



Progetto GSA 43 CI

“Amici per la pelle”: lotta al Morbo di Buruli attraverso lo sviluppo integrato della comunità rurale di Boubouri in Costa d’Avorio.

Il Mycobacterium ulcerans e l’ulcera di Buruli

Le infezioni cutanee da *Mycobacterium ulcerans*, o Ulcera di Buruli, si osservano con elevata frequenza tra bambini di regioni rurali in Paesi tropicali.

Paesi più colpiti sono quelli costieri che si affacciano sul Golfo di Guinea (Guinea, Sierra Leone, Liberia, Costa d’Avorio, Ghana, Togo, Bénin, Nigeria). In modo più limitato sono colpiti i paesi dell’Africa Equatoriale, le regioni del Centro Sud America (Messico, Perù, Boliva, ...) oltre a India, Indonesia, Malesia, Papua Nuova Guinea e Australia.

Il quadro clinico più significativo è quello di un’ulcera cutanea profonda, cronica, a rapida estensione caratterizzata dalla necrosi del tessuto adiposo sottocutaneo.

A causa delle condizioni socio-ambientali, i malati giungono all’osservazione medica con intervalli di tempo molto lunghi dalla data di insorgenza dei primi sintomi. La conferma batteriologica dell’infezione è infrequente per la difficoltà di isolare l’agente patogeno, micobatterio atipico per il quale la coltura richiede molta cura e la crescita è estremamente lenta.

L’aspetto istopatologico delle lesioni, di scarso interesse in zona endemica, può essere di aiuto per la diagnosi in regioni a scarsa endemia dove l’infezione può essere misconosciuta.

La patogenicità di *M. ulcerans* è legata alla produzione di una esotossina necrotizzante con proprietà immunosoppressive.

Il trattamento, basato sull’uso di chemioterapici antimicobatterici e antilepromatosi, non sono codificati e risultano, comunque, deludenti.

E’ necessario, il più delle volte, intervenire con terapia chirurgica, spesso drammaticamente mutilante e causa di importanti sequele. Il trapianto di cute e complessi programmi rieducativi possono ridurre le conseguenze invalidanti degli interventi.

Questo tipo di patologia, sorprendentemente correlata alla presenza di un ecosistema umido, mostra ancora aspetti molto oscuri, soprattutto per quanto riguarda il réservoir, le modalità di infezione e di trasmissione.

La sua recente espansione, soprattutto in Africa Occidentale, potrebbe essere spiegata dalle modificazioni climatiche e dell’ambiente.

Nel 1998 l’OMS ha istituito un gruppo di lavoro per concertare azioni di ricerca e di sorveglianza della malattia. In occasione del Congresso di Yamoussoukro in Costa d’Avorio (luglio 98) sono stati definiti i seguenti punti:

- valutare le risorse locali per la diagnosi e il trattamento della malattia
- rafforzare le strutture di sorveglianza e potenziare i presidi medici e chirurgici
- coordinarsi con i programmi di sorveglianza e lotta alla TB, lebbra, verme di Guinea, per ridurre i tempi di latenza e migliorare le prospettive di diagnosi precoce
- migliorare l’educazione sanitaria e la formazione del personale locale
- potenziare la ricerca di base sulla tossina e sullo sviluppo del vaccino; selezionare farmaci e mettere a punto prove diagnostiche più efficaci e mirate
- studiare la situazione dell’ambiente ed evidenziare eventuali cause favorevoli alla diffusione dell’infezione

Le situazioni che favorisce l’epidemia

Il “Rapporto OMS sulla Salute nel Mondo” relativo all’anno 2006 non modifica i dati epidemiologici rilevati già per l’anno precedente e che indicano in 11 milioni il numero di bambini morti prima dei 5 anni, di cui 4 milioni morti entro le prime 4 settimane di vita. La gravidanza e il parto rimangono la principale causa di mortalità e di morbidità per le donne in età fertile nei Paesi a risorse limitate. Rimane comunque un’avventura per ogni bambino africano riuscire a raggiungere i 5 anni di età: il tasso di mortalità infantile è stabilizzato attorno ai 180 morti per 1000 nati vivi.

Si conferma ancora una volta che le strategie di intervento ritenute più idonee da parte dalle più importanti e attente agenzie internazionali e dalle ONG impegnate i progetti sanitari sono strategie di tipo “orizzontale” che privilegiano l’attività sanitaria di base sul territorio, integrata con iniziative di promozione della produzione agricola, del commercio e della istruzione primaria, secondo i principi più volte ribaditi a partire dalla dichiarazione di Alma Ata del 1978 “Salute per tutti entro l’anno 2000”.

Facendo riferimento a questo tipo di strategia, che caratterizza i progetti GSA fin dalla sua fondazione, dopo una attenta valutazione del territorio e delle strutture sanitarie disponibili, è stato avviato nel 2006 un piano di intervento a Boubouri nel distretto di Dabou nel Sud della Costa d’Avorio sulle seguenti direttrici:

iniziative a carattere economico finanziario

- sostegno delle attività agricole del territorio anche tramite l’ammasso di cereali e la produzione di farine alimentari per l’infanzia
- finanziamento dell’allevamento domestico e del commercio (mercati territoriali) con il potenziamento delle iniziative di microcredito

iniziative a carattere sociale

- attenzione agli orfani e alle ragazze in difficoltà mediante l’offerta di alloggio e di attività formative a sbocco professionale
- facilitazione alla frequenza scolastica primaria per i bambini e ragazzi a rischio di esclusione
- incentivazione e sostegno di gruppi di reciproco sostegno (sistema di mutua e microcredito) soprattutto per gruppi di donne nei villaggi che, per esperienza, sono le più idonee a capire, gestire e sviluppare il sistema

iniziative a carattere sanitario

- attivazione di una capillare opera di informazione e sensibilizzazione sociale e sanitaria (scuole, gruppi giovanili, gruppi di donne, comunità religiose, associazioni professionali e sportive) attraverso gli strumenti disponibili (mercati, feste, riunioni, radio, manifesti, volantini), soprattutto in relazione alle malattie a carattere epidemico tra cui malaria, tubercolosi e morbo di Buruli
- potenziamento del Dispensario di Boubouri con gli strumenti di base per garantire una corretta sorveglianza delle fasce di popolazione più debole tra cui donne in gravidanza e bambini nei primi cinque anni di vita
- attivazione e potenziamento del sistema di sorveglianza nei villaggi per la prevenzione e la diagnosi precoce dell’ulcera di Buruli
- sostegno alla formazione di:
 - referenti sanitari dei villaggi (agenti sanitari di villaggio) che gravitano su Boubouri
 - un infermiere di Stato addetto al Dispensario
- confronto con le autorità ufficiali e tradizionali circa i problemi legati alle mutilazioni sessuali, spesso sito di ingresso di agenti infettanti (AIDS, Epatite B e C, morbo di Buruli) oltre che responsabili di gravi problemi al momento del parto.

Si identificano alcuni momenti operativi preliminari alle attività di progetto:

- mappatura e messa in rete (incontri – rapporti – istituzione di registri di “riferimento e controriferimento”) del Dispensario e dei punti di accesso sanitario dei villaggi con

l'acquisizione dei dati relativi allo stato delle strutture e alla funzionalità delle stesse anche in riferimento alle risorse umane disponibili e ai sistemi di trasporto utilizzabili

- illustrazione del progetto e acquisizione di autorizzazioni e collaborazioni da parte delle autorità preposte e delle strutture coinvolte
- istituzione dei comitati di villaggio per la autogestione delle risorse e la promozione delle iniziative
- fornitura delle apparecchiature, dei presidi e dei farmaci necessari all'avvio della parte sanitaria
- identificazione di parametri in grado di monitorare l'efficacia dell'intervento
- definizione dei criteri di verifica delle attività
- inizio delle attività di progetto

I punti di forza del progetto sono:

- a. L'intervento sulle strutture di base (economiche, sanitarie e di istruzione pubblica) di un territorio omogeneo per caratteristiche etniche e socioeconomiche è riconosciuto strumento prioritario per il raggiungimento di obiettivi cruciali e facilmente monitorabili quali l'alfabetizzazione, la produttività dei terreni, il potenziamento dei mercati, la riduzione della mortalità infantile, dei rischi da parto e della denutrizione calorico-proteica.
- b. Il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei referenti del territorio (autorità dei terreni, autorità tradizionali, guaritori, insegnanti, agenti sanitari di villaggio, capi religiosi) tende a consolidare un sistema che ha una investitura ufficiale (Ministero delle risorse agricole e minerarie, Ministero della sanità, Ministero dell'istruzione pubblica, Gerarchie confessionali) e che deve rispondere delle proprie azioni sia nei confronti dei Ministeri che dell'Ente beneficiante oltre che della popolazione che è a conoscenza dell'intervento da parte di un finanziatore esterno.
- c. Il sistema mutualistico instaurato tra gruppi omogenei di utenti (gravide – nutrici, allevatori, coltivatori, ...) consente un rafforzamento del concetto di solidarietà tra pari e di condivisione sociale del rischio, oltre che di responsabilizzazione di ciascuno nella gestione e controllo dell'efficacia del sistema (Iniziativa di Bamako – UNICEF 1987)
- d. Focalizzare l'attenzione sugli aspetti "materno-infantili" quale prima istanza sanitaria garantisce il coinvolgimento di tutta la struttura organizzativa, anche tradizionale, della società africana a livello di grande famiglia, di villaggio e di etnia. Da questa consolidata piattaforma è possibile far decollare progetti di ampia rilevanza sociale come le campagne di prevenzione per malattie epidemiche (malaria – TBC – AIDS – Ulcera di Buruli) e le neoplasie (seno – utero) come già realizzato in altri omologhi contesti (esperienze GSA in Togo, Bénin e Ghana)
- e. Il miglioramento della salute di base, soprattutto in ambito materno infantile (ricordando che la donna in Africa rurale costituisce il perno della microeconomia), garantisce un netto miglioramento produttivo con ricadute estremamente positive sulla scolarizzazione (mamma lavora = bambino va a scuola, altrimenti non se ne parla!) e sulle opportunità di apertura sociale (i mercati sono momenti di incontro tra abitanti di villaggi diversi; le possibilità di scambi ad ampio raggio non sono solo di tipo commerciale).

Il GSA ha già effettuato interventi in Costa d'Avorio con specifica attenzione alla prevenzione, diagnosi precoce, trattamento e riabilitazione dei pazienti con ulcera di Buruli, in modo particolare per la fascia pediatrica. L'attività si è svolta nel distretto di Danané (zona ovest del Paese) presso i dispensari di Zouan-Hounien (Fratelli Cappuccini) e di Toulepleou (Suore Domenicane) fino all'ottobre 2002 (inizio guerra civile). A seguito degli eventi bellici i due centri sono stati distrutti e l'attività sanitaria è stata condotta per alcuni mesi in modo irregolare per quanto era possibile lavorare sotto il controllo delle milizie occupanti.

Dal 2004 l'attività è stata completamente bloccata e le comunità religiose hanno trasferito le loro attività e buona parte degli ospiti dei Centri nel distretto di Abidjan trovando sistemazione presso case dei rispettivi Ordini religiosi che hanno garantito adeguati spazi operativi.

In particolare le Suore Domenicane si sono trasferite a Boubouri, a 33 km dalla capitale dove hanno attivato un vasto piano di promozione sociale e sanitaria all'interno del quale contestualizzare la loro specifica competenza per la presa in carico dei soggetti con ulcera di Buruli.

Valutazione effettuata nell'aprile 2006 da:

dr. Paolo Viganò, medico infettivologo, presidente GSA

sr. Lidia Cerutti, responsabile della Comunità delle Suore Domenicane in Costa d'Avorio

Strutture e apparecchiature

Casa di accoglienza delle Suore Domenicane del S. Rosario a Boubouri:

- ◆ Internato per ragazze in difficoltà
- ◆ Aule didattiche
- ◆ Scuola di taglio e cucito con attrezzatura di base
- ◆ Infermeria
- ◆ Magazzini per stoccaggio cereali e mulino

Dispensario inserito nella rete pubblica dei Centri sanitari della Zona: gestito dal Medico responsabile di Zona (dr. Syery), collegato via radio con l'Ospedale e dotato di generatore di energia elettrica e acqua da pozzo.

I collegamenti e i trasporti urgenti sono garantiti dai mezzi dell'Ospedale contattato via radio.

Presidi sanitari di villaggio: punti di riferimento spesso fatiscenti, sotto la responsabilità di "Agenti sanitari di villaggio" non sempre motivati.

Personale

Comunità della Suore Domenicane del S. Rosario con specifica preparazione sanitaria e pedagogica ed esperienza nella regione

Infermiere di Stato, responsabile del Dispensario

Medico della Zona sanitaria (dr. Syery)

Agenti di salute dei villaggi

Ambiente

La Costa d'Avorio, che si affaccia sul golfo di Guinea, è divisa in due grandi regioni naturali. Il sud, più piovoso, coperto da una fitta foresta tropicale, dove gli investitori stranieri possiedono grandi piantagioni di prodotti di esportazione: caffè, cacao e banane. Il nord, altipiano granitico coperto di savane, dove piccoli proprietari terrieri coltivano sorgo, mais e arachidi.

Società

Popolazione: 17.164.505 abitanti. Gli ivoriani discendono da cinque grandi gruppi etnici (kru, akan, volta, mandé, malinké), originari alcuni della savana e altri della foresta, suddivisi in circa 80 tribù. Ci sono molti "non ivoriani" provenienti soprattutto dai paesi limitrofi.

Moneta: Franco CFA (655 F-CFA = 1 €)

Religione: È difficile quantificare le religioni e i culti sincretici dei "non Ivoriani". I gruppi religiosi sono divisi più o meno equamente fra religioni tradizionali, islam e cristianesimo.

Lingua: Francese (ufficiale). Vi sono tante lingue quanti gruppi etnici; le più parlate sono il diula nel nord, il baoule nel centro e ad ovest, e il bete a sud-est.

Partiti politici principali: Partito Democratico della Costa d'Avorio (PDCI); Fronte popolare Ivoriano (FPI); Raggruppamento dei Repubblicani; Partito dei Lavoratori della Costa d'Avorio.

Organizzazioni sociali: L'unica centrale riconosciuta è l'Unione Generale dei Lavoratori (UGT).

Alcune organizzazioni sindacali oppositrici operano nella clandestinità.

Aspettativa di vita: 41 anni
 Reddito pro capite: 610 \$
 Alfabetizzazione: 49%
 Diffusione HIV/AIDS: 9,7%

Stato

Nome ufficiale: Republique de Côte-d'Ivoire.
 Superficie: 322.460 kmq
 Divisione amministrativa: 49 dipartimenti.
 Capitale: Abidjan (centro economico), 3.337.000 ab.; Yamoussoukro (capitale politica dal 1983), 416.000 ab. (stima 2003).
 Altre città: Bouaké, 714.100 ab.; Daloa, 184.300 ab.; Korhogo 164.400 ab. (2000).
 Governo: Repubblica presidenziale. Presidente: Laurent Gbagbo, dall'ottobre del 2000,
 Festa nazionale: 7 agosto, Indipendenza (1960).
 Forze armate: 8.400 effettivi

Cenni di storia recente

La morte di Houphouët-Boigny, padre della Patria, nel dicembre 1993 ha creato instabilità nel Paese, che ancora non ha trovato un giusto equilibrio tra gli interessi delle varie etnie e le pesanti ingerenze di potenze economiche colluse con il potente di turno.

Nel settembre 2002 scoppiava l'ennesima rivolta militare ad Abidjan e in numerose città del Nord: i ribelli chiedevano le dimissioni del presidente Gbagbo e nuove elezioni.

Durante l'insurrezione la Francia protestò l'evacuazione degli stranieri dalla città di Bouaké, il quartier generale dei ribelli.

Migliaia di residenti furono costretti ad abbandonare le loro case per sfuggire alla guerriglia. Nel corso dell'insurrezione il ministro dell'Interno Emile Boga Doudou e l'ex presidente Guéi vennero uccisi ad Abidjan.

Secondo UNI-Africa, nel febbraio 2003 la guerra civile aveva causato lo sfollamento di quasi 600 mila persone. Metà del paese era sotto il controllo dei diversi gruppi di ribelli e, nonostante il piano di pace, ad Abidjan proseguivano i disordini.

Nel novembre 2003 il Consiglio di Sicurezza dell'ONU estese la sua missione in Costa d'Avorio, dopo che in Francia fu firmato un nuovo accordo fra l'esercito ivoriano e le ribelli Forze Nuove per porre fine agli spargimenti di sangue che

Nel dicembre del 2003, i ribelli tornarono alla vita civile, assumendo incarichi nel governo di unità nazionale. Nel marzo 2004 una manifestazione dell'opposizione si concluse con 25 morti per l'intervento delle forze di sicurezza. In maggio un rapporto dell'ONU denunciò un'operazione programmata delle forze di sicurezza ivoriane che portò all'uccisione di 120 persone. Gbagbo fu accusato di ostacolare la pacificazione nazionale e i ribelli si ritirarono dal governo. Nell'aprile del 2005, grazie alla mediazione del Sudafrica, i ribelli e il governo concordarono un cessate il fuoco ed elezioni presidenziali entro l'anno, rimandate all'anno successivo e non ancora svolte.

In primo piano

Problemi ambientali

La Costa d'Avorio presenta uno dei processi di deforestazione più rapidi al mondo. Le sue foreste,

un tempo le più grandi dell' Africa occidentale, sono state quasi completamente abbattute. I rifiuti industriali e agricoli contaminano le fonti d'acqua.

Diritti delle donne

Le donne hanno conquistato il diritto di votare e di candidarsi nel 1952. Rappresentavano il 33% della forza lavoro totale (6.000.000 di persone) nel 2002.

La speranza di vita femminile è di 41,6 anni e il tasso di fertilità era di 5,7 bambini per donna (UNICEF 2002) Il 9.5% delle donne in età compresa tra 15 e 24 anni è sieropositivo per HIV. Il tasso di prevalenza dell'AIDS è del 3.8%.

Situazione dei minori

La Costa d'Avorio è uno dei paesi più ricchi dell'Africa, ma l'instabilità e gli scontri politici interni hanno costretto la popolazione a lasciare le case, e hanno creato il caos nell'accesso ai servizi essenziali.

Centinaia di migliaia di bambini non possono andare a scuola, perché vivono in zone di conflitto (nord e ovest del paese). Molti centri sanitari sono stati costretti a tagliare i servizi, perché il personale è fuggito e sono diminuite le forniture delle medicine essenziali. L'UNICEF sta fornendo assistenza umanitaria.

Nel 2001, sono nati 581.000 bambini e sono morti 102.000 minori di 5 anni. Il 17% dei bambini è sottopeso e il 21% di quelli sotto i 5 anni soffre di deficit di peso più o meno gravi.

Verso la fine del 2001, si stimava che 84.000 bambini sotto i 14 anni fossero sieropositivi per HIV, mentre 420.000 sono diventati orfani a causa dell' AIDS.

Popoli indigeni / Minoranze etniche

La popolazione della Costa d'Avorio è composta da più di 60 gruppi etnici. I principali includono gli akan nel sudest, i mande nel nord, i voltaic nei nordest, e i kru nel sudovest. Circa il 12% degli abitanti ivoiriani sono baoulé, un popolo che parla l'akan.

Immigrati provenienti da Burkina-Faso, Mali e Ghana formano il 30% della popolazione del paese.

Circa un quarto della popolazione è musulmana, mentre una persona su otto è cristiana; i rimanenti seguono tutti tradizionali.

Migranti / Rifugiati

Centinaia di migliaia di persone provenienti dal Mali e dal Burkina Faso sono immigrate negli ultimi 20 anni

Verso la fine del 2002, anno di inizio della guerra civile, c'erano più di 500.000 ivoiriani sradicati e circa 25.000 rifugiati o richiedenti asilo politico.

Circa 50.000 rifugiati Liberiani vivono in Costa d'Avorio

Pena di morte

E' stata abolita nel 2.000

Situazione locale:

Il villaggio di Boubouri si trova a circa 30 km dalla capitale Abidjan in un contesto rurale che risente, comunque, dei problemi dell'inurbamento forzato accentuato dall'instabilità politica che rende le campagne poco redditizie e teatro di continue razzie.

Presso il Centro delle Suore Domenicane si vive l'esperienza della povertà tipica delle situazioni rurali e, al tempo stesso, la situazione di disagio sociale delle grandi periferie urbane da cui fuggono soprattutto i giovani dopo esperienze devastanti (tossicodipendenza, violenza, alcolismo, AIDS, ...)

I problemi sociali si assommano a quelli sanitari e il problema dell'ulcera di Buruli che devasta soprattutto i più piccoli, si affianca alle grandi emergenze sociali soprattutto in riferimento a donne violentate, infettate da HIV o fuggite da situazioni di sfruttamento.

Il reinserimento sociale deve, quindi, andare di pari passo al trattamento dei problemi sanitari.

Il contesto di povertà e le scarsissime risorse messe a disposizione dalla struttura pubblica, rendono conto della grave difficoltà in cui si trovano ad operare sia tecnici della salute che operatori sociali.

1) Coinvolgimento diretto dei partners locali

Come di norma nei progetti GSA, gli operatori coinvolti nel progetto sono, nella totalità dei casi, figure professionali locali; i “tecnici” espatriati sono agenti di collegamento e riferimenti per la formazione.

Sia in fase di programmazione che di realizzazione, li organismi sociali del territorio (scuole, parrocchie e comunità confessionali, circoli ricreativi, associazioni di commercianti e agricoltori, associazioni di microcredito) sono coinvolti e corresponsabilizzati per le rispettive competenze e capacità operative.

Un punto di forza delle comunità africane è l'associazionismo femminile, a volte espresso in forme molto semplici (Mini cooperative per la produzione di birra o la gestione di un punto vendita al mercato). Queste risorse sono fondamentali sia per far partire circuiti virtuosi in grado di incrementare il reddito a partire dal microcredito, sia per realizzare in modo concreto l'attività formativa e di prevenzione in campo sanitario (vaccinazioni, identificazione precoce delle infezioni e di tutte le malattie evolutive). Ormai è consolidata l'opinione che il coinvolgimento dell'associazionismo femminile in ogni attività generatrice di reddito e di miglior accesso alle cure è presupposto fondamentale per il successo dell'iniziativa.

Gli agenti di salute dei villaggi (con poca conoscenza scientifica ma molta esperienza in salute di base), gli infermieri del territorio e i responsabili dei centri nutrizionali sono le persone a più diretto contatto con le necessità reali del territorio: da loro sono dettati i tempi e i livelli di intervento in relazione alla “domanda” sanitaria del territorio. Ovviamente i “tempi” non sono lasciati a libera discrezione, ma rientrano in una logica di progetto con calendarizzazione degli impegni concordata con i partners locali.

Il Centro di salute di Boubouri, con le garanzie offerte dalla Comunità delle Suore Domenicane è il centro di riferimento per la presa in carico dei bisogni sociali e sanitari del territorio ed il motore che garantisce la realizzazione del progetto utilizzando tutte le risorse locali in grado di attivare percorsi di sviluppo e di condivisione di obiettivi.

A tale riguardo, pur nelle difficoltà politiche e gestionali del momento, occorre sottolineare la disponibilità delle autorità sanitarie e dei responsabili della protezione sociale a togliere ostacoli sulla strada del raggiungimento degli obiettivi proposti.

2) Coinvolgimento attivo della comunità locale beneficiaria;

Il progetto, realizzato su esplicita richiesta della comunità locale, non può prescindere dal coinvolgimento della stessa in ogni fase di realizzazione. Ciascuno membro della comunità beneficiata è responsabilizzato a diventare costruttore delle condizioni ambientali e personali favorevoli alla salute e lo sviluppo. In particolare l'organizzazione scolastica del territorio e le associazioni delle donne sono le dirette espressioni di comunità che ricevono beneficio dall'attività che esse stesse svolgono coinvolgendo tutti i propri membri.

Un anello indispensabile per la concreta mediazione culturale è costituito dalle autorità tradizionali (capovillaggi, custodi dei terreni, guaritori, ...): il loro ruolo è quello di sollecitare nella comunità una convinta adesione alla logica di progetto.

2.1 Quantificazione di massima del numero dei destinatari

Il territorio interessato al progetto si estende per circa 800 Km² con una densità di popolazione di circa 180 abitanti per Km².

Nella regione i bambini di età inferiore all'anno sono circa 5.500, tra l'anno e i 5 anni sono 16.400. Le donne in età fertile sono 26.000 e le gravidanze presunte sono 4.200 l'anno con un tasso di incremento demografico del 3.5% annuo in linea con la media nazionale.

I bambini con ulcera di Buruli che afferiscono annualmente al Centro per la prima volta sono circa 50; oltre la metà rimangono legati al centro per la necessità di cure prolungate nel tempo, sia prima che dopo gli indispensabili interventi di chirurgia demolitivi e ricostruttiva. Attualmente i

bambini seguiti dal centro sono una sessantina; potrebbe essere un numero stabile considerando i nuovi entrati e coloro che lasciano il centro per un'ipotetica guarigione o per motivi più diversi.

Le ragazze seguite dal centro, sia come supporto alla famiglia sia come presa in carico totale sono 36 con esigenze diverse anche in rapporto alla possibilità di ciascuna di sviluppare attività produttrici di reddito per l'automantenimento.

3) Attenzione alle donne e al ruolo dell'infanzia;

L'obiettivo principale del progetto è la prevenzione e il trattamento dell'ulcera di Buruli in un contesto di attenzione alle condizioni sociali del territorio e all'assistenza sanitaria di base.

L'ulcera di Buruli colpisce in modo particolare i bambini e i ragazzi ed è quindi il contesto familiare e della salute materno-infantile quello in cui si sviluppa una efficace azione di prevenzione, diagnosi e cura. Senza queste attenzioni l'intervento si trasformerebbe in uno dei tanti progetti verticali in cui tutte le risorse concentrate su un problema risultano determinanti nell'immediato, ma molto fragili sul medio-lungo termine.

Poiché gli orfani, soprattutto se di genitori morti di AIDS o addirittura infettati da HIV, sono i bersagli più facili all'invasione di *M. ulcerans*, è ovvio che l'azione di sorveglianza e di prevenzione non può prescindere dal problema HIV in tutte le sue drammatiche realtà soprattutto in ambito materno-infantile (vedi i vari programmi, anche GSA, di prevenzione della trasmissione madre – figlio).

Importante, soprattutto per questo tipo di necessità, la messa in atto azioni di protezione sociale (diffuso lo sfruttamento degli orfani nei campi e in lavori di estrema tossicità come il recupero di carcasse di pneumatici) con il raccordo a strutture o centri di accoglienza che non sono del tutto assenti nel Sud del Paese. La presa in carico degli orfani dal punto di vista terapeutico (almeno il 30% sono sieropositivi per HIV) esula dagli scopi primari del progetto; ciò non esclude la possibilità di instaurare rapporti preferenziali con ONG in grado di fornire gratuitamente i farmaci antiretrovirali attualmente al di fuori della portata della maggior parte della popolazione (esperienza già messa in campo in altri progetti SA in Togo, Bénin e Ghana).

Anche in Costa d'Avorio, in base all'esperienza acquisita in altri simili contesti, riteniamo di dover valorizzare il ruolo di protagoniste che le donne assumono in campo formativo e preventivo e l'importante responsabilizzazione che scaturisce dal sistema della "mutua tra gruppi".

4) Attenzione all'istruzione e alla formazione professionale;

Nel progetto presentato si pongono due diversi livelli di formazione:

a) Formazione generica di primo livello tesa ad elevare il grado di alfabetizzazione della popolazione (scolarizzazione dei ragazzi). Questo obiettivo si ottiene con tutta una serie di iniziative che tolgano alle famiglie la necessità di utilizzare il lavoro infantile per la coltivazione dei campi o per la gestione di loschi traffici (creazione di iniziative generatrici di reddito, intercettazione e corretta presa in carico degli orfani, sottrazione dei minori alla delinquenza organizzata, ...).

Su questa base si può impostare un programma molto semplice di formazione in ambito sanitario e di avviamento a semplici professioni (taglio e cucito, parrucchiere, coltivatori, allevatori di piccole dimensioni).

b) Il livello di formazione diplomante è completamente gestito dallo Stato. In Costa d'Avorio il GSA non ha mai avuto l'opportunità di inserire suoi esperti in programmi di formazione di questo livello. La formazione di infermieri e agenti di salute per i villaggi è sostenuta solo con sussidio economici.

L'affiancamento da parte di medici e tecnici espatriati, durante i periodi di missione, costituisce, comunque, un apporto formativo non indifferente, anche se non certificabile.

5) Attenzione all'assistenza sanitaria;

Lo specifico del GSA è tale per cui ogni progetto proposto non può prescindere da una importante valenza sanitaria. Anche questo progetto è di chiara impostazione sanitaria, pur investendo altri settori di intervento quale quello formativo, sociale e agro-alimentare.

6) Area geografica dell'intervento

La Costa d'Avorio fa parte del gruppo di Paesi ad alto grado di povertà, in esposizione debitoria, che ha perso rapidamente i vantaggi rispetto ai Paesi confinanti, in relazione alla perdurante crisi sociale e alla instabilità politica che erodono la fiducia da parte degli investitori e delle stesse organizzazioni di cooperazione internazionale.

7) Tempi e fasi della realizzazione del progetto

Il progetto si svilupperà in due anni: eventuali prolungamenti verranno deliberati in fase di verifica del progetto e in relazione ad eventuali imprevedibili sviluppi in accordo con le autorità locali. Tali ulteriori sviluppi saranno completamente a carico della struttura organizzativa e dei fondi economici GSA senza ulteriore coinvolgimento dell'Amministrazione comunale di Seregno.

Si identificano alcuni momenti operativi consequenziali:

- analisi dei dati relativi alla prevalenza delle principali patologie tra i vari settori della popolazione
- mappatura del territorio con l'acquisizione dei dati relativi alla ciclicità produttiva dei terreni, ai fenomeni migratori (situazione fluida in relazione alle condizioni politiche interne e della confinante Liberia) e alle fonti di approvvigionamento idrico.
- illustrazione del progetto e acquisizione di autorizzazioni e collaborazioni da parte delle autorità preposte e delle strutture coinvolte

Acquisita la disponibilità e la fattiva collaborazione di ogni parte coinvolta, vengono attribuite le varie fasi operative in relazione alle competenze specifiche in vista del raggiungimento degli obiettivi precedentemente esposti.

Le varie tappe del progetto sono monitorizzate con rendicontazioni periodiche da parte dei responsabili locali dei vari settori che espongono le difficoltà e i possibili correttivi alle azioni intraprese.

G.S.A. Onlus - 20038 Seregno (Mi) - Via S. Benedetto,25 - tel/fax 0362.221280 - e-mail:gsafrica@tin.it

Organizzazione non lucrativa di utilità sociale per la realizzazione di progetti sanitari in Africa

Registro regionale del volontariato: foglio 643, n. 2566 sez. A

C.F. 02773920968 - P.I. 04150110965 c.c.p. 42222208 - c.c. Banca Popolare Sondrio 05696.33840.26727