Hararghe, anch'esse colpite dagli effetti della siccità e destinate a un ampio degrado ambientale.

Un'altra interessante componente riguarda la destinazione di 90 miliardi di lire ad azioni di aiuto alimentare e logistico, sia per fronteggiare la ricorrente carestia che ha colpito soprattutto le regioni settentrionali dell'Etiopia, sia in relazione al fondamentale obiettivo della riduzione del deficit strutturale del Paese. L'inclusione in un programma triennale di provvedimenti di emergenza e straordinari fondati principalmente sull'aiuto alimentare e sul potenziamento delle capacità di accoglimento, conservazione e distribuzione dei generi di pronto ausilio potrebbe apparire contraddittoria se non si considerasse che nel caso etiopico si tratta ormai di una «calamità annunciata». Il fabbisogno alimentare strutturale del Paese si aggira sul mezzo milione di tonnellate annue che arrivano fino a un milione e trecentomila allorché la carestia incombe. Si è ritenuto pertanto logico — coerentemente con le scelte effettuate in sede di programma-paese, che però daranno frutti solo nel medio e lungo periodo — affiancare alle iniziative di sviluppo anche un pacchetto di aiuti alimentari e logistici che potessero comunque coprire parte del fabbisogno strutturale, distribuendoli — secondo le esigenze più operative, che sono state determinate da un'apposita missione di identificazione — anche sull'arco del triennio.

La principale caratteristica dell'intervento sarà anche in questo caso l'integrazione, cioè l'individuazione di una serie di azioni complementari, come l'invio di generi alimentari, che saranno selezionati secondo le necessità che scaturiscono da un esame complessivo del tipo di forniture alimentari, cui si è già impegnata l'intera comunità internazionale. Detto invio sarà accompagnato da interventi straordinari mirati al potenziamento della capacità di scarico e movimentazione dei porti. Saranno inoltre curati: lo stoccaggio in arrivo e nei principali punti del sistema di distribuzione; la riabilitazione e il potenziamento delle flotte di mezzi di trasporto già donate in precedenti occasioni e dei principali centri di manutenzione; la presa in carico di parte dei costi di distribuzione relativi al primo periodo di operazioni.

Si tratta, in altri termini, di un impegno molto complesso, in quanto l'Italia è ormai divenuta, con la terza Commissione Mista, il principale donatore allo sviluppo dell'Etiopia, e il proprio intervento sarà quindi determinante sia per la sua incidenza nel contesto del dialogo sulle politiche economiche, sia per le ricadute, in termini di benefici effettivi, per l'economia etiopica [2].

2. La cooperazione sanitaria italiana in Etiopia

Nel paragrafo precedente si è più volte accennato alla necessità, emersa nella preparazione e nel corso dei lavori della terza Commissione Mista, di razionalizzare e ricondurre a un quadro unitario gli interventi realizzati dalla cooperazione italiana nel decennio passato.

Per razionalizzare si è inteso il tentativo di organizzare gli interventi italiani inserendoli nel complesso processo di sviluppo socioeconomico dell'Etiopia e coordinandoli con quanto altre agenzie di cooperazione hanno in attuazione in quel Paese.

Gli interventi sanitari, in attuazione delle disposizioni del CICS, ed in sintonia con gli orientamenti delle più importanti agenzie internazionali (OMS, Banca Mondiale, CEE, UNDP) hanno peraltro avuto quell'attenzione e quella priorità universalmente riconosciute nel contesto degli interventi di cooperazione allo sviluppo.

Su un totale di 747 miliardi di lire, che rappresentano gli impegni del governo italiano per il piano triennale 1988-1990, a circa 140 miliardi ammontano gli impegni per programmi di cooperazione sanitaria. In questa cifra non sono compresi né i programmi finanziati sul canale multilaterale, né quelli gestiti da ONG attraverso la realizzazione dei cosiddetti programmi privati, né gli interventi di emergenza.

Circa la distribuzione territoriale si può notare come la cooperazione sanitaria italiana risponda a quella necessità di «concentrazione territoriale» emersa dai lavori della Commissione Mista, la maggior parte dei programmi si svolgono infatti nelle quattro regioni indicate come prioritarie, sia per gli interventi di riabilitazione, sia per quelli di sviluppo: Eritrea, Wollo, Arsi e Gojjam.

Alcune iniziative di cooperazione nel settore sanitario non rispondono peraltro alla politica di «concentrazione territoriale», ma ciò è dovuto al fatto che tali interventi vanno incontro a esigenze di copertura multiregionale se non nazionale. Si pensi ad esempio al programma di lotta alla

[2] I dati relativi agli aiuti italiani all'Etiopia provengono dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri. Quelli relativi all'economia etiopica, tratti dal «*World Development Report 1987*» della Banca Mondiale, si riferiscono al 1985.

tubercolosi, al programma di manutenzione delle attrezzature elettromedicali, a quello dei farmaci essenziali e, non ultimo, alla costituzione di un centro odontoiatrico che formerà operatori sanitari medici e paramedici, che verranno distribuiti sull'intero territorio nazionale.

È utile, a questo punto, per meglio comprendere la politica di intervento a cui oggi si ispira la cooperazione italiana, fare un breve cenno sull'evoluzione diremmo metodologica che i programmi sanitari hanno avuto negli ultimi anni.

Come è noto, la presenza italiana in progetti di assistenza sanitaria in Etiopia risale alla metà degli anni '70. Furono allora organizzati alcuni interventi «verticali» mirati alla lotta a specifiche patologie (lebbra, tracoma) o tendenti a coprire carenze assistenziali in strutture sanitarie centralizzate (ospedali regionali).

Le indicazioni emerse dalla Conferenza di Alma Ata circa le strategie di intervento necessarie per affrontare i drammatici problemi sanitari dei Paesi in via di sviluppo, una maggiore sensibilità politica, e di conseguenza maggiori disponibilità finanziarie nei Paesi occidentali, Italia compresa, determinarono verso la fine degli anni '70 una sostanziale modificazione non solo quantitativa ma anche qualitativa degli interventi di cooperazione con i Paesi in via di sviluppo.

La presenza italiana nel settore sanitario è andata via via consolidandosi in Etiopia, aumentando il numero degli esperti in servizio, impegnandosi nella realizzazione di nuove strutture (ospedali, centri sanitari, posti di salute), nelle forniture di beni di consumo (essenzialmente farmaci) e di attrezzature sanitarie. Nell'ambito dei singoli interventi si iniziò un processo di riconversione verso la realizzazione di interventi orizzontali, integrati, mirati più all'assistenza sanitaria di base che ai servizi clinico-terapeutici centralizzati e si cominciarono a prevedere consistenti e concreti interventi di formazione degli omologhi locali, ipotizzando un prevedibile passaggio di consegne delle attività una volta concluso il programma di cooperazione.

La catastrofica siccità che colpì gran parte del Paese nel 1983/84 diede un notevole impulso agli interventi della cooperazione italiana.

Nel solo settore sanitario vennero organizzati, con ampia disponibilità di mezzi e di uomini, due interventi di emergenza a Makallè e a Bati e successivamente, grazie alla legge 73/85 che istituì il Fondo Aiuti Italiano, quattro ONG iniziarono altrettanti programmi nel Wollo e nel Gojjam. A ciò si devono aggiungere i considerevoli stanziamenti che il governo italiano effettuò sul canale multilaterale (UNDP, UNICEF, OMS) [illegible] è stato stanziato per l'acquisto di alimenti, mezzi di trasporto, attrezzature per la ricerca di nuove fonti idriche, al fine di limitare i danni causati dalla siccità e dalla carestia.

Sempre nel 1984 venne istituita presso l'Ambasciata d'Italia in Addis Abeba l'Unità Tecnica (di cui si tratterà più estesamente nel paragrafo

successivo), una struttura di coordinamento e di monitoraggio che ha dato un impulso notevole alla riorganizzazione dei diversi programmi in corso e al «modo» di fare cooperazione in Etiopia.

Il continuo contatto e il riferimento con una struttura centrale di coordinamento hanno permesso infatti a quanti operano nelle aree periferiche di sentirsi non solo operatori sanitari inviati ad eseguire un preciso incarico in uno dei vari programmi di cooperazione, ma anche parte di un programma a più ampio respiro che non si limita al distretto dove il singolo intervento è in corso, ma che è rivolto ad un intero Paese.

Ed è proprio guardando a un intervento a livello nazionale che è oggi più che mai necessario coordinare nel modo più razionale le attività, standardizzare i metodi e le procedure operative, verificare e confrontare le diverse esperienze al fine di valutare le soluzioni e gli indirizzi più idonei. Tali indirizzi, naturalmente, dovranno essere discussi e confrontati con le autorità sanitarie locali, periferiche e centrali. Simili proposte si fonderebbero su esperienze maturate non nell'ambito di una sporadica e isolata esperienza territoriale, ma in quello di una complessa e articolata serie di interventi che riflettono in pratica le differenti condizioni operative, le difficoltà e i problemi tipici della sanità in Etiopia.

Ad oggi sono in corso nel Paese ben quattordici programmi di cooperazione sanitaria sul canale bilaterale e due programmi, sempre sul canale bilaterale, che partono da un indirizzo di sviluppo agricolo ma che hanno nel loro contesto un'importante componente sanitaria. Tutti questi interventi sono, o saranno in un prossimo futuro, gestiti da ONG e da istituti scientifici e di ricerca in stretta collaborazione con l'Unità Tecnica Locale di Addis Abeba e con l'Unità Tecnica Centrale. Sei sono inoltre i programmi, cosiddetti privati, gestiti da altrettante ONG.

Come si vede, negli ultimi anni la gestione diretta dei programmi sanitari è stata via via sostituita dall'affidamento a strutture esterne alla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, principalmente organizzazioni di volontariato e istituzioni scientifiche che abbiano dimostrato una comprovata e consistente esperienza di lavoro nei Paesi in via di sviluppo, oltre a una reale competenza nel settore specifico.

3. L'Unità Tecnica Locale

3.1. *Funzioni e compiti dell'Unità Tecnica Locale*

Solo recentemente, in applicazione delle disposizioni della legge 49 del 26 febbraio 1987, sono state istituite ufficialmente 14 Unità Tecniche Locali di cooperazione (UTL), con quattro ulteriori sezioni distaccate, in altrettanti Paesi in via di sviluppo dell'Africa, dell'Asia e dell'America Latina. Fin dal 1984, tuttavia, l'ex Dipartimento per la Cooperazione allo

Sviluppo aveva varato alcuni interventi — cosidetti tecnico-operativi — per assicurare il necessario supporto tecnico al limitato organico di alcune Rappresentanze italiane nei Paesi in via di sviluppo dell'Africa a sud del Sahara che, parallelamente alla rapida crescita delle attività di cooperazione italiana dei rispettivi territori di competenza, mostravano le maggiori difficoltà a seguirne la supervisione e il coordinamento.

L'Unità Tecnica Locale presso l'Ambasciata d'Italia di Addis Abeba è stata attivata all'inizio dell'estate del 1984, quando furono inviati in lunga missione i due primi esperti, responsabili del settore sanitario e di quello amministrativo-contabile. Da allora lo sviluppo dell'Unità Tecnica Locale di Addis Abeba è stato notevole. Basti pensare che l'organico è oggi costituito da otto esperti di settore (2 nel settore agricolo, 3 in quello sanitario, 1 ciascuno nei settori delle infrastrutture, dell'industria, energia e formazione professionale, e della logistica di emergenza) e da sedici impiegati di supporto (8 segretarie, 3 logistici e 5 autisti).

Vengono gestite con fondi amministrativi localmente circa dieci iniziative, di cui quattro in emergenza, per un bilancio totale annuo che del 1987 ha raggiunto i quattro miliardi e che sarà più che raddoppiato nell'anno in corso. Sono state sdoganate merci per quasi 50.000 tonnellate e sono stati assicurati i consueti servizi amministrativi agli oltre cinquanta esperti che sono presenti permanentemente in Etiopia sulle iniziative gestite in via diretta dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo.

Un'ultima breve indicazione quantitativa può dare un'idea della mole di lavoro che grava sull'Unità Tecnica di Addis Abeba: in Etiopia sono in corso di realizzazione o sono state recentemente terminate attività di cooperazione per un valore approssimato di circa mille miliardi di lire, mentre sono ancora da attivare tutti gli interventi e le iniziative concordate alla fine dello scorso anno dalla terza Commissione Mista — che assommano a circa settanta — per un valore complessivo stimato in 750 miliardi di lire.

Quella di Addis Abeba è la più importante tra le Unità Tecniche finora istituite e rappresenta il miglior punto di riferimento e di confronto per strutturare le altre Unità previste. Proprio in base all'esperienza fatta dall'Unità Tecnica Locale di Addis Abeba sono stati delineati e approvati dal Comitato Direzionale i compiti generali delle Unità Tecniche Locali che sono riassumibili nei seguenti punti:

1. Predisporre documenti di supporto per l'istruttoria che la Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo effettuerà su ciascuna richiesta di finanziamento accolta in sede di accordo intergovernativo (elementi di inquadramento generale e specifico di settore);
2. redigere le relazioni annuali (sotto l'aspetto generale, settoriale e per ogni singolo intervento o iniziativa) sia dal punto di vista consuntivo, sia da quello propositivo;

3. informare tempestivamente la Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo sull'andamento delle singole attività di cooperazione;
4. assicurare il coordinamento e la supervisione di tutte le iniziative che vengono realizzate in gestione diretta dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo;
5. controllare l'attività di ogni ente esecutore (governativo e non) cui sia stata affidata la realizzazione di inziative o interventi finanziati dalla cooperazione italiana;
6. contribuire a valutare i risultati e l'efficacia delle singole attività di cooperazione terminate o in via di conclusione;
7. assicurare ogni necessario supporto tecnico, organizzativo e logistico alle missioni inviate in loco dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo;
8. fornire ogni assistenza sollecitata dalle autorità locali competenti in merito alla correttezza e completezza delle documentazioni tecniche ed economico-finanziarie presentate per ottenere un finanziamento dalla cooperazione italiana;
9. inviare alla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, secondo scadenze temporali definite, rendiconti e preventivi di spese in merito alla gestione dei fondi accreditati;
10. amministrare e inventariare i beni (come attrezzature e veicoli) che sono inviati in loco per l'attività di cooperazione.

Tutti i compiti sopra riassunti sono naturalmente svolti nel quadro dell'attività di indirizzo e di coordinamento propria della Rappresentanza Diplomatica competente per territorio, così come per suo tramite avviene la trasmissione da e per la Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo di tutte le informazioni, le documentazioni o le relazioni che sono state in precedenza elencate.

3.2. *Il settore sanitario dell'Unità Tecnica Locale di Addis Abeba*

Le attività del settore sanitario dell'Unità Tecnica si sono concretizzate nella pianificazione e nella gestione dei programmi. Le attività di programmazione e formulazione dei progetti sono condotte in accordo con la controparte etiopica, attraverso l'acquisizione di tutte le informazioni e i dati necessari perché la Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo possa svolgere una valutazione approfondita delle richieste.

In particolare l'attività di programmazione comporta:
— rilevamento sul campo delle necessità reali, in accordo con la locale controparte competente;
— raccolta di dati socio-sanitari, economici, tecnici e di informazioni necessarie per la valutazione;
— valutazione delle attività e dei programmi di istituzioni nazionali e internazionali eventualmente già presenti sul campo al fine di proporre un intervento non sovrapposto ad altri progetti in atto;
— valutazione di eventuali possibilità di integrazione con altre componenti impegnate nel processo di sviluppo;
— supporto alla controparte per la predisposizione della richiesta ufficiale.

L'attività di gestione dei programmi comporta:
— valutazione dello stato di avanzamento dell'efficacia delle realizzazioni;
— coordinamento e integrazione delle iniziative in atto nei vari settori di intervento;
— supporto tecnico-scientifico e standardizzazione delle metodologie di lavoro;
— supporto e supervisione delle attività degli esperti;
— instaurazione di rapporti diretti con la controparte per effettuare comuni verifiche periodiche delle realizzazioni;
— informazione e coordinamento con gli organi centrali della Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo.

L'esperienza realizzata nel settore sanitario ha peraltro caratteristiche particolari, in quanto i programmi sanitari sono a gestione diretta della Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, con l'invio di proprio personale, che rappresenta, in un certo senso, l'ente esecutore di parte italiana. Risulta quindi più agevole per il settore sanitario il lavoro di coordinamento delle iniziative sul campo e con la Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo. Ciò non toglie che l'esperienza sanitaria abbia mostrato come il lavoro degli esperti operanti presso l'Unità Tecnica può rendere più efficace e spedita la gestione dei programmi, la valutazione di nuovi progetti, il lavoro di contatto e di consultazione tecnica con i ministeri locali competenti.

Un'attenzione particolare va dedicata a questo ultimo aspetto: l'esperienza del settore sanitario ha rivelato come sia indispensabile un'opera di coordinamento tra Ambasciata e Unità Tecnica con le autorità locali. Se l'Ambasciata ha poteri di indirizzo, controllo e supervisione della gestione dei programmi, e quindi ha come naturale interlocutore soprattutto l'*Office of the State Committee for Foreign Economic Relations* (OSCFER), spetta invece all'Unità Tecnica il compito di mantenere i contatti a livello tecnico con le autorità competenti.

Il raccordo tra l'Ambasciata e l'Unità Tecnica diventa quindi fondamentale, poiché gli obiettivi e gli indirizzi della cooperazione (ad esempio, settori e aree di sviluppo), le valutazioni politiche e le linee generali di programmazione delle autorità locali devono essere tenuti presenti nella gestione tecnica dei programmi, e viceversa, il coordinamento politico non può prescindere da una conoscenza e valutazione tecnica dei programmi in corso e dei progetti di nuova iniziativa.

Le attività di amministrazione del personale in servizio di cooperazione in Etiopia sono rilevanti. Basti ricordare che attualmente sono in servizio nel Paese circa cinquanta esperti e trenta volontari.

I servizi resi agli esperti sono articolati prima dell'ingresso nel Paese, nell'espletamento delle pratiche burocratiche connesse alla presentazione delle candidature, alla loro accettazione da parte delle autorità etiopiche e alla richiesta dei necessari visti di ingresso e dei permessi di lavoro e di viaggio nel Paese; al momento dell'arrivo in Etiopia, nell'assistenza nel disbrigo delle formalità doganali e nel reperimento di una sistemazione logistica adeguata, provvisoria o definitiva; durante la permanenza nel Paese, nell'assistenza in tutte quelle questioni amministrative legate ai rapporti del cooperante nei confronti sia del governo etiopico che di quello italiano; al momento della partenza, nell'espletamento delle numerose procedure necessarie per ottenere il visto di uscita.

Negli ultimi anni, oltre a esperti in lunga missione e a volontari, sono stati assistiti anche circa ottanta esperti in breve missione di durata compresa tra una settimana e un mese, per i quali l'Unità Tecnica interviene eseguendo parte delle procedure sopra indicate.

L'Unità Tecnica segue infine tutte le formalità relative alla concessione delle borse di studio messe a disposizione dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo. A questo proposito, partono in media per l'Italia circa settanta borsisti etiopici all'anno per un totale di 250 mensilità.

Per l'invio delle forniture nelle aree dei programmi, visti i problemi dei servizi di trasporto nel Paese, l'Unità Tecnica si è servita di un camion FIAT 90PM acquistato per il programma di emergenza. È stata anche allestita un'officina per la riparazione e la manutenzione dei veicoli assegnati ai programmi in gestione diretta. Questa decisione è stata presa in considerazione della carenza di un adeguato servizio di assistenza. L'officina serve un totale di 31 automezzi assegnati ai vari programmi.

In conclusione, nella sua evoluzione, l'Unità Tecnica Locale di Addis Abeba ha assunto una configurazione peculiare in quanto unità di tecnici per sua natura distinta dell'Ambasciata ancorché sotto il suo coordinamento e le sue direttive. Inoltre l'Unità Tecnica, benché composta da esperti il cui status non differisce, di per sé, da quello degli altri esperti in servizio di cooperazione impegnati nell'esecuzione di programmi sul terreno, svolge un ruolo di natura particolare nel quadro dell'attività di cooperazione nel Paese, in ragione delle funzioni di supporto, di informazione, di coordinamento, di supervisione, di controllo e di valutazione formalizzate nella legge 49/87.

CAPITOLO TERZO

LA COOPERAZIONE SANITARIA ITALIANA: I PROGRAMMI BILATERALI

1. Cooperazione sanitaria nella regione dell'Arsi

1.1. *Scheda sintetica del programma*

Titolo	Cooperazione sanitaria nella regione dell'Arsi.
Area	Arsi.
Durata	Quattro anni (1986/1990).
Organismi esecutori	Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo (DGCS); Istituto per la Cooperazione Universitaria (ICU); Istituto Superiore di Sanità (ISS).
Obiettivi	Migliorare le condizioni igienico-sanitarie della popolazione dell'Arsi espandendo e rinforzando i servizi sanitari locali attraverso: 1. formazione di personale paramedico; 2. programmi capillari di medicina di base; 3. potenziamento delle strutture sanitarie: centri sanitari e posti di salute, ospedale regionale e il Dipartimento regionale sanitario (*Regional Health Department* - RHD). Nel programma sono identificabili due linee. La prima linea riguarda il programma ospedale, gestito direttamente dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, che consiste nel rafforzamento e miglioramento tecnico-gestionale dell'ospedale di Asella come struttura portante del sistema sanitario della regione. La seconda linea, il programma territorio, affidato all'Istituto per la Cooperazione Universitaria (ICU), prevede la costituzione nella regione di una rete sanitaria di base avente anche la funzione di filtro alla ospedalizzazione attraverso un'azione integrata di *Primary Heath Care* comprendente attività sanitarie di prevenzione e cura, formazione di personale paramedico ed educazione igienico-sanitaria della popolazione. Tutte e due le linee di azione del programma vedranno nell'Istituto Superiore di Sanità di Roma l'ente incaricato

dell'attività di supervisione e monitoraggio della raccolta dei dati rilevanti ai fini della valutazione dei risultati conseguiti.

Descrizione

L'iniziativa prevede:

1. il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie nei villaggi della regione;
2. la ricostruzione dell'ospedale regionale di Asella e la costruzione dell'annesso centro di formazione del personale sanitario;
3. la costruzione dei nuovi uffici del Dipartimento regionale sanitario;
4. la ristrutturazione dei centri sanitari e dei posti di salute nelle aree rurali;
5. la fornitura di attrezzature, farmaci, materiale sanitario e mezzi di trasporto;
6. la formazione del personale locale in loco e tramite la concessione di borse di studio.

1.2. *Quadro analitico del programma*

Con circa 1.662.000 abitanti e una superficie di 24.100 km² (*Central Statistical Office*, 1984b), l'Arsi è nel contempo una delle regioni più piccole dell'Etiopia e tra quelle con la maggiore densità di popolazione, pari a circa 68,9 abitanti/km², contro i 34,4 abitanti/km² della media nazionale nel 1984.

Situata nella porzione sud-orientale dell'altopiano etiopico, questa regione si estende in buona parte su terre comprese tra i 2.000 e i 3.000 metri sul livello del mare, dove la popolazione tende a concentrarsi a causa della fertilità dei suoli e dell'abbondanza delle piogge. L'Arsi ha un buon potenziale di sviluppo agricolo ed economico, tenuto conto anche del fatto che possiede una rete stradale e di trasporti che si pone su uno standard superiore rispetto al resto del Paese.

1.2.1. L'ospedale di Asella

Sebbene la maggioranza della popolazione della regione viva nelle campagne, il capoluogo Asella è in rapida espansione (circa 40.000 abitanti censiti nel 1984) ed è sede delle strutture amministrative regionali e dell'unico ospedale dell'Arsi.

Il nosocomio, costruito nel 1954, era stato concepito come un ospedale rurale con una capacità di circa 50 posti-letto e con un'attività clinica mirata quasi esclusivamente alla medicina generale.

Nel 1980 ebbe inizio un primo intervento della cooperazione italiana, dapprima attraverso un progetto di volontariato e in seguito, dal 1982,

con un programma di assistenza tecnica gestito direttamente dal Dipartimento per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri. Nello stesso anno fu concordato tra i governi italiano ed etiopico un progetto che prevedeva la ristrutturazione e l'ampliamento dell'ospedale di Asella, nonché la costruzione di un'annessa scuola per infermieri professionali capace di ospitare circa cento allievi.

Il contributo della cooperazione sanitaria italiana ha consentito in questi anni lo sviluppo dell'attività chirurgica e ostetrico-ginecologica nell'ospedale, oltre al potenziamento dei servizi di medicina generale, di pediatria e del laboratorio di analisi.

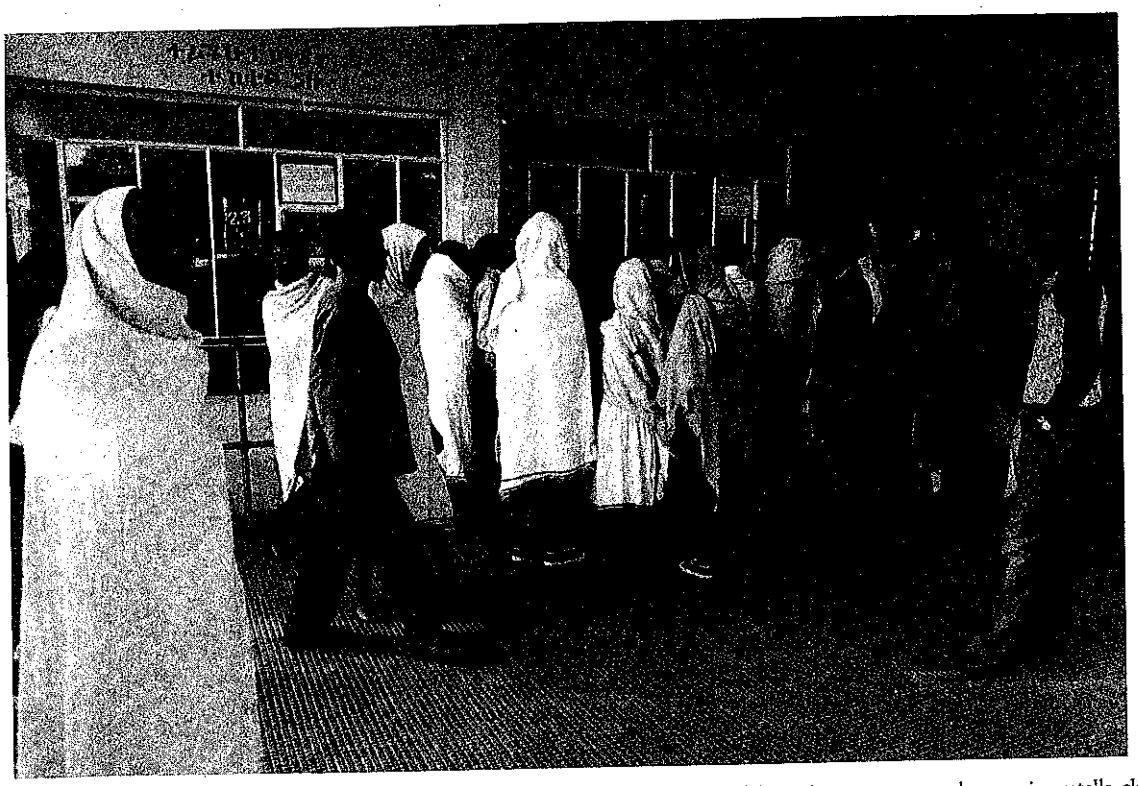
Agli inizi del 1985 operavano nell'ospedale di Asella: due chirurghi, un ostetrico-ginecologo, un anestesista, un internista, un pediatra, un tecnico di radiologia, un tecnico di laboratorio, un'ostetrica, uno strumentista.

La recettività dell'ospedale è stata progressivamente aumentata agli attuali 85 posti-letto, e la qualificazione e diversificazione delle prestazioni cliniche inducevano le autorità sanitarie etiopiche ad elevare la struttura sanitaria dal livello zonale al livello regionale.

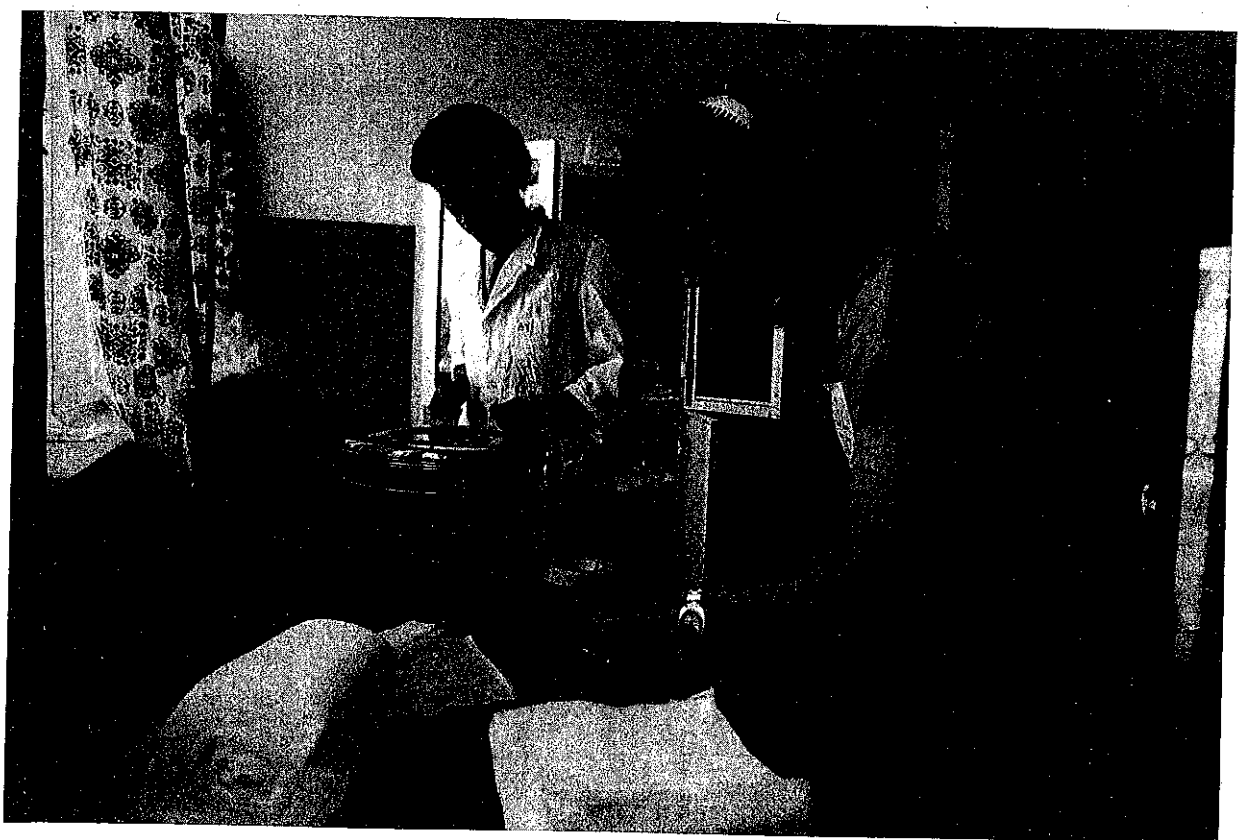
L'attività degli esperti italiani non si è mai limitata alla sola attività di assistenza, ma si è diretta anche alla didattica, incentrata sulla formazione sul lavoro, su seminari riguardanti argomenti di interesse generale, su corsi di aggiornamento per infermieri specializzati, su riunioni settimanali con discussione di casi clinici e su incontri quotidiani che precedono l'inizio delle attività di reparto.

Recentemente, grazie all'addestramento di personale locale, è stato possibile assegnare le funzioni di strumentista, anestesista, tecnico di radiologia e di laboratorio a personale etiopico formato nell'ambito del programma. Ciò ha permesso di ridurre la composizione del gruppo di medici italiani a due chirurghi, un pediatra e una ostetrica. Agli esperti italiani sono affiancati cinque medici etiopici nei vari settori di attività del lavoro ordinario e nella copertura del servizio straordinario di guardia notturna e festiva.

L'ampiezza del bacino di utenza, che raggiunge non meno di due milioni di persone, includendo anche le zone limitrofe delle regioni dello Shoa, dell'Hararghe, del Bale e del Sidamo, nonché la crescente fiducia nelle prestazioni sanitarie fornite dall'ospedale di Asella, hanno fatto aumentare significativamente il flusso di pazienti. A titolo puramente indicativo, si consideri che nel 1985 sono stati effettuati 1.300 interventi chirurgici con una sola sala operatoria attiva; l'indice di occupazione dei letti è oggi superiore al 100% in ogni reparto e si eseguono una media di 180-200 visite ambulatoriali al giorno. Nel reparto pediatrico, dotato di 15 letti, da un livello di occupazione dei posti-letto del 59,2%, si è giunto, nel corso di tre anni, al valore di 106,6%, pur riducendo la durata della degenza media da 7,7 a 7,4 giorni.



1. Asella (Arsi). — Nell'ospedale regionale i pazienti sono in attesa fin dalle prime ore del mattino per ottenere la propria cartella clinica prima della visita in ambulatorio. L'ospedale di Asella, costruito nel 1954, serve una popolazione stimata in circa due milioni di persone. Nel 1980 nell'ospedale fu avviato dal Ministero degli Affari Esteri italiano un primo programma di volontariato e dal 1982 un programma di assistenza tecnica gestito direttamente dal Dipartimento per la Cooperazione allo Sviluppo. Attualmente il nosocomio dispone di 85 posti letto con reparti di medicina generale, pediatria, chirurgia, ostetricia e ginecologia e un laboratorio di analisi. Grazie a un accordo bilaterale, sono stati recentemente avviati i lavori di ristrutturazione e di ampliamento dell'ospedale e la costruzione di una scuola per infermieri professionali.



2. Asella (Arsi). — Preparazione di tamponi sterili per il reparto di chirurgia dell'ospedale regionale. L'intervento italiano ha consentito l'addestramento di personale locale, assegnando le funzioni di strumentista, anestesista, tecnico di radiologia e di laboratorio a personale etiopico formato nell'ambito del programma. In tutti i programmi sanitari italiani in Etiopia la formazione rappresenta una delle attività prioritarie.

Una indagine condotta su un periodo di trenta giorni lavorativi nei mesi di luglio/agosto e novembre/dicembre 1987, ha rilevato che quotidianamente si rivolgono all'ambulatorio da 25 a 41 bambini, con una media, nel periodo considerato, di 31 al giorno. Solo il 25% del totale proviene dalla provincia di Asella, il resto è residente in altre provincie dell'Arsi o in altre regioni (4%). L'indagine ha peraltro rilevato che il 25,8% dei bambini visitati presentava patologia non grave o inesistente (bronchiti, faringiti, parassitosi non complicate), il 35,5% presentava patologia grave ma trattabile ambulatorialmente (TB, *Protein Energy Malnutrition* - PEM, polmoniti, tracoma, enteriti), il 25,8% patologia grave tale da richiedere il ricovero ospedaliero (la stessa del gruppo precedente in espressione più seria), e il 12,9% patologia gravissima da richiedere immediato ricovero e trattamento intensivo. Del totale dei gruppi a patologia grave e gravissima, solo il 30,4% proveniva da Asella mentre il resto (69,6%) proveniva da aree rurali.

Se si considera che, almeno per il periodo di osservazione, il 35,5% della patologia era rappresentato da forme morbose per cui è possibile una prevenzione vaccinale (TB, morbillo, pertosse, difterite, tetano) e che un altro 44,1% era costituito da malattie per cui può essere svolta una efficace azione preventiva (ad esempio PEM, tracoma, tifo addominale e petecchiale, parassitosi), risulta evidente che l'assistenza sanitaria deve essere pianificata partendo dall'organizzazione di una rete di medicina preventiva a supporto dell'attività ospedaliera.

Il nuovo nosocomio, con dimensioni più che doppie rispetto a quelle dell'attuale struttura, dovrebbe essere completato nell'arco di due anni. Esso sarà gestito direttamente e autonomamente da personale etiopico con l'assistenza di esperti italiani.

1.2.2. La *Primary Health Care* nella regione dell'Arsi

Il progetto di *Primary Health Care* nell'Arsi si fonda su una strategia elaborata dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri, in continuità con le linee delineate dall'OMS, che assegna priorità, accanto a iniziative di emergenza o assistenziali in senso stretto, a interventi di sviluppo a più lunga scadenza e con obiettivi strutturali.

Il progetto si inserisce nel contesto dello sforzo del governo etiopico volto a ridurre sempre più le cause delle condizioni di povertà, di dipendenza economica e alimentare e di rischio di catastrofi naturali che caratterizzano il Paese. Uno degli strumenti adottati dal governo per perseguire obiettivi di sviluppo rurale è la politica della villaggizzazione. Questo strumento, differentemente valutato da osservatori esterni, comporta in principio utili ricadute nei settori dell'istruzione e dell'assistenza sanitaria, nei quali l'erogazione dei servizi di base risulta favorita da una più razionale distribuzione della popolazione nel territorio.

Gli agglomerati, abitati mediamente da 300 famiglie, dovrebbero essere attrezzati con servizi sanitari di base. Le esperienze e i risultati che saranno conseguiti nell'Arsi potrebbero essere utilizzati non solo nella pianificazione sanitaria dell'Etiopia, ma anche come elementi sperimentati per analoghe iniziative da realizzare in altri paesi.

L'obiettivo del progetto è l'estensione di misure curative e preventive che determinino un miglioramento degli indici di mortalità e di morbilità, soprattutto nella fascia di popolazione più colpita, vale a dire le donne in età fertile e l'infanzia.

Le attività del progetto, che avrà una durata di quattro anni, investiranno in maniera coordinata ed integrata i vari livelli di cui si compone la struttura sanitaria regionale: il Dipartimento regionale sanitario, i centri sanitari e i posti di salute, ciascuno con una competenza amministrativa e sanitaria differente. Il contemporaneo intervento italiano nell'ospedale regionale di Asella è orientato a integrare e correlare la struttura centrale con quelle periferiche per un corretto sistema di riferimento dei pazienti, per una razionale formazione di personale paramedico e di base, per una funzionale supervisione e produzione di protocolli diagnostico-terapeutici, e per la pianificazione della politica sanitaria a livello regionale.

Il programma prevede la formazione e il sostegno dell'azione di quadri sanitari di base che opereranno nei villaggi (operatori sanitari di comunità - CHW - e levatrici tradizionali - TBA) con l'obiettivo di coprire, al termine del quarto anno di intervento, i bisogni dei circa mille villaggi presenti nella regione.

La formazione verrà effettuata in tre centri, due dei quali verranno costruiti nell'ambito del programma. Il supporto riguarda la preparazione ed esecuzione dei corsi e la fornitura del materiale necessario al loro espletamento. I corsi saranno residenziali, a questo scopo verranno realizzate le idonee strutture.

La fornitura di adeguati mezzi di trasporto garantirà la supervisione dell'intero progetto. È da notare che una supervisione deficitaria comporterebbe una irregolarità nelle forniture di materiale e medicinali ai quadri di base, l'assenza del supporto tecnico ai quadri stessi, la perdita della loro credibilità e il loro progressivo disimpegno dei compiti attribuiti. Queste osservazioni sono valide per l'intero sistema sanitario regionale. Per questo motivo il programma ha riservato un capitolo di spesa specifico alla supervisione.

L'estensione dei servizi materno-infantili e di vaccinazione, che dovrebbero passare dall'attuale copertura del 30% a quella del 60%, verrà sostanzialmente attuata grazie alla mobilità del personale dei posti di salute. I servizi materno-infantili provvederanno all'individuazione di donne con gravidanza a rischio per le quali prevedere parti assistiti da personale professionale; offriranno assistenza specifica alle donne in età fertile e all'infanzia; divulgheranno informazioni utili alle donne gravide

sulla loro alimentazione durante il periodo di gestazione e su quella necessaria nella prima infanzia; daranno suggerimenti su parti igienici a domicilio con o senza l'assistenza delle levatrici tradizionali.

Nell'Arsi la ricchezza di sorgenti naturali rende elevata la disponibilità di acqua. Il progetto prevede la protezione di un numero rilevante di tali sorgenti, rendendole più sicure e potabili. Al termine dell'intervento una percentuale elevata della popolazione rurale della regione godrà di un servizio per molti versi privilegiato rispetto al resto del Paese. Questo dovrebbe senz'altro produrre una riduzione degli indici di morbilità.

Non va sottovalutato il rischio derivante dal restringimento degli spazi di convivenza nei nuovi villaggi. Il programma intende stimolare la partecipazione delle famiglie alla costruzione di latrine a secco e di fosse per la raccolta dei rifiuti, tramite la preparazione di «latrine dimostrative» in materiale reperibile in loco nei singoli villaggi.

Il programma prevede inoltre un'intensa opera di educazione sanitaria della popolazione allo scopo di indirizzare abitudini e pratiche tradizionali verso un corretto uso dei nuovi servizi offerti.

I centri sanitari saranno rafforzati da professionisti di livello superiore al paramedico, perché il loro ruolo non si limiterà all'erogazione di prestazioni curative, ma riguarderà la gestione della realtà sanitaria del territorio nei suoi aspetti curativi, preventivi, amministrativi, di formazione e di supervisione.

La fornitura di materiale di uso corrente, come farmaci o carburante, prevista dal programma, costituirà probabilmente un problema quando le autorità sanitarie etiopiche gestiranno totalmente il sistema di salute. La soluzione potrebbe essere ricercata nell'accrescimento delle risorse disponibili presso il Ministero della Sanità (è in corso, a questo proposito, un piano per la realizzazione di un centro per la produzione di farmaci essenziali ad Addis Abeba), nella diminuzione degli sprechi e in un eventuale aumento del finanziamento diretto da parte della popolazione.

Il potenziamento e la razionalizzazione del sistema informativo rappresenteranno un obiettivo e uno strumento per assumere decisioni e valutare l'andamento del progetto. La raccolta di dati verrà standardizzata e un addestramento specifico sarà impartito a personale etiopico selezionato. Studi periodici a campionamento e ad hoc saranno condotti allo scopo di accumulare materiale di valutazione attendibile e puntuale. Lo studio di valutazione sarà condotto in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e coprirà l'intera durata del programma. A questo proposito un disegno preliminare dell'indagine è già stato formulato.

2. Programma di lotta alla cecità

2.1. *Scheda sintetica del programma*

Titolo	Programma di lotta alla cecità.
Area	Etiopia.
Durata	Tre anni.
Obiettivi	Il programma prevede l'organizzazione di due centri a Jimma (regione del Keffa) e a Shashamanne (regione dello Shoa), per la cura delle patologie oculari, con i seguenti obiettivi: 1. riduzione della prevalenza globale della cecità; 2. sviluppo del programma nazionale etiopico per la lotta alla cecità; 3. creazione delle basi scientifiche metodologiche e amministrative per l'espansione dei servizi di prevenzione e cura delle malattie oculari, con formazione del personale locale ed educazione sanitaria della popolazione.
Descrizione	L'iniziativa fa seguito al precedente programma di lotta al tracoma e funge da supporto all'ufficio centrale del programma nazionale etiopico contro la cecità. In particolare prevede: 1. la istituzione di centri oftalmologici di prevenzione e cura nelle regioni del Keffa e dello Shoa attraverso l'invio di esperti, farmaci e attrezzature specialistiche; 2. la formazione in loco di personale medico specialistico e di personale paramedico; 3. borse di studio per corsi di specializzazione in oculistica in Italia per medici etiopici; 4. fondi di gestione in loco per l'acquisto di beni e di servizi reperibili nel Paese e per l'organizzazione di incontri e di seminari a livello universitario.

2.2. *Quadro analitico del programma*

2.2.1. La cecità in Etiopia

L'Oms definisce la cecità come l'impossibilità di contare le dita di una mano da una distanza di 3 metri. Adottando tale definizione, uno studio compiuto nel 1980 in sette regioni dell'Etiopia dal «Programma Italo-Etiopico di Controllo del Tracoma» (*Ethio-Italian Tracoma Control Programme*) ha indicato che i non vedenti erano pari all'1,5% della popolazione totale. Una successiva indagine, realizzata per l'Oms nel 1981, ha confermato questo dato e ha stabilito che le cause principali di cecità

sono, nell'ordine, tracoma, cataratta, glaucoma e distrofie corneali insorte nei primi anni di vita.

Riferendoci al totale della popolazione etiopica, valutato nel 1984 in circa 42 milioni di abitanti, e considerando la percentuale dei non vedenti indicata dall'Oms nella misura dell'1,5%, si calcola che esistano a tutt'oggi in Etiopia circa 630.000 non vedenti.

Il tracoma è estesamente diffuso nel Paese e giunge a determinare invalidità funzionali permanenti nei suoi stadi più avanzati. È comune specialmente fra le popolazioni rurali, dove le condizioni socio-economiche, culturali, climatiche e igieniche fanno sì che la malattia si mantenga su livelli di iperendemia.

Il ripetersi di infezioni nei primi anni di vita e il sovrapporsi di superinfezioni batteriche di tipo epidemico stagionale comportano che i caratteri anatomo-funzionali delle palpebre, in particolare di quella superiore, ne risultino progressivamente alterati. Il risultato finale può essere la cecità da danno corneale.

La cataratta, nelle sue diverse configurazioni, correlate alle singole noxae, agenti nell'ambito delle varie fasce di età, incide notevolmente, nella misura del 28%, quale seconda causa di cecità nel Paese. Le rimanenti cause sono sensibilmente meno significative.

2.2.2. L'intervento italiano nella lotta alla cecità

Un primo accordo per l'assistenza italiana al programma etiopico di controllo del tracoma è stato siglato nel 1973. L'attività del «Programma Italo-Etiopico di Controllo del Tracoma» iniziò nella regione del Wollo per essere poi estesa a quella del Keffa e dello Shoa nel 1977/78.

Il primo quinquennio di attività è stato seguito da un ulteriore programma triennale, durante il quale le attività di controllo del tracoma sono state ampliate e integrate da indagini epidemiologiche compiute in diverse aree del Paese. Nel settembre 1982 un nuovo accordo ha intensificato e riorientato il programma verso un più ampio ambito di intervento definito come «prevenzione della cecità», in linea con le indicazioni fornite dall'Oms.

Gli obiettivi principali del nuovo programma sono il rafforzamento e l'espansione dei servizi forniti dal «Programma Nazionale per la Prevenzione della Cecità in Etiopia». Gli obiettivi a lungo termine nell'ambito del rapporto di cooperazione includono:
— la riduzione dell'incidenza della cecità nel Paese;
— lo sviluppo delle attività del «Programma Nazionale per la Prevenzione della Cecità» come parte integrante di programmi di *Primary Health Care*;
— la creazione delle basi scientifiche, epidemiologiche e metodologiche per una graduale espansione delle attività curative e preventive, con

particolare riguardo a iniziative di formazione, e la promozione dell'educazione sanitaria e della partecipazione delle comunità rurali e cittadine;
— la standardizzazione del servizio oftalmico fornito alla popolazione, con la creazione di due centri in Jimma e Shashamanne che coprono i bisogni della popolazione delle seguenti regioni: Bale, Gamo Gofa, Keffa, Illubabor, Sidamo, Wollega e Sud Shoa;
— il supporto all'ufficio di coordinamento del «Programma Nazionale per la Prevenzione della Cecità» in Addis Abeba.

In seguito agli accordi del 1982 si è proceduto alla installazione di due unità prefabbricate in Jimma e Shashamanne, dove operano due gruppi dell'*Italian Medical Team*. Ogni complesso è costituito da cinque moduli prefabbricati e preattrezzati collegati fra loro. Il modulo centrale, che svolge le funzioni di accettazione e preparazione del paziente, è collegato direttamente con la zona chirurgica che comprende la sala operatoria e una pre-sala operatoria per la sterilizzazione e la preparazione degli strumenti e del personale. Un modulo è infine impiegato come ambulatorio di oculistica.

L'attività nelle due unità è iniziata nell'aprile 1985 a Jimma e nell'aprile 1986 a Shashamanne. Il gruppo italiano è attualmente costituito da due medici oculisti, un assistente di oftalmologia e due infermieri. Le attività ambulatoriali e chirurgiche delle due unità sono riassunte nelle tabelle 3 e 4.

Tabella 3. *Attività dell'unità di Jimma (aprile 1985-settembre 1986)*

Attività	Pazienti		%
Ambulatorio	7.261		
Chirurgia	939		100,0
di cui:			
Cataratta		463	49,3
Tarsectomia		203	21,6
Pterigio		101	10,8
Glaucoma		59	6,3
Traumi		26	2,8
Calazio		24	2,6
Correzione strabismo		20	2,1
Enucleazioni		19	2,0
Cataratta e glaucoma		13	1,4
Tumori		9	0,9
Apparato lacrimale		2	0,2

Tabella 4. *Attività dell'unità di Shashamanne (aprile 1986-settembre 1986)*

Attività	Pazienti	%
Ambulatorio	4.161	
Chirurgia	287	100,0
di cui:	160	55,8
Cataratta	53	18,5
Tarsectomia	31	10,8
Correzione ectropion	12	4,2
Traumi	9	3,1
Calazio	8	2,8
Pterigio	5	1,7
Cataratta e glaucoma	5	1,7
Glaucoma	4	1,4
Enucleazioni		

Le due unità funzionano come reparti di oculistica dei due complessi ospedalieri che le ospitano, fornendo un servizio ambulatoriale giornaliero, per i pazienti esterni e occupandosi della patologia chirurgica dei pazienti selezionati nello stesso ambulatorio o riferiti da altre strutture sanitarie che agiscono nel Paese.

2.2.3. Formazione

In ogni unità sono stati formati un'infermiera chirurgica etiopica e un infermiere specializzato con funzioni di assistente oftalmico e sono stati organizzati corsi per due o tre infermieri provenienti da centri sanitari e posti di salute.

Nell'unità di Jimma il personale proveniente dalle strutture sanitarie periferiche è addestrato per un periodo di 2-3 mesi alle pratiche di *screening* diagnostico, indicazioni terapeutiche, invio di casi che necessitano dell'intervento di un oculista e chirurgia minore degli annessi oculari. Il personale italiano di Shashamanne, invece, si reca settimanalmente in ognuna delle strutture periferiche prescelte della zona e procede all'addestramento sul posto con il metodo della formazione sul lavoro.

Oltre a queste attività specifiche, il personale italiano partecipa a iniziative di addestramento di studenti dell'ultimo anno di medicina, con particolare riguardo alla diagnosi di tracoma ed alle manifestazioni oculari causate da carenza di Vitamina A. Tutti gli studenti di medicina vengono così a contatto con le attività del programma di prevenzione della cecità. Tutte le scuole per infermieri vengono inoltre visitate una volta all'anno e in tale occasione vengono organizzati corsi teorico-pratici sulla diagnosi e sulla prevenzione delle patologie oculari più comuni nel Paese.

Gli interventi sul territorio prevedono, inoltre, lo *screening* nelle

scuole dei bambini dai 3 ai 10 anni, attività che è stata svolta in stretta collaborazione con le autorità locali, le organizzazioni di massa (Associazioni di Cittadini o Associazioni delle Donne), i genitori e gli insegnanti. A questi ultimi si sono dirette specifiche attività di formazione per consentire la realizzazione di programmi di prevenzione nelle istituzioni scolastiche.

2.2.4. Metodologia di interventi e prospettive per il futuro

L'intervento italiano in Etiopia a favore dell'agenzia nazionale che coordina il programma di prevenzione della cecità costituisce un modello di adeguamento dell'offerta alla documentata richiesta sanitaria che — nel corso degli anni — la controparte è stata in grado di formulare. Esso ha, peraltro, seguito, nelle sue linee evolutive, lo svolgimento e il graduale perfezionamento del dibattito scientifico internazionale in materia oftalmologica, riorientando periodicamente contenuti, strategie e obiettivi, fino a promuovere la salute oculare nell'ambito di un contesto globale di sviluppo sanitario che aderisce alla filosofia della *Primary Health Care*.

Il programma italiano è sinora stato in grado di fornire gli strumenti di riferimento per il supporto tecnico e operativo allo svolgimento delle attività di base nelle due unità realizzate. Il consolidamento delle due cliniche all'interno delle infrastrutture locali permette di pianificarne e ottimizzarne l'impiego nei confronti della popolazione di potenziale utenza. L'analisi e la revisione critica dei dati raccolti hanno consentito di quantificare una serie prioritaria di patologie. Sono stati conseguentemente definiti interventi correttivi e promotivi che costituiscono la premessa indispensabile per l'attivazione delle componenti periferiche del programma. Particolare attenzione è stata posta alla promozione dell'interazione, sia in sede locale (regioni e distretti), che nazionale (dipartimenti e agenzie ministeriali), delle attività a prevedibile impatto sulla patologia oculare.

Sono stati pertanto mobilizzati i canali informativi e operativi per linee verticali (centro-periferia) e orizzontali (per singoli organi preposti ai vari livelli), per assicurare l'integrazione di strategie e modelli di intervento. In tal modo sono state identificate le precise responsabilità attuative per attività corollarie — ma di dimostrato impatto sulla patologia oculare — in campo di approvvigionamento idrico, smaltimento dei rifiuti liquidi e solidi, nutrizione e promozione alimentare, rifornimento adeguato di farmaci essenziali che permettano la corretta stesura di piani decentrati di intervento, comunque integrati e multisettoriali, pur in economia finanziaria e di personale.

Le risorse disponibili e mobilizzabili sono state censite e rapportate ai vari livelli di potenziale utenza, per evitare inappropriatezze di personale, servizi e obiettivi, mirando a strutturare un sistema di intervento

attendibile e utilizzabile dalla controparte alla scadenza dell'impegno italiano.

Materiale di consumo — farmaci inclusi — e logistica hanno ricevuto particolare attenzione, secondo la filosofia generale degli interventi della Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, ritenendo che essi costituiscano tradizionalmente uno dei settori critici per la conduzione di programmi sanitari e componente territoriale e che richiedano soluzioni tecnologiche appropriate, solide e, soprattutto, replicabili nel tempo. Seguendo tale approccio, profondamente aderente alle realtà locali, anche la formazione del personale è stata particolarmente seguita a ogni livello.

Il programma italiano si farà carico della formazione in ambito oftalmologico, adeguando contenuti e metodologie al personale ricevente, e cercando di attivare le necessarie linee di supervisione, monitoraggio e, quindi, valutazione dei risultati. L'educazione sanitaria della popolazione è, in tal senso, obiettivo precipuo, non già del personale italiano, bensì delle controparti locali, di cui anzi costituisce un indicatore di efficienza.

Le cliniche oftalmologiche organizzate nell'ambito della cooperazione sanitaria bilaterale italiana svolgeranno anche la funzione di strutture di riferimento decentralizzate nei confronti della formazione di personale a livello post-universitario, potenziando la nuova Scuola Medica di Jimma, la terza del Paese, creata con programmi di studio innovativi e di immediato riscontro operativo, ed entrando a far parte dell'erigendo ospedale generale, nella cui struttura sono previsti reparti e ambulatori oculistici.

Un'ulteriore novità di approccio è rappresentata dall'adozione di semplici diagrammi e uso del personale delle scuole: la loro sistematica diffusione e le semplicità di uso permetteranno l'approfondimento continuo della partecipazione comunitaria ai processi di *screening* e di riferimento precoce dei soggetti colpiti da malattie oculari, facilitando in estrema economia la strutturazione di una catena di riferimento polisettoriale che, idealmente, costituisce il prerequisito del sistema, obiettivo finale del programma stesso.

3. Programma di lotta alla lebbra

3.1. *Scheda sintetica del programma*

Titolo	Lotta contro la lebbra in Eritrea.
Area	Eritrea.
Durata	Due anni (1988-1989).
Obiettivi	Il programma si propone di: 1. contribuire a ridurre l'incidenza della lebbra mediante la realizzazione in Eritrea delle strutture necessarie per l'assistenza clinico-terapeutica e per la completa integrazione sociale dell'hanseniano; 2. integrare gli interventi di lotta alla lebbra nell'ambito dei programmi di salute pubblica.
Descrizione	Il programma prevede la continuazione di un intervento iniziato nel 1983 dal Dipartimento per la Cooperazione allo Sviluppo. L'estensione comprende iniziative infrastrutturali e strutturali nel campo dell'edilizia e delle attrezzature sanitarie, in aggiunta a quelle funzionanti nei due centri di Asmara e Massawa, e la realizzazione di centri per la riabilitazione e l'avviamento professionale.

3.2. *Quadro analitico del programma*

3.2.1. I primi interventi

Il programma «Lotta contro la lebbra in Eritrea» ebbe inizio, nel gennaio 1970, come iniziativa privata sulla base di un contratto di volontariato con le autorità regionali del governo etiopico. Il programma nacque dalla volontà di lottare contro una tradizione fondata sulla pratica della «esclusione» e della segregazione dei «lebbrosi» e sulla prospettiva di esaminare, insieme a tutti i fattori organici, anche lo status psicoaffettivo dell'uomo colpito dal morbo di Hansen e, quindi, le relative possibili relazioni con lo stato morboso organico-funzionale, per arrivare alla liberazione dell'hanseniano dalla malattia fisica e da tutti i conseguenti *handicap*.

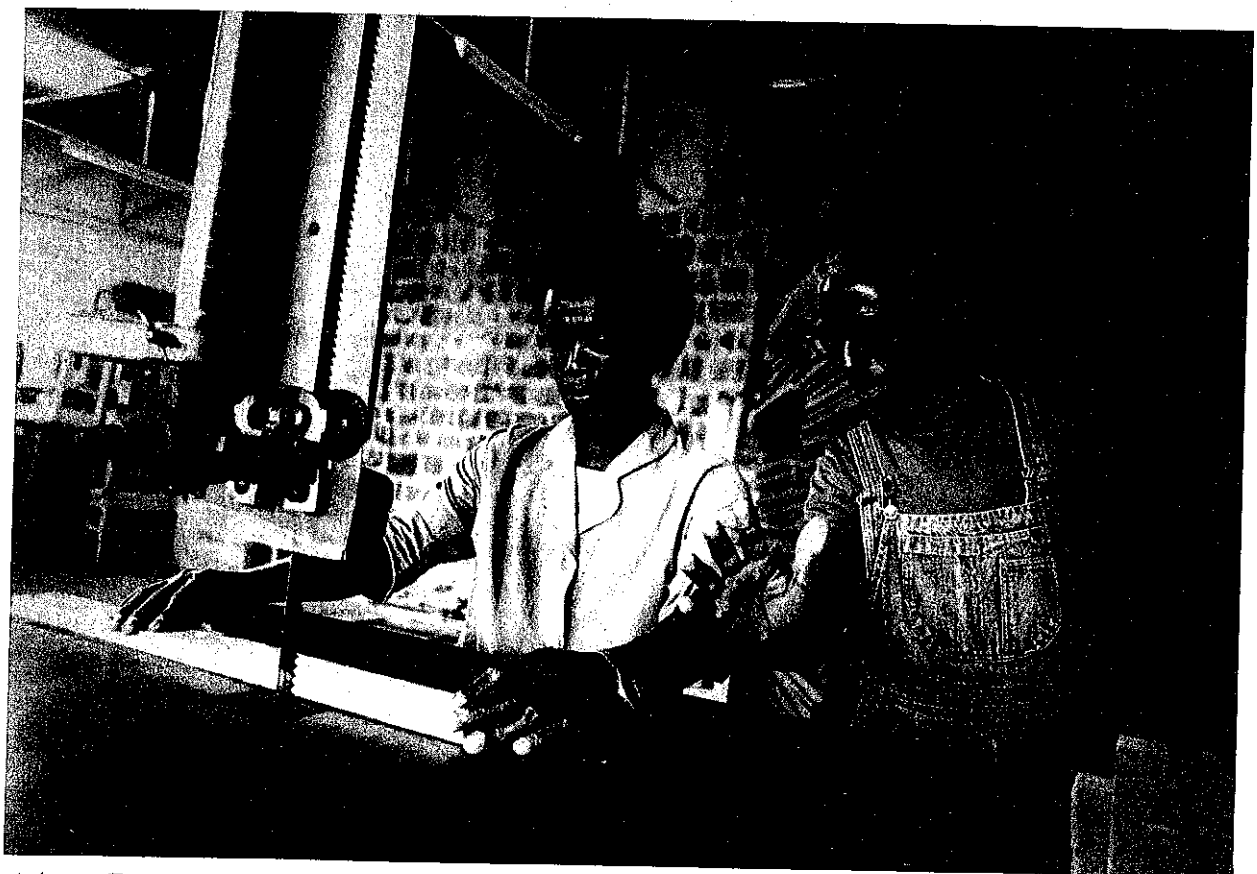
Il programma fu avviato a Massawa, dove si trovava, in quel tempo, un gruppo di 36 «lebbrosi» reclusi in un piccolo campo in una zona deserta, recintato con muro e filo spinato e controllato a vista da poliziotti. All'interno del campo vi erano sei stanze di 5 m² ciascuna, un capannone-deposito per la legna e una vecchia costruzione che fungeva da cucina. Il campo era, in quelle condizioni, un focolaio di infezione affatto privo di servizi igienici, con una realtà umana desolante e carica di problemi e di tensioni.

Dal punto di vista dei servizi, il campo riproduceva nel modo peggiore, le caratteristiche dei «lebbrosari» tradizionali, nei quali l'assistenza è basata sulla istituzionalizzazione della beneficienza, senza spazio alcuno per la libera espressione e per l'autonomia della persona umana, senza alcuna attenzione all'uomo nella sua realtà e integrità socio-psico-fisica e, quindi, al problema della riscoperta e del potenziamento delle doti fisiche e morali dell'individuo.

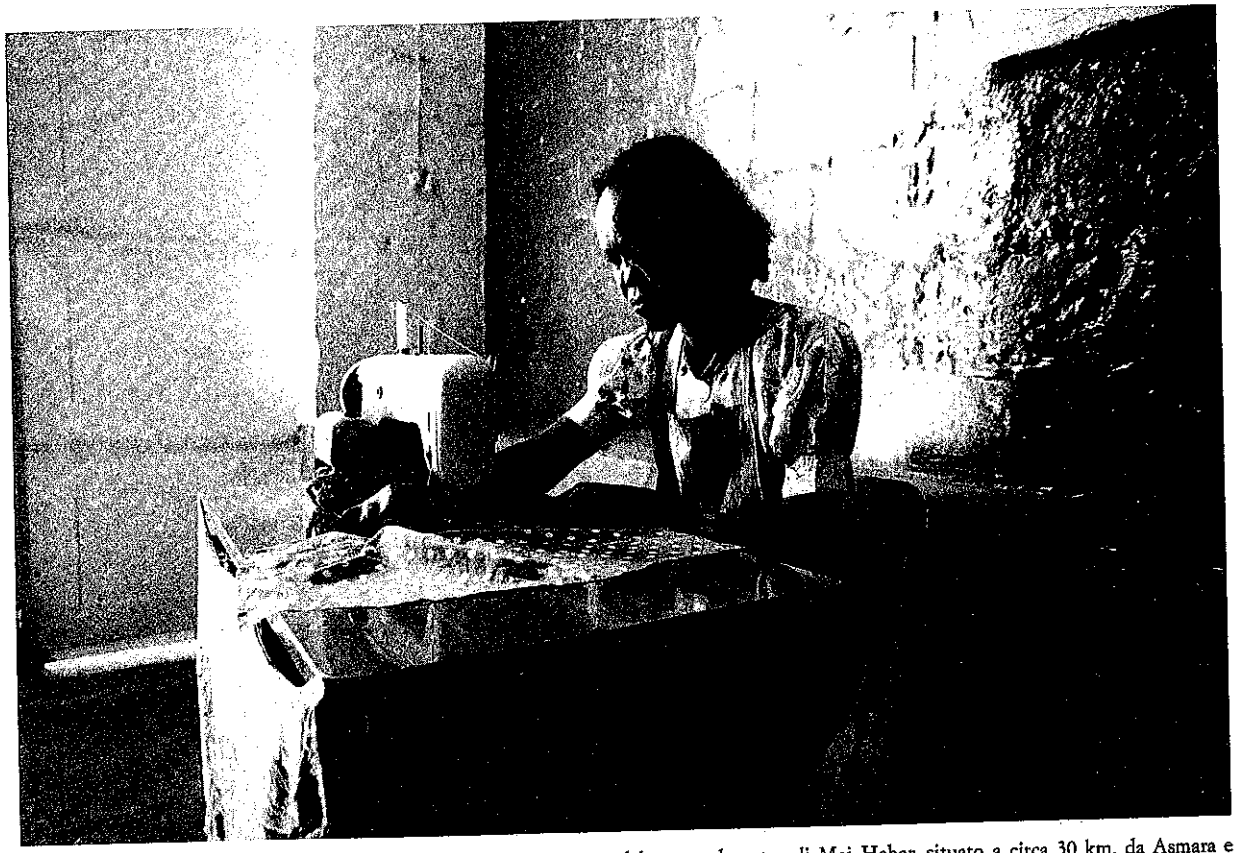
I malati del campo di Massawa, come d'altra parte si rilevava nella mentalità comune di quel tempo in quella zona, non erano riconosciuti come persone aventi diritti civili.



3. Asmara (Eritrea). — Trattamento di un paziente presso il centro hanseniano di Asmara. Il programma di lotta alla lebbra in Eritrea fu avviato nel 1970 a Massawa ed è stato ampliato successivamente con la creazione di altri servizi ad Asmara e a Mai Habar. Dal 1983 la cooperazione italiana finanzia il programma che è realizzato dall'Istituto Italo-Africano.



4. Asmara (Eritrea). — Un momento di un corso di formazione professionale per hanseniani nel centro di Asmara. Il recupero del paziente hanseniano, spesso costretto a vivere in condizioni di emarginazione e di isolamento dal resto della comunità, passa anche per il suo reinserimento in attività lavorative. Il programma affianca all'assistenza clinico-terapeutica attività tese all'integrazione sociale dell'hanseniano.



5. Mai Habar (Eritrea). — Una donna affetta dal morbo di Hansen al lavoro nel centro di Mai Habar, situato a circa 30 km. da Asmara e a 90 km. da Massawa. La conduzione di attività generatrici di reddito è un'opportunità importante per i pazienti del centro, non solo nel settore artigianale, ma anche in quelli agricolo e scolastico. A Mai Habar è stata costituita nel 1974 la Hansenian Ethiopian Welfare Organization (HEWO).



6. Asmara (Eritrea). — Nel centro hanseniano di Asmara è stata organizzata dalla HEWO una scuola per circa 600 ragazzi in età scolare, in gran parte figli dei ricoverati, per i quali è stato istituito un servizio di medicina preventiva che copre anche altri ragazzi a rischio di fasce sociali particolarmente povere.

Attraverso un'analisi preliminare delle situazioni individuali si decise di affrontare il problema dell'emergenza nel campo privilegiando la creazione di strutture logistiche essenziali, ma funzionali e adeguate alle esigenze di una persona umana; l'organizzazione di servizi igienici; l'assicurazione di un'alimentazione il più possibile equilibrata; l'impostazione di una prima terapia mirata antilebbra; l'articolazione di un servizio sanitario semplice ma risolutivo delle patologie che si erano associate al morbo di Hansen; la stimolazione degli «ospiti» del campo a partecipare attivamente alla programmazione e alle prime attività comunitarie.

Si cominciò in un secondo momento ad affrontare i problemi psicopedagogici con l'obiettivo di liberare gli hanseniani dallo stato di emarginazione e dalla loro condizione disadattante.

3.2.2. Dall'emergenza allo sviluppo

Agli inizi del 1974, mentre ad Asmara venivano creati un servizio ambulatoriale e un centro di riabilitazione con scuole e varie attività riabilitative, a Mai Habar, a circa 30 km da Asmara e a 90 km da Massawa, veniva ufficialmente costituito l'*Hansenians Ethiopian Welfare Organization* (HEWO), un ente di diritto pubblico etiopico fondato anche con la partecipazione diretta del governo italiano nella persona del Console generale d'Italia ad Asmara.

L'*Hansenians Ethiopian Welfare Organization* riconosceva agli hanseniani, oltre al diritto a ricevere le necessarie cure mediche e tutti gli strumenti efficaci per il recupero e la riabilitazione sociale, il diritto a essere «soggetti» dell'organismo associato e non «oggetti» di assistenza, quello all'autoregolazione della propria vita nei centri, all'autogestione dei vari programmi e alla partecipazione, tramite un delegato eletto, al Consiglio generale di amministrazione.

L'intervento andava poi strutturandosi attraverso l'istituzione di un servizio di controllo e trattamento ambulatoriale dei pazienti hanseniani, svolto da personale etiopico appositamente formato e addestrato presso il poliambulatorio municipale sotto la responsabilità e la direzione dell'*Hansenians Ethiopian Welfare Organization*.

Sempre ad Asmara è stato poi creato un centro di riabilitazione con attività di addestramento e un'annessa scuola elementare che assicura un completo ciclo di studi primari. Il servizio scolastico comprende educazione alimentare, educazione all'igiene e medicina preventiva. I genitori sono coinvolti nella programmazione e nella gestione dei servizi e delle attività formative.

A Massawa le vicende belliche del 1978 comportarono la distruzione del locale centro hanseniano, costruito nel 1970. In seguito, grazie all'intervento della cooperazione italiana, è stato costruito un nuovo ospedale capace di 70 posti-letto. Un servizio ambulatoriale è annesso all'ospedale

e non mancano, naturalmente, le attività sociali di addestramento e di inserimento nella vita pubblica.

A Mai Habar, dopo circa sette anni di isolamento a causa dello stato di emergenza determinato dalla locale situazione sociopolitica, il centro hanseniano ha ripreso le attività, seguendo tre indirizzi programmatici, concordati con le autorità etiopiche e con la stessa comunità dei pazienti hanseniani, che riguardano i settori sanitario, scolastico e agricolo.

Nel settore sanitario, oltre ad assicurare ai pazienti hanseniani un adeguato trattamento, si sta organizzando un programma di medicina comunitaria, rivolto alla popolazione dei villaggi circostanti, programma che era già stato avviato negli anni settanta prima dello stato di emergenza. Nel settore agricolo si stanno riattivando le infrastrutture con l'obiettivo di realizzare un centro distrettuale pilota, integrato con i villaggi limitrofi, per sviluppare le potenzialità agricole, ortofrutticole e pastorali dell'area, nel cui ambito gli hanseniani svolgono un ruolo attivo. Nel settore scolastico si realizza un intervento simile a quello organizzato ad Asmara.

3.2.3. Trattamento medico-chirurgico

Nei tre centri il trattamento proposto dall'OMS con Dapsone-Rifampicina-Clofazimina, nei casi di lebbra multibacillare, e con l'associazione Dapsone-Rifampicina nei casi di lebbra paucibacillare è ormai ampiamente collaudato. Dagli inizi degli anni settanta è stato praticato il trattamento con sulfamidici ritardati nei casi di ipersensibilità agli altri farmaci o nei casi di nevriti o di disturbi endocrino-viscerali che risultavano aggravati dall'uso degli altri farmaci.

Soprattutto nei casi di pazienti trattati in ospedale, l'indice di negativizzazione con l'azzeramento dell'indice bacillare (IB) e dell'indice morfologico (IM) nella mucosa nasale e nella pelle si è avvicinato al 100%. I pochi casi di resistenza sono stati sempre risolti, eventualmente in tempi più lunghi, con il ricorso a farmaci alternativi e a terapie combinate, con schemi individualizzati.

L'indice di mortalità non ha mai raggiunto l'1% e si è trattato sempre di decessi determinati da gravi lesioni endocrino-viscerali degenerative di tipo irreversibile e già esistenti all'inizio del trattamento.

A ogni paziente è sempre stata inoltre garantita una dieta bilanciata.

3.2.4. Il problema della riabilitazione

Di particolare importanza, nell'ambito del programma di lotta alla lebbra, è sempre stata la componente della riabilitazione sociale, che ha significato offrire al paziente la possibilità di recuperare un soddisfacente livello di autosufficienza fisica, psicologica e sociale e quindi economica.

All'intervento riabilitativo rivolto all'hanseniano viene associata sempre un'azione parallela rivolta alla comunità sociale extra-hanseniana la

quale, oltre agli atteggiamenti di riserva che di solito assume nei confronti dei «lebbrosi», spesso sviluppa l'espressione sociale del proprio comportamento in direzione negativa verso gli hanseniani.

Nel contesto in cui si è operato si è potuto verificare che, a livello di prassi della comunicazione umana, si stabilisce un circolo chiuso di azione e reazione, di stimoli e risposte negative. Riteniamo perciò importante rivolgere l'attenzione all'effetto che ha, sul «sano» emarginante, la reazione dell'hanseniano che ha subito la prima violenta scossa causata dall'emarginazione. Si è, quindi, sviluppata una serie di interventi sulla popolazione «sana» per modificarne, in positivo, l'atteggiamento e ottenere una riduzione delle spinte emarginanti, un miglioramento delle relazioni interpersonali e, conseguentemente, l'eliminazione degli stimoli emozionali violenti e frustranti.

Per realizzare questo programma ci si avvale della collaborazione dei mezzi di comunicazione sociale e si interviene sulle strutture pubbliche, sui gruppi e sulle singole persone con incontri occasionali e organizzati, con conferenze e colloqui personali e impegnando gli hanseniani guariti, opportunamente preaparati, in utili servizi sociali.

Nel passato gli hanseniani si nascondevano perché sapevano di essere rifiutati dalla società. Oggi non solo i diritti dei malati sono codificati ma, di fatto, hanseniani guariti sono attivamente inseriti in tutti i settori della vita pubblica con ruoli anche di responsabilità: nelle scuole, nelle telecomunicazioni, nei trasporti, nella pubblica sanità, nelle amministrazioni pubbliche e private, nelle famiglie, nelle attività commerciali e nelle piccole industrie.

4. Intervento nell'ospedale «Mekane Hiwot» di Asmara

4.1. *Scheda sintetica del programma*

Titolo	Assistenza sanitaria in Eritrea nel settore ospedaliero (ospedale «Mekane Hiwot», Asmara).
Area	Eritrea.
Durata	Sei anni (1983-1988).
Obiettivi	Potenziare le capacità operative dell'ospedale di Asmara.
Descrizione	Il programma prevede l'inserimento di medici specialisti nella struttura sanitaria dell'ospedale «Mekane Hiwot», secondo nosocomio dell'Etiopia per capacità ricettiva. Sono state inviate attrezzature per il rinnovo dei reparti di chirurgia (compresa la sala operatoria), cardiologia ed anatomopatologia, oltre all'invio dei farmaci necessari al regolare svolgimento delle attività sanitarie. Gli esperti italiani oltre alla quotidiana attività di reparto, svolgono compiti di formazione del personale medico e paramedico. È prevista, inoltre, la concessione di borse di studio per corsi di specializzazione post-laurea.

4.2. *Quadro analitico del programma*

Il primo nucleo dell'ospedale «Mekane Hiwot» di Asmara fu costruito nel 1902. Dedicato in seguito alla «Regina Elena», l'ospedale aveva nel 1939 una capienza di 1.500 posti-letto, era costituito da 25 padiglioni in muratura e da 32 padiglioni in legno ed era diviso, secondo le direttive dell'epoca, in una zona riservata agli europei e una ai nativi, ognuna delle quali era articolata in reparti di medicina, chirurgia, ostetricia e ginecologia e malattie infettive. Il personale medico e paramedico era tutto italiano.

Nel 1954 e nel 1956 l'ospedale veniva ristrutturato con la costruzione dapprima di un palazzo di tre piani per nuovi reparti di degenza e poi di un nuovo centro oftalmico e di uno antitubercolare. Tale struttura, con l'aggiunta del reparto di maternità e del nuovo reparto di pediatria, è tuttora in funzione.

Nel 1983 veniva avviato un programma di cooperazione sanitaria tra Italia ed Etiopia con l'obiettivo di potenziare le strutture dell'ospedale attraverso iniziative che prevedevano, tra l'altro, l'invio di medici esperti. Oltre a provvedere all'invio di specialisti, la cooperazione italiana ha previsto la fornitura di attrezzature di supporto.

Attualmente l'ospedale conta ufficialmente 860 posti-letto di degenza, corrispondenti in realtà a circa 1.000 posti-letto effettivi, divisi tra i reparti di medicina, chirurgia, pediatria, ostetricia e ginecologia, otorino, centro oftalmico e centro antitubercolare. I servizi di diagnostica sono composti da un laboratorio di analisi con annessa banca del sangue, e da un laboratorio di radiologia con un'annessa fisioterapia. Il personale paramedico è interamente etiopico e quello medico, composto da 25 unità, comprende 9 etiopi, 9 russi, 3 bulgari, 3 italiani, 1 indiano.

Il reparto di chirurgia conta circa 300 posti-letto effettivi, divisi in sei padiglioni, a cui vanno aggiunti 20 letti del reparto di emergenza e un reparto di ricovero post-operatorio di 18 letti, utilizzato sia per il risveglio anestesiologico, sia per la terapia intensiva.

Ciascun chirurgo è responsabile di un minimo di 60 letti e ha a disposizione due sedute settimanali per gli interventi programmati. Il personale assicura, inoltre, la reperibilità chirurgica a turno. L'ospedale è caratterizzato dall'alto numero degli interventi di emergenza, essendo l'unico per una popolazione di circa mezzo milione di abitanti. L'attività chirurgica comprende anche un ambulatorio specialistico.

I dati relativi agli interventi eseguiti in anestesia generale nel 1986 sono illustrati nella tabella 5. Come si vede, in totale sono stati realizzati 2.852 interventi. Le cause infettive sono nettamente prevalenti: appendici-

ti; peritoniti, di cui numerose per perforazione tifoidea; ascessi; fistole perianali.

Un'altra frequenza nella casistica operatoria interessa quella patologia definita «patologia bellica» con le numerose ferite d'arma da fuoco o da esplosioni, causa di fratture aperte, perforazioni addominali e toraciche. Frequenti sono pure i casi di gozzo, provenienti per la maggior parte dall'altopiano del Tigray.

Tabella 5. *Ospedale «Mekane Hiwot» di Asmara*
Reparto di chirurgia - Statistica operatoria (1986)

Numero di interventi chirurgici
in anestesia generale: 2.852

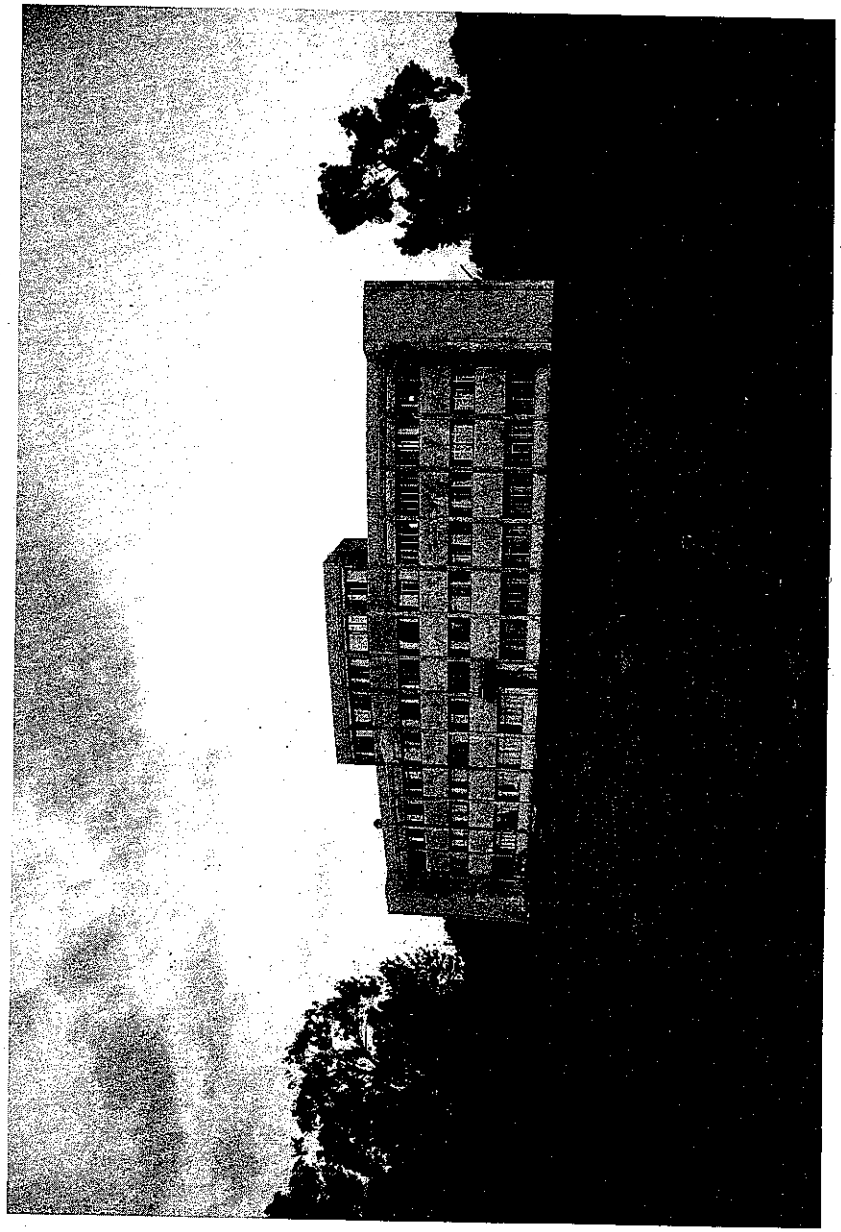
Tipo di intervento	%
Appendicectomie	19,0
Interventi ortopedico-traumatologici	12,2
Interventi perianali	10,2
Interventi vie urogenitali	10,0
Ferite	7,5
Laparatomie	7,0
Ascessi	7,0
Ernie	5,0
Amputazioni	4,0
Tumori superficiali	3,6
Tiroidectomie	2,5
Altri	12,0

Il servizio di anatomia patologica, situato in un primo momento in tre piccoli locali alla periferia del complesso ospedaliero, è stato in seguito trasferito a occupare un piano in uno stabile che raccoglie gli altri servizi ospedalieri.

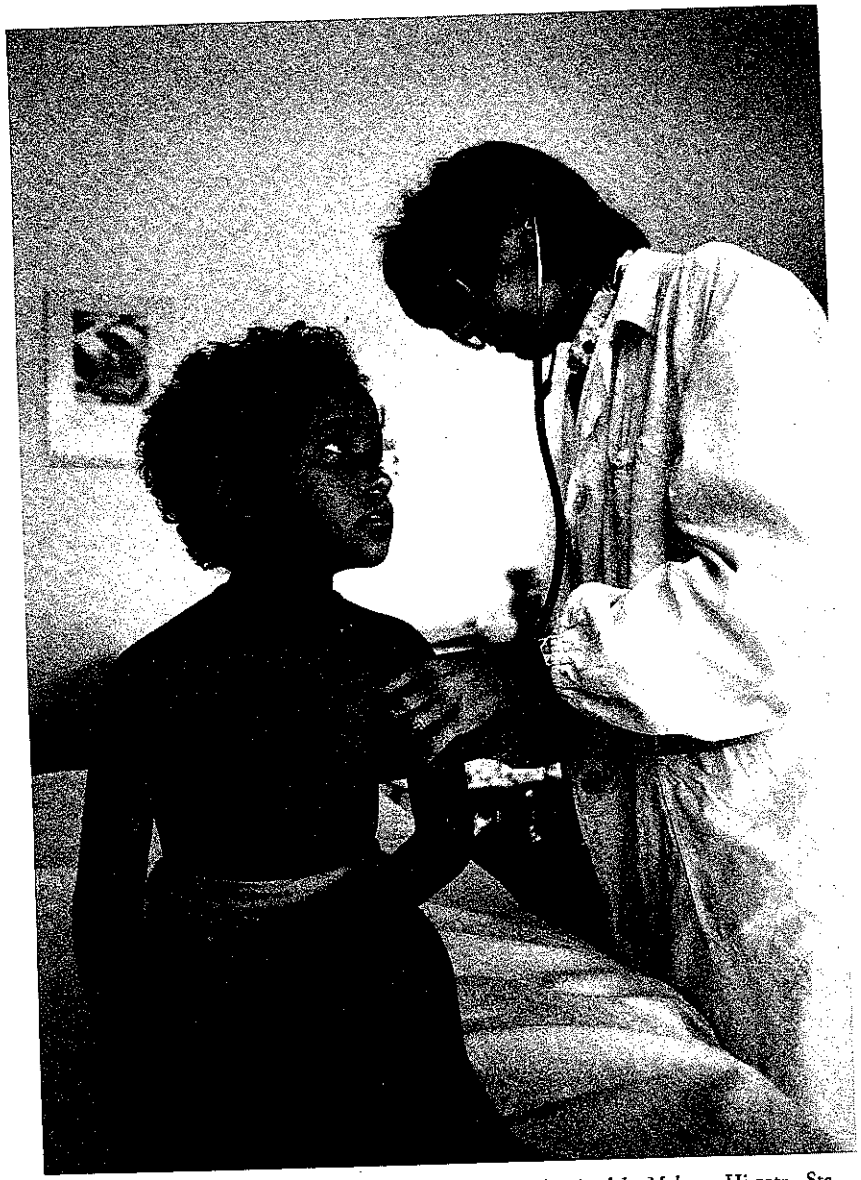
Il reparto di anatomopatologia è stato creato ex-novo e completamente equipaggiato con attrezzature di base per l'istologia, l'istochimica e la citologia.

Le prestazioni rese fin dall'inizio sono state gli esami istologici del materiale bioptico proveniente dalle sale operatorie; gli esami citologici prevalentemente vaginali; gli esami autoptici di deceduti in ospedale, di casi di morte improvvisa giunti dall'esterno, di casi di patologia legale in collaborazione con la polizia locale. Numerose le visite di consulenza di pazienti con sospetta patologia neoplastica richiesta dai medici curanti.

Accolto all'inizio con molta circospezione dal personale sanitario, per via del carattere altamente specialistico in un contesto nel quale



7. Asmara (Eritrea). — Veduta esterna dell'ospedale «Mekane Hiwot» di Asmara. Istituito durante la colonizzazione italiana, l'ospedale è stato ristrutturato tra il 1954 e il 1956 e attualmente dispone di 860 posti letto divisi tra i reparti di medicina, chirurgia, pediatria, ostetricia e ginecologia, otorino, centro oftalmico e centro antitubercolare. Dal 1983 è stato avviato un programma di cooperazione finanziato dall'Italia che comprende l'invio di medici specialisti e la fornitura di attrezzature.



8. Asmara (Eritrea). — Una visita nel reparto di pediatria del «Mekane Hiwot». Sta per essere avviata un'estensione del programma sanitario che prevede il potenziamento di questo reparto pediatrico e la realizzazione di attività di salute materno-infantile nel territorio grazie a un progetto condotto in collaborazione con l'ospedale «Bambino Gesù» di Roma.

esistono molte urgenze e necessità, le prestazioni sono diventate in breve tempo molto richieste. La possibilità di diagnosticare in termini più esatti grazie al servizio di anatomia patologica ha permesso di applicare terapie più appropriate, di ridurre il tempo medio delle degenze e di evitare in molti casi l'intervento chirurgico. Il servizio ha consentito inoltre ai sanitari di scambiare reciprocamente informazioni scientifiche e di confrontare valutazioni diagnostiche.

Sono stati addestrati dall'avvio del programma tre tecnici che si sono pienamente integrati nel lavoro. A partire da novembre 1987, su indicazione del Ministero della Sanità, è stato inserito nel servizio di anatomia patologica un giovane medico etiopico.

Il reparto oltre ai servizi prestati nell'ospedale «Mekane Hiwot», accetta biopsie anche dagli altri ospedali di Asmara, vale a dire dai tre ospedali militari (Kagnew Hospital, Gejeret Hospital e Police Hospital), dall'ospedale italiano (Hospitem), dal centro hanseniano e del centro antitubercolare. Anche i medici che esercitano in città all'esterno delle strutture ospedaliero si sono avvalsi del servizio di anatonomia patologica. Includendo infine gli ospedali della regione e delle regioni vicine, attualmente sono 26 le strutture che fanno uso delle prestazioni del servizio.

In quattro anni sono stati eseguiti 6.600 esami istologici, 1.200 esami citologici e 300 autopsie. La patologia risultante dagli esami istologici è così suddivisa: 2.200 neoplasie; 1.500 malattie infettive e parassitarie; e 2.900 miscellanea. Delle 2.200 neoplasie, 1.050 sono benigne, rappresentate principalmente da tumori dei tessuti connettivi, del tessuto muscolare e nervoso, da adenomi intestinali e da tumori degli annessi cutanei. La distribuzione delle 1.150 neoplasie maligne è illustrata nella tabella 6.

Tabella 6. *Ospedale «Mekane Hiwot» di Asmara - Servizio di anatomia patologica - Distribuzione delle neoplasie maligne (N = 1.150)*

Tipo di neoplasie maligne	%
Carcinoma della portio	27
Carcinomi dell'apparato digerente	17
Carcinoma della mammella	12
Carcinomi dell'app. genitale maschile	11
Sarcomi dei tessuti molli	10
Linfomi	7
Carcinomi dell'utero e delle ovaie	5
Tumori maligni della cute	5
Neoplasie varie	6

L'alta incidenza del carcinoma della portio è spiegata dai fattori di rischio

del medesimo, mentre quella dei sarcomi dei tessuti molli è assai superiore a quanto rilevato nei Paesi occidentali.

Per quanto riguarda la patologia infettiva e parassitaria, essa è rappresentata per il 50% da tubercolosi che in prevalenza è linfoghiandolare, intestinale e genitale, essendo la forma polmonare accertata per altre vie. Seguono la leishmaniosi viscerale, la malaria, la bilarziosi, la toxoplasmosi e la lebbra.

Il servizio di cardiologia è stato introdotto piuttosto recentemente nell'ospedale. Dal lavoro finora svolto, tuttavia, già si possono trarre alcune indicazioni sulla prevalenza delle varie patologie cardiovascolari presenti nell'area.

I dati esposti nella tabella 7 si riferiscono al periodo marzo 1986-marzo 1987. L'attività è stata rivolta sia a pazienti ambulatoriali (circa il 60%) che a pazienti ricoverati (circa il 40%). Le visite cardiologiche eseguite sono state 1.725 su 1.472 pazienti. Sono stati riscontrati 483 casi di cardiopatia, pari al 32,8% dei pazienti visitati. La distribuzione secondo la patologia incontrata è mostrata nella tabella 7.

Tabella 7. *Ospedale «Mekane Hiwot» di Asmara - Reparto di cardiologia Distribuzione dei pazienti per patologia*

Patologia	Pazienti	%
Cardiopatia reumatica	202	41,8
Cardiopatia ipertensiva	115	23,8
Cardiomiopatia	36	7,4
Cardiopatia congenita	36	7,4
Cardiopatia ischemica	25	5,1
Cuore polmonare cronico	23	4,7
Aritmie isolate	15	3,1
Varie	31	6,4
Totale	483	100,0

Il gruppo comprendente pazienti con valvulopatia post-reumatica è risultato essere il più numeroso (202 casi). È alta anche la frequenza dell'ipertensione arteriosa, intesa nelle sue forme più gravi (115 casi). Tale patologia, essenziale nella maggioranza dei casi, in una minoranza è risultata secondaria a malattie renali, gravidanza, feocromocitoma, coartazione aortica, ponendo comunque non pochi problemi terapeutici. Data la peculiarità di questa condizione e la necessità di trattamento cronico per poter ottenere risultati a distanza, la rispondenza alla terapia di tali pazienti deve essere buona. A questo scopo si è cercato di standardizzare al massimo la terapia che nella maggioranza dei casi, almeno all'inizio, è

prescritta direttamente dal cardiologo, e si è aumentato il numero di controlli mensili per paziente. I pazienti hanno inoltre una loro «carta personale» in cui viene registrata la pressione arteriosa ogniqualvolta venga misurata in ospedale o altrove.

5. Makallè

5.1. *Scheda sintetica del programma*

Titolo	Intervento sanitario in Makallè e Quiha.
Area	Tigray.
Durata	Fase di emergenza: novembre 1984-agosto 1985. Fase di consolidamento: da settembre 1985 ad oggi. Fase di sviluppo: avrà una durata prevista di quattro anni.
Obiettivi	Progettazione, realizzazione e conduzione di tre campi profughi; fornitura e trasporto di derrate alimentari e di altri generi di pronto ausilio; perforazione di pozzi per il rifornimento di acqua potabile; potenziamento delle strutture sanitarie esistenti a Makallè e nella cittadina di Quiha. Potenziamento del sistema sanitario di base nelle stesse aree.
Descrizione	Nella *fase di emergenza* l'intervento ha previsto la progettazione e realizzazione di tre campi profughi ad Adi Gafuf, Adi Haki e Quiha, per una capienza totale di circa 30.000 profughi, la direzione e l'organizzazione logistica generale e, in particolare, l'assistenza sanitaria ed alimentare. All'iniziativa hanno partecipato complessivamente circa 50 tra medici, infermieri e tecnici logistici. Il gruppo era inizialmente composto in media da 4 medici, 11 infermieri e un tecnico logistico. L'intervento ha interessato direttamente una popolazione composta di nomadi del bassopiano dancalo e di agricoltori e allevatori dell'altopiano tigrino, che è stata assistita nei 3 campi per 10 mesi. In questo lasso di tempo il tasso di mortalità registrato nei campi italiani è stato ridotto da circa il 3,6% mensile dell'inizio di novembre 1984 allo 0,15% del luglio 1985. Nel corso dell'intervento di emergenza è stato inoltre organizzato dall'Aeronautica Militare italiana un ponte aereo che ha messo a disposizione aeroplani Hercules C-130 per effettuare i principali trasporti di aiuti alimentari, medicinali e altri generi di pronto ausilio da Roma a Makallè e i più piccoli aerei G-222 di stanza ad Asmara, per assicurare un servizio-navetta con una media di 6 voli giornalieri tra Asmara e Makallè. Una

trivella a roto-percussione, montata su un autocarro 4 x 4, ha perforato 18 pozzi, permettendo l'approvvigionamento di acqua potabile (da 2 a 5 litri al secondo) in ciascuno degli 8 campi profughi realizzati a Makallè, inclusi quelli gestiti da altri organismi internazionali.
Nella *fase di consolidamento* i campi sono stati progressivamente svuotati e la popolazione è stata assistita durante il rientro negli insediamenti di origine, attraverso la fornitura di sementi, di elementari attrezzi agricoli, di una razione alimentare mensile, di coperte e di semplici utensili per cucinare. Ulteriore azione di sostegno al reinserimento della popolazione nel ciclo produttivo è stata l'assistenza alimentare, bilanciata rispetto ai livelli di produttività agricola ottenibili con le migliorate condizioni meteorologiche. La distribuzione delle razioni integrative è stata decentrata in località raggiungibili da tutte le zone di insediamento. È stato realizzato un ospedale da campo da 250 posti-letto per assistere i profughi che non erano in grado di rientrare nelle aree di origine. Un ospedale prefabbricato della capienza di 36 posti-letto, donato dal giornale «L'Arena» di Verona, è stato costruito nella località di Quiha, dove operava un ambulatorio gestito dall'*Italian Medical Team*.
La *fase di sviluppo* consisterà in una serie di interventi integrati di assistenza sanitaria e alimentare, e di interventi complementari di sviluppo rurale e di approvvigionamento idrico a scopi irrigui e potabili.

5.2. *Quadro analitico del programma*

L'azione dell'*Italian Medical Team* a Makallè iniziò nel 1984, poco dopo gli appelli lanciati dalle autorità etiopiche per un aiuto di emergenza. Al momento dell'avvio del programma una quantità enorme di profughi al limite della resistenza fisica erano ammassati in un'area semidesertica, in condizioni di totale dipendenza dall'aiuto esterno.

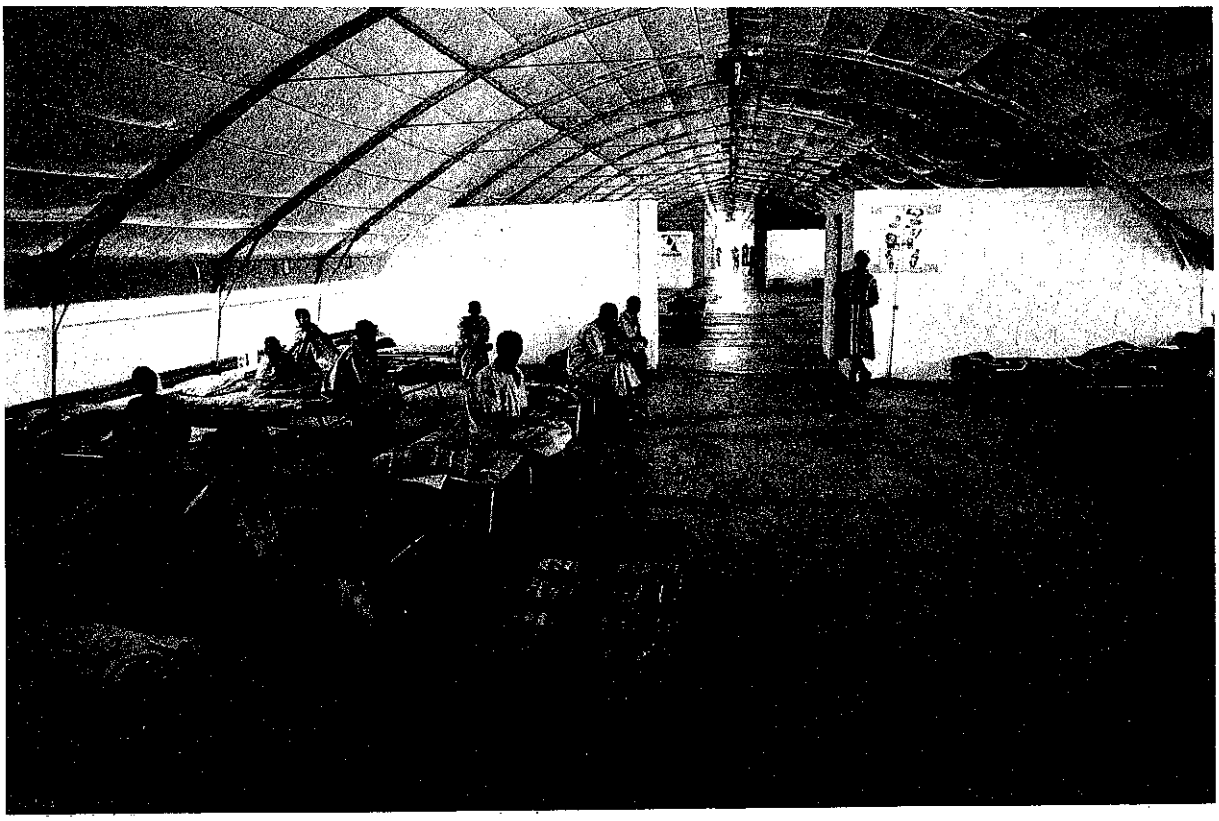
Accanto alla fornitura di cibo, i principali problemi a cui occorreva dare una soluzione tempestiva includevano il sovraffollamento, la scarsità di acqua, l'ampia escursione termica dal giorno alla notte.

5.2.1. La fase dell'emergenza

Nelle prime settimane di lavoro si è tentato di soddisfare i bisogni primari delle popolazioni profughe: tende, acqua e cibo, assistenza sanitaria, via via migliorati nelle settimane e mesi successivi, nei quali andavano



9. Makallè (Tigray). — Il reparto di pediatria organizzato dalla cooperazione italiana nell'ospedale regionale di Makallè. I gruppi più colpiti dalla carestia sono stati i bambini e gli anziani. Una prima misura di transizione da un intervento di emergenza a uno di sviluppo è stata l'utilizzazione di un padiglione prefabbricato, installato a supporto dell'ospedale regionale nel periodo di massima crisi durante la siccità. In questa struttura è stato creato un reparto di pediatria con una capacità di 93 posti letto che funge da referenza per le ammissioni nei confronti dei diversi ambulatori cittadini.



10. Makallè (Tigray). — Un'altra veduta del reparto di pediatria dell'ospedale di Makallè. Il padiglione è diviso in tre sezioni: medicina generale, riabilitazione nutrizionale e tubercolosi. Esso è stato attrezzato con alcune pareti divisorie, un pozzo, un inceneritore, edifici di servizio, un sistema di drenaggio dell'acqua, una nuova rete idrica e fognaria e un giardino attrezzato con giochi per bambini. Il reparto si affida all'ospedale regionale per alcuni servizi, come il laboratorio, la radiologia e la chirurgia.



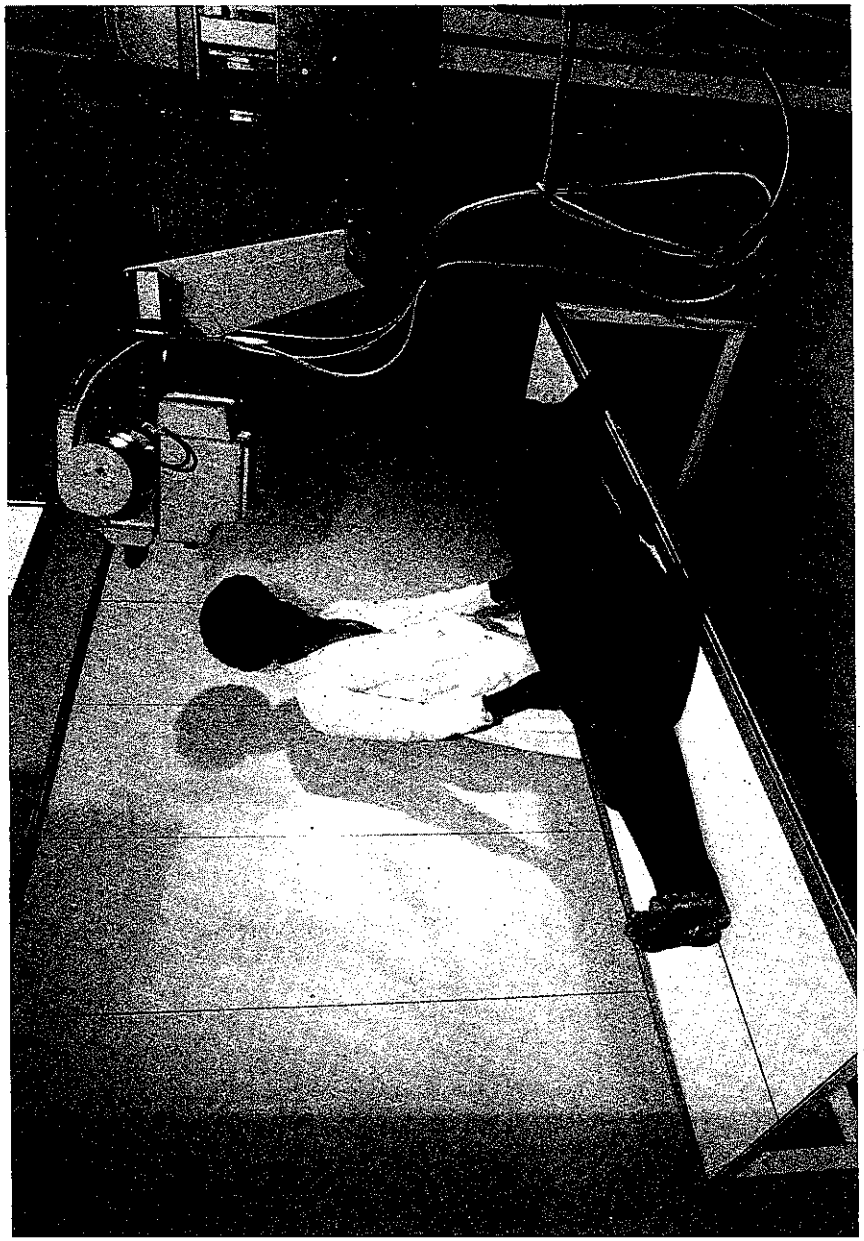
11. Makallè (Tigray). — Veduta d'insieme del campo profughi di Quiha. Complessivamente i campi di assistenza organizzati nei dintorni di Makallè servivano una popolazione di circa 80.000 profughi nel gennaio 1985.



12. Makallè (Tigray). — Vaccinazione di un bambino in uno dei campi di assistenza organizzati nel periodo dell'emergenza a Makallè. Una delle prime attività svolte nei campi era la vaccinazione contro il morbillo per tutti i bambini al di sotto dei due anni.



13. Quiha (Tigray). — Centro sanitario di Quiha. La struttura è stata inaugurata nell'ottobre 1986 e dispone di 33 posti letto. Con un bacino di utenza di circa 80.000 persone in 15 villaggi, la nuova unità sanitaria svolge anche un servizio ambulatoriale, oltre a disporre di una sala operatoria e di servizi diagnostici di laboratorio e di radiologia. Strutture esterne sono state predisposte per l'educazione sanitaria. Un orto nutrizionale, un allevamento di pollame, un pozzo e un inceneritore completano i servizi del centro.



14. Quiha (Tigray). — Il laboratorio di radiologia del centro sanitario di Quiha. Le più frequenti cause di ammissione sono le patologie ostetrico-ginecologiche e quelle dell'apparato respiratorio. Nel centro sanitario si svolgono programmi di aggiornamento per il personale locale e, a partire dall'ottobre 1987, un programma di formazione per otto infermieri.

completandosi l'allestimento dei servizi ignienici e il potenziamento dell'approvvigionamento idrico e della distribuzione di alimenti.

Le aree prescelte per l'installazione dei campi erano i punti di maggior concentrazione dei profughi. I campi erano costituiti da tende circolari, ognuna in grado di ospitare 10-12 profughi, sistemate secondo una pianta a forma di reticolo circondata da canali di drenaggio e muro di recinzione. Lo stesso schema di Adi Gafuf e Quiha è stato poi riprodotto in tutti gli altri campi profughi in seguito istituiti intorno a Makallè.

L'iniziale razione quotidiana pro capite d'acqua non raggiungeva nemmeno i 500 cc al giorno, ben al di sotto di quanto raccomandato dall'Oms (20-30 litri per persona al giorno) in analoghe situazioni di emergenza. In Adi Gafuf l'acqua era pompata da un pozzo che serviva anche la città, mentre Quiha veniva rifornita con autobotti.

Il compito della distribuzione del cibo è stato diviso con la *Relief and Rehabilitation Commission* (Rrc) etiopica, la Croce Rossa Internazionale e il *Catholic Social Action Committee* (Csac). Gli alimenti venivano preparati dagli stessi profughi in forni tradizionali, eretti all'aperto, addossati a muretti posti a poca distanza dalle tende. All'alimentazione di vecchi, inabili, bambini, pazienti ricoverati e loro parenti provvedeva, invece, una cucina da campo, sia in Adi Gafuf che in Quiha. La cucina era in grado di preparare tra le 700 e le 800 razioni al giorno, con cibi adatti al gusto locale e con un supplemento di latte e biscotti per i bambini.

Nel campo di Adi Gafuf, ad esempio, si preparavano quotidianamente 450 *injera*, 490 porzioni da 500 grammi di *bulgur*, 180 litri di latte ad alto contenuto energetico, 50 litri di latte semplice e 15 litri di soluzione per la reidratazione orale. L'*injera* è il cibo tradizionale etiopico, preparato però non con la farina di *teff*, secondo l'uso comune, ma con due parti di farina di grano e una parte di *Corn Soy Milk* (in ogni porzione sono contenuti circa 70 grammi di proteine e 1.700 calorie). Il *bulgur* è un cereale bollito in acqua (ogni porzione conteneva circa 500 calorie e 13 grammi di proteine). Il latte ad alto contenuto energetico è composto da latte in polvere, zucchero, olio e acqua nelle proporzioni rispettivamente di 100:50:50:800 (in ogni litro vi sono 1.000 calorie e 35 grammi di proteine). Ai fini pratici, data l'impossibilità di individuare le esigenze dietetiche di ogni rifugiato, la popolazione era divisa in tre categorie secondo l'età: a) adulti, di età superiore ai 15 anni; b) ragazzi, tra gli 8 e i 14 anni; c) bambini, da 1 a 7 anni.

I pasti distribuiti nella giornata erano quattro. L'apporto calorico ricevuto pro capite al giorno era di circa 3.000 calorie per gli adulti, 2.500 per i ragazzi, 2.000 per i bambini.

L'assistenza sanitaria si è indirizzata fin dall'inizio su due canali: il curativo e il preventivo comunitario. Uno dei primi atti della clinica da campo è stata la vaccinazione contro il morbillo per tutti i bambini al

di sotto dei due anni di età. Altre priorità sono state il sicuro approvvigionamento d'acqua, la disponibilità di buoni recipienti, il contenimento, in un primo tempo, della degradazione delle condizioni igienico-ambientali, e la costruzione, in un secondo momento, di un opportuno numero di latrine in lamiera e di un inceneritore in pietra per la distruzione dei rifiuti.

Accanto ai servizi sanitari sono stati sviluppati servizi particolari per anziani, invalidi e orfani arrivati in totale al numero di 286 assistiti nel solo campo di Adi Gafuf. Nell'ottica del passaggio da un intervento di emergenza a un'azione di sviluppo si colloca la creazione di un giardino nutrizionale, che si inserisce tra le attività specifiche di prevenzione primaria nei programmi di intervento nutrizionale.

Il 4 agosto 1985 sono iniziate le operazioni di evacuazione dei campi, essendosi reso possibile il ritorno dei profughi ai loro luoghi di provenienza. A ogni capo famiglia veniva consegnata una tessera, che dava diritto alle razioni di farina, olio e legumi per i mesi successivi, oltre ad alcuni strumenti necessari per il lavoro nei campi e per cucinare.

5.2.2. *Dall'emergenza allo sviluppo*

Dopo la partenza dei profughi, il campo di Adi Gafuf è diventato l'unico centro sanitario ancora funzionante, con possibilità di ricovero per adulti e bambini, contenendo il sovraccarico operativo dell'ospedale regionale. Questo periodo di transizione, precedente il ritorno dei servizi sanitari cittadini alle loro condizioni fisiologiche, è durato ad Adi Gafuf fino al marzo 1986, quando l'*Italian Medical Team* ha rilevato un prefabbricato installato, durante il periodo dell'emergenza, nei pressi dell'ospedale regionale di Makallè.

Tale struttura è stata trasformata in un padiglione pediatrico che funge da referenza per le ammissioni dai diversi ambulatori presenti in città. L'assunzione di questa responsabilità ha implicato un notevole sforzo organizzativo per rendere la spoglia struttura di base atta ai compiti desiderati: costruzione di vani interni, di canali di drenaggio dell'acqua e di edifici per i servizi, scavo di un pozzo, sistemazione della rete idrica e fognaria, costruzione di un inceneritore, risistemazione dell'area circostante e collocazione di giochi per bambini. A ciò vanno aggiunti la valutazione dei carichi di lavoro delle varie attività, il dimensionamento del personale, la durata dei turni di lavoro, la descrizione dei rispettivi mansionari, la loro articolazione e coordinazione nella giornata, l'integrazione del personale italiano con gli omologhi locali, la suddivisione nosologica dei letti disponibili.

Il padiglione dovrebbe in futuro funzionare da centro di referenza per i vari ambulatori, integrato, anche per la prossimità fisica, nell'ospedale come sua divisione pediatrica. All'ospedale esso si affida per alcuni servizi, quali il laboratorio, la radiologia, la chirurgia.

Dopo la chiusura della tendopoli, il personale sanitario operante in Quiha ha continuato la sua attività nel dispensario presente nella stessa località. Il dispensario, situato in una vecchia abitazione, era insufficiente ad assolvere alla sua funzione, sia per la scarsa manutenzione, sia per i pochi locali disponibili. La riattivazione di questa struttura provvisoria ha coperto l'intervallo tra la chiusura del campo profughi e l'installazione di un nuovo complesso, un centro sanitario inaugurato il 25 ottobre 1986.

Già prima dell'apertura del nuovo centro il numero di pazienti ambulatoriali provenienti dai villaggi è notevolmente incrementato. Paragonato all'ambulatorio pre-esistente, il centro di Quiha amplia notevolmente in qualità e in quantità il lavoro sanitario del distretto. Il suo bacino di utenza comprende una popolazione di circa 80.000 persone, suddivise amministrativamente in 15 villaggi, con a capoluogo Quiha. Non sono purtroppo disponibili stime più precise della popolazione.

Nel quadro della difficile situazione di sviluppo socio-economico dell'area, la nuova unità sanitaria svolge una doppia funzione. In quanto centro sanitario, esso comprende ambulatori oltre a svolgere attività di medicina preventiva. Come ospedale, invece, ha una disponibilità di 33 posti-letto per medicina generale e chirurgia, oltre alla sala operatoria e ai servizi diagnostici di laboratorio e di radiologia.

Per rendere più adeguata la struttura rispetto alle sue molteplici funzioni, sono state predisposte alcune estensioni per realizzare attività di educazione sanitaria. Una di tali attività nel campo della nutrizione riguarda la produzione e preparazione dei cibi. A questo proposito nel centro sanitario di Quiha sono stati approntati un giardino nutrizionale, un allevamento di pollame e un locale per le dimostrazioni relative alla preparazione e all'uso corretto degli alimenti reperibili localmente.

Le madri che si presentano negli ambulatori, il personale in essi impiegato e i parenti dei pazienti possono infatti apprendere nozioni pratiche su che cosa produrre, come produrre (riferendosi anche alle strategie e alle tecniche da loro impiegate nelle Associazioni di Contadini), come preparare i cibi.

5.2.3. Makallè 1987: terzo anno di cooperazione sanitaria

Il terzo anno di attività a Makallè è stato caratterizzato dalla preparazione e dalla realizzazione di programmi di emergenza — supplementazione alimentare, terapia nutrizionale intensiva, trivellazione di pozzi — atti a fronteggiare le conseguenze della nuova siccità in Tigray. I programmi di sviluppo in corso di attuazione, inoltre, vale a dire il centro sanitario in Quiha e il reparto pediatrico dell'ospedale di Makallè, sono stati ampliati e integrati con i nuovi programmi di emergenza.

Nel 1987 nel Tigray la pioggia è quasi totalmente mancata con la sola eccezione della provincia di Shirè, nel nord-ovest. Si stima che la

fascia centro-orientale della regione, come conseguenza della siccità, abbia avuto una perdita del raccolto del 90%. La sequenza degli indicatori (deficit di pioggia, deficit di produzione, riserve di cibo, prezzi di mercato, prevalenza di malnutrizione) ha mostrato il deteriorarsi della situazione a partire dall'agosto 1987, sino a determinare l'attivazione dei programmi di emergenza nel novembre 1987. Le tre principali azioni tese a fronteggiare un'emergenza nutrizionale e cioè la distribuzione di massa di cibo, la supplementazione alimentare, la riabilitazione nutrizionale intensiva, vennero affidate dalla *Relief and Rehabilitation Commission* alle varie organizzazioni presenti nel Tigray.

In particolare, la cooperazione italiana prese in carico i programmi di supplementazione alimentare in tre centri di distribuzione gestiti dal segretariato cattolico e di due centri di riabilitazione nutrizionale intensiva all'interno del centro sanitario e del reparto pediatrico.

Scopo di tali programmi è stato quello di supplementare la dieta di gruppi di popolazione a rischio di malnutrizione grave. La priorità è stata data ai bambini tra 0 e 5 anni di età, quale gruppo a rischio più alto, con la previsione di una successiva inclusione, in relazione alla disponibilità di alimenti, delle donne nell'ultimo trimestre di gravidanza e delle madri durante il primo anno di allattamento. In accordo con le indicazioni della RRC, si è adottata la tecnica antropometrica del peso per altezza, tecnica molto sensibile nella valutazione della malnutrizione acuta, e le tavole di riferimento NHCS-OMS.

Per non favorire lo spostamento di popolazioni si è applicato un sistema di distribuzione che consentiva di portare le razioni a casa. Sono stati ammessi al programma tutti i bambini con un rapporto peso per altezza inferiore al 75% della norma. La razione di supplementazione comprendeva 500 calorie e 17 grammi di proteine al giorno sotto forma di *premix*. Alle madri veniva infatti fornita una mistura di latte, zucchero e olio, nel rapporto di 2:1:1, della quale 700 grammi erano sufficienti per una settimana.

Oltre ai dati antropometrici, un'accurata storia nutrizionale è stata raccolta per ogni bimbo ammesso al programma utilizzando un apposito questionario. I dati emersi dal questionario sono stati poi utilizzati per avviare un'educazione nutrizionale individualizzata con le madri. Quali indicatori per la valutazione del programma sono state adottate le percentuali di copertura del *target*, le percentuali di variazione ponderale, le percentuali di ritorni.

I tre centri di supplementazione sono sorti all'interno dei centri di distribuzione gestiti dal segretariato cattolico in Makallè. Il personale italiano era costituito da due infermiere professionali per ciascun centro coordinate da un medico nutrizionista; il personale locale era rappresentato da tre persone opportunamente addestrate per il rilievo dei parametri antropometrici e per un primo *screening* dei bambini.

Ciascun centro serviva in media 200 bambini alla settimana, con una percentuale dell'85% di copertura del *target*, rappresentato da tutti i bambini con un rapporto peso per altezza inferiore all'80%. Il guadagno ponderale è avvenuto nell'82% dei casi e la percentuale di ritorni è stata del 78%. I bambini con persistente decremento ponderale o con un rapporto peso per altezza inferiore al 60% sono stati avviati ai programmi di riabilitazione nutrizionale intensiva.

Scopo di tali programmi è quello di ridurre la mortalità tra i bambini affetti da grave malnutrizione. A tal fine sono stati predisposti 25 letti nel padiglione pediatrico e 4 letti nella sezione di pediatria del centro sanitario di Quiha.

Un protocollo terapeutico è stato adottato dai due programmi. Il trattamento nutrizionale prevedeva la somministrazione di latte ad alta energia in sei pasti per un totale di 150-200 calorie per chilo di peso. Un questionario per la raccolta della storia nutrizionale compilato all'ammissione serviva da base per l'educazione nutrizionale rivolta alle madri.

Alla dimissione il bambino veniva avviato ai centri di supplementazione per il necessario controllo. Per la valutazione si sono adottate le percentuali di variazione ponderale, la mortalità e la letalità, oltre ai comuni indicatori per le attività degenziali (tasso di occupazione dei letti, permanenza media). Nei due centri si è quindi avuto un aumento delle ammissioni a partire dal mese di ottobre 1987, con una media mensile di malnutriti ammessi di circa 40 nuovi casi contro i 15 dei primi mesi dell'anno. La morbilità per malnutrizione sul totale delle ammissioni è così passata dal 9,5% dell'ultimo quadrimestre 1986 al 24,5% dell'ultimo quadrimestre 1987. Si è avuta una letalità del 7,6% e nell'80% dei casi si è avuto un guadagno ponderale.

Nel novembre 1987 è ripreso il programma di trivellazione di pozzi iniziato durante l'emergenza del 1984/85. In solo quattro mesi sono stati riabilitati cinque vecchi pozzi e si sono scavati sei nuovi pozzi per l'ospedale regionale, i centri di distribuzione e per due quartieri di Makallè sprovvisti di rifornimento idrico. Il programma è stato svolto in collaborazione con l'agenzia governativa *Ethiopian Water Work Construction Authority* (EWWCA). Un gruppo di operai dell'agenzia è stato addestrato per la manutenzione dei pozzi.

Il padiglione pediatrico dell'ospedale regionale di Makallè è l'unica struttura della regione specializzata nella diagnosi e cura delle malattie infantili. Dotato di 93 letti, esso è diviso in tre sezioni: medicina generale, riabilitazione nutrizionale e tubercolosi. Le principali cause di ammissione sono le patologie dell'apparato respiratorio e la tubercolosi, le malnutrizioni, le diarree e le disidratazioni. Vengono ammessi circa 100 pazienti al mese.

Oltre alle attività diagnostico-terapeutiche e di educazione sanitaria svolte nel padiglione, vanno ricordati un programma di formazione per

gli studenti della scuola per infermieri generici e la scuola istituita dal governo per i bambini ricoverati, in particolare per quelli tubercolotici, costretti a una lunga degenza.

Nel centro sanitario di Quiha i programmi di medicina preventiva, e soprattutto le vaccinazioni, sono incrementati nel corso del 1987. La percentuale di copertura nella fascia di età 0-1 anno dei soggetti che hanno completato le vaccinazioni ha raggiunto il 28,7%, con una media mensile di circa 1.000 bambini vaccinati. Si effettuano inoltre, in media, 200 visite mensili di donne gravide e 100 visite per la pianificazione familiare. Circa 3.500 pazienti ogni mese utilizzano il servizio ambulatoriale, principalmente per patologie dell'apparato respiratorio (16%), parassitosi intestinali (11%) e congiuntiviti (9%).

Nella sezione degenza, che consta di 23 posti-letto di medicina generale e di 10 posti-letto per hanseniani, vengono ammessi circa 50 pazienti al mese. Le più frequenti cause di ammissione sono le patologie ostetrico-ginecologiche e la patologie dell'apparato respiratorio. All'interno del centro sanitario si svolgono i programmi di aggiornamento per il personale locale e, a partire dall'ottobre 1987, il programma di formazione per 8 studenti al mese della scuola per infermieri generici.

6. Bati

6.1. Scheda sintetica del programma

Titolo	Intervento sanitario e infrastrutturale di emergenza a Bati.
Area	Wollo.
Durata	Fase di emergenza: novembre 1984-agosto 1985. Fase di consolidamento: da settembre 1985.
Obiettivi	Assistere il governo etiopico nel soccorso alle popolazioni colpite dalla carestia attraverso il rafforzamento del centro sanitario di Bati.
Descrizione	In seguito alla carestia del 1984, circa 25.000 profughi, in maggioranza Oromo e in parte nomadi Afar, erano confluiti nella città di Bati, aggiungendosi alle 78.000 persone residenti nel distretto. Nella *fase di emergenza* il programma ha permesso il rafforzamento dell'unica struttura sanitaria dell'area, il centro sanitario di Bati, dotato di 15 posti-letto. Al momento dell'intervento il personale in servizio era costituito da una infermiera professionale e da cinque infermieri generici etiopici. Il personale italiano era composto da due medici, quattro infermieri professionali e un tecnico logistico. Nella *fase di consolidamento* si è provveduto a progettare e a realizzare un'espansione delle strutture esistenti, ampliando la capacità del centro sanitario fino a 37 posti-letto e dotandolo di una sala operatoria, delle necessarie attrezzature sanitarie e di laboratorio, di farmaci e di un servizio ambulatoriale. La *fase di sviluppo* prevede il proseguimento dell'assistenza sanitaria nel centro sanitario, il potenziamento e il miglioramento della qualità dei servizi medici, con particolare riguardo alla diffusione su tutto il territorio del distretto dei servizi sanitari di base (vaccinazioni, assistenza materno-infantile, assistenza nutrizionale).

6.2. Quadro analitico del programma

L'intervento dell'*Italian Medical Team* nel centro sanitario di Bati è iniziato nel novembre 1984, in risposta alla richiesta di aiuto del governo etiopico, durante la siccità e la conseguente carestia che colpirono il Paese in quel periodo. Il programma si è orientato dapprima in funzione delle necessità di un rapido e puntuale intervento di emergenza, assumendo in seguito le caratteristiche di un programma integrato di sanità pubblica. Un ulteriore sviluppo delle attività è previsto, nell'immediato futuro, con l'avvio di un programma di sostegno ai servizi sanitari del Wollo orientale che sarà realizzato dall'ONG DI-SVI a partire dal centro sanitario di Bati, come viene descritto nel capitolo sesto del presente testo.

La città di Bati ha circa 10.000 abitanti ed è situata a 400 chilometri a nord di Addis Abeba, nel Wollo, una regione colpita in modo particolare dalla siccità. Bati si trova tra l'altopiano e il bassopiano, a un'altitudine di circa 1.600 metri sul livello del mare.

Nel distretto di Bati vivono sia popolazioni sedentarie quanto popolazioni nomadi. La popolazione sedentaria appartiene al gruppo etnico Oromo e vive prevalentemente sulle montagne circostanti la città. La regione è densamente popolata ma i villaggi sono sparsi e le vie di accesso attraversano terreni difficili, accessibili a piedi o a dorso di mulo. A parte le principali vie di comunicazione, come la strada statale per Assab, le strade carrabili sono praticamente inesistenti.

6.2.1. Il centro sanitario

Il centro sanitario di Bati fu costruito da missionari tedeschi nel 1972, che lo abbandonarono dopo la rivoluzione nel 1974.

I primi interventi dell'*Italian Medical Team* riguardarono principalmente la ristrutturazione dell'edificio, l'apertura di una nuova sala operatoria e di un laboratorio radiologico attrezzato e la creazione di un laboratorio di analisi.

Bati è un centro di referenza per tre stazioni sanitarie: Degan (15 chilometri), Eliwaha (50 chilometri) e Millè (110 chilometri). Eliwaha e



15. Bati (Wollo). — La sezione del centro sanitario di Bati riservata alle degenze. Al di là del cancello che si nota sullo sfondo si trova la parte riservata all'ambulatorio. Il centro sanitario fu creato nel 1972 da alcuni missionari tedeschi. Abbandonato nel 1974, è stato ristrutturato dalla cooperazione italiana nel 1984. Il programma è passato da un'azione di emergenza condotta nel campo di assistenza, che riuniva nel 1985 circa 25.000 persone colpite dalla carestia, a un intervento di sviluppo a lungo termine, che comprende l'estensione dei servizi sanitari di base nel territorio del bassopiano del Wollo.



16. Bati (Wollo). — Una giovane madre Afar ricoverata con il suo bambino nel reparto di ostetricia e ginecologia del centro sanitario di Bati. Gli utenti che fanno riferimento a questa struttura appartengono a popolazioni sedentarie, prevalentemente di etnia Oromo, dell'altopiano o, in misura minore, a gruppi di nomadi Afar che vivono nel bassopiano della Dancalia. Le principali patologie rilevate nel centro sono quelle del sistema respiratorio, quelle del sistema ginecologico e la tubercolosi polmonare.

Millè sono in area di bassopiano e servono soprattutto i nomadi, oltre agli abitanti delle rispettive cittadine. Questi tre centri sanitari sono in condizioni molto povere e saranno ricostruiti in un prossimo futuro, così come si provvederà ad ampliare i loro servizi alla popolazione. Il centro sanitario di Bati riferisce i pazienti all'ospedale regionale di Dessiè, lontano circa 65 chilometri, a circa 2.400 metri sul livello del mare.

Il centro sanitario di Bati è composto da due blocchi, uno dei quali contiene un cortile interno circondato dai vari uffici. Un'ala contiene soprattutto uffici amministrativi, mentre la parte opposta ospita due ambulatori, una sala di radiologia, un'infermeria, una sala per le iniezioni e il laboratorio di analisi.

Un breve corridoio esterno conduce al reparto di degenza, con sette stanze e un totale di 37 posti-letto. Una delle stanze è destinata alla pediatria, un'altra ai pazienti affetti da tubercolosi e una alla chirurgia. Le rimanenti sono utilizzate secondo le necessità. Ci sono una sala parto, una sala operatoria e un locale riservato alle infermiere. I servizi igienici per i pazienti sono all'esterno e separati dal blocco principale.

Un altro corridoio esterno conduce alla cucina e alla lavanderia, che sono state costruite su un magazzino. C'è un generatore ausiliario, usato durante le frequenti interruzioni di elettricità. L'approvvigionamento idrico, garantito dall'acquedotto municipale, non è regolare come sarebbe necessario.

6.2.2. Il lavoro medico in Bati

All'arrivo del primi esperti italiani nel novembre 1984, la situazione igienico-sanitaria della popolazione del distretto di Bati era gravissima a causa della siccità.

Circa 25.000 persone sfollate erano accampate alla periferia della cittadina alla ricerca di cibo.

Lo stato cachettico degli adulti e quello marasmatico dei bambini favorivano l'insorgere di infezioni gastro-intestinali e respiratorie.

Il tasso di mortalità nei campi era elevatissimo.

Il *team* sanitario italiano operò, nella fase di emergenza, organizzando le attività di assistenza sanitaria, lo *screening* della popolazione a rischio e la distribuzione di alimenti supplementari, la vaccinazione dei bambini da 0 a 5 anni, la costruzione dei servizi igienico-sanitari.

L'intervento italiano congiunto a quello di altre agenzie internazionali diede proficui risultati e nel novembre 1985 i campi vennero chiusi e le popolazioni ritornarono nei villaggi di origine.

Superata la fase di emergenza le attività del *team* italiano si concentrarono sul centro sanitario di Bati.

Nel periodo compreso tra luglio 1986 e agosto 1987 risultavano registrati nell'archivio del centro sanitario un totale di circa 13.830 pazienti

ambulatoriali. Il totale dei ricoveri nel periodo tra il 9/3 e il 21/12/1979 secondo il calendario etiopico (corrispondente a novembre 1986-agosto 1987) è stato invece di 881. Nella tabella 8 vengono forniti alcuni dati relativi alle diagnosi dei pazienti ricoverati.

Tabella 8. *Pazienti ricoverati secondo la diagnosi nel centro sanitario di Bati - novembre 1986-agosto 1987*

Diagnosi	Frequenza	%
Patologie del sistema respiratorio	107	12,15
Patologie del sistema ginecologico	104	11,80
Tubercolosi polmonare	94	10,67
Traumi	71	8,06
Patologie del sistema digestivo	68	7,72
Febbre di natura da determinare	52	5,90
Patologie del sistema cardio-vascolare	47	5,33
Malaria	41	4,65
Patologie del sistema cutaneo	40	4,54
Malnutrizione	31	3,52
Gastroenteriti	25	2,84
Ustioni	24	2,72
Schistosomiasi	23	2,61
Patologie del sistema osteo-articolare	20	2,27
TB osteo-articolare	20	2,27
Neoplasie	18	2,04
Patologie del sistema urinario	17	1,93
Patologie del sistema genitale maschile	12	1,36
Linfoadeniti TB	9	1,02
Altro	19	2,16
Non determinata	39	4,43
Totale	881	100,00

Attualmente una delle malattie più comuni è la tubercolosi. È rilevata in tutte le sue manifestazioni e molti dei pazienti affetti da TB giungono all'attenzione dei sanitari in gravi condizioni. Le varietà di tubercolosi osservate sono: TB polmonare, TB peritoneale, morbo di Pott (principalmente tra i bambini), linfoadeniti e occasionalmente meningiti. La percentuale di abbandono di terapia è alta soprattutto nella popolazione Afar.

Lo *Schistosoma mansoni* è endemico e bambini con lesioni irreversibili del fegato sono comuni.

I gozzi tiroidei iodio deficienti sono molto comuni, e raggiungono dimensioni talmente grandi da causare difficoltà respiratorie che hanno talvolta richiesto un intervento chirurgico.

Le malattie veneree sono comuni e si manifestano in fasce di età molto giovani. Uno dei problemi principali sono le cure inadeguate prescritte nelle farmacie private, che riducono la fase acuta della malattia, ma la rendono spesso cronica e resistente a molti antibiotici. Questo vale soprattutto per la gonorrea, mentre per il linfogranuloma venereo e il granuloma inguinale i pazienti spesso ritardano la cura e così presentano complicazioni di tali malattie, quali stenosi e linfoedema dei genitali. Come ci si potrebbe attendere, i casi di cancro della cervice non sono pochi e c'è un'incidenza allarmante di cancro del pene.

La lebbra non è così comune come ci si potrebbe aspettare, ma ciò potrebbe essere dovuto a una sotto-diagnosi. L'epatite virale è molto comune e colpisce una fascia di età più giovane che nei paesi sviluppati.

Le parassitosi intestinali sono frequenti a causa delle condizioni igieniche molto povere. Le infestazioni da tenia sagginata hanno un'alta incidenza per l'abitudine di consumare carni bovine crude. Cisti da echinococco non sono state ancora osservate nelle popolazioni sedentarie e nomadi che frequentano il centro sanitario di Bati.

Le malattie cardiovascolari sono comuni e i giovani ne sono spesso affetti. La febbre reumatica è la principale responsabile, mentre *cor pulmonale* a causa dello schistosoma è spesso rilevato. Infarti miocardici e *angina pectoris* sono rari e limitati alla popolazione benestante. Il diabete non è raro.

L'attività chirurgica è limitata alla chirurgia di emergenza e alla chirurgia ricostruttiva per malformazioni congenite e acquisite. Le ferite da arma da fuoco sono numerose e chirurgia complicata è spesso richiesta. Ferite da taglio e traumi da corpo contundente completano il quadro.

L'appendicite è comune e spesso complicata da un ascesso appendicolare e solo raramente da peritonite. L'alta incidenza di ascesso appendicolare è dovuta al ritardo nel riferimento del paziente all'ospedale. Stenosi piloriche dovute a ulcera cronica e a cancro dello stomaco sono spesso osservate.

I parti cesarei sono mantenuti in numero il più possibile ridotto, in particolare per quelle donne che arrivano da villaggi distanti, che avrebbero difficoltà a tornare in ospedale per le loro future gravidanze. Le complicazioni del parto sono le principali cause che spingono le donne a partorire nel centro sanitario. La rottura dell'utero è rara in ospedale.

Le contratture da ustioni sono molto comuni e probabilmente potrebbero essere ridotte tramite la prevenzione.

6.2.3. Consolidamento del programma di emergenza

L'evoluzione dell'intervento da una situazione di emergenza a un'azione di sviluppo articolata, a partire dal centro sanitario nel territorio, ha consentito il rafforzamento dei programmi di assistenza materno-infantile, di vaccinazione e di formazione del personale locale. Il cento sanitario

di Bati, divenuto il secondo punto di riferimento regionale dopo l'ospedale di Dessiè, ha limitato, nella fase di consolidamento dell'intervento di emergenza, le attività chirurgiche alle urgenze e al taglio cesareo, dando maggiore spazio alla medicina preventiva, tenuto conto della bassa copertura vaccinale nella regione e dell'alta morbilità e mortalità materno-infantile.

Tra novembre 1987 e febbraio 1988 si è registrato un notevole incremento del numero di bambini visitati, da 203 a 403 prime visite, con un corrispondente aumento dei ritorni. Il programma allargato di vaccinazione (*Extended Programme of Immunization* - EPI) rispecchia l'andamento di crescita delle attività di assistenza materno-infantile. La clinica pre-natale mostra un lieve incremento dell'utenza avvalorato dal fatto che lo *screening* delle gravidanze ad alto rischio ha portato a un aumento dei parti nel centro sanitario.

Le ammissioni nel reparto di degenza hanno subito un calo dovuto alla riduzione dei pazienti chirurgici, ma è da prevedere in futuro un ritorno ai valori standard, prodotto da un equilibrio di forze che finora erano indirizzate verso l'attività operatoria.

Corsi di aggiornamento settimanali sono stati impostati per coinvolgere la controparte etiopica nell'organizzazione del lavoro nello stesso processo di formazione. Si sta cercando, inoltre, di individuare e risolvere alcune difficoltà di ordine gestionale che rappresentano un impedimento alla piena utilizzazione delle risorse dei programmi.

7. Programma d'intervento sanitario di emergenza nella zona del Beles - ONG CICS

7.1. *Scheda sintetica del programma*

Titolo	Programma sanitario di emergenza nella zona del Beles.
Area	Gojjam.
Durata	Diciotto mesi a partire da settembre 1986.
Organismo esecutore	Centro Internazionale di Cooperazione allo Sviluppo - CICS.
Obiettivi	L'intervento si propone di: 1. affrontare i problemi sanitari delle popolazioni reinsediate; 2. svolgere attività di formazione attraverso l'esecuzione di corsi; 3. migliorare l'organizzazione dei servizi sanitari nella zona; 4. migliorare l'alimentazione dei gruppi ad alto rischio.
Descrizione	L'area di intervento si estende lungo la valle del fiume Beles, in prossimità del lago Tana, nel versante occidentale dell'altopiano etiopico, per una superficie totale di 5.400

km². Nell'area è attualmente insediata una popolazione di circa 80.000 persone trasferite da altre regioni dell'Etiopia, oltre a nuclei di popolazioni indigene.
La metodologia adottata si è basata sul *Community Oriented Primary Health Care* (COPHC). Elementi essenziali sono: il rapporto complementare fra attività di medicina preventiva e curativa; una popolazione di utenti ben definita; una conoscenza della accessibilità geografica e culturale della popolazione interessata; la copertura dei bisogni primari in rapporto alla situazione di salute della comunità; il coinvolgimento della popolazione. La scelta del modello consente un riscontro continuo dei dati sullo stato di salute delle comunità, che determina la prassi successiva.

7.2. *Quadro analitico del programma*

L'attività si articola in una componente curativa, nell'ambito dell'ospedale esistente nella valle del Beles, e in una componente preventiva, articolata sul territorio, che include la sorveglianza di comunità, il programma di vaccinazione, il controllo nutrizionale ed eventuali problemi sanitari in connessione con il trasferimento e l'insediamento nell'area di popolazioni provenienti da altre zone del Paese.

Il programma prevede inoltre attività di formazione secondo un metodo di apprendimento sul lavoro che coinvolge tutto il personale italiano, in stretta cooperazione con gli omologhi etiopici.

Per quanto riguarda la componente curativa, nell'ospedale funzionano reparti di medicina, chirurgia, ostetricia e ginecologia, un ambulatorio, un laboratorio di analisi ed un dipartimento di radiologia.

Per il controllo dello stato nutrizionale della popolazione da 0 a 5 anni e per valutare l'epidemiologia delle principali affezioni in questa fascia esposta ad alto rischio, è stata condotta un'indagine clinica, epidemiologica e nutrizionale in tutti i villaggi dell'area.

Procede un'attività antimalarica con l'individuazione delle pozze e delle località con acque stagnanti e degli invasi, assegnando priorità ai distretti localizzati in prossimità dei corsi d'acqua. Parallelamente è stato avviato il mappaggio dei focolai larvali e la loro registrazione topografica. Un'indagine malacologica nei corsi d'acqua per il rilevamento della presenza di molluschi vettori è stata realizzata nell'ambito del programma di controllo della bilarzia. La lotta al vettore, coadiuvata da misure di diserbamento, è stata impostata mediante l'impiego di pesci molluschicidi a inserimento stagionale e di pesci larvivori nelle vasche e negli invasi non clorati.

Per il programma di controllo della tubercolosi si è provveduto all'aggiornamento della casistica in carico alla struttura di degenza, di

day hospital e di controllo ambulatoriale ospedaliero. È stato inoltre realizzato il mappaggio della casistica di villaggio e la schedatura terapeutico-nutrizionale.

Riguardo al problema dell'utilizzazione delle acque, sin dall'inizio delle attività è stata segnalata la priorità della protezione delle sorgenti. Per affrontare il problema dell'uso improprio dell'acqua a scopo igienico personale è stata impostata un'attività di educazione sanitaria di base.

Una seconda fase di intervento prevede l'impostazione di un sistema di *Primary Health Care* in un approccio intersettoriale con l'obiettivo di definire e realizzare un distretto sanitario atto a provvedere una copertura medica di base alla popolazione del distretto del Beles.

Il supporto tecnico previsto sarà fornito dal CICS in stretta collaborazione con le unità tecniche del Ministero della Sanità etiopico.

Particolarmente rilevanti saranno gli interventi che proteggono la salute dei bambini, con attività condotte sia nei posti di salute che nelle comunità. Materiali educativi sulle cure di base del bambino, sulla salute dell'adolescente e dell'anziano saranno preparati dai comitati di salute comunitaria esistenti a livello di villaggio.

Un manuale per la salute familiare sarà preparato dal gruppo sanitario distrettuale allargato composto, oltre che da rappresentanti del CICS e del CISP, l'altra ONG italiana operante nell'area, dalle autorità distrettuali sanitarie e politiche, dai rappresentanti delle comunità, dai rappresentanti delle istituzioni impegnate nel progetto Beles e dai rappresentanti della Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del M.AA.EE. Il gruppo sarà responsabile della realizzazione di attività integrate multisettoriali.

7.3. *Programma per il controllo della malaria nel Beles*

A causa della grave situazione di crisi determinatasi nell'area del Beles, in ragione dell'alta incidenza della malaria nella zona, un programma di carattere clinico-terapeutico, di riabilitazione strutturale delle abitazioni, di bonifica ambientale e di educazione sanitaria e formazione di tecnici locali è stato finanziato dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del M.A.A.E.E. nel gennaio 1988.

La malaria è endemica nelle aree attorno al lago Tana e nella valle del Beles; la prevalenza è alta con diffusione di *plasmodium falciparum* e soprattutto di *plasmodium vivax*.

L'obiettivo principale del programma è il mutamento delle situazioni ambientali che costituiscono un focolaio per la riproduzione delle *Anopheles*. L'area di intervento comprende 57 villaggi e una popolazione di circa 80.000 abitanti, pari a circa 25.000 unità familiari. Le attività previste per controllare la diffusione della malaria nel comprensorio della valle del Beles includono la bonifica ambientale a livello di villaggio; la

costruzione di abitazioni secondo una tipologia funzionale all'applicazione nelle nuove abitazioni di insetticidi ad azione residua.

Per quanto riguarda la bonifica ambientale, il programma prevede l'eliminazione delle acque stagnanti all'interno dei villaggi e per quanto possibile nelle zone immediatamente limitrofe ad essi e la costruzione di un sistema di drenaggi e di scoli nei villaggi per l'immediato allontanamento delle acque durante la stagione delle piogge. Le popolazioni dei singoli villaggi sono parti attive delle operazioni connesse con il controllo ambientale.

Le abitazioni esistenti attualmente nell'area del programma, consistono in capanne (*tukul*) con tetto di paglia, pareti di fango con intelaiatura in legno e pavimenti in terra battuta; tra le pareti e il tetto ci sono aperture che permettono la circolazione delle zanzare. L'uso di insetticidi ad azione residua in tali abitazioni risulterebbe assai poco efficace. L'introduzione di una nuova tipologia di abitazioni ha come fine l'applicazione di insetticidi sulle pareti e la predisposizione negli alloggi di vani adibiti a ingresso e finestre su cui poter applicare delle zanzariere. Anche la costruzione delle nuove abitazioni è basata sul coinvolgimento della popolazione, anche attraverso l'uso di incentivi per i capifamiglia che avranno collaborato alle attività.

D'accordo con il Ministero della Sanità etiopico, una campagna di applicazione di insetticida (D.D.T.) articolata sarà condotta prima della stagione delle piogge (giugno) e all'inizio della stagione secca (dicembre).

8. Programma multisettoriale nell'area del Beles - Ong Cisp

8.1. *Scheda sintetica del programma*

Titolo	Programma multisettoriale nell'area del Beles.
Area	Gojjam.
Organismo esecutore	Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli - Cisp.
Obiettivi	Il programma si propone di: 1. fornire assistenza tecnica per la realizzazione di orti familiari e di opere irrigue per il miglioramento della produzione alimentare; 2. organizzare ed equipaggiare centri artigianali per incrementare la produzione e la manutenzione di attrezzi agricoli e di altri manufatti di uso quotidiano; 3. sostenere e rinforzare le strutture locali etiopiche per il coinvolgimento della popolazione in attività di sviluppo dell'area; 4. realizzare programmi di formazione nei settori dell'istruzione (in particolare dell'istruzione prescolare), dell'igiene, della nutrizione e della socializzazione, attraverso la formazione di personale locale; 5. sviluppare attività generatrici di reddito, in particolare rivolte alle donne nell'area; 6. realizzare attività di mobilitazione sociale per il coinvolgimento della popolazione in iniziative autogestite.
Descrizione	Il programma include attività nei settori dell'agricoltura, dell'artigianato, della mobilitazione sociale e dell'educazione. 1. *Agricoltura.* – Assistenza tecnica per la coltivazione di orti familiari dimostrativi di 1.000 m² in 30 villaggi. In tali villaggi sono stati addestrati 210 divulgatori agricoli (*agricultural extension workers*), in media sette in ogni villaggio, di cui in genere cinque maschi e due femmine, con la funzione di promuovere nei rispettivi villaggi la diversificazione delle colture per migliorare le condizioni nutrizionali della popolazione. Un programma di educazione nutrizionale è stato sviluppato in cooperazione con l'*Ethiopian Nutrition Institute* (Eni) per pianificare e orientare le attività di orticoltura. Aree irrigue per un totale di 13 ettari sono state organizzate in quattro villaggi. È stato realizzato un vivaio sia per attività di riforestazione che per il sostegno agli orti dimostrativi, con produzione di piantine forestali e orticole. 2. *Artigianato.* – Costruzione ed equipaggiamento di tre centri artigianali per la lavorazione del ferro, del bambù e della terracotta. Organizzazione di corsi residenziali di addestramento nei tre centri a beneficio di artigiani locali Nella prima delle due fasi previste nell'ambito della formazione sono stati addestrati 65 artigiani. Promozione della commercializzazione della produzione dei centri, sia nei mercati locali che in altri centri della regione. Cooperazione con l'*Handicraft and Small Scale Industries Development Agency* (Hasida), per l'assistenza tecnica fornita ai centri. Istituzione di una esposizione permanente per i manufatti prodotti nei centri del Beles a Bahr Dar. 3. *Mobilitazione sociale.* – Realizzazione di attività di mobilitazione sociale della popolazione e supporto delle altre componenti del programma e in funzione dell'adattamento della popolazione reinsediata al nuovo ambiente. 4. *Formazione e istruzione prescolare.* – Costruzione ed equipaggiamento di un *kindergarten* dimostrativo e di altri

quattro *kindergarten* in altrettanti villaggi. Complessivamente circa 1.200 bambini di età compresa tra i 4 e i 6 anni frequentano i *kindergarten*. Realizzazione di corsi residenziali trimestrali di addestramento per apprendisti selezionati dai villaggi, al termine dei quali sono stati diplomati 30 insegnanti. Realizzazione nel *kindergarten* di un museo delle tradizioni culturali rappresentate nell'area. Organizzazione di un corso di lingua inglese in videocassette per gli apprendisti-insegnanti del *kindergarten* e per i maestri delle scuole primarie della zona. Promozione di attività generatrici di reddito (come pollai, corsi di taglio, di cucito, di maglia e di uncinetto) in cooperazione con la *Revolutionary Ethiopia Women's Association* del luogo. È stato, inoltre, costruito ed equipaggiato un campo base per il personale impiegato nel progetto. Il personale espatriato che lavora nel programma include un responsabile del progetto, un esperto delle attività di formazione, di assistenza all'infanzia e di mobilitazione sociale, due agronomi, un coordinatore delle attività artigianali, un divulgatore agricolo e un animatore sociale.

8.2. *Quadro analitico del programma*

Il programma multisettoriale nell'area del Beles è stato formulato nel 1986 a seguito delle operazioni di emergenza, volte a controbattere gli effetti immediati della siccità del 1984/1985. L'intervento della cooperazione italiana si propone di fornire in una di queste aree, la valle del Beles, l'assistenza necessaria a soddisfare alcuni bisogni di base, ponendo particolare attenzione agli aspetti socio-sanitari dell'integrazione in un nuovo ambiente dei gruppi umani interessati. Nella presente analisi sono messi in luce soprattutto quegli aspetti del programma che incidono maggiormente sulla condizione nutrizionale e sull'educazione alimentare e igienica della popolazione.

In ragione dell'obiettivo principale che si propone, il programma è stato fin dall'inizio concepito come un intervento multisettoriale, integrato principalmente sulla fornitura di equipaggiamenti e *inputs*, soprattutto nei settori agricolo e artigianale, e su attività di assistenza tecnica e di formazione. Il programma è articolato in tre discipline: agricoltura, artigianato e assistenza all'infanzia. La metodologia utilizzata privilegia uno stretto coordinamento con le comunità e le organizzazioni di base operanti nell'area, attraverso iniziative di mobilitazione sociale e di capillare divulgazione di nuove tecniche o di procedure di miglioramento di tecniche tradizionali già utilizzate dalla popolazione nell'ambito della produzione agricola e artigianale e in quello dell'educazione e della socializzazione.

Un ulteriore sforzo di coordinamento e di integrazione delle rispettive attività riguarda il rapporto tra le singole componenti del programma e le istituzioni etiopiche responsabili dei vari settori di intervento, come il Ministero delle Costruzioni, il Ministero dell'Agricoltura, il Ministero dell'Istruzione, il Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali, la *National Children's Commission* (NACC), la *Relief and Rehabilitation Commission* (RRC), l'*Ethiopian Nutrition Institute* (ENI), l'*Handicraft and Small Scale Industries Development Agency* (HASIDA), l'Università di Addis Abeba e il *Worker's Party of Ethiopia* (WPE). Con tutti questi organismi si intrattengono periodici rapporti formali di collaborazione, sia a livello centrale che periferico.

Nel programma una funzione importante è assegnata alla conduzione di indagini conoscitive, sia nella fase preliminare di avvio dell'intervento, sia durante la sua realizzazione. Queste indagini vertono sugli aspetti tradizionali delle tecniche utilizzate nei vari settori di intervento, incluse quelle educative, e mirano a indirizzare le attività del programma alla massimizzazione dell'efficacia di tali tecniche o alla loro integrazione o sostituzione con procedure più appropriate al nuovo ambiente. Le indagini sono inserite nell'ambito delle attività di monitoraggio e di valutazione del programma.

In questo quadro è stato condotto uno studio sulle attività artigianali nell'area. L'indagine ha coperto 38 villaggi, dai quali sono stati selezionati i corsisti, e ha toccato tre temi: il primo riguarda l'attuale consistenza delle attività artigianali (numero di artigiani, prodotti, strumenti utilizzati); il secondo si riferisce all'organizzazione del lavoro; infine si sono assunte informazioni relative alla disponibilità di materia prima. I risultati dell'indagine hanno consentito anche di adattare il programma di formazione dei centri alle esigenze e al livello tecnico-economico della popolazione dell'area.

Nella fase di definizione del programma di formazione dei divulgatori agricoli e di sviluppo rurale è stata svolta un'indagine preliminare condotta utilizzando metodi di inchiesta e di osservazione diretta. Tale indagine era volta ad acquisire dati sulla popolazione, sull'organizzazione sociale dei villaggi, sulle principali attività produttive esercitate dalle popolazioni nelle loro aree di origine e sulle caratteristiche della situazione agricola relativamente agli orti familiari. È stato infine realizzato un inventario delle risorse umane e tecniche disponibili per la realizzazione del progetto.

Sono poi stati selezionati nei 30 villaggi del programma i 210 divulgatori che avrebbero seguito il corso di formazione, in accordo con i capi dei distretti, con i capi-villaggio e con il rappresentante del Ministero dell'Agricoltura. Particolare importanza è stata data alla rappresentatività dei divulgatori selezionati rispetto alla composizione etnica del villaggio e al sesso, per promuovere un graduale coinvolgimento delle donne nelle attività di orticoltura. In ognuno dei 30 villaggi è stata, inoltre, realizzata

una parcella dimostrativa di 1.000 m² riproducente la tipologia ideale dell'orto familiare per quanto riguarda l'ordinamento colturale, la densità di semina e d'impianto dei fruttiferi, le operazioni colturali.

Per la promozione di iniziative di mobilitazione sociale si è ritenuto necessario approfondire la conoscenza delle condizioni di vita delle popolazioni reinsediate nelle rispettive aree di origine. A questo proposito sono state compiute missioni nel Wollo e nello Shoa (Menz, Kambata e Hadiya) e per la rilevazione di informazioni sull'economia, sull'artigianato e sull'organizzazione sociale della popolazione reinsediata.

Nell'addestramento degli apprendisti-insegnanti nel *kindergarten* dimostrativo è stata posta enfasi sui contenuti del programma applicato dal Ministero dell'Istruzione in tutto il Paese. Oltre all'insegnamento dei primi rudimenti della lingua amarica e a un'introduzione a concetti matematici e geometrici elementari, del programma si sono privilegiate anche attività di educazione ambientale, alimentare e sanitaria. A questo proposito si producono sussidi didattici impiegando materiale reperibile in loco e se ne sperimenta l'uso nei *kindergarten*, utilizzando anche come riferimento il materiale prodotto dall'*Ethiopian Nutrition Institute*, in coordinamento con l'*Awraja Pedagogical Centre* di Chagni. Il personale insegnante addestrato nel corso di formazione nel *kindergarten* dimostrativo, come anche i maestri delle scuole primarie, sono stati considerati come mezzi ottimali per la diffusione di nozioni sulla salute e sulla nutrizione. Gli alunni sono, infatti, uno dei gruppi più recettivi della comunità e insieme agli insegnanti sono facilmente accessibili. Essi possono fare da tramite per raggiungere le rispettive famiglie, con le quali, peraltro, gli insegnanti sono anche in diretto contatto. Alcune attività di mobilitazione sociale sono state inoltre mirate su gruppi chiave per la realizzazione di iniziative di educazione alimentare, come le donne, coinvolte anche, attraverso le Associazioni delle Donne, in attività generatrici di reddito quali corsi di taglio, di cucito, di maglia e di uncinetto. Le donne, inoltre, costituiscono un gruppo-bersaglio di altre componenti del programma: l'artigianato della terracotta, la divulgazione agricola (quasi un quarto dei 210 divulgatori agricoli addestrati sono donne), la formazione degli apprendisti-insegnanti.

Anche nell'ambito della componente educativa del programma, coerentemente con le attività di monitoraggio, sono state realizzate indagini conoscitive, allo scopo di tracciare un profilo dei sistemi di socializzazione primaria tradizionali, con particolare riferimento ai contenuti, ai metodi e ai materiali didattici. È stata inoltre condotta un'indagine sulle strutture educative esistenti nell'area e in particolare sono state analizzate le iniziative di alfabetizzazione già avviate dal Ministero dell'Istruzione per avere un quadro generale della situazione educativa della popolazione, inclusa quella delle comunità autoctone di lingua Gumuz.

Particolare importanza, infine, viene assegnata all'integrazione tra le

varie componenti del programma. Per fare un esempio, nell'ambito delle attività didattiche di educazione nutrizionale sono stati realizzati orti nei recinti dei *kindergarten*. I divulgatori agricoli, addestrati nell'ambito dell'iniziativa di sostegno all'orticoltura, sono stati invitati a spiegare la funzione e l'utilità dei vari prodotti orticoli. È significativa, a questo riguardo, la stretta collaborazione instaurata con l'*Ethiopian Nutrition Institute* per ottimizzare gli effetti del lavoro di divulgazione agricola. Sono state organizzate dimostrazioni pratiche di preparazione di cibi, allo scopo di familiarizzare gli abitanti dei villaggi con l'uso dei nuovi alimenti nell'ambito della dieta tradizionale. L'integrazione è promossa anche rispetto ad altri programmi realizzati nell'area.

9. Programma sanitario nella regione del Wollo - ONG CESTAS

9.1. *Scheda sintetica del programma*

Titolo	Programma sanitario nella regione Wollo.
Area	Wollo.
Organismo esecutore	Centro di Educazione Sanitaria e Tecnologie Appropriate Sanitarie - CESTAS.
Obiettivi	Il progetto si propone i seguenti obiettivi: 1. riabilitazione (strutturale e funzionale) dei servizi sanitari dei due distretti di Wadla-Delanta e Werehimeno; 2. supporto alle attività di formazione ed educazione sanitaria della regione; 3. potenziamento del sistema di diagnostica di laboratorio della regione.
Descrizione	Il programma prevede la permanenza di una Unità Sanitaria Mobile e di personale sanitario per circa 2 settimane al mese nel Centro Sanitario di Wegel Tena e per un uguale periodo in quello di Tenta; dai Centri Sanitari si devono organizzare le attività di formazione-aggiornamento, le visite alle strutture sanitarie periferiche, le iniziative di mobilitazione di comunità. Nella città di Dessiè sono previste iniziative di appoggio alle strutture regionali impegnate in attività rilevanti per gli obiettivi del progetto (scuola di formazione per infermieri, servizio di sorveglianza epidemiologica, laboratorio regionale di igiene). Il personale espatriato impiegato comprende: 1 medico capo-progetto, 1 medico per le attività di sanità di base, 2 infermiere, 1 sociologo sanitario per le attività di formazione ed educazione sanitaria, 1 logistico-amministratore, 1 laboratorista (per periodi brevi).

9.2. *Quadro analitico del programma*

9.2.1. Obiettivi e aree di intervento del programma

Le aree di intervento sono i distretti di Wadla-Delanta e Werehimeno per le attività di sanità di base e la città di Dessiè per il coordinamento delle attività di formazione ed educazione sanitaria e per il rafforzamento dei laboratori (ospedale regionale e laboratorio di sanità pubblica). I due distretti si trovano a un'altitudine compresa tra i 2.000 e i 3.000 metri sul livello del mare, a economia prevalentemente agricola, caratterizzati da un'alta densità di popolazione. In ognuno dei due distretti esistono un centro sanitario, dove operano infermieri professionali e generici, e cinque o più stazioni sanitarie, strutture di primo livello dove operano solo infermieri generici.

La struttura logistica per il progetto è stata realizzata a Dessiè, attraverso la costruzione di un complesso che ospita la residenza del personale espatriato, gli uffici, il magazzino e un garage-officina per la manutenzione dei veicoli. Quest'ultima struttura è gestita insieme a Ricerca e Cooperazione, un'altra ONG italiana che opera nelle stesse aree.

Le strutture sanitarie nei due distretti sono state completamente rinnovate. La riabilitazione delle strutture di primo livello è stata effettuata utilizzando locali tecnologie di costruzione. Date le difficoltà di accesso delle aree in questione, la ristrutturazione delle stazioni sanitarie ha richiesto notevole impegno organizzativo e tempi di esecuzione piuttosto lunghi.

L'impegno del personale italiano è stato diretto fin dall'inizio non tanto a sostituire quello etiopico, quanto a cercare possibili soluzioni agli enormi problemi di organizzazione delle attività riscontrati. Gli infermieri locali si trovano a essere i responsabili della sanità di oltre 100.000 persone in ogni distretto senza avere ricevuto alcuna formazione specifica nella gestione dei programmi che devono attuare. La supervisione da parte dei responsabili regionali della sanità era quasi inesistente, a causa della carenza dell'organico e delle difficoltà imputabili principalmente a lacune nei trasporti e alle scarse disponibilità finanziarie.

Dopo circa un anno di attività è stato deciso, d'accordo con le autorità regionali e con l'Unità Tecnica dell'Ambasciata di Addis Abeba, di iniziare un distacco progressivo del personale italiano dalle due aree periferiche, in vista della chiusura definitiva delle attività in tali zone.

Nell'ambito del programma sono stati realizzati due laboratori di primo livello nei centri sanitari periferici ed è stata potenziata la capacità diagnostica del laboratorio dell'ospedale regionale di Dessiè.

Nel settore educativo-formativo si è operato tentando di individuare inizialmente i livelli di conoscenza della popolazione rispetto alla salute. È stata effettuata una indagine KAP (*Knowledge, Attitude and Practice*)

attraverso interviste di gruppo che hanno consentito, tra l'altro, di valutare con maggior precisione la percezione che la popolazione ha dei propri problemi sanitari. Sulla base di questa indagine si è poi proceduto all'elaborazione di alcuni orientamenti generali per le attività di educazione sanitaria nella regione e si è realizzato un corso di formazione per coordinatori di educazione sanitaria a livello di distretto. Si è, poi, cercato di stabilire un legame tra educazione sanitaria ed educazione formale, attraverso due corsi per insegnanti realizzati nei due distretti periferici. Sono stati inoltre forniti strumenti didattici, tra cui un sistema di videoregistrazione, alla scuola per infermieri di Dessiè.

Una delle iniziative più impegnative e significative dell'intero progetto è stata la traduzione e l'adattamento in amarico di un manuale per ostetriche tradizionali. I disegni sono stati adattati allo stile etiopico e i contenuti sono stati riveduti in accordo con il locale Ministero della Sanità.

I problemi incontrati nella realizzazione delle attività progettuali sono stati quelli tipici degli interventi di sanità di base in molti Paesi in via di sviluppo: carenza di quadri con le necessarie capacità gestionali, scarsezza di mezzi, debole motivazione nel personale locale. A ciò si sono aggiunti problemi di carattere organizzativo, perché l'intervento era stato pianificato per un periodo di 18 mesi, assolutamente insufficiente per la realizzazione di un programma di sanità di base.

È attualmente in corso l'elaborazione di un piano operativo che preveda l'estensione dell'intervento del CESTAS nel Wollo per i prossimi tre anni. Gli obiettivi prioritari in questa seconda fase sono stati identificati nella formazione e nel sostegno della scuola per infermieri e del Dipartimento regionale sanitario.

10. Sviluppo rurale nella regione del Wollo - ONG CISP e Ricerca e Cooperazione

10.1 *Scheda sintetica del programma*

Titolo	Sviluppo rurale nel Wollo.
Area	Regione del Wollo, distretti di Dese Zuria, Wadla-Delanta e Werehimeno.
Organismo esecutore	Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli - CISP - e Ricerca e Cooperazione - R. e C.
Obiettivi:	Il programma si propone di: 1. promuovere attività da affidare, per l'esecuzione, alle organizzazioni contadine presenti sul territorio, distribuendo alimenti secondo gli schemi *food-for-work*; 2. realizzare attività di conservazione dei suoli e delle

acque e contribuire al riassetto ambientale delle zone degradate, al fine di mantenere e potenziare le strutture socio-economiche presenti;

3. distribuire fattori di produzione contribuendo al superamento di uno dei limiti più significativi per lo sviluppo dell'economia rurale etiopica;

4. incrementare le capacità tecniche e gestionali delle strutture locali preposte ai programmi di riabilitazione e sviluppo rurale.

Descrizione

Il programma si articola su quattro settori principali: quello agricolo, quello idrogeologico, quello delle costruzioni stradali e quello delle tecnologie rurali e delle attività generatrici di reddito. L'intervento si svolge nelle tre *awraja* di Dese Zuria (*wereda* di Kutaber), Wadla-Delanta (*wereda* di Wegel Tena e di Kon) e Werehimeno (*wereda* di Tenta e di Mekdela), con una popolazione complessiva di 972.843 persone, residenti in prevalenza in aree rurali. Le attività nel settore agricolo comprendono la realizzazione di terrazzamenti e argini di protezione su 1.392 ettari; il terrazzamento e la riforestazione di 786 ettari; e la creazione di un vivaio in grado di produrre 2 milioni di piantine all'anno. Il settore idrogeologico consiste nella captazione di 70 sorgenti e nello scavo di 36 stagni a largo diametro. L'intervento idrico prende in considerazione anche una componente igienico-sanitaria. Il settore delle costruzioni stradali comprende la realizzazione di 22 km di piste rurali nella *wereda* di Kutaber; la riabilitazione della strada Tenta-Beshelo di 35 km; il miglioramento della strada Wegel Tena-Kon di 65 km, con la costruzione di un ponte di circa 200 metri di lunghezza. Il settore delle tecnologie prevede la ristrutturazione di due centri di formazione, la costruzione di laboratori per l'addestramento di fabbri e per la lavorazione del metallo, nonché la produzione di coperte con materiale misto di lana e di cotone, prevista nei centri di formazione e nelle Cooperative di Servizio. Tutti i settori di intervento includono un'attività di formazione, sia a livello teorico che sul lavoro. Specifici manuali appositamente redatti fungono da supporto didattico.

10.2. *Aspetti analitici del programma*

Il progetto ha impiegato gli schemi del *food-for-work* (cibo in cambio di lavoro) poiché la regione del Wollo, e in particolare l'area assegnata

a Ricerca e Cooperazione, è deficitaria dal punto di vista alimentare, soprattutto in termini di cereali di base.

Le Associazioni di Contadini realizzano una serie di opere ottenendo in cambio razioni alimentari, la cui entità è stata stabilita congiuntamente dal Ministero dell'Agricoltura etiopico e dal *World Food Programme* in 3 kg di cereali e 120 grammi di olio vegetale giornalieri per 25 giornate lavorative mensili. Le razioni sono state definite a partire dai dati relativi al consumo ottimale giornaliero di una famiglia di cinque persone.

Lo schema *food-for-work* si è dimostrato valido: le comunità di base hanno espresso una grande disponibilità e interesse per le attività remunerate con il cibo. Un'attenta pianificazione degli interventi di programma e quindi un loro organico inserimento nel quadro delle attività ordinarie dei contadini dell'altopiano del Wollo permettono un'articolazione delle attività realmente integrata nell'economia rurale locale.

Più in generale, poiché il deficit alimentare è strutturale, si pone il problema di identificare e rendere operative un numero significativo di attività da eseguire sulla base del *food-for-work*. Il Ministero dell'Agricoltura è la principale istituzione che opera nella regione, ma soffre di una struttura non sufficientemente adeguata in termini di risorse umane e finanziarie.

Vanno inoltre segnalati altri grossi limiti nella realizzazione delle attività di *food-for-work*: la distribuzione del cibo, che spesso avviene con mesi di ritardo, a causa delle difficoltà del trasporto, soprattutto dai magazzini centrali a quelli periferici; e la qualità dei cereali, che spesso non sono commestibili, generalmente a causa delle cattive condizioni di stoccaggio.

Tutto ciò comporta una perdita di credibilità da parte dell'agenzia incaricata della realizzazione degli interventi, considerando anche il notevole stress dei contadini, che frequentemente devono effettuare lunghi e penosi spostamenti, a piedi o a dorso di mulo, per raggiungere i centri di distribuzione più vicini.

Le analisi della realtà del Wollo centro-occidentale conducono inoltre a una riflessione sulla grave situazione igienico-sanitaria, caratterizzata fondamentalmente dal problema dell'inquinamento dei punti d'acqua, non sufficientemente protetti, e della alimentazione non diversificata. I centri sanitari, pur esistenti, sono spesso difficilmente raggiungibili per la loro dislocazione che non tiene conto in modo sufficiente delle complesse caratteristiche morfologiche della regione.

Il programma si è posto l'obiettivo della riabilitazione delle alte terre del Wollo, configurandosi come un intervento orientato alla rimozione di alcune strozzature, nel tentativo di ridurre la condizione di rischio strutturale connessa con i ricorrenti cicli di siccità. Il progetto si inseriva infatti nel quadro degli interventi straordinari compresi nei programmi regionali di riabilitazione proposti dalla RRC.

Il degrado ambientale nell'area di intervento è estremamente grave. Dall'esperienza del progetto scaturiscono alcuni punti fondamentali che vanno considerati con grande attenzione. Innanzitutto, non è possibile porsi obiettivi di qualche rilievo se non si tiene conto delle organizzazioni socio-economiche presenti sul territorio, quali Associazioni di Contadini, Cooperative di Servizio e Cooperative di Produttori. Da qui l'importanza di una pianificazione che parta dalle comunità di base più rappresentative, come ad esempio le Cooperative di Servizio, che normalmente aggregano dalle quattro alle sei Associazioni di Contadini.

In secondo luogo, vanno rafforzate le strutture decentrate del Ministero dell'Agricoltura, a livello di *awraja* e di *wereda*, sia in termini di risorse finanziarie (soprattutto per i trasporti), che di risorse umane (agenti di sviluppo, divulgatori agricoli).

Un terzo aspetto riguarda il rafforzamento delle capacità tecniche e gestionali del Ministero dell'Agricoltura a livello regionale. Da una parte, andrebbero elaborati adeguati modelli di pianificazione e valutazione degli interventi, dall'altra, bisognerebbe programmare una serie di attività di formazione per i quadri locali.

L'estensione del programma si fonda comunque sulla convinzione che solo un approccio integrato e a lungo termine può incidere su una realtà che presenta caratteri estremi di degrado ambientale. Dal punto di vista della conservazione dei suoli, non è ipotizzabile un intervento puramente strutturale, come la realizzazione di terrazzamenti, argini di protezione e piccole dighe di ritenzione d'acqua, ma è necessario prendere in considerazione l'insieme dei sistemi colturali e delle tecniche di coltivazione.

Un altro importante punto da considerare riguarda la pressione del bestiame sul pascolo e quindi la gestione del pascolo e la nutrizione del bestiame. La chiusura di aree finalizzate alla riproduzione del manto vegetale e la coltivazione e diffusione di foraggere sono alcune delle soluzioni adottabili.

Va senz'altro sostenuta e ampliata l'attività di distribuzione di fattori di produzione, così come è necessario creare le condizioni per un'efficace manutenzione degli strumenti di lavoro da parte di operatori dislocati sul territorio. A più lungo termine, e in stretta collaborazione con i centri specializzati nel settore, si potrebbero ottenere risultati significativi sostenendo un'attività di sperimentazione e diffusione di attrezzi agricoli perfezionati.

Capitolo Quarto

LA COOPERAZIONE SANITARIA ITALIANA: I PROGRAMMI MULTIBILATERALI

1. Il Joint Nutrition Support Programme (Jnsp) in Etiopia - Unicef/Oms

1.1. *Scheda sintetica del programma*

Titolo	Programma nutrizionale nella regione del Sidamo (*Joint Nutrition Support Programme* - Jnsp).
Area	Sidamo.
Durata	Quattro anni (1984/1987).
Organismo co-esecutore	Unicef/Oms.
Obiettivi	Contribuire a ridurre il tasso di mortalità e morbilità infantile mediante il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie nella regione del Sidamo. In particolare a livello nazionale il programma prevede obiettivi operativi quali: 1. riduzione della mortalità infantile dal 13,6% al 10% in cinque anni e al 7,5% in dieci anni; 2. riduzione della mortalità dei bambini (da o a 5 anni) dal 25,7% al 15,5% in cinque anni e al 12% in dieci anni; 3. riduzione della malnutrizione dal 60% al 40% (bambini sotto i cinque anni di età) in cinque anni e al 25% in dieci anni.
Descrizione	Il programma mira a: 1. rafforzare la capacità di pianificazione e formulazione di politiche nazionali sulla nutrizione; 2. sviluppare un accurato e semplice sistema di acquisizione dei dati di base per un efficiente monitoraggio delle attività del programma; 3. costruire 27 unità sanitarie rurali; 4. costruire un centro sanitario rurale; 5. riabilitare due centri sanitari rurali e 12 unità sanitarie rurali; 6. addestrare professionalmente i funzionari preposti a incarichi di rilievo nel settore della nutrizione; 7. tenere corsi di aggiornamento per levatrici tradizionali.

1.2. *Quadro analitico del programma*

1.2.1. Obiettivi e realizzazioni del *Joint Nutrition Support Programme* in Etiopia

Le carenze nutrizionali rappresentano in Etiopia, come in molti Paesi in via di sviluppo, uno dei problemi di più difficile soluzione.

Secondo studi dell'*Ethiopian Nutrition Institute* il 50% dei bambini al di sotto dei cinque anni presenta un rapporto peso per età inferiore all'80% degli standard internazionalmente usati per controllare e valutare la crescita dei bambini. Inoltre il 4% soffre di marasma e il 2% è affetto da Kwashiorkor. Oltre all'insufficiente assunzione alimentare, molti fattori contribuiscono alla malnutrizione e in particolare l'alta incidenza di malattie infettive, le carenti condizioni igienico-sanitarie ed ambientali, la mancanza di acqua potabile, un basso livello di conoscenza delle pratiche di svezzamento, frequenti calamità naturali.

Gli interventi delle varie agenzie di cooperazione hanno posto, in passato, l'attenzione sugli aspetti medici della malnutrizione più che sull'insieme dei fattori che sono prevalentemente di natura socio-economica. Questa acquisizione rappresenta la base concettuale per il progetto JNSP in Etiopia.

Il JNSP è iniziato nel 1984 nella regione del Sidamo e in particolare nella provincia del Sidama. La regione posta a sud del Paese ha una popolazione di circa 1.500.000 abitanti con una densità di 260 persone per km^2. L'agricoltura è l'attività economica prevalente. Le radici dell'*ensete* (*ensete edulis*, nota anche come «falsa banana») lavorate e fermentate costituiscono la dieta base. L'*ensete* è ricco di carboidrati ma estremamente povero di proteine.

La provincia del Sidama è stata scelta in considerazione dei seguenti fattori:

— la monocoltura dell'*ensete* è attualmente prevalente e quindi l'area è adatta all'introduzione di nuove metodologie di produzione alimentare a livello familiare;
— l'area è rappresentativa delle condizioni ecologiche del resto del Paese in quanto sono presenti pianure, medie colline e alta montagna;
— le condizioni socio-economiche dell'area sono buone rispetto alle medie nazionali, consentendo un investimento mirato al miglioramento della qualità dei servizi più che al potenziamento delle infrastrutture di base.

Il JNSP in Etiopia opera con l'intento di aumentare l'efficienza delle strutture governative esistenti e di coordinare e accelerare il piano di sviluppo decennale per quanto concerne l'alimentazione e la salute. L'obiettivo è quello di sviluppare strategie alternative nella produzione e nell'utilizzazione del cibo i cui costi possano essere sostenuti dalla comunità e i cui modelli operativi possano essere replicati in altre regioni.

Il JNSP adotta l'approccio di *Primary Health Care* con l'obiettivo di migliorare i servizi sanitari di base per le popolazioni con particolare riguardo alla salute delle madri e dei bambini.

Il programma è articolato in componenti di formazione, ricerca, salute, sviluppo delle infrastrutture, igiene ambientale e assistenza all'agricoltura. Nell'ambito della formazione, sono stati tenuti corsi di addestramento per il personale direttivo del programma su argomenti quali tecnologie degli alimenti, microbiologia, biochimica, pianificazione e uso del computer. Assistenti agricoli dalle cooperative e dalle Associazioni di Contadini sono stati addestrati nelle nuove tecnologie di produzione.

Numerose attività di ricerca sul campo, riguardanti nuove varietà di cereali e l'adattamento di differenti coltivazioni a diversi eco-sistemi, sono state condotte dall'Istituto provinciale di ricerca di Awassa. Nuove tecnologie di colture miste con l'*ensete* sono state sviluppate e sperimentate in settanta cooperative agricole della provincia. Quanto alle infrastrutture, sono stati ricostruiti e rinnovati nove posti di salute e due centri sanitari, ed un centro di formazione per levatrici tradizionali e per operatori sanitari di comunità è stato costruito a Irgalem. Nel campo dell'assistenza all'agricoltura, sono stati acquistati e distribuiti equipaggiamenti agricoli e sementi per nuove varietà di prodotti e sono stati studiati nuovi schemi di irrigazione che impiegano piccole dighe di terra, delle quali è iniziata la costruzione.

Nel settore sanitario sono stati organizzati corsi di formazione per levatrici tradizionali, per operatori sanitari di comunità ai quali sono stati distribuiti semplici equipaggiamenti e farmaci di base. Sono stati tenuti, inoltre, corsi di educazione sanitaria e nutrizionale agli studenti di 35 scuole primarie con l'ausilio di materiale didattico prodotto in collaborazione con l'*Ethiopian Nutrition Institute*. Per l'igiene ambientale, infine, si sono costruiti pozzi e latrine per una popolazione beneficiaria di circa 70.000 persone.

I principali problemi incontrati nei primi due anni di attività del progetto sono legati alla grave situazione in cui versa il Paese in seguito alla siccità che ha colpito l'Etiopia nel 1984-1985 e che ha richiesto l'impiego di risorse e di personale in programmi di emergenza. Le strutture governative, inoltre, si sono trovate non del tutto preparate a condurre un programma vasto e multisettoriale e con un approccio diverso rispetto alle normali modalità di lavoro. La costituzione di comitati intersettoriali a livello centrale, regionale e di distretto sta portando comunque ad un miglioramento del coordinamento e delle capacità manageriali del personale.

In conclusione, si può affermare che la maggior parte delle attività intraprese finora sono mirate a rafforzare le strutture e le infrastrutture e a provvedere all'addestramento del personale.

2. Ricerca fonti idriche - UNICEF/OMS

2.1. *Scheda sintetica del programma*

Titolo	Approvvigionamento idrico rurale in varie regioni del Paese.
Area	Bale, Hararghe, Wollo, Eritrea e regione centrale dell'Etiopia.
Organismo co-esecutore	UNICEF/OMS.
Obiettivi	Contribuire a realizzare un ampio programma di approvvigionamento idrico per le popolazioni rurali delle regioni del Bale, Hararghe, Wollo, Eritrea e della regione centrale mediante la perforazione e lo scavo di pozzi dotati di pompe per il sollevamento dell'acqua e la creazione di piccoli schemi irrigui a servizio degli agricoltori e allevatori locali.
Descrizione	Il programma si articola in tre operazioni principali: 1. scavo a mano di 280 pozzi (di cui beneficeranno 80.000 abitanti); 2. realizzazione di 27 reti di distribuzione idrica (di cui beneficeranno 135.000 persone); 3. perforazione di 175 pozzi (di cui beneficeranno 60.000 persone). Il progetto è gestito dall'ufficio dell'UNICEF di Addis Abeba in collaborazione con la *National Water Resources Commission* e il Ministero della Sanità etiopici.

3. Farmaci essenziali - UNICEF/OMS

3.1. *Scheda sintetica del programma*

Titolo	Programma per la produzione di farmaci essenziali.
Area	Etiopia.
Organismo co-esecutore	UNICEF/OMS.
Obiettivi	Il programma si propone di: 1. assicurare un rifornimento regolare dei dieci farmaci più frequentemente utilizzati ai differenti livelli del sistema sanitario locale, quali ad esempio la penicillina, la clorochina e l'acido acetil salicilico; 2. migliorare la logistica dell'approvvigionamento, stoccaggio e distribuzione dei farmaci;

	3. formare il personale addetto alla produzione e distribuzione dei farmaci; 4. assicurare i necessari controlli di qualità sui farmaci importati o prodotti localmente.
Descrizione	Il Ministero della Sanità coordina e supervisiona il processo di realizzazione del progetto. L'*Ethiopian Pharmaceutical and Medical Supplies Corporation* (EPHARMECOR), l'*Ethiopian Pharmaceutical Manufacturing* (EPHARM), il *Manpower Development and Training Department* e l'*Health Services Department* del Ministero della Sanità sono direttamente responsabili della realizzazione delle varie componenti, mentre l'*Office Pharmaceutical Service* è il punto focale per le attività di coordinamento. Le principali componenti del programma sono: 1. espansione dell'EPHARM e incremento della produzione di farmaci attraverso la riorganizzazione dei macchinari e dell'equipaggiamento; 2. costruzione di un impianto per la produzione dei sali di reidratazione orale; 3. costruzione di un impianto per la produzione di fluidi intravenosi; 4. miglioramento del sistema di distribuzione; 5. addestramento del personale.

3.2. *Quadro analitico del programma*

In Etiopia, come il molti paesi in via di sviluppo più del 60% della popolazione, in particolare quella residente in aree rurali, non ha accesso ai servizi sanitari e alle cure essenziali.

L'88,7% degli oltre 42 milioni di etiopici vive in zone rurali e l'11,3% in aree urbane, vale a dire in località con oltre 2.000 abitanti (*Central Statistical Office*, 1984b). Per contro il 39% dei medici generici e il 65% dei medici specialisti sono concentrati nelle quattro maggiori città. Per ovviare a questa squilibrata distribuzione dei servizi, il Ministero della Sanità ha incrementato il numero delle istituzioni sanitarie nelle zone rurali. Assicurare un concomitante approvvigionamento almeno dei più importanti farmaci di base a ogni livello delle strutture sanitarie è un punto cruciale per l'efficacia e la credibilità delle strutture.

Circa l'80% delle necessità di farmaci in Etiopia viene soddisfatto con l'importazione di prodotti già confezionati e il restante 20% viene preparato localmente con materie prime importate. L'importazione e la distribuzione avvengono per la maggior parte attraverso le strutture pubbliche, in quanto il settore privato è limitato ad alcune farmacie

concentrate nelle grandi città. Inoltre organizzazioni quale la *Relief and Rehabilitation Commission* (RRC), agenzie bilaterali di cooperazione, agenzie internazionali, organizzazioni non governative e organizzazioni missionarie ricevono o acquistano farmaci per la distribuzione.

Il fatto che la produzione locale copra solo il 20% delle necessità e che nessuna materia prima venga prodotta localmente comporta un notevole esborso di valuta pregiata che incide sul già magro bilancio del Ministero della Sanità. Il sistema di distribuzione gestito dal Ministero è in larga misura inadeguato a causa della mancanza di capitali di investimento, personale addestrato, magazzini, frigoriferi e mezzi di trasporto. Questa situazione conduce a un approvvigionamento assai incostante, in particolare al livello periferico.

Lo sviluppo della strategia di *Primary Health Care* adottata dal governo etiopico e l'aumento e il potenziamento delle strutture sanitarie, soprattutto nelle aree rurali, richiedono la riorganizzazione e la razionalizzazione del settore farmaceutico nelle sue varie componenti di produzione, distribuzione e controllo della utilizzazione.

A partire dal 1985 il Ministero della Sanità ha avviato una politica a favore del miglioramento del sistema farmaceutico, di cui le principali componenti sono l'acquisto centralizzato dei farmaci, il rafforzamento della produzione locale, il miglioramento della distribuzione, la compilazione di una lista dei farmaci essenziali e la diffusione delle informazioni sull'utilizzazione dei farmaci, ma i risultati di tale politica sono purtroppo ancora lontani dall'essere ottimali.

I problemi del settore farmaceutico in Etiopia sono in realtà simili a quelli tipici dei Paesi in via di sviluppo. In risposta a questi problemi, nel 1977 l'OMS ha definito il concetto di farmaci essenziali e nel 1981 uno speciale «*Action Programme on Essential Drugs*» («Programma di azione sui farmaci essenziali») venne istituito con il fine di assicurare nei Paesi in via di sviluppo l'approvvigionamento di farmaci di base in adeguate quantità e a prezzi appropriati.

In accordo con questa linea di intervento il governo italiano ha provveduto alla copertura finanziaria di un *Joint Essential Drugs Support Programme* (JEDSP) per l'Etiopia, del quale l'OMS e l'UNICEF sono le agenzie esecutrici.

I principali obiettivi del JEDSP sono: assicurare un regolare approvvigionamento dei farmaci essenziali ai vari livelli delle strutture sanitarie; migliorare il sistema di distribuzione; addestrare il personale necessario; rinforzare la capacità di produzione locale; assicurare il controllo di qualità sia dei farmaci importati che di quelli prodotti localmente.

In particolare, il programma comprende: l'impianto di una linea per la produzione di sali di reidratazione orale; l'impianto di una linea per la produzione di farmaci intravenosi; l'acquisto di veicoli per la distribuzione; la ricostruzione di cinque magazzini regionali; la riorganizzazione

dell'EPHARM, vale a dire dell'agenzia governativa deputata alla produzione dei farmaci; il rifornimento delle materie prime necessarie alla produzione di dieci farmaci essenziali; l'addestramento del personale a ogni livello.

La lista dei farmaci essenziali è stata stilata in accordo con la definizione dell'OMS per cui essenziali si intendono i farmaci necessari per la cura della maggior parte delle patologie della popolazione. In particolare la selezione della lista e la quantificazione sono state fatte in accordo con le percentuali di morbilità riscontrate negli ambulatori ospedalieri e nei centri sanitari, coprendo così il 79% delle patologie della popolazione.

La compilazione della lista è un punto essenziale nella realizzazione del sistema farmaceutico, in quanto riduce il numero dei farmaci da produrre, da acquistare, da immagazzinare, da distribuire e da utilizzare e nello stesso tempo si propone di soddisfare l'urgente bisogno di farmaci ad alta priorità.

Malgrado alcuni ritardi, la maggior parte delle attività del programma sono state già realizzate. In particolare sono stati consegnati all'EPHARM materie prime e macchinari per la produzione di dieci farmaci essenziali; si sono acquistate le linee per la produzione di sali di reidratazione orale e di fluidi intravenosi; alcuni tecnici sono stati inviati in Italia e in Kenya per sessioni di addestramento; si è inoltre rivisto il manuale per la formazione degli operatori sanitari di base. Tra le attività in fase di avvio va ricordata la messa in opera delle nuove linee.

Il rafforzamento della produzione locale è senz'altro un passo fondamentale per ridurre i costi, aumentare l'autosufficienza e incrementare l'utilizzazione delle risorse locali.

4. Attività di comunicazione a sostegno di programmi di salute materno-infantile e di programmi sanitari - UNFPA/UNESCO

4.1. *Scheda sintetica del programma*

Titolo	Attività di comunicazione a sostegno di programmi di salute materno-infantile e di programmi sanitari.
Area	Shoa, Bale, Keffa e Illubabor.
Durata	Quattro anni a partire dal 1985 (prima fase).
Organismo co-esecutore	UNFPA/UNESCO.
Obiettivi	Rinforzare la capacità di comunicazione della campagna di post-alfabetizzazione, allo scopo di sostenere l'educazione permanente e programmi sanitari e di salute materno-infantile.

Descrizione:	L'esperienza maturata nel coniugare l'istruzione al livello della post-alfabetizzazione con attività di salute materno-infantile sarà utilizzata in una fase successiva per ampliare l'ambito delle attività di educazione permanente in Etiopia, applicando tecniche IEC (*Information, Education, Communication*) acquisite in altre aree, come l'agricoltura, lo sviluppo rurale e lo sviluppo di comunità. Il progetto intende combinare le risorse di trasmissioni educative trasmesse localmente (in una fase iniziale attraverso la distribuzione di cassette a circuito chiuso) la rete di comunicazione interpersonale e i *media* tradizionali, allo scopo di usare un approccio pianificato per aiutare persone di recente alfabetizzazione a identificare i propri problemi sanitari e ambientali e così favorire l'impiego di nuove pratiche che dovrebbero migliorare la vita famigliare. Nella fase pilota, il progetto si propone di assistere il *Department of Educational Mass-Media* del Ministero dell'Istruzione nella progettazione e realizzazione di programmi basati su *media* di comunità e di addestrare coordinatori di attività di alfabetizzazione, operatori nel settore della salute materno-infantile e altri operatori nell'uso più efficace di tali programmi. Il progetto prevede anche formazione in tecniche di ricerca, monitoraggio e valutazione per funzionari impegnati nella realizzazione del programma.

CAPITOLO QUINTO

I PROGRAMMI GESTITI DALLE ORGANIZZAZIONI NON GOVERNATIVE

1. Centro sanitario di Bushulo nella regione del Sidamo - ONG CCM

1.1. *Scheda sintetica del programma*

Titolo	Potenziamento del centro sanitario di Bushulo. Assistenza al programma di lotta alla lebbra nel Sidamo, Bale e Arsi.
Area	Sidamo.
Organismo esecutore	Comitato di Collaborazione Medica - CCM.
Obiettivi	Obiettivi del progetto sono: 1. aiuto sanitario assistenziale mediante il potenziamento di un posto di salute, poi trasformato in centro sanitario; 2. promozione della *Primary Health Care* sul territorio; 3. cooperazione con l'attività governativa nell'ambito didattico e della formazione degli omologhi locali; 4. cooperazione con il *National Leprosy Control Programme* («Programma nazionale di controllo della lebbra») del Ministero della Sanità etiopico.
Descrizione	Il programma è stato avviato alla fine del 1983 su richiesta della Diocesi locale per potenziare le attività curativo-preventive in una regione dell'Etiopia meridionale nella quale vivono circa 4 milioni di abitanti su un territorio di circa 117.000 km². Il rapporto medico-paziente nella regione è pari a 1:315.000. Il centro sanitario di Bushulo conta 60 posti-letto, un reparto di isolamento per malattie infettive, una sala parto, un servizio di radiologia, un laboratorio e un ambulatorio. La divisione leprologica di Shashamanne rappresenta l'ospedale di riferimento per gli hanseniani che richiedono ricovero ospedaliero provenienti dalle regioni del Sidamo, Bale e Arsi. L'attività leprologica sul territorio del Sidamo consiste nella diagnosi precoce, nel trattamento farmacologico (mono-e poli-chemioterapia), nell'educazione sanitaria e nel *follow-up*. Un volontario *senior* esercita la funzione di *Medical Director* del centro

sanitario di Bushulo, coadiuvato da un volontario tecnico di laboratorio. Due volontari medici leprologi prestano servizio in qualità di *Leprosy Medical Officers* presso la divisione di leprologia dell'ospedale di Shashamanne e nel vastissimo territorio delle regioni del Sidamo e del Bale. I volontari operano alle dipendenze del «Programma nazionale di controllo della lebbra» del Ministero della Sanità.

1.2. *Quadro analitico del programma*

L'attività leprologica si inquadra nell'ambito del programma di intervento sanitario che il Comitato di Collaborazione Medica sta realizzando nella regione del Sidamo dal dicembre 1983.

In seguito ad accordi con il «Programma nazionale di controllo della lebbra» e con la *German Leprosy Relief Association*, che a un tempo finanzia e collabora con il Ministero della Sanità nel programma stesso, due volontari medici furono inviati in Etiopia nell'aprile 1985.

Dopo due mesi di preparazione specifica, sia teorica che pratica, dapprima presso l'ALERT (*All Africa Leprosy and Rehabilitation Training Centre*) di Addis Abeba e poi in altre regioni dell'Etiopia dove opera il «Programma nazionale di controllo della lebbra», due volontari sono stati destinati alle rispettive sedi, e cioè: uno (in qualità di *Leprosy Medical Officer*) è responsabile dell'ospedale di Shashamanne e della regione del Bale, mentre l'altro, con lo stesso titolo, è stato assegnato alla regione del Sidamo. Va sottolineato che l'ospedale di Shashamanne funziona da ospedale di riferimento per gli hanseniani bisognosi di cure ospedaliere che provengono da tre regioni dell'Etiopia, il Sidamo, il Bale e l'Arsi.

Con l'introduzione della poli-chemioterapia, raccomandata dall'OMS nel 1982, si è reso necessario rafforzare le attività di monitoraggio clinico ed epidemiologico dei vari programmi. Il nuovo regime farmacologico, infatti, richiede una profonda riorganizzazione delle strategie di conduzione del programma. In particolare, dato il notevole restringersi dei tempi in cui un effettivo controllo della lebbra appare ora realizzabile, il massimo sforzo è richiesto per rintracciare il maggior numero possibile di casi e per tenerli poi in trattamento e sotto controllo per il periodo di tempo richiesto.

Anche per fare fronte a queste nuove necessità, il «Programma nazionale di controllo della lebbra» ha ritenuto opportuno dividere il programma Shashamanne-Sidamo-Bale in due tronconi, assegnando a un medico il Sidamo e a un altro l'ospedale di Shashamanne e il Bale, per via del più elevato numero di pazienti e di centri di trattamento in Sidamo rispetto al Bale (6.000 pazienti in 65 posti di salute in Sidamo contro i 2.000 pazienti in 15 posti di salute in Bale), e soprattutto a

causa del fatto che, al momento, in 22 posti di salute del Sidamo i pazienti già ricevevano il nuovo regime poli-chemioterapico (MDT), mentre nella regione del Bale il MDT non era ancora stato avviato.

2. Approvvigionamento idrico e animazione socio-igienico-sanitaria nel Wolayta-Soddo - ONG CVM

2.1. *Scheda sintetica del programma*

Titolo	Programma idrico-igienico-sanitario nel distretto di Wolayta e Soddo.
Area	Sidamo.
Durata	Sei anni (1980/1986) con estensione di altri quattro anni (1987/1991).
Organismo esecutore	Centro Volontari Marchigiani - CVM.
Obiettivi	1. Migliorare la salute pubblica e la qualità della vita delle comunità autoctone mediante il potenziamento delle attività di ricerca e di approvvigionamento idrico, contribuendo inoltre al miglioramento della condizione della donna, la quale è tradizionalmente addetta alla raccolta dell'acqua per tutta la famiglia; 2. formare quadri locali per realizzare, attraverso l'uso di tecnologie appropriate, gli obiettivi del programma.
Descrizione	Le attività del programma consistono: 1. nella perforazione di 16 pozzi e nella dotazione di adeguati impianti di sollevamento, di stoccaggio e di distribuzione dell'acqua; 2. nella protezione di 15 sorgenti naturali e, dove necessario, nella loro canalizzazione per brevi e medi percorsi; 3. nell'animazione socio-igienico-sanitaria delle comunità di villaggio e nel coinvolgimento della popolazione beneficiaria; 4. nell'addestramento di 32 addetti alla manutenzione dei pozzi e delle sorgenti; 5. nella formazione di 12 sondatori e di 2 animatrici socio-sanitarie; 6. nell'invio di 4 volontari, 2 tecnici trivellatori e 2 animatrici socio-sanitarie. Il progetto è stato avviato nel 1980 da 2 volontari per un periodo iniziale di due anni. Sulla base dei positivi risultati raggiunti si è deciso di estenderlo fino al giugno 1986. Nella seconda fase sono state realizzate le seguenti attività:

perforazione di 6 pozzi; protezione e canalizzazione della sorgente di Badessa Shashara; realizzazione dell'opera di educazione sanitaria presso le scuole e i villaggi di Shamba, Duddo, Soddo-Konto, Embeccio, Waggia; ultimazione dell'addestramento dei primi 4 sondatori e avvio della formazione di altri 4; addestramento di 8 addetti alla sorveglianza e manutenzione delle opere idriche; formazione e addestramento pratico delle 2 omologhe animatrici socio-sanitarie. L'esperienza ha suggerito di ridurre in complessità e costi le tecnologie utilizzate, anche al fine di ottenere la partecipazione della popolazione alla realizzazione e gestione delle varie opere. Una estensione — che prevede anche attività nel settore agricolo — è stata approvata per il periodo 1987/1991.

2.2. *Quadro analitico del programma*

Il Wolayta si trova su un altopiano situato a circa 1.500-1.800 metri di altitudine, degradante a est lungo il bordo occidentale della Rift Valley, diviso dal Keffa a ovest del *canyon* del fiume Omo. La provincia di Wolayta ha oltre 2 milioni di abitanti ed è, insieme a quella di Kambata, la regione con la maggiore densità di popolazione di tutta l'Etiopia.

L'ambiente naturale del Wolayta è comunque ricco di acqua. I punti nei quali si attinge acqua sono però localizzati anche a un'ora di distanza dalle abitazioni. C'è inoltre competizione per l'acqua disponibile tra gruppi umani e animali e ciò comporta spesso problemi igienico-sanitari.

Il progetto, approvato nel 1980, si propone non solo di aumentare la disponiblità di acqua potabile attraverso la costruzione di pozzi ma anche di proteggere sorgenti, dividendo la fonte usata dagli uomini dagli abbeveratoi degli animali.

Il programma è caratterizzato da realizzazioni che ne hanno determinato i livelli di efficienza e di integrazione culturale che presenta attualmente. Va ricordata innanzitutto l'opzione per la pompa a vento confortata dai dati sulla ventosità della zona di Soddo forniti dall'*Ethiopian Airlines*. Il successo del primo mulino a vento italiano installato in Etiopia nel villaggi di Shone, la facilità con cui l'impianto viene assemblato, la sua economicità, la robustezza di questo tipo di pompe, hanno comportato la scelta definitiva per l'energia alternativa, anche se il costo di impianto è più o meno simile a quello di una pompa a motore diesel. Ora si sta lavorando all'organizzazione della produzione di pompe a vento in loco.

In secondo luogo sono state completate diverse opere di canalizzazione a Zamine Nare (2,3 Km), a Boditti (5 km), a Shashara (8 km) e si sta lavorando ai 10 km dell'acquedotto che servirà la città di Bale. Seppur

avviata successivamente alla trivellazione di pozzi, questa componente ha avuto un notevole sviluppo grazie al maggiore coinvolgimento della popolazione che, normalmente, esegue l'80% del lavoro necessario. Di qui una più profonda identificazione con l'opera completata e un maggior senso di responsabilità.

La terza realizzazione riguarda l'educazione socio-igienico-sanitaria. La caratteristica più comune delle popolazioni locali è l'interrelazione tra ambiente e cultura, con una serie di condizionamenti reciproci. Qualsiasi intervento che modifichi in modo rilevante l'ambiente deve tener conto di questa realtà e deve approntare misure che, contestualmente, favoriscano una rielaborazione dei modelli culturali. Questa necessità è subito apparsa dopo l'avvio dei lavori di approvvigionamento idrico, notando la difficoltà delle donne a valorizzare appieno la qualità dell'acqua pulita estratta da sorgenti non inquinate. L'attività di animazione curata dal CVM con due volontarie dal 1984 mira a illustrare alle donne Wolayta i vantaggi dell'uso dell'acqua batteriologicamente sana, ricorrendo a paragoni a loro abituali, immagini, cartelloni, il tutto mediato da persone del posto in grado di trasformare concetti scientifici elementari in linguaggio corrente. Gli argomenti trattati coprono, oltre all'importanza dell'acqua pulita, anche norme per la prevenzione delle maggiori epidemie e per una corretta alimentazione, specialmente dei bambini. I risultati che lentamente si rilevano mostrano non solo un maggiore uso di acqua pulita, ma anche un maggiore interesse e impegno nella realizzazione di opere idriche.

Dopo sei anni di lavoro si notano segni incoraggianti dell'impatto del programma nell'area di intevento, che ha un bacino di utenza di circa 50.000 persone. Durante il periodo della carestia del 1984/1985 i centri di supplementazione alimentare sono stati approntati nella zona in prossimità di un'opera idrica per usufruire di acqua pulita. Ancora più recentemente, con l'avvio del programma di ridistribuzione della popolazione, vengono preferite quelle località dove sorge un pozzo o arriva una canalizzazione.

La formazione dei quadri locali è risultata prossima alle previsioni. Un gruppo addetto alla protezione delle sorgenti e alla realizzazione di canalizzazioni gravitazionali, dopo il rientro di un volontario, ha continuato il lavoro autonomamente. Per il settore trivellazioni l'autonomia non è ancora piena, a causa della complessità del lavoro, del costante insorgere di situazioni nuove e imprevedibili, dell'utilizzazione di macchinari e attrezzature poco familiari alla gente e alla cultura del posto.

3. Animazione di base, impianti idrici, formazione quadri - ONG LVIA

3.1. *Scheda sintetica del programma*

Titolo	Progetto rurale integrato (animazione di base, impianti idrici e formazione) a Mekki.
Area	Shashamanne (Shoa meridionale).
Durata	Sei anni a partire dal 1984.
Organismo esecutore	Associazione Internazionale Volontari Laici - LVIA.
Obiettivi	Il programma intende: 1. sensibilizzare e responsabilizzare le popolazioni al buon uso dell'acqua potabile e alla corretta gestione e al miglior sfruttamento degli impianti di canalizzazione, pompaggio e stoccaggio; 2. provvedere alle esigenze della popolazione e degli allevamenti di bestiame con impianti idrici idonei e appropriati; 3. collaborare alla formazione di quadri periferici responsabili in futuro degli impianti idrici al servizio delle collettività rurali; 4. formare operatori, meccanici specializzati e tecnici per la riparazione, costruzione e manutenzione degli impianti; 5. formare sul campo operatori territoriali per l'animazione rurale nel settore agro-zootecnico e in quello socio-sanitario.
Descrizione	1. Analisi ambientale con raccolta di dati e delle richieste di intervento; 2. formulazione dei piani operativi con le autorità centrali e locali; 3. individuazione delle località ritenute più adatte e funzionali per l'intervento; 4. verifica delle priorità di intervento; 5. realizzazione di alcuni impianti idrici in base a parametri tecnici e culturali validi; 6. azione di animazione nelle località selezionate, puntando soprattutto sull'informazione igienico-sanitaria di base; 7. ricerca di possibili animatori locali per incrementare e affinare l'opera di sensibilizzazione; 8. addestramento e formazione professionale di un gruppo centrale e degli addetti periferici per la manutenzione ordinaria, in collaborazione con l'EWWCA. Sono presenti dall'inizio del programma due volontari, uno responsabile delle realizzazioni tecniche e l'altro dell'animazione rurale. La costruzione degli impianti idrici segue un programma disegnato sulle diverse tipologie proposte (canali, acquedotti e pompe eoliche) e sono stati effettuati interventi e costruite infrastrutture per ogni voce tecnica menzionata. Le operazioni più importanti si sono sempre avvalse del coinvolgimento della popolazione, soprattutto nelle azioni di scavo, nella posa delle tubature e nel ripristino del terreno. Per la costruzione in loco dei mulini a vento si stanno utilizzando anche piccoli artigiani locali. Le pompe eoliche vengono costruite con la necessaria gradualità in base all'accettazione e al coinvolgimento della popolazione. L'animazione rurale procede come supporto alle singole azioni coordinate dai responsabili locali. L'addestramento sul lavoro dei gruppi tecnici e socio-sanitari è tuttora in corso e verrà gradualmente esteso al territorio.

4. Progetto di rafforzamento dell'ospedale di Gambo - ONG CUAMM

4.1. *Scheda sintetica del programma*

Titolo	Progetto di rafforzamento dell'ospedale di Gambo.
Area	Arsi.
Durata	Cinque anni (1986/1991).
Organismo esecutore	Collegio Universitari Aspiranti e Medici Missionari - CUAMM.
Obiettivi	Il progetto prevede, nell'ambito del piano decennale di sviluppo del governo etiopico, la graduale trasformazione del presidio sanitario di Gambo, situato nella regione amministrativa dell'Arsi, da esclusivo centro per il controllo della lebbra in ospedale rurale, capace di assolvere tutte le principali funzioni previste per questa struttura nell'ottica della *Primay Health Care.* Gli obiettivi specifici del progetto sono: 1. migliorare e incrementare i servizi materno-infantili, sia di tipo preventivo che curativo, per ridurre gli alti livelli di morbilità e mortalità infantile dell'area servita e organizzare un valido servizio di ostetricia;

2. organizzare un servizio chirurgico presso l'ospedale capace di fare fronte alle più comuni urgenze chirurgiche e ostetriche;
3. sostenere programmi integrati di prevenzione e cura contro le principali malattie presenti nella popolazione con particolare riguardo alla tubercolosi.

Il programma contro la lebbra ha un'organizzazione e un finanziamento indipendenti da quello dell'ospedale, in parte tramite il governo etiopico e in parte tramite la Federazione Internazionale delle Associazioni contro la Lebbra (ILEP). Il programma attuale assicura semplicemente un pieno appoggio tecnico e professionale per il ricovero dei pazienti lebbrosi che necessitino di cure specifiche e intensive.

Descrizione

L'attuazione del progetto è prevista in due fasi. Il primo biennio viene dedicato alla riorganizzazione dell'ospedale, creando una struttura sanitaria adeguata ed efficace di fronte ai bisogni della popolazione. La realizzazione di tale obiettivo prevede:
1. la ristrutturazione e ripartizione dei cinque padiglioni esistenti che vengono rispettivamente trasformati nei reparti di medicina e pediatria, chirurgia e ostetricia, isolamento e tubercolosi, centro per la lebbra e ambulatorio;
2. la costruzione ex-novo di una sala operatoria e di una sala parto con la fornitura di un gruppo elettrogeno e di un impianto elettrico;
3. il miglioramento dei servizi di radiologia e laboratorio;
4. l'aumento del personale medico e paramedico;
5. l'assicurazione di alloggi adeguati e di possibilità di trasporto per il personale medico impiegato;
6. la formazione continua del personale paramedico locale.

La seconda fase prevede lo sviluppo delle attività di medicina di base e di medicina preventiva nel territorio, da realizzarsi con il più ampio coinvolgimento degli abitanti. Particolare rilievo viene dato alle attività di clinica materno-infantile, di immunizzazione, di medicina ambientale, di supervisione e supporto delle strutture sanitarie periferiche. Il personale cooperante espatriato previsto è operante sul posto al completo e comprende tre volontari medici, di cui uno *senior* e capogruppo e un volontario paramedico (infermiera ostetrica).

4.2. *Quadro analitico del programma*

Gambo si trova nell'Arsi, nel centro sud dell'Etiopia, e possiede il secondo ospedale della regione dopo quello di Asella. La popolazione residente nell'area del programma è pari a circa 80.000 abitanti. Nel distretto di Kofele, dove si trova Gambo, esistono altri due centri sanitari minori.

La controparte giuridica del programma è la prefettura apostolica di Mekki, mentre l'interlocutore effettivo è l'Istituto dei Padri della Consolata di Torino.

La strategia definitiva per il raggiungimento degli obiettivi proposti prevedeva un intervento in due fasi. Nel trascorso biennio, prima fase del progetto, sono state realizzate e organizzate le seguenti strutture:
— costruzione ex-novo della sala operatoria, della sala parto e delle due case per medici;
— invio di materiali per l'equipaggiamento medico, chirurgico e didattico;
— organizzazione dei reparti di pediatria, medicina, chirurgia e ostetricia-ginecologia;
— organizzazione dei servizi ausiliari di radiologia e di laboratorio;
— inizio dell'attività chirurgica.

Sono stati inoltre affiancati a quello principale altri due programmi in via di ultimazione consistenti in un filtro di sabbia per le acque superficiali utilizzate in ospedale e una nuova lavanderia.

Sempre nel primo biennio di sono svolti a Gambo due corsi che hanno preparato 19 infermieri generici locali con diverse qualifiche. L'organico dell'ospedale è così passato da 3 infermieri specializzati e 5 infermieri generici a 6 infermieri specializzati, 1 tecnico di laboratorio e 24 infermieri generici. Il personale volontario inviato dal CUAMM era composto da 3 medici e 1 ostetrica. Per il prossimo triennio sono previsti 5 medici, di cui uno per la medicina preventiva.

L'ospedale è attualmente strutturato in sei reparti: uno di medicina generale con 15 posti-letto (da portare a 20); uno di chirurgia e ginecologia con 5 posti-letto (da portare a 10); uno di pediatria con 20 posti-letto e uno di isolamento pediatrico con 8 posti-letto; uno di ostetricia con 5 posti-letto; uno per i tubercolotici con 37 posti-letto; e uno per i lebbrosi con 50 posti-letto.

Il programma è iniziato nel gennaio 1986 con l'arrivo a Gambo dei primi due volontari: il capo-gruppo medico e un paramedico di supporto alle attività del programma. Nell'aprile successivo sono arrivati gli altri due volontari medici previsti.

Nel 1987 nell'ospedale, che ha una capacità di 140 posti-letto, sono stati ricoverati 1.529 pazienti, mentre 39.624 pazienti sono stati assistiti nell'ambulatorio. Tra agosto e novembre 1987 sono state fatte 884 vaccina-

zioni che comprendevano DPT, polio e BCG. I dati, aggiornati al 1986, riguardanti il servizio di radiologia indicano un totale di 340 esami ai raggi X e di 13.287 esami di laboratorio.

Dallo studio approfondito della realtà socio-sanitaria periferica di Gambo, sono emersi i bisogni primari dell'area che il programma di medicina preventiva, previsto per la seconda fase del progetto e in corso di attuazione, si propone di soddisfare. Esso interessa 21 Associazioni di Contadini circostanti Gambo, riuniti in 3 cooperative agricole per un totale di 40.000 abitanti circa. Responsabili periferici del programma sono, secondo le direttive nazionali etiopiche, gli operatori sanitari di comunità e le levatrici tradizionali, addestrati in corsi regionali e dipendenti dalle cooperative stesse.

Questi operatori sanitari sono un anello indispensabile per un'azione dell'ospedale sul territorio. Il programma prevede tre momenti, dei quali il primo consiste in un intervento nell'ospedale articolato in attività di vaccinazione, di clinica prenatale, di clinica dei bambini al di sotto dei cinque anni di età, e di educazione sanitaria nei centri prossimi all'ospedale. Questo intervento è affidato a tre operatori sanitari.

Nel secondo momento verrà realizzata un'unità di tre operatori sanitari che si sposterà nel resto del territorio, svolgendo attività di assistenza materno-infantile, compresa la prevenzione e la cura di alcune malattie (TB-parassitosi-diarrea/polio-ustioni), nonché la risoluzione a livello di comunità di alcuni problemi igienici, quali quelli delle acque potabili e dei servizi igienici familiari. In questa fase si realizzerà inoltre in ospedale un centro rieducativo alimentare per malnutriti e un villaggio di maternità per gravide a rischio.

Nel terzo e ultimo momento si proporrà ai comuni più lontani di creare un posto di salute governativo, la cui supervisione spetterà all'ospedale di Gambo. Tale supervisione si dovrà successivamente estendere a tutte le strutture sanitarie del distretto di Kofele, che comprendono i centri sanitari di Kofele, di Kore e di Golgiota, ove si trova Gambo, per meglio coordinare tutte le attività sanitarie preventive dell'intero distretto.

5. «Badessa-Awassa» - Intervento socio-sanitario nella regione del Sidamo - ONG Progetto Mondialità

5.1. *Scheda sintetica del programma*

Titolo	«Badessa-Awassa» - Intervento socio-sanitario nel Sidamo.
Area	Sidamo.
Durata	Sei anni a partire dal 1985.
Organismo esecutore	Progetto Mondialità - PRO-MO.

Obiettivi	Gli obiettivi del progetto sono: 1. il miglioramento delle condizioni igieniche e sanitarie nell'area di Badessa Cisa; 2. l'organizzazione della medicina di base; 3. il rafforzamento del posto di salute di Badessa Cisa; 4. l'innalzamento dello status delle donne e delle condizioni igieniche e nutrizionali della popolazione dell'area; 5. l'organizzazione di corsi di medicina di base, di artigianato e di economia domestica.
Descrizione	Principale attività del programma è l'addestramento di quadri locali. Si pensa anche di istituirne, in ogni villaggio, un gruppo «trainante», con responsabili locali per l'educazione sanitaria e per i corsi di economia domestica. A Badessa Cisa e a Soddu Abala si istituiranno centri di assistenza indirizzata soprattutto alle donne nelle varie fasi della gravidanza e nel puerperio. I bambini saranno sottoposti ad accurate visite periodiche, con verifica dei risultati ottenuti in seguito alle terapie. Il programma intende potenziare il dispensario di Badessa Cisa inserendovi un infermiere professionale; avviare il dispensario di Soddu Abala attraverso un servizio ambulatoriale periodico; organizzare la medicina di base in ordine a: — prevenzione delle maggiori endemie locali; — educazione sanitaria (igiene personale e collettiva); — promozione delle condizioni alimentari; — tutela materno-infantile; — potenziamento dei corsi artigianali e dell'igiene famigliare; — formazione degli omologhi e dei quadri locali. Il personale espatriato include tre animatori sociali e una infermiera.

6. Programma sanitario della Caritas Italiana in Etiopia

6.1. *Scheda sintetica del programma*

Titolo	Potenziamento dei centri sanitari.
Area	Etiopia.
Durata	Quattro anni (1986/1989).
Organismo esecutore	Caritas Italiana.

Obiettivi

Il programma si pone come obiettivi:
1. l'invio di medicinali;
2. l'invio di attrezzature sanitarie;
3. la fornitura di latte pediatrico e non;
4. il miglioramento delle attrezzature esistenti;
5. la formazione del personale sanitario.

Descrizione

Il programma è realizzato in 70 centri sanitari di base, di cui 21 sono benedificari solamente di latte, distribuiti in tutto il territorio nazionale. Le 70 realtà sanitarie sono tutte collegate con il *Medical Department* dell'*Ethiopian Catholic Secretariat*, vale a dire con la Caritas nazionale. La filosofia del programma si basa su procedure di contatto diretto con le singole unità mediche al fine di permettere un aiuto mirato per ciascuna situazione sanitaria e ambientale. Il programma è partito con due spedizioni di medicinali e latte (agosto e dicembre 1986). Sono seguiti poi nel luglio 1987 e nell'aprile 1988 altri invii di medicinali, di attrezzature sanitarie e di latte. Per la conclusione del programma si prevedono spedizioni ogni cinque mesi circa a partire da settembre-ottobre 1988. Per quanto riguarda la formazione di personale sanitario, con il finanziamento di questo programma 26 persone (medici, infermieri, assistenti) potranno partecipare ai corsi coordinati dal *Medical Department* dell'*Ethiopian Catholic Secretariat*.

Il programma sanitario si avvale di un contributo del Ministero degli Affari Esteri italiano attraverso fondi del FAI. La Caritas Italiana è inoltre impegnata a finanziare con fondi propri:
— un'indagine epidemiologica e ambientale (in collaborazione con l'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica di Roma) sulle 70 realtà sanitarie oggetto del programma;
— la costruzione di quattro piccole cliniche;
— la formazione di personale sanitario.

CAPITOLO SESTO

LE INIZIATIVE IN CORSO DI PROGRAMMAZIONE

1. Lotta alla TBC

Il problema della tubercolosi in Etiopia, come in altri Paesi dell'Africa e del Terzo Mondo, è prioritario nel contesto delle condizioni sanitarie generali della popolazione e nell'ottica dello sviluppo socio-economico del Paese. La TBC rimane infatti tra le cause più frequenti di sofferenza, invalidità e morte. La strategia di controllo della malattia si basa sulla identificazione e sulla cura dei casi esistenti tra la popolazione, prefiggendosi due obiettivi principali: alleviare le sofferenze del malato e impedire il diffondersi dell'infezione nella comunità.

Il Programma di Lotta alla TBC rientra tra quei servizi essenziali che l'assistenza sanitaria di base dovrebbe essere in grado di offrire quanto più omogeneamente nel territorio di un Paese in via di sviluppo.

Il numero approssimativo delle fonti di contagio (tasso di TBC polmonare con esame batteriologico dell'escreato positivo) esistenti in Etiopia è stimato nel 3 per mille della popolazione. I casi calcolati sulla popolazione del 1984, di 42.019.418 abitanti (*Central Statistical Office*, 1984b), sarebbero quindi oltre 126.000. Questa stima aumenta progressivamente nel tempo se si considera il tasso di crescita annuale del 2,9% della popolazione. In condizioni naturali, senza alcuna assistenza sanitaria, il 50% di tali malati muore in due o tre anni dall'inizio della malattia, circa il 30% guarisce spontaneamente e il 20% si cronicizza.

Attualmente in Etiopia, per la scarsità di risorse sanitarie, con una spesa sanitaria annua di poco superiore a un dollaro americano per abitante, si può stimare che soltanto il 5% dei malati di TBC ricevano una cura soddisfacente. È da tenere presente che la cura della tubercolosi in un sistema sanitario moderno raggiunge circa il 98% di successi e che la mortalità per la tubercolosi è pressoché scomparsa.

Alla tubercolosi è dovuto il 2% delle visite ambulatoriali, per un totale di 64.029, e il 14% (9.362) dei ricoveri in ospedale. La TBC è la prima causa di morte tra i pazienti ospedalizzati con il 12% (765) dei morti. Nei tre centri antitubercolari del Paese, ad Addis Abeba, Asmara e Harar, vengono diagnosticati annualmente oltre 2.200 casi di TBC polmonare contagiosa. Abitualmente i pazienti ricorrono alle cure quando la condizione della malattia è avanzata e ciò spiega l'alta letalità della

Tbc polmonare tra i ricoverati. Nelle strutture sanitarie ambulatoriali i farmaci antitubercolari di uso comune (streptomicina, isoniazide, tiacetazone) sono spesso assenti. Per questo motivo un elevato numero di soggetti non completa il trattamento e viene perso di vista dopo la diagnosi.

La tubercolosi nei bambini nei primi anni di vita può avere rapidamente conseguenze mortali o gravemente invalidanti (per tubercolosi miliare con disseminazione meningea). Tale patologia può essere prevenuta facilmente dalla vaccinazione con Bcg alla nascita. Il programma di immunizzazione, che comprende anche tale vaccinazione, ha una discreta diffusione periferica in Etiopia, ma la copertura totale della fascia di popolazione interessata è intorno al 30%. Non è conosciuta l'entità delle altre forme non ematogene.

La situazione attuale del problema tubercolare in Etiopia e il livello dei servizi sanitari di base fanno ritenere opportuno un intervento antitubercolare su base nazionale. L'intervento si concentrerà essenzialmente sulla diagnosi e sulla cura dei casi di tubercolosi, mentre la vaccinazione antitubercolare è parte del programma di immunizzazione contro le malattie trasmissibili.

L'obiettivo generale del programma è quello di fornire un'adeguata diagnosi e un trattamento farmacologico completo ai malati di tubercolosi che si presentano ai servizi di base della struttura sanitaria etiopica.

La diagnosi e la cura della tubercolosi verranno prevalentemente attuate in regime ambulatoriale, con possibilità di ricovero negli ospedali generali dei casi più gravi, in cui la tubercolosi è accompagnata da complicazioni o da altre malattie.

Le tre strutture specialistiche antitubercolari verranno gradualmente trasformate in servizi di secondo livello e in centri di addestramento professionale per i fini del programma. Il programma verrà completamente integrato nelle strutture sanitarie etiopiche esistenti, che verranno rafforzate.

Il centro operativo del programma nazionale sarà situato presso il dispensario antitubercolare di Addis Abeba e, insieme al laboratorio centrale di riferimento presso l'Istituto Nazionale di Ricerca e all'unità nazionale antitubercolare presso il Ministero della Sanità, costituirà la struttura funzionale denominata Istituto Nazionale della Tubercolosi (Int). Il centro operativo sarà fornito di personale per l'addestramento professionale, per il monitoraggio, per la valutazione e per la ricerca.

I metodi del programma sono in accordo con le raccomandazioni del comitato degli esperti dell'Oms. Sono previsti due aspetti operativi che iniziano e si sviluppano contemporaneamente: *a*) fornitura di farmaci e di materiale diagnostico; e *b*) addestramento, monitoraggio e supervisione, con la copertura di cinque regioni sanitarie all'anno e di tutto il Paese entro tre anni dall'avvio del programma.

Il personale utilizzato sarà prevalentemente etiopico a tutti i livelli,

nazionale, regionale, provinciale e distrettuale. Nei primi due anni verrà valutata la cooperatività delle strutture esistenti in particolare al livello intermedio regionale e provinciale. Se verrà giudicata insufficiente, nell'Ufficio Regionale di Sanità Pubblica dovrà essere nominato un medico supervisore del programma antitubercolare.

La struttura sanitaria preminente per la diagnosi della Tbc è costituita dai centri sanitari e dagli ospedali, mentre per la cura il servizio di riferimento sono i posti di salute. In Etiopia esistono 86 ospedali, 141 centri sanitari e 1.949 posti di salute. Il miglioramento e il progressivo rafforzamento di tale struttura per la diagnosi e la cura della tubercolosi avverranno mediante addestramento e aggiornamento professionale, regolare supervisione, supporto logistico per garantire la mobilità sul campo, potenziamento dei regimi terapeutici.

È stata prevista anche una ricerca finalizzata alla valutazione del programma che dovrebbe seguire protocolli concordati con l'Oms (Unità per la Tubercolosi e le Malattie Infettive Respiratorie) e con l'Unione Internazionale Contro la Tubercolosi e le Malattie Respiratorie (Unità di Sorveglianza e Ricerca).

L'impegno per almeno sei anni e l'intervento su tutto il territorio, oltre a essere in linea con la strategia dell'Oms, sono essenziali per garantire lo sviluppo organico del programma come pure il suo consolidamento in tutte le regioni del Paese.

2. Centro di manutenzione di apparecchiature elettromedicali

La costituzione di un centro di apparecchiature elettromedicali in Etiopia è stata per la prima volta proposta in seguito alla realizzazione nel 1986 di un corso internazionale per tecnici di laboratorio organizzato con il supporto dell'Organizzazione Mondiale per la Sanità presso il *National Research Institute of Health* di Addis Abeba. Il corso aveva l'obiettivo di insegnare procedure di manutenzione di apparecchiature mediche per laboratori di analisi. Circa il 70% delle ore sono state dedicate ad attività di laboratorio per esercizi pratici, come il montaggio e lo smontaggio degli apparecchi e la lettura di un manuale di uso. Nella fase preparatoria del corso e durante la sua esecuzione sono emersi alcuni dei principali problemi connessi con l'utilizzazione di apparecchiature mediche, primo fra tutti quello della loro manutenzione.

Secondo una definizione accettata anche dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità, l'ingegneria clinica, che rientra nella branca più generale della bioingegneria, utilizza i concetti e le tecnologie dell'ingegneria per migliorare la qualità del servizio sanitario negli ospedali, nelle cliniche, nelle strutture sanitarie decentrate nel territorio, nelle università e nell'industria.

Quando trattiamo dell'introduzione di tecnologie mediche nei Paesi in via di sviluppo dobbiamo considerare una grande quantità di fattori, tra i quali i principali sono: le caratteristiche ambientali, economiche e sociali del Paese considerato; le risorse umane locali in rapporto al trasferimento di tecnologia; l'appropriatezza della tecnologia stessa rispetto alle condizioni del luogo nel quale si opera; i problemi politici e legali; il problema degli incentivi (culturali, di carriera e salariali) all'adozione di nuove tecnologie; le infrastrutture locali, i supporti tecnici e i servizi generali disponibili nell'area di intervento; le complicazioni dovute al fatto che spesso le apparecchiature utilizzate sono state acquistate da diversi Paesi donatori e spesso non rispondono agli stessi standard tecnici.

Il trasferimento tecnologico a sua volta non è un fenomeno semplice, ma un processo complesso che passa attraverso almeno tre fasi: acquisizione, gestione e organizzazione e supporto. Sulla fase dell'acquisto o comunque della selezione delle apparecchiature biomediche basti ricordare il già accennato problema della standardizzazione, quello della fornitura delle parti di ricambio e quello dell'inadeguatezza che spesso caratterizza i manuali di uso delle macchine.

Circa la fase gestionale la questione centrale è quella della formazione di personale qualificato adatto a svolgere i compiti previsti dall'indispensabile necessità di manutenzione. È evidente, infatti, che il personale tecnico che dovrebbe gestire le nuove apparecchiature non può coincidere con quello medico, ma dovrebbe avere una preparazione specifica, corrispondendo a figure professionali come quelle del perito chimico, del perito elettronico, del perito meccanico. A questo proposito è importante la preparazione e l'integrazione dei supporti didattici che il Ministero della Sanità, insieme ad alcuni organismi internazionali, sta preparando nel settore strettamente tecnico in Etiopia.

Una buona organizzazione del lavoro, infine, implica l'identificazione dell'assetto istituzionale e operativo più opportuno. Si possono avere due forme di organizzazione del servizio di ingegneria clinica: esso può essere un dipartimento a sé stante, che dipende dall'amministrazione dell'ospedale; oppure può dipendere dal dipartimento dei servizi tecnici, che andrebbe quindi potenziato creando nuove figure al suo interno specializzate in questo servizio. Tra le due alternative, per la sua flessibilità, è forse consigliabile la prima soluzione.

In territori vasti dove sarà difficile organizzare una rete di manutenzione si può pensare, avendo individuato alcuni punti chiave dove concentrare le competenze, le conoscenze e l'organizzazione, prevedere anche unità mobili per consentire una manutenzione di tipo preventivo in luoghi di difficile accesso.

Tra le prospettive future di un centro di questo tipo, è interessante quella della computerizzazione della manutenzione all'interno dell'ospedale, attraverso la creazione di piccoli sistemi informatici. Tali sistemi

possono dare supporti considerevoli, oltre che alla semplice archiviazione e all'inventario della strumentazione, anche all'organizzazione generale del lavoro, perché consentono di avere informazioni su classi omogenee di apparecchi, sui fornitori, sui venditori, sugli agenti, sull'organizzazione e sulla pianificazione della manutenzione periodica di determinati strumenti.

3. Centro odontoiatrico e di igiene dentale di Addis Abeba

Le più recenti indagini epidemiologiche eseguite nel mondo hanno evidenziato un dato estremamente importante: le malattie orali propriamente dette, carie e paradontopatie, sono in diminuzione nei Paesi industrializzati, grazie agli opportuni interventi terapeutici e preventivi. Tali malattie non sono invece in diminuzione nei Paesi del Terzo Mondo nei quali, oltre a mancare ogni forma organizzata di assistenza e prevenzione, l'urbanizzazione e la conseguente adozione di forme di vita e di alimentazione di tipo occidentale, hanno diffuso queste patologie in Paesi che ne erano immuni.

La situazione in Etiopia nel settore della salute orale non differisce da quella della stragrande maggioranza dei Paesi africani, con l'aumento di lesioni cariose e paradontali messo in luce dalle ultime ricerche epidemiologiche eseguite per conto dell'Oms. La situazione dell'assistenza è d'altronde inadeguata a causa della scarsità di apparecchiature disponibili e, soprattutto, della mancanza di operatori. I dentisti operanti in Etiopia sono attualmente 13, dei quali 9 concentrati in Addis Abeba e 4 soltanto nel resto del Paese. Le apparecchiature, prevalentemente localizzate in 3 o 4 ospedali di Addis Abeba, frutto di donazioni o acquistate senza un preventivo studio sulle loro possibilità di impiego, appaiono inadatte. In molti casi sono rese inservibili dalla mancanza di manutenzione e di pezzi di ricambio, difficilmente reperibili per la differente provenienza delle apparecchiature stesse.

Questa grave situazione dell'assistenza in campo odontoiatrico e il contemporaneo aumento delle malattie orali, sono alla base delle pressanti richieste fatte dal Ministero della Sanità etiopico al Ministero degli Esteri italiano per la realizzazione di un intervento che consenta, da un lato, un'assistenza valida ed efficiente e, dall'altro, la formazione del personale in funzione delle esigenze del Paese. Dopo alcuni anni di studio, è così nato, ad opera del settore sanitario della Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del M.Aa.Ee., un progetto di intervento in campo odontoiatrico nuovo, e non solo per l'Italia, sia per il settore, sinora abbastanza disatteso, sia per il tipo di formazione ipotizzato, effettivamente idoneo alle necessità attuali del Paese.

Il progetto si divide in due fasi, di cui la prima riguarda la realizzazione delle strutture destinate all'insegnamento e l'assistenza e la seconda concerne la formazione degli allievi.

Strutture

È prevista la realizzazione di una clinica odontoiatrica in Addis Abeba e di un certo numero di ambulatori regionali, ai quali potranno in successive fasi aggiungersi posti periferici di primo intervento. La clinica odontoiatrica troverà collocazione in due padiglioni messi a disposizione dal Ministero per la Sanità etiopico all'interno dell'ospedale «Yekatit», che verranno ristrutturati e adattati allo scopo a opera del M.Aa.Ee. Nel padiglione principale vi sarà un'aula per le lezioni, sale cliniche con 7 posti di lavoro, un laboratorio odontoprotesico, una sala raggi, una sala per interventi chirurgici orali, il tutto corredato da sterilizzazione, aspirazione e quanto occorre al normale funzionamento di una clinica destinata a formare mediamente 20/25 allievi. Nel padiglione accessorio troveranno posto stanze e servizi igienici per il personale e l'amministrazione.

Le apparecchiature dovranno essere concepite e realizzate con gli accorgimenti che consentano di superare le difficoltà ambientali di ordine idrico ed elettrico e in modo da limitare al massimo la manutenzione. Verranno quindi dotate di validi filtri anticalcare, di correttori e raddrizzatori elettrici, di comandi manuali di emergenza per i vari dispositivi elettrici, di congegni autolubrificanti, con possibilità di facile sostituzione dei pezzi deteriorabili, che dovranno essere forniti in soprannumero e, infine, con prevista manutenzione annuale da parte della ditta fornitrice.

Gli ambulatori regionali, realizzati in una fase successiva, saranno dotati di un'attrezzatura con le stesse caratteristiche di quelle del centro di Addis Abeba, ma limitata a un posto di lavoro e più semplificata, dovendo rispondere a esigenze più limitate.

In una terza fase, legata al numero di operatori disponibili, si passerà alla creazione di posti di primo intervento periferici, per estendere l'assistenza anche al resto della popolazione.

Formazione

Il principale difetto delle scuole realizzate da Paesi industrializzati in Paesi in via di sviluppo è quello di uniformarsi al modello del Paese donatore, senza tenere nel dovuto conto le esigenze locali e creando così un tipo di operatore inadatto a inserirsi nella realtà del proprio Paese. Partendo da questa constatazione e dalle positive esperienze della cooperazione medica italiana nell'ultimo decennio, si privilegerà un tipo di formazione adeguato alle odierne necessità dell'Etiopia, per creare in tempi brevi una figura di operatore con preparazione pratica più che teorica, e orientata ai tipi di intervento che si troverà a dover affrontare quotidianamente.

Tale figura, si colloca su una posizione intermedia tra medico e

paramedico. Il periodo di preparazione previsto è di un anno per un numero di allievi oscillante tra i 20 e i 25 elementi, selezionati tra personale infermieristico o che già opera nel settore, di comune accordo con le autorità etiopiche. L'insegnamento, di tipo prevalentemente pratico, sarà svolto in lingua inglese, da personale docente italiano che si avvicenderà nella clinica odontoiatrica. Sarà mantenuta un'uniformità didattica grazie a una opportuna preparazione preliminare e alla presenza in loco di un responsabile che, oltre a coordinare le varie funzioni del centro, curerà i rapporti con le autorità etiopiche.

Le lezioni teorico-pratiche impartite nel centro renderanno l'allievo idoneo a svolgere i compiti che le attuali esigenze del Paese richiedono, e cioè: estrazioni, medicazioni, limitate conservativa ed endodonzia, e soprattutto prevenzione a livello individuale e comunitario.

Gli allievi, al termine dell'anno di studi, lavoreranno nei centri regionali o negli ospedali di Addis Abeba; essi potranno, in un prossimo futuro, ritornare alla clinica odontoiatrica per seguire corsi di perfezionamento trimestrali e completare la loro preparazione in settori specialistici come: conservativa, endodonzia, piccola chirurgia.

Questo programma, affidato alla Ong «Medicus Mundi», ha una durata iniziale prevista di 3 anni, nei quali si conta di preparare un primo nucleo di 70 operatori per le prime necessità del Paese; allo stesso tempo in virtù di accordi bilaterali italo-etiopici è previsto l'invio in Italia di un certo numero di borsisti, che dovranno seguire i corsi presso alcune Università italiane per rendersi idonei a sostituire gradatamente i formatori italiani nel centro di Addis Abeba.

Il personale italiano della clinica odontoiatrica sarà composto da un responsabile, con contratto biennale, due odontoiatri con contratto semestrale, un odontotecnico e due infermiere-igieniste con contratto annuale; la selezione e la preparazione di questo personale sarà effettuata a cura del settore sanitario della Dgcs del M.Aa.Ee. Il progetto esposto rappresenta una novità assoluta nella cooperazione con i Paesi in via di sviluppo: è infatti la prima volta che viene realizzata una scuola odontoiatrica ed è soprattutto nuova la figura di operatore che si intende creare, studiata per rispondere alle effettive necessità del Paese in questo settore.

4. Wollo - Bati

L'estensione del programma avviato durante la siccità del 1984/85 a Bati è inserita nella pianificazione degli interventi italiani realizzati nella regione, che comprendono anche progetti condotti da organizzazioni non governative italiane. L'obiettivo generale del programma è lo sviluppo di servizi sanitari nel Wollo orientale. In particolare si prevedono il potenziamento delle strutture sanitarie in una parte del distretto di Bati

e della provincia dell'Awsa; la riorganizzazione dei servizi periferici nell'area del progetto e il coordinamento del personale etiopico addestrato; la formazione di personale etiopico. L'estensione del programma sarà affidata in gestione all'Ong Disarmo e Sviluppo Di-Svi.

La durata del programma sarà di 3 anni, durante i quali sarano realizzate attività volte a migliorare il sistema di riferimento; a incrementare e potenziare l'operatività delle *under five clinics* nel centro sanitario di Bati e nei centri sanitari inclusi nell'area; a rinforzare le attività di salute materno-infantile; a promuovere l'educazione sanitaria; a migliorare il programma di vaccinazione nell'area.

Il centro sanitario speciale di Bati e gli altri centri sanitari nell'area del progetto saranno sostenuti e rinforzati. In particolare i centri di Assayta e di Millè saranno ristrutturati.

Il programma include inoltre la fornitura di equipaggiamento sanitario e non; la formazione di personale locale in grado di assumere la gestione del progetto; il coordinamento delle attività del programma con tutte le altre iniziative sanitarie nella regione relative al controllo della malaria, al programma di vaccinazioni, alla salute materno-infantile.

Il personale italiano impiegato nel progetto consiste in un medico con funzioni di responsabile, due medici per le attività del centro sanitario di Bati e per il coordinamento delle attività di *Primary Health Care* nel territorio, un infermiere qualificato, un esperto logistico e altri esperti in missione breve.

5. Programma di sostegno al sistema di salute pubblica nella regione del Tigray

Terminata la fase dell'emergenza, la Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo ha ritenuto opportuno affidare all'Associazione Italiana Amici di Raoul Follerau (Aifo) la gestione tecnico-finanziaria del proseguimento dell'intervento in atto, di cui si è trattato nel capitolo terzo.

Aifo intende continuare a dare un sostegno al sistema di salute pubblica nella regione del Tigray in un processo di supporto alle differenti attività sanitarie e di sviluppo ambientale, nell'ambito del sistema sanitario nazionale, di coinvolgimento della popolazione destinataria, di ottimizzazione delle risorse disponibili, di continuità dell'intervento, di progressivo passaggio alla struttura sanitaria locale.

Si tratta quindi di trasformare l'intervento di emergenza in un progetto di sviluppo socio-sanitario a medio e lungo termine. Finora si è operato nella dimensione di un intervento di supplenza per le necessità impellenti alla carente struttura esistente, incentrato sulle strutture ospedaliere piuttosto che su un'azione di tipo integrativo sulle varie componenti

delle attività prioritarie della cooperazione: partecipazione, corresponsabilità, integrazione, formazione e sviluppo.

Partendo e appoggiandosi alle basi costituite dalle attività finora svolte e riconosciute di grande efficacia e di indubbia risonanza sociale e politica, ci si propone di migliorare l'articolazione della presenza italiana nella realtà locale, soprattutto in termini di dialogo con la controparte, allo scopo di organizzare e sviluppare un programma di Phc e di sviluppo, nell'intento di contribuire a migliorare le condizioni sociosanitarie della popolazione.

Il programma, predisposto e concordato con le autorità etiopiche, si articola in interventi in vari settori: sanità, formazione, assistenza agli orfani e microprogetti di sviluppo ambientale. Per la realizzazione delle sue attività il programma, che avrà una durata di quattro anni, si avvarrà dell'apporto qualificato di personale volontario e delle forniture di attrezzature, materiali, farmaci adeguati alle necessità.

Sanità

Saranno continuate e rafforzate le attività sanitarie nel reparto pediatrico dell'ospedale di Makallè e nel centro sanitario di Quiha, puntando al miglioramento dell'utilizzazione dei servizi e al potenziamento dei settori di protezione materno-infantile, medicina generale e preventiva.

Sarà assicurato un sostegno alle attività delle cliniche nel territorio del distretto per quanto riguarda i settori pediatrico, materno-infantile e della medicina di base e preventiva, in accordo con le autorità locali e compatibilmente con le possibilità di accesso. Saranno, infine, assicurati sostegno e consulenza medica ai centri in cui si presta assistenza agli orfani.

Formazione

Sarà organizzato un sistema di formazione permanente e di aggiornamento del personale assegnato al reparto pediatrico di Makallè e al centro sanitario di Quiha, con preparazione di materiale d'informazione e didattico, allo scopo di formare personale che garantisca la continuità dell'intervento, in armonia con l'esperienza già maturata dalla Cooperazione italiana in questo settore in altre zone del Paese. Saranno inoltre organizzati corsi di formazione di agenti sanitari di base per il distretto di Quiha, vale a dire operatori sanitari di comunità (Chv) e levatrici tradizionali (Tba), allo scopo di attivare una valida rete di Phc sul territorio, tenendo presente che nell'attuale situazione politica è impressa allo svolgimento del programma una forza più centripeta che centrifuga. La formazione di questi operatori si svolgerà presso il centro di Quiha.

Verranno organizzati presso il centro sanitario speciale di Quiha corsi, seminari e incontri di aggiornamento in tema di medicina di base

e comunitaria per tutto il personale sanitario del distretto e per gli agenti sanitari di base.

Saranno organizzati in Makallè corsi di addestramento professionale per i giovani in meccanica idraulica e agraria. Saranno inoltre costituiti un'officina e un laboratorio di riparazioni per le attrezzature e i veicoli del programma e per la manutenzione della rete idrica.

Assistenza agli orfani

Si calcola che gli orfani nell'area siano circa 2.000 di età variabile dai 2 ai 16 anni. Sono stati accolti da alcune istituzioni caritative presenti in Makallè. Molti bambini infatti hanno perso ogni collegamento con le famiglie di origine e necessitano di azioni in loro favore, per un inserimento positivo nella società.

L'intervento a favore degli orfani presso il villaggio Mai Duba prevede il miglioramento delle strutture e delle infrastrutture del centro e il sostegno socio-pedagogico per la formazione e l'integrazione degli orfani nella società, l'affidamento alle famiglie e la formazione di personale locale in grado continuare le attività. La gestione tecnica dell'intervento in questo settore, come pure la supervisione, il monitoraggio e il controllo, saranno realizzati con il supporto tecnico dell'Università degli Studi di Perugia.

Microprogetti

Saranno promossi e sostenuti microprogetti di sviluppo comunitario, finalizzati al miglioramento delle condizioni di vita, di salute e dell'ambiente. Saranno continuate e incentivate in particolare le attività concernenti la produzione alimentare (orti nutrizionali, avicoltura), l'irrigazione a scopo agricolo e la riforestazione.

Nel settore dei microprogetti si incentiverà anche lo sviluppo e la manutenzione ordinaria della rete idrica di Makallè, che si trova in un palese stato di precarietà, sia negli impianti di approvvigionamento, sia nella rete di distribuzione.

6. Reparto pediatrico dell'ospedale «Mekane Hiwot» di Asmara

La componente della protezione materno-infantile, con il suo approccio preventivo ed educativo, integra e completa l'aspetto dell'assistenza clinica nel reparto pediatrico dell'ospedale «Mekane Hiwot» di Asmara. Nonostante Asmara offra, rispetto ad altre città del Paese, buone possibilità di accesso ai servizi sanitari, esistono sacche di popolazione povera che ne beneficiano solo marginalmente. Si stima che su una popolazione

di circa 400.000 abitanti almeno 150.000 vivano al di sotto della soglia della povertà. Si tratta per lo più di disoccupati e immigrati concentrati nei quartieri periferici.

La presenza di un grosso ospedale e di numerosi ambulatori pubblici e privati ha determinato un approccio ai problemi sanitari prevalentemente curativo. Tra le cause più frequenti di ospedalizzazione infantile si rilevano malnutrizione, diarrea e infezioni della pelle.

Per realizzare un intervento preventivo è necessario considerare alcuni aspetti della vita in ambiente urbano che incidono sui comportamenti della popolazione. Innanzitutto, la produzione agricola familiare non esiste in città. Ciò ha notevoli implicazioni sullo stato nutrizionale della popolazione infantile, determinando talvolta condizioni anche peggiori di quelle riscontrate in ambiente rurale. In secondo luogo, la necessità per la donna di lavorare al di fuori di casa limita il tempo che essa può dedicare alla cura dei figli e alla preparazione del cibo. In questa situazione lo svezzamento viene anticipato ed è spesso inadeguato rispetto alle esigenze dei bambini. Infine, l'affollamento nelle abitazioni comporta una maggiore frequenza di contatti con aumento del rischio di contrarre malattie infettive.

Alla luce di questa analisi il governo italiano ha proposto l'esecuzione di un intervento di Protezione Materno-Infantile. Il programma si inserirà nell'esistente servizio di salute materno-infantile (MCH) del Ministero della Sanità che è favorito dall'esistenza di una struttura capillare di posti di salute. Sono infatti attualmente operanti 15 centri di salute materno-infantile, di cui 8 in posti di salute, 4 nel servizio di MCH degli ospedali e 3 nei posti di salute gestiti dalle missioni.

La Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri ha instaurato a questo proposito un rapporto di collaborazione con l'ospedale pediatrico «Bambino Gesù» di Roma, il quale provvederà alla preparazione di un piano di assistenza pediatrica, attraverso l'invio di personale medico, infermieristico, amministrativo e tecnico. La gestione successiva del programma, con i fondi stanziati dal Ministero degli Affari Esteri, potrà quindi essere affidata con apposita convenzione all'ospedale.

Il programma si articolerà in una prima fase della durata di quattro mesi e in un successivo programma triennale di intervento. Nella prima fase sarà definito il programma triennale e si imposterà in termini preliminari l'assistenza pediatrica cittadina. Verrà inviata in Asmara in questa fase una *équipe* di esperti composta da un coordinatore sanitario, un pediatra, due infermieri, un medico amministrativo e il capo della ripartizione tecnica dell'ospedale pediatrico «Bambino Gesù».

Tra le attività di supporto al personale locale nella prima fase è prevista l'attività assistenziale ospedaliera e ambulatoriale, specie per la reidratazione orale e parenterale nelle enteriti, la preparazione di program-

mi di vaccinazioni, di interventi nutrizionali a favore della popolazione infantile denutrita e di incentivazione della educazione sanitaria, in particolare per quanto riguarda l'allattamento materno. Il contributo alla progettazione del programma triennale prevede, invece, contatti con le autorità locali, sia ad Addis Abeba che ad Asmara, esame delle strutture sanitarie principali (il padiglione pediatrico dell'ospedale «Mekane Hiwot» di Asmara) e di quelle decentrate, valutazione delle metodiche assistenziali e amministrative delle strutture sanitarie stesse, impostazione di uno studio epidemiologico per la valutazione dei dati del programma.

Il programma triennale prevede l'impiego di quattro pediatri, otto infermieri, un tecnico polivalente e un amministrativo, tutti provenienti dall'ospedale «Bambino Gesù». Tale personale sarà affiancato da personale omologo locale, per il quale saranno eseguite attività di formazione, e si occuperà dell'assistenza pediatrica, sia nel padiglione dell'ospedale «Mekane Hiwot», che in sedici ambulatori periferici della città di Asmara, dove vengono prestate le prime cure per problemi materno-infantili. È prevista una completa ristrutturazione del padiglione pediatrico dell'Ospedale, che sarà anche ampliato. In esso troveranno posto un reparto di pediatria generale, un *day hospital*, un reparto di neonatologia, un reparto di malattie infettive, un reparto chirurgico con sala operatoria, un laboratorio di analisi, una cucina e un *lactarium*, alcuni studi medici, servizi tecnici e centrali.

I sedici ambulatori periferici serviranno a prestare le cure di prima necessità, le vaccinazioni, la supplementazione alimentare dei bambini e delle madri denutriti, l'educazione sanitaria, il controllo della patologia diarroica. Essi saranno dotati dell'attrezzatura necessaria per eseguire i più semplici esami di laboratorio e saranno gestiti da personale infermieristico locale, coadiuvato periodicamente dai medici e dagli infermieri italiani. Di particolare importanza sarà l'attività di «filtro» attuata da questi ambulatori. Sia nell'ospedale che negli ambulatori il personale italiano contribuirà, oltre che alla assistenza, anche alla formazione, affinché al termine del programma il personale locale sia in grado di gestire autonomamente l'assistenza pediatrica in Asmara.

7. Centro regionale per la prevenzione e il soccorso sanitario nelle emergenze in Africa

Nella trentottesima Assemblea Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Ginevra, 1985) è stata sottolineata la necessità di rinforzare la capacità di prevenzione e di soccorso in caso di calamità in Africa, in considerazione della situazione critica che caratterizza molti Paesi del continente a causa di problemi socio-economici, di siccità e altri disastri naturali, di conflitti civili e di movimenti di popolazione.

Le recenti operazioni di soccorso in Africa e in altri continenti hanno mostrato che può trascorrere un tempo considerevole prima che informazioni sulle conseguenze di un disastro raggiungano la comunità internazionale. L'assistenza è spesso insufficiente, inadeguata e tardiva, con la complicazione che nelle fasi iniziali di aiuto si verifica frequentemente confusione.

L'approccio della *Primary Health Care* stabilisce una base utile per azioni sia di sviluppo sia di emergenza sanitaria. È dunque necessario che il personale internazionale coinvolto in operazioni di soccorso non abbia un orientamento professionale esclusivamente curativo, e che possieda sufficiente esperienza di lavoro sul terreno e conoscenza delle strategie e delle politiche sanitarie, nonché della situazione culturale, politica e socio-economica del Paese nel quale interviene.

Una effettiva preparazione e formazione nel settore del soccorso sanitario risultano in questo quadro essenziali. In particolare l'enfasi sulla prevenzione acquista rilievo alla luce del fatto che alla base di molti disastri naturali ci sono problemi irrisolti di sviluppo complessivo della società, come nel caso del ruolo della deforestazione nel determinare siccità o inondazioni.

A fronte di questa analisi. la risposta agli appelli formulati in occasione di calamità è sempre sbilanciata sulla fornitura di medicinali e sull'assistenza mirata per fronteggiare situazioni di acuto rischio, mentre poca attenzione viene assegnata ad attività di soccorso sanitario realizzate nell'ottica dello sviluppo oltre che in quella dell'emergenza.

A questo proposito, il governo italiano ha concordato con l'Organizzazione Mondiale della Sanità di realizzare in Africa un centro regionale per la prevenzione e il soccorso sanitario nell'emergenza. Il centro è denominato «*Centre for Emergency Preparedness and Response*» e si trova presso la Commissione Economica per l'Africa delle Nazioni Unite (UNECA) ad Addis Abeba, dove pure ha sede l'Organizzazione per l'Unità Africana.

Il nuovo centro regionale dell'OMS svolgerà attività di addestramento e aggiornamento di personale proveniente dai ministeri della sanità e dalle organizzazioni non governative africane, ma anche attività di ricerca e documentazione sul campo nel quadro del piano globale dell'OMS di prevenzione e soccorso sanitario nelle emergenze. Tra le responsabilità del centro vanno ricordate la formazione e la preparazione di materiale didattico; l'epidemiologia delle emergenze; la ricerca operativa e la sperimentazione di metodologie appropriate di indagine sul campo.

L'esperienza della cooperazione sanitaria bilaterale e multilaterale è risultata assai preziosa in questi ultimi anni, ma finora non era stata identificata un'istituzione che potesse coordinare programmi di formazione, ricerca operativa nella medicina di calamità, analisi delle politiche di soccorso con particolare riferimento ai Paesi con deficit di disponibilità

alimentari. Il centro, che si basa su finanziamenti italiani, risponde all'esigenza di creare un simile punto di riferimento.

Tra gli obiettivi a lungo termine del nuovo centro dell'Oms sono previste anche l'elaborazione di piani nazionali di prevenzione dei disastri sanitari, studi epidemiologici sulle popolazioni a rischio di calamità, metodologia di valutazione e di *management* sanitario dei disastri.

Il nuovo centro dell'Oms, avviato nel luglio 1988, opererà in stretto contatto con il centro collaborativo dell'Oms di Roma, con l'Università di Lovanio e con la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*. Un graduale ampliamento di una rete di relazioni tra istituzioni e centri che operano nel settore della prevenzione e del soccorso sanitario nell'emergenza sarà inoltre realizzato nell'ambito del programma globale coordinato dall'Oms in questo campo.

Riferimenti bibliografici

Clarke, John I. e Lezek A. Kosinski (a cura di) , *Redistribution of Population in Africa*. Heinemann: London 1982.

Bender, Lionel M. et al. (a cura di), *Language in Ethiopia*. Oxford University Press: Oxford 1976.

Central Statistical Office - Cso *Statistical Bulletin*, no. 43. Addis Ababa, March 1984.
——, *Ethiopia 1984 Population and Housing Census Preliminary Report*. Office of the Population and Housing Census Commission: Addis Ababa, September 1984.
——, *Statistical Abstract 1984*. Addis Abeba, December 1986.

Cohen, John M. e Nils-Ivar Isaksson, *Villagization in the Arsi Region of Ethiopia*. Report prepared by Sida Consultants to the Ethio-Swedish Mission on Villagization in Arsi Region, December 1-14, 1986. Rural Development Studies No. 19. Swedish University of Agricultural Sciences, International Rural Development Centre, Uppsala, February 1987.

Cooperazione, XIII (74). «Speciale/Legge 49 - La normativa e gli indirizzi». Luglio 1988.

Eec, *Ethiopia - Eec Relations*, Europe Information Development, De 52: Brussels, October 1985.

Grottanelli, Vinigi L., «Le popolazioni dell'Etiopia», in AA.VV., *L'Italia in Africa*, pp. 237-303. Ministero degli Affari Esteri: Roma 1955.

Huntingford G.W.B., *The Galla of Ethiopia: The Kingdoms of Kafa and Janjero*, International African Institute: London 1955.

Lewis, Ioan M., *Peoples of the Horn of Africa: Somali, Afar and Saho*, International African Institute: London 1955 (1969).

Mesfin, Wolde Mariam, *Rural Vulnerability to Famine in Ethiopia: 1958-1977*, Intermediate Technology Publications: London 1986.

Ministry of Education, *The Ethiopian National Literacy Campaign — Its Achievements and Prospects*, The National Literacy Campaign Coordinating Committee: Addis Ababa, August 1986.

Ministry of Health, *Ethiopia Family Health Project*, Addis Ababa, 15 October 1986.

Negarit Gazeta, *Public Ownership of Rural Lands Proclamation*. Proclamation no. 31 of 1975. Addis Ababa, 29 April 1975.

Office of the National Committee for Central Planning, *Ten Years Perspective Plan 1984/85 - 1993/94*. Addis Ababa, August 1984.

Palladini, Sergio e Giampaolo Cantini, «Etiopia: le priorità di un programma-paese». *Cooperazione*, XIII (71): 15-19. Marzo-aprile 1988.

Pankhurst, Richard, *The Great Ethiopian Famine of 1888-1892* (dattiloscritto). Haile Selassie I University, Addis Abeba. Citato in Mesfin Wolde Mariam, 1986: 32-35, 1964.

——, «The History of Famine and Pestilence in Ethiopia Prior to the Founding of Gonder». *Journal of Ethiopian Studies*, Vol. X, No. 2, 1972.

——, «The Earliest History of Famine and Pestilence in Ethiopia: A Note of the Egyptian Deaths». *Ethiopian Medical Journal*, Vol. II, No. 3, 1973.

Roberts, Angela, *Reports of Villagization in Oxfam America Assisted Project Areas in Hararghe Province, Ethiopia*. Consultant Report, Oxfam America, June 1986.

Shack, William A., *The Central Ethiopians. Amhara, Tigrina and Related Peoples*. International African Institute: London 1974.

The Ethiopian Herald, «Villagization Draft Strategy Approved». *The Ethiopian Herald*, Friday 12 September 1986.

Unicef, *The State of the World's Children 1988*. Oxford University Press: Oxford 1988.

Wood, Adrian P., «Spontaneous Agricultural Resettlement in Ethiopia, 1950-74». In John I. Clarke e Lezek A. Kosinski (a cura di), *Redistribution of Population in Africa*, pp. 157-165. Heinemann: London 1982.

World Bank, *Ethiopia — Recent Economic Developments and Prospects for Recovery and Growth*, February 25, 1987.

——, *World Development Report 1988*. Oxford University Press: Oxford 1988.

——, *World Development Report 1989*. Oxford University Press: Oxford 1989.

Appendice

Glossario dei principali termini amarici

Awraja: provincia.
Birr: unità monetaria etiopica. Un dollaro USA è pari a 2,07 birr etiopici.
Bulgur: cereale bollito in acqua.
Derg: dapprima semplice comitato segreto di coordinamento delle forze armate etiopiche che organizzò la rivoluzione del 1974, deponendo l'imperatore Hailè Selassiè I, in seguito divenne il Consiglio Militare Amministrativo Provvisorio che ha governato il Paese fino alla proclamazione della Repubblica Popolare Democratica dell'Etiopia nel 1987.
Dega: zona climatica fredda dell'altopiano etiopico, comprendente le terre oltre i 2.400 metri sul livello del mare con temperature medie comprese tra i 15° C e i 20° C.
Ensete: falsa banana (*musa ensete*), costituisce l'alimento base nelle regioni del Sud dell'Etiopia, in particolare nel Sidamo.
Kebele: istituzione politica di base che riunisce nelle città gli abitanti dello stesso quartiere (in inglese *Urban Dwellers' Association*).
Kifle hagger: regione amministrativa.
Qolla: zona climatica calda comprendente le terre al di sotto dei 1.500 metri sul livello del mare, con condizioni tipiche di un ambiente arido semi-desertico e desertico.
Injera: pane spugnoso a base di teff.
Negarit Gazeta: gazzetta ufficiale.
Shengo: assemblea. Lo shengo nazionale è il parlamento della Repubblica Popolare Democratica dell'Etiopia.
Teff: cereale che costituisce la dieta base della maggior parte della popolazione etiopica.
Weyna dega: zona climatica temperata dell'altopiano etiopico, comprendente le terre tra i 1.500 e i 2.400 metri sul livello del mare, con temperature medie comprese tra i 16° C e i 20° C. È l'area più produttiva e più densamente popolata del Paese.
Wereda: distretto.
Zemecha: campagna di mobilitazione della popolazione attorno a temi di interesse politico, effettuate per la prima volta nelle aree rurali all'indomani della rivoluzione attraverso gli studenti delle scuole superiori e ripetute recentemente per l'avvio degli schemi di reinsediamento.

Indice analitico

Adattamento, 31, 109, 121.
Addestramento, 59, 64, 68, 76, 109, 110, 116, 121-123, 124, 130, 132-133, 137, 140-141, 143, 151; corsi di ——, 109, 121, 128, 148.
Addis Abeba, 15, 24, 32-35, 51-54, 56, 64, 99, 111, 114, 122, 128, 139-141, 143-145, 150-151.
Adi Gafuf, 85, 93-94.
Adi Haki, 85.
Afar: lingua ——, 15, 21; popolazione ——, 21, 98, 103.
Africa, 39, 41, 52, 139, 150-152; —— sub-sahariana, 23, 28, 36, 53.
Agau, 21.
Agenti: —— di sviluppo, 117; —— sanitari di base, 147.
Agenzie di cooperazione, 50, 120, 124; —— governative, 26, 97, 125; —— internazionali, 50-51, 124; —— nazionali, 69.
Aggiornamento, 98, 105, 113, 141, 147, 151; corsi di ——, 59, 119, 147.
Agordat, 15.
Agricoltura, 18, 21-24, 25-28, 33-39, 41-46, 48, 58, 77, 86, 108-113, 115-118, 129, 132-133, 136, 148; —— contadina, 44, 48; —— di sopravvivenza, 13; —— itinerante, 21; —— pluviale, 24.
Agro-industria, 33-34, 39.
Aiuti, 15, 28-29, 32-36, 38, 40, 46, 51, 86, 99, 127, 138, 151; —— alimentari, 23, 37, 49, 85; —— internazionali, 28; —— italiani, 32; —— pubblici, 47.
Alfabetizzazione, 16, 20, 24, 112, 125-126.
Algeria, 25.
Alimentazione, 23, 27, 37-38, 44, 48-49, 62, 64, 69, 76, 85, 93, 95-96, 105, 108, 110, 112, 117, 120-121, 131, 136-137, 143, 148, 150, 152.
All Africa Leprosy and Rehabilitation Training Centre — ALERT, 128.
Allevamento, 21, 41, 95, 132.
Amarico, 14-15, 112, 115.
America Latina, 52.
Ambasciata d'Italia, 51-53, 55-56, 114.
Ambibara, 14.
Ambiente, 13-14, 21-22, 26-28, 49, 94, 109-112, 116, 118, 120-121, 126, 130-132, 134, 138, 142, 144, 146-148; —— rurale, 149; —— urbano, 149.
Ambulatorio, 59, 62, 67-68, 70, 76, 79, 86, 94-95, 98-99, 103, 106-107, 125, 127, 134-135, 137, 139-140, 144, 149-150.
Amhara, 21.
Animazione, 129-130, 132-133; —— di base, 132; —— rurale, 133.
Apprendimento, 40-41, 106; processi di ——, 42.

Approvvigionamento, 86, 94, 123-124, 148; —— idrico, 26, 27, 33-34, 49, 69, 86, 122, 129-, 94, 123-124, 148; —— idrico, 26, 27, 33-34, 49, 69, 86, 122, 129-131.
Arabo (lingua), 15.
Argobba, 21.
Arsi, 26-27, 33-34, 48, 50, 57-58, 62-64, 127-128, 133, 135.
Artigianato, 35, 41, 108-112, 137.
Asella, 33, 57-63, 135.
Asia, 52.
Asmara, 15, 24, 33-34, 49, 71, 139, 148-150.
Assab, 14-15, 99.
Assayta, 146.
Assistenza, 26, 31-33, 35, 38, 41, 51, 54, 56, 59-64, 71, 76, 85-86, 93, 99, 102, 110, 121, 127, 143, 147-151; —— estera, 36; —— finanziaria, 39; —— italiana, 66; —— materno-infantile, 99, 104-105, 136; —— sanitaria, 27, 51, 62, 78, 85-86, 93, 99, 139; —— tecnica, 32-33, 39, 45, 59, 108-110.
Associazione Internazionale Volontari Laici - Lvia, 132-133.
Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau - Aifo, 146.
Associazioni: —— delle Donne, 69, 112; —— di Cittadini, 22, 69; —— di Contadini, 22, 26, 95, 117-118, 121, 136.
Attività generatrici di reddito, 109-110, 112, 116.
Autorità locali, 49, 52-53, 55, 69, 77, 86, 132, 145, 147, 150.
Autosufficienza, 37, 39, 77, 125; —— alimentare, 38, 44, 46.
Awassa, 34, 121, 136.
Awsa, 146.
Aziende, 23; —— agricole, 34; —— contadine, 23; —— di stato, 23, 39, 43-44.

Badessa Cisa, 137.
Bahr Dar, 109.
Bale, 48, 59, 67, 122, 125-127, 130.
Bambini, 20, 62, 69, 93-97, 102-103, 105, 107, 110, 119-121, 131, 136-137, 140, 148-149; —— vaccinati, 19, 98.
Bambino Gesù, ospedale pediatrico del ——, 149.
Banca Africana di Sviluppo, 45.
Banca Mondiale, 13, 16, 20, 22, 34-36, 38, 41, 45, 50, 56 n.
Bati, 51, 98-99, 102-105, 145.
Beles, 48, 105-110.
Beshelo, 116.
Bilancia dei pagamenti, 46.
Bilancio, 28, 53, 124; —— alimentare, 37; —— del settore sanitario, 17, 28.
Bisogni, 63, 67, 125, 134; —— di base, 110; —— primari, 86, 106, 136.
Boditti, 130.
Bushulo, 127-128.

Calamità, 13, 25, 29, 49, 62, 120, 150-152.
Calorie, 37, 93, 96; —— pro capite, 37, 93.
Campi profughi, 85, 93, 95.
Canada, 41, 45.

Canale: —— bilaterale, 35, 43, 52; —— multilaterale, 35, 43, 50, 51.
Carestia, 13, 15, 35-36, 44, 49, 51, 98, 131.
Caritas Italiana, 137-138.
Catholic Social Action Committee - Csac, 93.
Cecità, 33, 65-66, 68-69.
Central Statistical Office, 15-16, 58, 123, 139.
Centre for Emergency Preparedness and Response, 151.
Centri sanitari, 28, 50-51, 57-58, 63-64, 68, 95-98, 113-114, 117, 119, 121, 124, 127-128, 134, 136-137, 141, 145-146; —— urbani, 39.
Centro antitubercolare, 79, 83, 139; —— hanseniano, 76, 83; —— odontoiatrico, 51, 143; —— oftalmico, 65, 79.
Centro di Educazione Sanitaria e Tecnologie Appropriate Sanitarie - Cestas, 113, 115.
Centro di Cooperazione allo Sviluppo - Cics, 105, 107.
Centro Volontari Marchigiani - Cvm, 129, 131.
Cereali, 27, 37, 93, 117, 121.
Chagni, 112.
Chirurgia (chirurgico), 59, 65, 67-68, 77, 78-80, 94-95, 102-105, 106, 134-135, 145, 150; —— di emergenza (d'urgenza), 104; —— minore, 68.
Cibo, 15, 23, 86-93, 96, 113, 117, 121; distribuzione del ——, 96, 117; preparazione del ——, 95, 149; —— pro capite, 19, 23; produzione di ——, 18, 95; —— tradizionale, 93.
Clima, 14, 23, 28, 66.
Clinica, 69, 138, 141, 147; —— da campo, 93; ——materno-infantile, 134; —— odontoiatrica, 145; —— oftalmologica, 70.
Coinvolgimento della popolazione, 106, 108, 130, 134; —— delle donne, 112.
Collegio Universitario Aspiranti e Medici Missionari - Cuamm, 133, 135.
Comitato Direzionale, 43, 53.
Comitato di Collaborazione Medica - Ccm, 127-128.
Comitato Interministeriale per la Cooperazione allo Sviluppo - Cics, 43, 47, 50.
Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli - Cisp, 107-108, 115.
Commercio, 21, 23, 37-38, 78, 109.
Commissione Economica per l'Africa delle Nazioni Unite - Uneca, 151.
Commissione Mista italo-etiopica, 32, 34-36, 43-45, 47, 50, 53.
Comunità, 44, 77, 106-108, 110-113, 121, 126, 129, 136, 139; —— autoctone, 112, 129; —— di base, 117-118.
Comunità Economica Europea - Cee, 23, 36, 38, 41, 45, 48, 50.
Concentrazione: aree di ——, 43, 46-48; —— geografica, 41, 45-46; —— territoriale, 50.
Condizioni culturali, 66; —— ecologiche, 21, 120; —— socio-economiche, 26, 48, 66, 120.
Conferenza di Alma Ata, 51.
Cooperative, 25, 121, 136; —— di Produttori, 27, 44, 118; —— di Servizio, 27, 39, 44, 116-118.
Cooperazione, 31-35, 40, 42-48, 50-56, 66, 106, 120, 124, 127, 145, 147; —— allo sviluppo, 31, 33, 43, 50; —— bilaterale, 32-33, 40, 70, 145, 151; —— internazionale, 40-41; —— italiana, 31, 34, 43, 45, 48, 50-54, 57-58, 79, 96, 110, 119, 144, 147; —— italo-etiopica, 31, 33, 47; —— multilaterale,

40, 151; —— sanitaria, 42, 50-52, 57, 59, 70, 79, 95, 119, 151; —— tecnico-scientifica, 31-33; —— universitaria, 34.
Coordinamento, 21, 42-43, 52, 56, 67, 111, 121, 123, 146.
Copertura, 28-29, 59, 63, 96-97, 106, 140; —— della popolazione, 28, 121; —— finanziaria, 124; ——medica di base, 107; —— multiregionale, 50; —— vaccinale, 28, 105.
Credito, 32-36, 39; —— agevolato, 36; —— commerciale, 34; —— rurale, 39.
Croce Rossa Internazionale, 93.
Cura, 29, 57, 63-65, 67, 76, 93, 97, 104, 106-107, 123, 127-128, 133-134, 139-141, 149-150.

Danakili, 21.
Deforestazione, 13, 151.
Degan, 99.
Degenza, 79, 83, 97, 98, 106-107, 112-113; durata media della ——, 59.
Degrado ecologico, 44-45, 117-118.
Dese Zuria, 115.
Dessié, 102, 104-105, 113-114.
Diagnosi, 63, 68, 77, 83, 95, 97, 103-104, 127, 140-141.
Diarree, 97, 136, 149.
Didattica, 16, 59, 112, 115-116, 121, 127, 135, 142, 145, 147, 151.
Dieta, 77, 95, 120; —— tradizionale, 113.
Dipartimento per la Cooperazione allo Sviluppo, 36, 52, 59, 71.
Dipartimento Sanitario Regionale - RHD, 57-58, 63, 115.
Dire Dawa, 15.
Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo - DGCS, 36, 52-55, 56 n, 57, 62, 70, 107, 143, 146, 149.
Disarmo e Sviluppo - DI-SVI, 99, 146.
Dispensario, 95, 137, 140.
Distretto, 14, 25, 52, 69, 95, 98, 106-107, 111, 113-114, 121, 129, 135-136, 145, 147.
Djibouti, 14-15.
Donne, 22, 96, 104, 109, 111-112, 129, 131, 137, 140; —— gravide, 63-64, 98, 137; —— gravide vaccinate, 19; —— in età fertile, 63.
Dubti, 14.
Duddo, 130.

Economia, 13, 16-17, 20-23, 26-27, 31, 33, 34-41, 43-44, 48, 56 n, 58, 62, 66, 95, 111, 114, 116, 120, 139, 142, 150; —— contadina, 34, 38; —— rurale, 116.
Educazione, 26, 31, 34, 38, 40-42, 107, 112, 114, 126, 131, 148; —— alimentare, 76, 110, 112; —— all'igiene, 57, 76, 110; —— ambientale, 112; —— formale, 114-115; —— nutrizionale, 96-97, 112-113, 121; —— sanitaria, 57, 64-65, 67, 70, 76-77, 94-95, 97-98, 107-108, 111-112, 113-115, 121, 128, 129-130, 136-138, 145-146, 149-151.
Egitto, 16.
Eliwaha, 99-102.
Embeccio, 129-130.

Emergenza, 13, 25-26, 43-44, 46-47, 49-50, 51-53, 56, 62, 52-77, 85-94, 95-96, 97-102, 104-106, 109, 121, 146-147, 150-152.
Energia, 32-34, 44-45, 48-49, 52-53, 130-131; —— elettrica, 33; —— geotermica, 32-34.
Entoto, scuola di ——, 35.
Eritrea, 14-15, 24, 31, 33, 48-49, 50-51, 70-72, 77-79, 95-96, 121-122.
Ethiopian Nutrition Institute - ENI, 108-109, 110-113, 120-121.
Etiopia, 13-16, 21, 24-28, 31-32, 35-36, 50-54, 55-56, 56 n, 58, 63, 65, 69, 78-79, 103-106, 109, 119-124, 125-126, 130-131, 134-135, 137-138, 139-143, 144-145.

Fabbisogno alimentare, 37, 49-50.
Falascià, 21.
FAO, 44-45.
Farmaci, 39, 46-47, 51-52, 58, 63-65, 70, 76-77, 78-79, 85-86, 98-99, 122-125, 137-138, 140, 146-147; —— essenziali, 39, 50-51, 69, 107-108, 121-122, 123-125.
Fondo Aiuti Italiano - FAI, 35-36, 43-44, 51-52, 138.
Fondo monetario Internazionale - IMF, 44-45.
Food-for-work, 115-118.
Formazione, 32-35, 44-45, 51-53, 57-59, 63-65, 67-70, 78-79, 97-99, 104-107, 108-109, 117-118, 121, 124-127, 129-130, 131-133, 134-135, 137-138, 142-148, 150-152; centri di ——, 58, 63, 116-117, 121; corsi di ——, 63, 65, 68, 105-106, 111-112, 114-115, 121, 147-148.

Galla, 21.
Gambo, 133-134, 136-137.
Gamo Gofa, 24, 67.
Gestione, 52-56, 64-65, 76-77, 114-115, 118, 129-130, 132-133, 142, 145-148, 149-150; costi di ——, 28-29.
Ghimirà, 21.
Ginecologia, 78-79, 106-107, 135-136.
Ginevra, 150-151.
Gojjam, 24, 26-27, 35, 50-52, 105-106, 107-108.
Golgiota, 136-137.
Gondar, 24.
Gonga, 21.
Gore, 14.
Governo, 21-23, 26-27, 28-29, 31, 37-39, 45-46, 62, 97-98; —— canadese, 130-131; —— etiopico, 25-26, 27-28, 38-39, 55-56, 59-62, 98-99, 109, 123-124, 130-131, 133-135; —— Imperiale, 21; —— italiano, 50-52, 55-56, 59, 76, 123-124, 148-149, 151-152; —— Militare Provvisorio, 25.
Gravidanza, 64, 84,-85, 96-97, 104-105, 137-138; —— a rischio, 63.
Grecia, 32.
Gruppi a rischio, 95-96, 105-106, 107-108.
Gruppi: —— etnici, 21, 99-102; —— bantu, 21; —— nilotici, 21; —— umani, 110-111, 130-131.
Guaritori tradizionali, 39.

Metodologia (metodologie), 25-26, 42-44, 54-55, 69-70, 105-106, 110-111, 120, 151-152.
Millè, 99-102, 145-146.
Ministero degli Affari Esteri italiano, 56 n, 59-62, 107-108, 138, 143-145, 149-150; —— della Sanità etiopico, 20, 28-29, 39, 64, 80-83, 107-108, 114-115, 121-124, 127-128, 140, 142-144, 145-146, 148-150; —— del Lavoro e degli Affari Sociali etiopico, 110-111; —— delle Costruzioni etiopico, 110-111; —— dell'Agricoltura etiopico, 26-27, 110-112, 116-118; —— dell'Informazione etiopico, 16; —— dell'Istruzione etiopico, 16, 20, 14, 110-113, 125-126; —— per lo Sviluppo Urbano e delle Abitazioni etiopico, 32.
Modernizzazione, 21, 38, 44-45; —— agricola, 38.
Monitoraggio, 51-52, 58, 70, 110-111, 112-113, 119, 125-126, 140, 147-148; —— clinico, 128; —— epidemiologico, 128.
Morbilità, 63-64, 94, 97-98, 102-103, 104-105, 119, 124-125, 133-134.
Mortalità, 17-20, 63, 77, 85-86, 96-98, 102-103, 104-105, 119, 133-134, 139.
Mozambico, 25.

National Children's Commission - Nacc, 110-111.
Nazioni Unite, 14, 38, 40-42, 44-45, 151-152.
Nigeria, 4.
Nomadismo, 21, 25-26, 85-86, 98-102, 103.
Nutrizione, 20, 27-28, 69, 94-99, 106-107, 108-109, 110-113, 119-121, 137-138, 148-150.

Oculistica, 65, 67-68.
Office of the National Committee for Central Planning - Onccp, 22-23, 28-29.
Office of the State Committee for Foreign Economic Relations - Oscfer, 55-56.
Ogaden, 14.
Operatori: —— sanitari, 50-52, 65, 77, 124-125; —— di comunità - Chw, 63, 121, 136-137, 147-148.
Orfani, 94, 146-148.
Organismi: —— di base, 22, 25-26, 110-111; —— donatori, 42-43, 44-46; —— internazionali, 42-43, 85-86, 142.
Organizzazione: —— del lavoro, 104-105, 110-111, 142-143; —— sociale, 111-112.
Organizzazione Mondiale della Sanità - Oms, 33, 51, 62, 65-66, 76-77, 119, 121-122, 123-125, 128, 140-141, 143, 144-145, 150-152.
Organizzazione per l'Unità Africana - Oua, 38, 151-152.
Organizzazioni: —— contadine, 115-116; —— di massa, 22, 69; —— internazionali, 28-29; —— missionarie, 123-124; —— non governative - Ong, 35, 50-53, 99-102, 105-106, 107-108, 112-114, 115-116, 123-124, 127-138, 145-146, 151-152.
Oromo: lingua ——, 15; popolazione ——, 21, 98-102.
Orticoltura, 108-109, 111-113.
Ospedale: 28-29, 50-51, 57-62, 76-77, 78-83, 94-96, 103-105, 106-108, 112-113, 124-125, 127-129, 133-137, 139, 141-143, 144-145, 146-147, 148-151; —— da campo, 86-93; —— di Gambo, 133-134, 117; —— di Shashamanne, 128-129; —— Distrettuale di Pawe, 107-108; —— generale, 70, 140; —— «Mekane Hiwot» di Asmara, 77-84, 148-150; —— prefabbricato, 86-93; —— Regionale, 19, 33, 50-51, 57-59, 63, 94, 97-98, 99-102, 104-105, 113-115; —— Regionale di Asella, 33, 57-59, 63, 134-135; —— Regionale di Dessiè, 99-102, 104-105, 114-115; —— Regionale di Makallè, 94, 95-96, 97-98, 146-147; —— rurale, 32-33, 58, 133-134.
Ostetricia, 59, 133-136.

Paesi, 27-28, 40, 63, 103-104, 139, 150-151; —— a basso reddito, 16, 23; —— africani, 23, 16, 38, 143; —— dell'Africa sub-sahariana, 27-28, 36; —— dell'est, 36; —— del Terzo Mondo, 139, 143; —— donatori, 42-43, 44-46, 142, 144-145; —— industrializzati, 40, 143, 144-145; —— in via di sviluppo, 13, 27-28, 50-51, 52-53, 114-115, 120, 122-124, 139, 142, 144-145; —— occidentali, 32, 44-45, 50-51, 83-84.
Parassitosi, 62, 97-98, 103-104, 136-137.
Partecipazione, 48-49, 64, 70, 76, 129-130, 145-147; —— comunitaria, 67.
Partito dei Lavoratori dell'Etiopia - Wpe, 16, 23, 110-111.
Parto, 63-64, 104-105; —— cesareo, 104-105.
Patologie, 50-51, 62, 69, 76-77, 79-83, 84-85, 124-125, 140, 143, 150-152; —— belliche, 79-80; —— cardiovascolari, 83-84; —— dell'apparato respiratorio, 97-98; —— del sistema cardiovascolare, 103; —— del sistema cutaneo, 103; —— del sistema digestivo, 103; —— del sistema genitale maschile, 103; —— del sistema ginecologico, 103; —— del sistema osteo-articolare, 103; —— del sistema respiratorio, 103; —— del sistema urinario, 103; —— infettive, 83-84; —— legali, 80-83; —— neoplastiche, 80-83; —— oculari, 65, 68; —— ostetrico-ginecologiche, 97-98; —— parassitarie, 83-84.
Pawe, 107-108.
Pazienti, 59, 63, 67-68, 76-78, 80-83, 84-85, 94-96, 97-98, 99-102, 104-105, 127-129, 134-136; —— ambulatoriali, 94-95, 102-103, 128-129; —— ricoverati, 83-84, 93-94, 102-103, 135-136, 139-140.
Peasant Agriculture Development Programme - Padep, 39.
Pediatria, 48-49, 59, 78-79, 94-98, 99-102, 134-136, 148-151.
Personale, 28-29, 55-56, 63, 67-70, 94-95, 109, 111-112, 113-114, 121-125, 134-135, 137-138, 142-145, 146-148, 149-152; —— etiopico, 59-62, 64, 76, 78-79, 84-85, 94, 98-99, 114-115, 140, 145-146; —— italiano, 68, 70, 78-79, 94, 96-97, 98-99, 106-107, 114-115, 144-146, 150-151; —— locale, 58-59, 65, 96-97, 98-99, 104-105, 108-109, 114-115, 145-146, 147-148, 149-151; —— medico, 65, 78-79, 84-85, 134-135, 142, 149-150; —— omologo locale, 127, 149-150; —— paramedico, 57, 63, 65, 78-79, 134-135; —— sanitario, 28-29, 58, 80-83, 94-95, 113-114, 137-138, 147-148.
Pianificazione, 22, 39, 40-42, 54-55, 63, 94-95, 116-118, 119, 121, 143, 145-146; —— dello sviluppo, 22; —— economica, 34, 43-45; —— economico-territoriale, 33; —— familiare, 19, 97-98; —— sanitaria, 63; —— territoriale, 33-35; —— urbana, 32-33, 35.
Piano Decennale di Sviluppo, 22, 28-29, 38, 120-121, 133-134.
Policy dialogue, 38.
Polio, 19, 135-137.
Politica, 14, 25-26, 28-29, 32, 37-38, 40, 45-46, 50-51, 62, 123-124, 151-152;

—— agricola, 38-39, 41-42, 44-45; —— di cooperazione, 40, 43-45; —— economica, 22, 37-42, 45-46, 47-50; —— industriale, 40-42; —— interna, 32, 37, 119; —— sanitaria, 28-29, 150-151.
Popolazione, 16, 19, 20 n, 24-29, 36-37, 39, 57-58, 63-65, 67, 69-70, 77-78, 79-80, 86, 94-95, 99-104, 105-113, 114-116, 120-121, 122-125, 129-135, 137-138, 139, 143-144; 146-147, 148-151; crescita della ——, 27-28, 139; densità della ——, 14, 16-17, 27-28, 58, 113-114, 120, 129-130; distribuzione della ——, 24-25, 63; incremento della ——,16-17, 20 n; —— nomade, 25-26, 99-102, 103-104; —— per infermiere, 19; —— per medico, 19; —— per posto-letto, 19; pressione della ——, 25-26; proiezioni della ——, 16-17; —— reinsediate, 105-106, 109, 111-112; —— rurale, 16-17, 25-27, 64, 121-122; —— secondo le classi d'età, 17; —— totale, 17, 20 n, 66; —— urbana, 16-18, 20 n.
Posto di salute, 28-29, 50-52, 57-58, 63, 68, 107-108, 121, 127, 128-129, 136-137, 141, 149-150.
Posti-letto, 58-59, 76-77, 78-79, 86-93, 94-95, 97-102, 103-104, 127, 128-129, 135-136; tasso di occupazione dei ——, 59, 97-98.
Prevenzione, 26-27, 33, 57, 62-69, 76-77, 84-85, 93-95, 97-98, 103-107, 127, 131-132, 133-138, 143, 144-145, 146-149, 150-152; —— vaccinale, 62.
Prezzi, 38, 95-96, 123-124; —— agricoli, 38, 45-46; —— al consumo, 38; fissazidne dei ——, 38; politica dei ——, 38, 45-46.
Primary Health Care - PHC, 29, 34, 57, 62, 66, 69, 107-108, 121, 123-124, 127, 133-134, 145-148, 150-151.
Prodotto interno lordo - PIL, 22-24, 28-29, 36; distribuzione del ——, 23; tasso medio di incremento annuo del ——, 23.
Produzione, 16, 20-21, 14, 25-28, 31, 33, 36-42, 45-46, 95-96, 108-109, 111-112, 115-117, 118, 121-123, 124-125, 130-131; —— agricola, 23-24, 27-28, 36-37, 109, 148-149; —— agro-zootecnica, 48-49; —— alimentare, 37-38, 108-109, 120, 148-149; —— locale, 24, 123-125; —— zootecnica, 24.
Profughi, 86-94, 98-99.
Progetto Mondialità - PRO-MO, 136-137.
Progetto: —— rurale integrato, 131-132; —— Tana Beles, 35, 47-48, 107-108.
Programma: —— Arsi-Bale, 47-48; —— di azione sui farmaci essenziali, 123-124; —— di Lotta alla TBC, 139; —— Italo-Etiopico di Controllo del Tracoma, 65-66; —— multisettoriale, 107-108, 109, 121; —— nazionale di controllo della lebbra, 127-128; —— nazionale di lotta alla cecità, 65-67.
Programma-Paese, 42-44, 45-50.
Programmazione, 39, 42-44, 54-56, 76-77, 139; —— economica, 22, 33.
Programmi: —— bilaterali, 51-52, 57; —— di cooperazione, 46-47, 51-52; gestione dei ——, 54-56, 114-115, 149-150; —— in gestione diretta, 54-55, 56, 59; —— multibilaterali, 119; —— privati, 50-51; —— sanitari, 33-35, 50-51, 54-55, 70.
Provincia, 14, 62, 95-96, 120-121, 128, 145-146.

Quiha, 85-98, 146-148.

Radiologia, 59, 78-79, 94-95, 99-102, 127, 134-136.

Reddito, 39-40, 108-109, 112-113, 115-116; —— annuo pro capite, 13, 36.
Regione (regioni), 13-14, 21, 26-28, 33-34, 38, 43-44, 45-46, 48-49, 50-51, 57-67, 69, 80-83, 95-96, 99-102, 104-106, 109, 112-114, 115-118, 119-122, 127-128, 134-135, 140, 145-147; —— amministrative, 14, 133-134.
Reinsediamento, 25-28.
Relief and Rehabilitation Commission - RRC, 93-94, 95-97, 110-111, 117-118, 123-124.
Revolutionary Ethiopia Women's Association - REWA, 22, 109.
Revolutionary Ethiopia Youth Association - REYA, 22.
Riabilitazione, 34, 39, 41-42, 43-44, 48-51, 77-78, 113-114, 117-118, 136-137; centri di ——, 59, 76-77; —— nutrizionale, 95-98; —— psicosociale, 76; —— rurale, 35; —— sociale, 76, 77-78.
Ricerca e Cooperazione - R. E C., 113-114, 115-117.
Ricerca, 34, 106-107, 121, 125-126, 128-129, 140-141, 143, 151-152; —— di fonti idriche, 51-52, 121-122; —— agricola, 38; —— operativa, 151-152.
Ricovero, 62, 78-79, 94, 99-103, 127-129, 134-135, 139-140.
Riferimento, 69-70, 103-105, 107-108, 127-128, 140-141; catena di ——, 70; sistema di ——, 63, 145-146; strutture di ——, 70.
Riforestazione, 41-42, 108-109, 116, 148-149.
Riforma agraria, 22, 25.
Risorse, 38, 40, 64, 69, 104-105, 111-112, 117-118, 121, 124-125, 125-126, 139, 146-147; —— del sottosuolo, 33; —— idriche, 34; —— naturali, 26-27; —— umane, 111-112, 116-118.
Rivoluzione, 13, 22, 31, 40, 42-43, 99-102; —— agraria, 25.
Roma, 57, 85-86, 151-152.

Sala: —— operatoria, 59, 67, 78-79, 80-83, 94-95, 98-102, 127, 134-136, 149-150; —— parto, 99-102, 127, 134-136.
Salute, 64, 95-96, 105-106, 107-108, 111-112, 114-115, 121, 130-131, 148-149; —— materno-infantile, 125-126, 145-146, 148-150; —— oculare, 69; —— orale, 143; —— pubblica, 70, 128-129, 146-147.
Sanità, 16-19, 25-35, 41-42, 43-45, 50-53, 54-56, 57-58, 63-65, 67-70, 76-77, 78-79, 80-83, 85-86, 94-95, 97-102, 105-108, 111-123, 125-126, 141, 143-147, 148-152; —— pubblica, 39, 77-78, 102-103, 113-114, 145-146; —— di base, 113-116; spese per la ——, 28-29, 139.
Screening, 68-70, 96-97, 104-105.
Scuola, 35, 59, 69-70, 76, 77-78, 97-99, 113-116, 129-130, 145-146; —— primaria (elementare), 20, 14, 76-77, 111-112, 121; —— secondaria (superiore), 20, 22, 24; —— tecnico-professionale, 32-33, 35, 41-42; —— medica di Jimma, 70.
Sedenterizzazione, 25-26.
Senegal, 25.
Servizi, 23-24, 25-26, 28-29, 36, 39-40, 56, 59, 64-66, 69, 76-77, 80-83, 86-93, 94-95, 99-103, 107-108, 120, 122-123, 135-137, 139, 142, 143-144, 145-147; —— ambulatoriali, 68, 76-77, 97-99, 137-138; —— amministrativi, 52-53; —— clinico-terapeutici, 51-52; —— diagnostici, 94-95, 107-108; —— di base, 25-26, 62, 98-99, 121, 140; —— educativi, 25-26; —— materno-

infantili, 63, 133-134; —— medici, 98-99; —— oftalmici, 67; —— rurali, 28-29; —— sanitari, 25-26, 57, 63, 76, 94, 98-102, 105-106, 113-114, 121, 122-123, 140-141, 145-146, 148-149; —— scolastici, 76-77; —— sociali, 23, 25-27, 77-78; —— urbani, 15, 28-29.
Shamba, 129-130.
Shashamanne, 65, 67-68, 127-129, 132-133.
Shirè, 95-96.
Shoa, 24, 26-27, 41-42, 59, 65-67, 111-112, 125-126, 132-133.
Shone, 130-131.
Siccità, 13, 15, 22-23, 25-26, 36, 43-44, 46-47, 48-49, 51-52, 95-96, 98-99, 102-103, 117-118, 121, 145-146, 150-151.
Sidamo: popolazione ——, 21; provincia ——, 120, 128; regione ——, 26-27, 59, 67, 119-120, 127-129, 136-137.
Sistema, 14, 21, 26-27, 63, 145-146; —— colturale, 118; —— culturale, 21; —— informativo, 64, 142; —— produttivo agricolo, 26-27; —— sanitario, 63, 85-86, 122-123, 139, 146-147; —— sociale, 21.
Socializzazione, 108-113.
Soccorso: operazioni di ——, 35, 150-151; —— sanitario, 150-152.
Soddo, 128-131.
Soddu Abala, 137-138.
Somali, 21.
Somalia, 14, 22, 25-26, 31-32.
Somalo (lingua), 15.
Strade, 15, 23, 36, 99-102, 116-117.
Struttura, 39, 43-44, 50-51, 58, 63, 70, 80-83, 98-99, 112-116, 117-118, 120-121, 123-124, 140-141, 143-144, 145-148; —— economico-sociale, 37, 44-45, 115-116; —— locali etiopiche, 108-109; —— periferiche, 39; —— pubbliche, 77-78, 123-124; —— sanitarie, 57, 59, 63, 68, 78-79, 85-86, 98-99, 113-114, 123-125, 134-135, 136-137, 140-141, 145-147, 149-150.
Studi, 13, 32, 34, 44-45, 64-65, 84-85, 120, 124-125, 143-144, 149-150, 151-152.
Sudan, 14.
Suoli, 38, 58, 93; conservazione dei ——, 118; degrado dei ——, 27-28; erosione dei ——, 13, 39, 86-93.
Supervisione, 52-56, 58, 63-64, 70, 95-96, 114-115, 134-135, 136-137, 140-141, 147-148.
Svezia, 36, 41-42, 44-45.
Sviluppo, 13, 21-22, 27-28, 31-33, 35-37, 39-45, 46-51, 54-56, 62, 76, 85-93, 94, 95-96, 98-99, 104-105, 108-109, 121, 125-126, 134-135, 145-147, 148-149, 150-152; —— agricolo, 35, 44-45, 51-52, 58; —— economico, 58; —— industriale, 23; poli di ——, 33, 37; potenziale di ——, 13, 27-28, 40; —— rurale, 21, 24, 41-42, 45-46, 47-48, 62, 86-93, 111-112, 115-116, 125-126; —— sanitario, 69, 146-147; —— socio-economico, 49-50, 94-95, 139.

Tana Beles, 35, 47-48, 105-106, 107-108.
Tanzania, 25.
Tb (Tbc), 19, 51, 62, 83, 97, 102-108, 133-135, 136, 139-141; —— genitale, 84;

—— intestinale, 84; —— linfoghiandolare, 84; —— peritoneale, 103; —— polmonare, 103, 139-140; —— osteo articolare, 103.
Tecniche, 36, 38, 95-96, 110-111, 118; —— tradizionali, 110-111.
Tecnologie, 13, 40, 114-117, 129-130, 141-142; —— appropriate, 41-42, 70, 128-129, 145-146.
Tenta, 113-114, 115-117.
Terapia, 51-52, 63, 68, 70, 76, 77, 79-83, 84-85, 95-98, 102-103, 105-107, 128-129, 137-138, 141, 143.
Terra, 26-27, 58; —— agricola, 17; —— arabile, 23; —— produttiva, 8; uso della ——, 23; —— vergine, 27-28.
Territorio, 13-15, 21, 25, 27-28, 33-35, 43-44, 50-52, 54-55, 57, 63-64, 69-70, 95-96, 98-99, 104-105, 106-107, 115-116, 118, 127-128, 133-135, 136-137, 138-139, 141-142, 145-146, 147-148.
Tigray, 13-14, 24, 79-80, 85-86, 95-96, 146-147.
Tigrè: lingua ——, 15; popolazione ——, 21.
Tigrigna, 15.
Tigrini, 21.
Torino, 135.
Tracoma, 31, 33, 51, 62, 66, 68.
Trasporti, 13-15, 34, 58, 77-78, 85-86, 114-115, 117-118; rete di ——, 44-45; sistema dei ——, 14.

Undp, 33, 36, 41, 44-45, 51.
Unesco, 125.
Unfpa, 125.
Unicef, 20, 28-29, 33, 51, 119, 122, 124.
Unido, 41.
Unità Tecnica Locale - Utl, 51-56, 114-115, 145-146.
Università, 48-49, 141, 144-145; —— Cattolica di Roma, 138; —— degli Studi di Perugia, 148; —— di Addis Abeba, 32-34, 110-111; —— di Asmara, 33-34; —— di Lovanio, 151-152.
Utenza, 28-29, 69, 104-105; bacino di ——, 59, 94-95, 131-132.

Vaccinazione, 63, 93-94, 97-99, 103, 104-105, 106-107, 134-137, 140, 145-146, 149-151.
Valutazione, 26-27, 54-56, 58, 64, 70, 80-83, 94-95, 96-98, 106-107, 110-111, 117-118, 125-126, 140-141, 149-150, 151-152.
Villaggizzazione, 25-26, 39, 62.
Visita, 28-29, 83-84, 97-98, 104-105, 137-138; —— ambulatoriale, 59, 139.
Volontariato, 59; organizzazioni di ——, 52-53; programma di ——, 58, 130-131.

Wadla-Delanta, 113-114, 115-116.
Wag, 13.
Waggia, 129-130.
Wegel Tena, 113-114, 115-117.
Wereda, 14, 25-26, 115-118.

Werehimeno, 113-114, 115-116.
Wolayta: distretto di ——, 128-131; popolazione di ——, 130-132.
Wollega, 26-27, 67.
Wollo, 13, 24, 35, 43-44, 48-49, 50-52, 66, 98-102, 111-113, 115-118, 121-122, 145-146.
World Food Programme - WFP, 116-117.

Yamma, 21.

Sigle e abbreviazioni

AIFO	ONG Associazione Italiana Amici di Raoul Follerau
ALERT	All Africa Leprosy and Rehabilitation Training Centre
Caritas Italiana	
CCM	ONG Comitato di Collaborazione Medica
CESTAS	ONG Centro di Educazione Sanitaria e Tecnologie Appropriate Sanitarie
CHW	Community Health Worker
CICS	Comitato Interministeriale per la Cooperazione allo Sviluppo
CICS	ONG Centro Internazionale di Cooperazione allo Sviluppo
CISP	ONG Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli
COPHC	Community Oriented Primary Health Care
CSAC	Catholic Social Action Committee
CSO	Central Statistical Office
CUAMM	ONG Collegio Universitario Aspiranti e Medici Missionari
CVM	ONG Centro Volontari Marchigiani
DGCS/DGDC	Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del M.AA.EE.
DI-SVI	ONG Disarmo e Sviluppo
EEC/CEE	European Economic Community/ Comunità Economica Europea
ENI	Ethiopian Nutrition Institute
EPHARM	Ethiopian Pharmaceutical Manufacturing
EPHARMECOR	Ethiopian Pharmaceutical and Medical Supplies Corporation
EPI	Extended Programme of Immunization
EWWCA	Ethiopian Water Work Construction Authority
FAI	Fondo Aiuti Italiano
FAO	United Nations Food and Agriculture Organization
GNP	Gross National Product
HASIDA	Handicraft and Small Scale Industries Development Agency
HEWO	Hansenians Ethiopian Welfare Organization
ICU	Istituto per la Cooperazione Universitaria
IEC	Information, Education, Communication
IIA	ONG Istituto Italo-Africano
ILEP	Federazione Internazionale delle Associazioni contro la Lebbra
INT	Istituto Nazionale della Tubercolosi
IMF	International Monetary Fund
IMT	Italian Medical Team
IRDP	Integrated Rural Development Programme
ISS	Istituto Superiore di Sanità

JEDSP	Joint Essential Drugs Support Programme
JNSP	Joint Nutrition Support Programme
JLO	Joint Liaison Office
JPO	Joint Project Office
JSC	Joint Steering Committee
KAP	Knowledge, Attitude and Practice
LDC	Least Developed Countries
LVIA	ONG Associazione Internazionale Volontari Laici
M.AA.EE.	Ministero degli Affari Esteri
MCH	Mother and Child Health Care
NACC	National Children's Commission
NRDC & CPSC	National Revolutionary Campaign and Central Planning Supreme Council
NUPI	National Urban Planning Institute
NWRC	National Water Resources Commission
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ONCCP	Office of the National Committee for Central Planning
ONG	Organizzazione non governativa
ORS	Oral Rehydration Solution
OSCFER	Office of the State Committee for Foreign Economic Relations
OUA	Organizzazione per l'Unità Africana
PA	Peasants' Association
PADEP	Peasant Agriculture Development Programme
PDRE	People's Democratic Republic of Ethiopia
PEM	Protein Energy Malnutrition
PHC	Primary Health Care
PIL	Prodotto Interno Lordo
PNL	Prodotto Nazionale Lordo
PRO-MO	ONG Progetto Mondialità
R. E C.	ONG Ricerca e Cooperazione
REWA	Revolutionary Ethiopia Women's Association
REYA	Revolutionary Ethiopia Youth Association
RHD	Regional Health Department
RRC	Relief and Rehabilitation Commission
SIDA	Swedish International Development Agency
TBA	Traditional Birth Attendant
UDA	Urban Dwellers Association
UNDP	United Nations Development Programme
UNECA	United Nations Economic Commission for Africa
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNIDO	United Nations Industrial Development Organization
WFP	World Food Programme
WPE	Workers' Party of Ethiopia

Allegato

Gumuz, 112-113.
Guraghé, 21.

Handicraft and Small Scale Industries Development Agency - HASIDA, 109-111.
Hanseniano, 70-77, 83, 95-96, 97-98, 127-129.
Hansenians Ethiopian Welfare Organization - HEWO, 76.
Harrar, 15, 139.
Hararghe, 25, 26-27, 48-49, 59, 121-122.
Harari, 21.

Igiene, 57-58, 66, 72-77, 93-94, 102-104, 107-109, 110-111, 113-114, 116-118, 119-121, 128-133, 136-138, 143-144; —— dentale, 143.
Illubabor, 26-27, 67, 125-126.
Importazioni, 23-24, 39, 123-124.
Incremento demografico, 13, 36, 44-45.
Indagine, 62, 64, 66, 111-112, 114-115, 151-152; —— a campione, 8; —— ambientale, 138; —— clinica, 106-107; —— conoscitiva, 110-111, 112-113; —— epidemiologica, 66, 105-107, 138, 143; —— malacologica, 106-107; —— nutrizionale, 106-107.
Indicatori: —— demografici, 16-19, 21 n, 27-28; —— economici, 16; —— sanitari, 16-17, 27-28; —— sociali, 16-17.
Industria, 23-24, 33-37, 39-42, 44-45, 48-49, 52-53, 77-78, 141.
Infanzia, 63, 64, 95-96, 109-111.
Infermiere, 67, 85-86, 99-102, 105-107, 113-116, 137-138, 145-146, 149-151; —— specializzato, 59, 68, 97-99, 113-114, 135-136; —— generico, 113-114, 135-136.
Infezione, 66, 59, 130-131, 139, 148-149; —— batteriche, 66; —— gastro-enteriche, 102-103; —— respiratorie, 102-103, 107-108.
Informazione, 54-55, 56, 132-133, 147-148.
Infrastrutture, 21-22, 35-37, 41-42, 45-46, 52-53, 69, 59, 76-77, 98-99, 120-122, 132-133, 142, 147-148.
Insediamento, 24-25, 26-27, 47-48, 89-93, 106-107; —— di origine, 86-93; —— rurali, 39, 47-48; —— umani, 24-25, 27-28, 37; schemi di ——, 25-26.
Integrazione: —— culturale, 130-131; —— settoriale (dei programmi), 41-42; —— sociale, 70.
Interventi: —— chirurgici, 28-29, 59, 79-80, 83, 103-104, 106-107; —— chirurgici-orali, 143-144; —— medico-chirurgici, 105-106; —— ortopedico-traumatologici, 79-80; —— perianali, 79-80; —— alle vie urogenitali, 79-80.
Irgalem, 121.
Irrigazione, 14, 38, 121, 148-149.
Istituto per la Cooperazione Universitaria - ICU, 57.
Istruzione, 14, 34, 62, 108-109, 125-126; —— di base, 43-44; —— prescolare, 35, 108-109; —— primaria, 20; —— universitaria, 39.
Italia, 31-32, 35-36, 39, 41-42, 47-50, 56, 65, 76, 78-79, 124-125, 130-131, 143-145.
Italian Medical Team - IMT, 67, 86-93, 94, 98-103.

Jimma, 65, 67-68, 70.
Joint Essential Drugs Support Programme - JEDSP, 123-124.

Joint Nutrition Support Programme - JNSP, 119-121.

Kambata & Hadiya, 111-112, 129-130.
Keffa, 26-27, 65-67, 125-126, 129-130.
Kenya, 14, 25-26, 28-29, 124-125.
Kofele, 134-135, 136-137.
Kon, 115-117.
Konto, 129-130.
Kore, 136-137.
Kutaber, 115-117.
Kwashiorkor, 120.

Laboratorio, 35, 59, 78-79, 94-95, 98-102, 105-108, 113-115, 116-117, 127-128, 135-136; 140-141, 143-144, 147-148, 149-151.
Lasta, 5.
Latrine, 64, 94, 81, 121.
Latte, 93-94, 96-97, 137-138.
Lebbra, 33, 50-51, 70-72, 77, 83-84, 95-96, 103-104, 127-129, 133-135; —— multibacillare, 76-77; —— paucibacillare, 76-77.
Legge: —— n. 1222/71, 131; —— n. 38/79, 32-33; —— n. 73/85, 35, 51-52; —— n. 49/87, 42-43, 52-53, 56.
Levatrici tradizionali - TBA, 63-64, 114-115, 119, 121, 136-137, 147-148.

Madri, 94-95, 96-97, 121, 150-151; —— che allattano, 20.
Mai Duba, 147-148.
Mai Habar, 33, 76-77.
Makallè, 51-52, 85-86, 93-94, 95-96, 97-98, 146-149.
Malaria, 83-84, 102-103, 107-108, 145-146; —— cerebrale, 102-103.
Malattie, 28-29, 62, 102-104, 133-134, 136-137, 139-140, 143; —— cardiovascolari, 103-104; —— diarroiche, 107-108; —— infantili, 97-98; —— infettive, 27-28, 83, 107-108, 120, 127, 148-150; —— oculari, 65, 70; —— orali, 143; —— parassitarie, 80-83; —— renali, 84-85; —— veneree, 103-104.
Malnutrizione, 20, 95-98, 103, 119-120, 148-149.
Manutenzione, 15, 35, 49-51, 56, 94-95, 97-98, 108-109, 113-114, 118, 129-130, 132-133, 141-144, 147-149.
Marocco, 25-26.
Massawa, 15, 72-77.
Medicina, 68, 106-107, 134-136; —— ambientale, 134-135; —— comunitaria, 76-77, 147-148; —— curativa, 105-106; —— di base, 57, 134-135, 136-138, 147-148; —— di calamità, 151-152; —— generale, 58-59, 94-95, 135-136, 146-147; —— preventiva, 62, 76-77, 94-95, 97-98, 104-106, 134-136, 146-148; —— psicosomatica, 77; —— scolastica, 107-108.
Medico, 39, 50-51, 59, 83, 85-86, 98-99, 105-106, 113-114, 122-123, 127-128, 134-136, 138, 141, 144-146, 149-151; —— etiopico, 59, 65, 80-83; —— nutrizionista, 96-97.
Mekdela, 115-116.
Mekki, 131-132, 135-136.
Menz, 111-112.

Memorandum of Understanding of the Third Session of the Ethio-Italian Joint Commission for Development Cooperation

The Third Session of the Intergovernmental Ethio-Italian Commission on development cooperation was held in Rome from the 26th day of November to the 2nd day of December, 1987.

The Ethiopian Delegation was led by Comrade Aklilu Afework, Minister, Office of the State Committee for Foreign Economic Relations of the People's Democratic Republic of Ethiopia.

The Italian Delegation was led by the Honorable Mario Raffaelli, Deputy Minister of Foreign Affairs of the Republic of Italy.

The members of the two Delegations are listed in Annexes 1 and 2.

After thorough discussion held in an atmosphere which reflected the long standing relations of friendship, mutual understanding and cooperation between the two countries, the two Sides agreed on the following:

1. *Agreement on Development Cooperation*

Both Sides recognised the necessity of revising the basic Agreement on Technical Cooperation of April 5, 1973 taking into account the Protocol concerning the Programme under Italian Law n. 73 of 8.3.1985 signed on January 22nd, 1986 and the Agreement on the establishment of a Technical Cooperation Unit of October 24, 1986, in order to accomodate the expanded and multifaceted programme in economic, scientific and technical cooperation between the two countries.

For this purpose a working group will be created shortly within the framework of the Joint Steering Committee mentioned hereunder which shall work out the new text within six months from the signature of the present Memorandum.

2. *Country-Programme*

The two Sides conducted extensive and detailed discussion in order to identify a common strategy on their cooperation.

In this respect the Italian Side illustrated the objectives and procedures provided for by the new law (n. 49 of February 26, 1987) governing the Italian cooperation with developing countries. The Italian Side, while taking good note of the requests and priorities attached by the Ethiopian Side to a number of projects in different sectors, expressed the intention to reach a more advanced level of cooperation between the two countries by jointly preparing and gradually building up a Country-Programme based on mutual interests and priorities.

The two Sides agreed that the Country-Programme will be framed

within the medium and long term plans of Ethiopia, be based on geographical concentration, have sectorial integration and interrelation, and pursue as its first priority the achievement of food self sufficiency.

This Third Session of the Joint Commission represents therefore a turning point towards the common preparation of an integrated Country-Programme. Its common strategy will be centered on the following principles:

— strengthening and development of food crops production;
— concentration on areas of high food crops surplus potential and on rehabilitation areas;
— modernization and strengthening of food processing plants;
— strengthening of agricultural inputs and agro-industrial production plants;
— strengthening of on-going projects in the water and energy sectors as well as in socio-economic infrastructures;
— strengthening of primary health care, education and training;
— transfer of technological know-how in the industry and service sectors;

and focused on the following geographical areas:

A. Area of the Integrated Rural Development Programme (IRDP) in Southern Central Region (consisting of Arssi and Bale, including the adjoining areas in Shoa and in Sidamo).
B. Area of rehabilitation (in Harange and in Wollo).
C. Area of rehabilitation (Eritrea).
D. Area of consolidation (Beles valley).

3. *Joint Steering Committee*

In order to implement the strategy of the Ethio-Italian Joint Commission both Sides agreed to establish in Addis Ababa a Joint Steering Committee (Jsc) with the task of coordinating the implementation and further preparation and planning of the Ethio-Italian Country-Programme of cooperation.

The members of the Jsc shall be nominated by the two Sides within sixty days from the date of signature of the present memorandum and shall meet at least once every two months.

The Jsc will coordinate the follow-up and supervision of all initiatives financed by the Italian Government on both the bilateral and multibilateral channel. As a result of such comprehensive coordinating activity, the Jsc will propose actions to be taken to improve and strengthen the impact of the Ethio-Italian cooperation also through extraordinary and/or emergency interventions, including the development cooperation activities implemented by Italian Non Governmental Organizations.

4. *Institutional Technical Assistance*

The Italian DGDC will provide tecnical advisors to the following Ethiopian Administrations:

a) Ministry of Agriculture: a Joint Project Office (JPO) shall be established within the zonal office of Arssi-Bale of the Ministry of Agriculture for the preparation and the implementation of the IRDP.

In addition a Joint Liaison Office (JLO) shall be established at the Ministry of Agriculture in Addis Ababa in order to give the necessary support to the IRDP activities.

The JLO and JPO shall be constituted of Ethiopian and Italian staff.

The Italian Side will also supply the necessary equipment and vehicles and contribute to the logistic aspects of both the JLO and JPO, including operational expenses.

The Ethiopian Side shall provide the necessary office space and secretarial facilities to accomodate both the Ethiopian and the Italian staff. The Ethiopian Side shall make available housing facilities for which the Italian experts shall pay the rent.

b) Office of the National Committee for Central Planning (ONCCP): with reference to the on-going National and Regional Economic Planning Project to be financed by the Italian Side and whose implementation will be entrusted to an Italian consulting firm, a Technical Team in economic planning shall be established at the ONCCP. The relevant terms of reference will be agreed upon by the ONCCP and the DGDC.

c) National Urban Planning Institute (NUPI) of the Ministry of Urban Development and Housing: according to the priority given to further develop the Ethiopian Regional Urban System as part and parcel of the urban and rural interaction within a regional integrated planning framework, based on the national parameters given by the ONCCP, the Italian Side will strengthen the assistence to NUPI so as to prepare integrated regional planning for the Southern-Central Concentration Area within which the IRDP and the future Country-Programme will be developed and executed. One technical advisor shall be provided by the Italian DGDC to the NUPI.

5. *Country-Programme Projects*

5.A. Integrated Rural Development Programme (IRDP) in Southern-Central Region

The projects listed under this paragraph are part of and instrumental to the preparation and progressive implementation of the integrated rural development of this concentration area. The IRDP will be further developed so as to represent the core of the next Country Programme.

The projects listed here below and market with (*) may, when necessary, be reformulated in the framework of a more comprehensive IRDP in the Southern-Central Region focused on the development of peasant agriculture and food self sufficiency.

In formulating the IRDP great attention shall be paid in coordinating it with the activities already under implementation so as to integrate the IRDP in the development regional schemes prepared by the concerned regional planning Authorities.

Both Sides have agreed on the importance and necessity of ensuring the wider participation of the concerned rural population in implementing the IRDP in line with the on-going dialogue with the E.E.C. on the subject.

The IRDP-JLO will liaise its planning and implementation activities with the NUPI and with the Ministry of State Farms.

(Billion Italian Lira)

	Soft loan	Grant
1. Rural Development Project (*)		32,0
2. Southern Zone Cattle Production Ranch (*)		34,9
3. Feasibility Study on Small Mechanization (*)		1,8
4. Extraordinary interventions:		42,2
— small scale irrigation schemes (*)		
— rural roads construction (*)		
— grain stores and silos (*)		
5. Basic Seed Farm-irrigated (*)		8,0
6. Southern Region Agro-Industry Project (Awassa) (*)	10,7	8,0
7. National Tubercolosis Control (on IRDP area)		4,3
8. Development of Regional Urban System		5,2
9. Development of 4MW Geothermal Pilot Plant		8,0
Total (Concentration area A)	10,7	144,4

5.B. Areas of rehabilitation (in Hararge and in Wollo)

(Billion Italian Lira)

	Soft loan	Grant
1. Modernization and expansion of Flour and Edible Oil Mills in Hararge Region	18,8	1,6
2. Health Clinics in Mekelle and Bati		16,4
3. Technical assistance to rural road construction in drought affected areas		2,0
4. EIPRD in Wollo and Hararge (small irrigations areas)		4,2
Total (Concentration Area B)	18,8	24,2

5.C. Area of rehabilitation (Eritrea)

(Billion Italian Lira)

	Soft loan	Grant
1. Rationalization of Flour and Flour Products Plant in Asmara	8,3	0,9
2. Rehabilitation of Massawa Salt		7,3
3. Rehabilitation of existing Generating Plants (Diesel Generators) in Asmara and Massawa		30,8
4. Paediatric Department in Mekane Hiwot Hospital		11,3
5. Strengthening of Asmara University		8,0
6. Rehabilitation of Asmara Water Supply (Extraordinary)		24,6
Total (Concentration Area C)	8,3	82,9

5.D. Area of consolidation (Beles Valley)

With reference to the integrated project in the Beles Valley, the Italian Side expressed to the Ethiopian Side its continued willingness to support the programme stressing in particular the role to be plaid by the settlers in the socio-economic development of the area, the importance of the general health conditions and the importance of various policies that promote agricultural productivity in the area.

The two Sides reaffirmed the principles governing the implementation of the Beles Valley Project as stated in the Memorandum of Understanding on Tana-Beles Project, signed in Rome on January 22nd, 1986, and in the "Agreed Minutes on emergency and rehabilitation in the area of origin of the resettlers" and in the "Agreed Minutes on the food and health emergency programme in the Tana Beles Area" signed in Addis Ababa on March 11th, 1986, and stressed that the main objective of the Project is to satisfy the basic needs of resettled people and promote their production capacity.

(Billion Italian Lira)

	Soft loan	Grant
1. Beles Valley Malaria Control Project		3,7
2. Research Centres (Human and animal pathology, phytopathology and cattle cross-breeding)		3,7
Total (Concentration Area D)		7,4

6. *Other Projects*

In addition to the above comprehensive integrated and multifaceted Country-Programme focused on food self sufficiency, the Italian Side took into favourable consideration the following projects that are either

continuing or strengthening some on-going or completed projects, or meant to improve the effectiveness of the Italian development aid to P.D.R.E.

6.1. Strengthening of projects

	(Billion Italian Lira)	
	Soft loan	Grant
1. Arba Minch Textile Factory	20,9	1,5
2. Modern Workshop for EELPA (second phase)		10,2
3. 230KV Substation at Gilgel Gibe HHP	11,0	
4. Energy Data Bank		0,6
5. Spare Parts Complex for Agriculture and Transport	36,9	3,7
6. Third Old Pipe Replacement in Addis Ababa W.S.S.	6,2	
7. Addis Ababa University		6,1
8. Scholarschips in various sectors		1,5
9. Gerbi Dam Project (feasibility study, final design, contract documents by grant and construction by soft loan)	23,4 (*)	3,7
Total (Strengthening of projects)	98,4	27,3

(*) *As for Gerbi Dam project, the amount of 23,4 billion Lira is earmarked for its construction. The aforesaid amount represents the ceiling of the Italian Side's commitment. The feasibility study, the final design and contract documents will be under one contract.*

As for University and Education sector, the two Sides agreed on the necessity of strengthening the on going programmes of cooperation to the Universities of Addis Ababa and Asmara and decided to finance and additional project with a view to creating a Junior College of Forestry for an amount of 6,2 billion Lira. An Italian mission will visit Ethiopia soon to discuss with the relevant Ethiopian Authorities the actions to be taken in this field.

6.2. Projects of national interest

	(Billion Italian Lira)	
	Soft loan	Grant
1. Rehabilitation of Edible Oil Plant in Addis Ababa	13,8	0,9
2. Machine Tools Factory	24,6	2,5
3. Technical Assistance to the Ministry of Industry		1,7
4. Geological Information Centre		1,5
5. Medical Equipment Maintenance Unit		7,4
6. Establishment of a Dentistry Centre		4,6
7. Technical and Vocational Schools (industry)		1,5
8. Junior Forestry College		6,2
9. Strengthening of OSCFER (materials and equipment)		2,5
Total (Projects of National Interest)	38,4	28,8

7. *Review of projects agreed upon during the 2nd session of the Joint Commission*

The two Sides thoroughly reviewed the projects agreed upon during the 2nd Joint Commission Session whose preparation has been completed and relevant implementation will start soon.

The two Sides reassessed the Italian commitment in Italian Lira for the on-going projects and agreed as follows:

	(Billion Italian Lira)			
	TOTAL		ADDITIONAL	
	Soft loan	Grant	Loan	Grant
1. Nura Era Conversion Project	11,1	5,8		
2. Integrated Meat Industry	37,3	4,1	12,1	1,2
3. Basic Seed Farm-rainfed	5,7	1,5		
4. Kenaf Project-second phase	0,9			
5. Asmara Milk Factory		2,0		1,0
6. Cross Breed Ranch	6,3		1,5	
7. Asmara Veterinary Laboratory		3,3		1,2
8. Baker Yeast Complex	19,7	1,2	4,8	
9. Fincha-Bahar Dar/Gilgel Gibe A.A.T.L.	67,0		12,8	
10. EELPA Workshop-phase I		8,1		1,0
11. Mitto Photovoltaic Solar Power Plant-second phase		1,0		0,4
12. Dahlac Photovoltaic Solar Power Project		2,6		0,5
13. Implementation of Mini-hydro Schemes		6,5		1,2
14. Tendaho Geothermal Project		28,4		
15. Rural Water Supply for the Central Region		19,5		10,3
16. Asmara Water Supply (emergency)		10,0		10,0
17. Water Leakage Detection in Addis Ababa W.S.		2,1		1,2
18. Prevention of Blindness		14,8		7,4
19. Remodelling and Expansion of Assella Hospital		40,1		2,9
20. Primary health care in the Arssi Region		6,4		6,4
21. Mekane Hiwot Hospital		3,5		
22. Leprosy Control Project in Eritrea		15,7		11,6
23. Lift Maintenance Services		0,9		0,6

24. Garage Complexes (Equipment) for Trucks and Buses		6,0		3,3
25. National and Regional Economic Planning		7,0		3,3
26. NGO's Programmmes in the Beles Valley		7,4		7,4
27. NGO's Programmes in Wollo		6,8		6,8
28. Massawa Artisanal Fishery		1,2		1,2
29. Equipment and Material for Spare Parts Complex		8,6		8,6
Total (Projects of II Joint Commission) (*)	148,0	214,5	31,2	87,5

(*) The above allocations related to projects agreed upon during the 2nd Joint Commission Session and under Italian Law n. 73/85 represent an additional aggregate commitment of billion Lira 118,7.

8. *Emergency programme*

Considering the serious drought which affected the Northern region of Ethiopia, the Italian Side decided to step up its emergency assistance programme with a financing of 90 billion Lira for food supplies, logistic support and ports' capacity rehabilitation. To this end a mission will visit Ethiopia in order to thoroughly investigate and assess the most urgent needs.

9. *Commodity Aid*

The two sides agreed that a total amount of 49,2 billion Lira be utilized for the purchase of essential goods that would be in any case imported by the Ethiopian Side.

Both Sides agreed that the sale of the aforesaid goods will generate counterpart funds to be used for financing the local costs of development projects financed under Italian assistance. The relevant project allocations and modalities will be agreed upon by the two Sides.

10. *Other matters*

10.1. Fincha Sugar Estate Project

The Ethiopian Side stressed the priority attached to the Fincha sugar estate Project. The Italian Side agreed to further appraise the economic and technical feasibility of the project and to inform the Ethiopian Side of its decision at the earliest possible time.

10.2. Tractors Assembly Project

Once agreed upon an equitably balanced Ethio-Italian joint-venture for which the Italian Side is ready to finance up to 50% of the Italian equity capital, the Italian Side would finance the foreign exchange component of the Project on soft loan basis.

10.3. Spare Parts Complex

The two Sides agreed to release the billion Lira 2,5 in grant which was allocated to the Project in the second session of the Joint Commission for start up assistance.

* * *

The Italian Side reiterated that projects to be financed under the provisions of the present Memorandum will be implementable only after a positive completion of the relevant tecnical and economic appraisal and the approval by the competent Italian Authorities.

The Italian Side informed the Ethiopian Side that the total amount of 747, 5 Billion Lira represents the overall commitmemnt of the Italian assistance to the development of Ethiopia for the projects listed above during the present three-year programme agreed upon by the two Sides.

Should any adjustment be necessary for any of the projects mentioned in the present Memorandum, the two Sides agree to discuss any proposals to this effect.

Done in Rome, the 2nd day of December 1987 in four originals.

For the Italian Side
Honorable Mario Raffaelli
Deputy Minister of Foreign Affairs of the Republic of Italy

For the Ethiopian Side
Comrade Aklilu Afework
Minister, Office of the State Committee for Foreign Economic relations, P.D.R.E.

Tipolitografia Pioda Gianfranco
00186 Roma - Via Monserrato, 156
Tel. 68.61.564