



Foto di Nicola Berti

Manuela Straneo

La Tanzania è stato un paese pioniere per la *primary health care* tramite lo sviluppo della rete capillare di dispensari e centri di salute avvenuto subito dopo la decolonizzazione. L'importanza delle strutture sanitarie periferiche nell'assistenza al parto in Tanzania è testimoniata dai numeri: oltre la metà dei parti assistiti avviene nei centri di salute, pubblici e ad accesso gratuito. Il programma "Prima le mamme e i bambini" di Medici con l'Africa - Cuamm.

Primary health care & Health Centre

Gli ospedali non sono le uniche strutture dove le donne possono partorire. I sistemi sanitari nei paesi africani hanno una forma piramidale, con la cui base è formata dalle strutture che offrono cure primarie (*primary health care*). Gli ospedali distrettuali, come l'ospedale di Tosamaganga in Tanzania costituiscono il secondo gradino e sopra di questi sono posizionati gli ospedali regionali e universitari. Tra le strutture di *primary health care* vi sono gli *Health Centre*, i centri di salute. In pratica un centro di salute è un ospedale in miniatura: è in grado di offrire servizi preventivi, come le vaccinazioni e le visite prenatali, e servizi curativi, quali la terapia per l'HIV e per le malattie più comuni. Vi sono di solito circa 25 letti di degenza, più i servizi ambulatoriali. L'assistenza al parto è una componente essenziale. Non vi è in genere praticata la chirurgia, dunque il taglio cesareo non è disponibile e le complicazioni del parto devono essere trasferite al livello superiore. I

centri di salute sul territorio sono comunque essenziali per fornire assistenza di base alla popolazione rurale.

La Tanzania è stato un paese pioniere per la *primary health care* tramite lo sviluppo della rete capillare di dispensari e centri di salute subito dopo la decolonizzazione. In un paese grande circa tre volte l'Italia, con una popolazione di soli 53 milioni di abitanti, la distribuzione della rete di strutture sanitarie di base permette a quasi 9 abitanti su 10 di trovarsi entro un'ora di cammino da una struttura sanitaria pubblica e ad accesso gratuito.

Le funzioni dei centri sanitari

L'importanza delle strutture sanitarie periferiche nell'assistenza al parto in Tanzania è testimoniata dai numeri. Nell'ultima raccolta dati nazionale [1], oltre la metà dei parti assistiti nelle strutture sanitarie avviene appunto nelle strutture di *primary health care*. Ma non solo. Il gradino più basso del sistema sanitario è quello a cui si rivolgono per l'assistenza al parto gli strati di popolazione più poveri nelle aree rurali del paese. Centri di salute e dispensari, sparsi nel territorio, possono essere facilmente raggiunti dai villaggi da chi non ha altri mezzi di trasporto che non i propri piedi, né soldi per sostenere i costi legati al trasporto con veicoli pubblici o privati

Proprio per raggiungere le donne più svantaggiate, il programma "Prima le mamme e i bambini" di Medici con l'Africa Cuamm ha supportato a Iringa, in Tanzania, i sei principali centri di salute del Distretto offrendo assistenza anche nelle aree più remote. Secondo le linee guida della politica sanitaria della Tanzania, i centri di salute devono essere in grado di fornire tutte le funzioni dell'assistenza ostetrica di base (*Basic Emergency Obstetric and Neonatal Care, B-EmONC*). Le funzioni essenziali sono 7 (**Tabella 1**). Il secondo gradino del sistema sanitario rappresentato dagli ospedali distrettuali è in grado di offrire in generale assistenza ostetrica e neonatale più avanzata (*Comprehensive Emergency Obstetric and Neonatal Care, C-EmONC*), che comprende anche il taglio cesareo e le trasfusioni di sangue.

Tabella 1. Le funzioni essenziali dell'assistenza ostetrica/neonatale di base e avanzata

Funzione*	Assistenza ostetrica/neonatale di base (<i>Basic Emergency Obstetric & neonatal care</i>)	Assistenza ostetrica/neonatale avanzata (<i>Comprehensive Emergency Obstetric and neonatal care</i>)
Somministrare antibiotici endovena/intramuscolo	✓	✓
Somministrare farmaci per aumentare tono utero (per es, ossitocina)	✓	✓
Somministrare anticonvulsivanti endovena/intramuscolo	✓	✓
Rimozione manuale di placenta	✓	✓
Evacuare prodotti ritenuti (per es, da aborto incompleto)	✓	✓
Eseguire parto assistito (per es, con ventosa)	✓	✓
Rianimazione neonatale di base (per es, con maschera tipo <u>Ambu</u>)	✓	✓
Taglio cesareo	X	✓
Trasfusione di sangue	X	✓

Garantire una valida assistenza

Il programma “Prima le mamme e i bambini” nei centri di salute periferici si è avvalso di componenti diverse. Una riguarda la formazione continua del personale sanitario, associata alla regolare supervisione dei centri di salute. Un’ ulteriore componente ha riguardato la fornitura di farmaci e altri materiali di consumo, per garantire la disponibilità senza interruzione di tutto il necessario per affrontare emergenze ostetriche e neonatali. Vi è stato inoltre un supporto al sistema di riferimento dai centri di salute all’ospedale, per mezzo di supervisioni e protocolli condivisi e tramite l’utilizzo delle ambulanze. Ultimo pilastro di questo programma è la costruzione di Case d’attesa (*Maternity Waiting Homes*) in due centri di salute strategici (*Kiponzero e Kimande*). Si tratta di ostelli dove le donne nelle ultime settimane di gravidanza possono vivere, in attesa che sopraggiunga il parto. Quando il travaglio inizia, la donna è già vicina all’ospedale; gli ostelli contribuiscono infatti a ridurre la distanza dai villaggi alle strutture dove partorire. Queste strutture, che forniscono letti e bagni puliti, sono molto apprezzati dalle donne delle

aree rurali.

Valutare il lavoro svolto

Medici con l’Africa Cuamm ha valutato negli anni il lavoro svolto nei centri di salute del paese; tramite una *survey* condotta insieme alle autorità del distretto di Iringa, è stato analizzato come è cambiato il servizio ostetrico e neonatale dopo l’intervento del programma “Prima le mamme e i bambini” nei 6 centri di salute.

La valutazione delle funzioni dell’assistenza ostetrica/neonatale di base (B-EmONC) ha rilevato una maggior disponibilità di servizi sanitari in seguito all’intervento

Cuamm in alcune di queste strutture: la funzione *parto vaginale assistito*, non disponibile prima dell’intervento, è stata rilevata in oltre un terzo delle strutture sanitarie; così anche la funzione *somministrazione anticonvulsivanti parenterali*, è stata rilevata nel 67% delle strutture, rispetto al 37% pre-intervento (**Tabella 2**). Tra le conclusioni della *survey*, è stato rilevato che la formazione regolare del personale con costante disponibilità di farmaci e materiali di consumo hanno reso le funzioni *B-EmONC* potenzialmente disponibili in tutti i centri di salute coinvolti. Tra gli altri risultati positivi in relazione all’assistenza al parto, la *survey* ha rilevato l’uso regolare del partogramma, strumento essenziale per seguire l’andamento del parto, e una regolare disponibilità di farmaci uterotonici, entrambi carenti prima dell’intervento.

Tabella 2 - Numero di funzioni ostetriche effettuate nei tre mesi prima e dopo l’intervento

N. of basic <u>EmONC</u> functions	Facilities/pre-intervention 2013		N. of facilities/post-intervention 2016	
	Number	%	Number	Percentage (%)
7 (all)	0	-	0	-
6	3	38	0	-
5	1	13	2	25
4	1	13	2	25
3	2	25	1	13
2	1	13	3	38
1	0	-	0	-

Manuela Straneo, Medici con l’Africa - Cuamm

Bibliografia

[1] Tanzania, Demographic and Health Survey, 2015-2016

Facebook

Twitter

LinkedIn