

● OLTRE LO STUDIO · GULU, UGANDA · 2019

# Uganda 2019: la missione esplorativa al Lacor

Report of exploratory mission for Oral Health Prevention Program Development – St. Mary's Hospital Lacor, Gulu

Dott. Ezio Calzavara · Rapporto della missione esplorativa al St. Mary's Hospital Lacor, 23 aprile – 3 maggio 2019, in collegamento con la Fondazione Corti



# Dieci giorni al Lacor per preparare la prevenzione

Dal 23 aprile al 3 maggio 2019 il Dott. Ezio Calzavara è stato al St. Mary's Hospital Lacor di Gulu, nel nord dell'Uganda, con una missione esplorativa per sviluppare un programma di prevenzione della salute orale. La visita è stata preparata con la Fondazione Corti, che sostiene l'ospedale.

- Dentista e medico, il Dott. Calzavara studia le abitudini alimentari per adattare l'educazione alla prevenzione non solo dei disturbi dentali, ma anche delle malattie croniche legate in parte all'alimentazione, sulla scia degli studi di Burkitt.
- Le conoscenze raccolte diventano, insieme a scuole ed educatori sanitari, presentazioni che possono usare nel loro insegnamento.
- Al Lacor l'obiettivo era seguire gli educatori sanitari in ogni aspetto del loro lavoro: incontri con pazienti e familiari, centri sanitari, uscite nei villaggi.

# Conoscere il sistema, poi osservare sul campo

Il rapporto ha un doppio scopo: raccogliere le informazioni generali sul sistema sanitario nazionale dell'Uganda, e in particolare sulla Primary Health Care (PHC), e raccontare ciò che è stato osservato durante la missione.

- Lo stato del programma sanitario nazionale, le malattie prevalenti, la mortalità infantile e l'andamento demografico.
- Il reparto odontoiatrico del Lacor, il numero di odontoiatri e di operatori PHC nella regione.
- Il fluoro nelle acque, le usanze alimentari, l'uso del latte artificiale, la diffusione del cibo industriale, la disponibilità dei mezzi per l'igiene orale nei mercati locali.
- Le scuole della regione, il numero di scolari per età, il tasso di scolarizzazione, le iniziative di prevenzione già svolte, l'indice DMFT secondo l'OMS e le rilevazioni regionali.

# Uganda: un Paese giovane che cresce in fretta

**39,03  
milioni**  
abitanti

il 79,5% vive in aree rurali

**oltre metà**  
della popolazione ha  
meno di 18 anni

**3,4%**  
crescita annua della  
popolazione

la quinta più alta al mondo

**27%**  
dei decessi dovuti a  
malattie non  
trasmissibili

più di un quarto del totale

La popolazione è passata da 12.636.000 abitanti nel 1980 a 15.180.000 nel 1986, 16.671.000 nel 1991, 24.227.000 nel 2002, 34.634.000 nel 2014 e 39.030.000 nel 2015: raddoppiata tra il 1980 e il 2002, triplicata nel 2015. Le prime cause di morte sono ancora infettive: HIV/AIDS 17%, malaria 12%, infezioni delle basse vie respiratorie 7%, tubercolosi 5%, meningite 4%; al sesto e settimo posto malattie cardiovascolari e tumori. Fonte: PRIMASYS – Case study from Uganda, OMS 2017.

# Popolazione e salute in Uganda

| INDICATORE                                            | VALORE                   | ANNO |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|------|
| Popolazione totale                                    | 39.032.383               | 2015 |
| Distribuzione rurale/urbana                           | 0,79 / 0,21              | 2014 |
| Speranza di vita alla nascita                         | 63,3 anni                | 2014 |
| Mortalità infantile                                   | 43,8 per 1.000 nati vivi | 2013 |
| Mortalità sotto i 5 anni                              | 66,1 per 1.000 nati vivi | 2013 |
| Mortalità materna                                     | 360 per 100.000          | 2013 |
| Copertura vaccinale DPT3 sotto 1 anno                 | 78%                      | 2012 |
| Disuguaglianza di reddito (indice di Gini)            | 44,3                     | 2013 |
| Spesa sanitaria totale sul PIL                        | 7,2%                     | 2014 |
| Spesa PHC sulla spesa sanitaria totale                | 66%                      | 2012 |
| Pagamenti diretti dei cittadini sulla spesa sanitaria | 41%                      | 2014 |

Fonte: PRIMASYS, OMS 2017, tabella 1 (dati ONU, censimento 2014, OMS, OMS/UNICEF, Banca Mondiale, National Health Accounts).

# Salute e nutrizione dei bambini

| INDICATORE UNICEF                                                             | %  |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| Bambini sotto 5 anni con sospetta polmonite portati da un operatore sanitario | 80 |
| Bambini sotto 5 anni con diarrea che ricevono sali di reidratazione orale     | 47 |
| Bambini sotto 5 anni che dormono sotto zanzariere trattate                    | 62 |
| Famiglie con almeno una zanzariera trattata                                   | 78 |
| Neonati con tre dosi di vaccino DTP                                           | 85 |
| Allattamento avviato entro un'ora dalla nascita                               | 66 |
| Allattamento esclusivo sotto i 6 mesi                                         | 65 |
| Allattamento continuato a 20-23 mesi                                          | 43 |
| Ritardo di crescita moderato e grave                                          | 29 |
| Famiglie che consumano sale iodato                                            | 91 |

Fonte: UNICEF, data.unicef.org (consultato nel 2019). Il report mostra anche il calo costante della mortalità sotto i 5 anni.

# Quanti bambini vanno a scuola

| INDICATORE UNICEF                                         | %  |
|-----------------------------------------------------------|----|
| Frequenza un anno prima dell'età d'ingresso alla primaria | 72 |
| Frequenza della scuola primaria                           | 85 |
| Frequenza della secondaria inferiore                      | 19 |
| Frequenza della secondaria superiore                      | 8  |
| Completamento della scuola primaria                       | 36 |
| Alfabetizzazione dei giovani (15-24 anni)                 | 84 |

Le iscrizioni alla primaria superano il 96%, ma solo metà degli iscritti completa il ciclo e, di questi, circa metà passa alla secondaria. Il Girls' Education Movement sostenuto dall'UNICEF raggiunge oltre 14.000 bambini l'anno. Fonte: UNICEF Uganda.

# Una crescita fragile

**4,5%**

**crescita media annua  
nei cinque anni al 2016**

contro il 7% degli anni '90 e dei  
primi 2000

**44% → 33%**

**povertà nella Regione  
Settentrionale**

la più povera, l'unica in cui è  
calata

**1 su 3**

**bambini sotto i 5 anni  
con ritardo di crescita**

36% nelle aree rurali, 19% in  
città

**1,35 milioni**

**rifugiati accolti**

il primo Paese ospitante in  
Africa, terzo al mondo

Nel 2013 più di un terzo della popolazione viveva sotto la soglia di povertà estrema di 1,90 dollari al giorno; la quota sotto la soglia nazionale è salita dal 20% (2013) a circa il 21% (2017). Fonte: Banca Mondiale, Uganda at-a-glance 2018.

## ● LE REGIONI

# Quattro regioni, e Gulu capoluogo del Nord

L'Uganda è divisa in quattro regioni, ognuna suddivisa in distretti, sottodistretti, contee, sottocontee, parrocchie e villaggi. Popolazione al censimento del 2014:

- Regione Centrale (capoluogo Kampala, capitale del Paese): 9.529.227 abitanti; coincide con il Regno del Buganda.
- Regione Orientale (capoluogo Jinja): 9.042.422 abitanti; la più densa, fino a 229 abitanti per km<sup>2</sup>.
- Regione Occidentale (capoluogo Mbarara): 8.874.862 abitanti.
- Regione Settentrionale (capoluogo Gulu): 7.188.139 abitanti. Qui si trova il Lacor Hospital.



Le quattro regioni dell'Uganda.

# I livelli dell'assistenza

| LIVELLO                           | CHE COSA OFFRE                                                                                      | POPOLAZIONE SERVITA |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Village Health Team               | Senza sede fissa: qui gli operatori incontrano la comunità per vaccinazioni ed educazione sanitaria | Villaggio: 1.000    |
| Centro sanitario II               | Prevenzione, promozione, cure ambulatoriali, outreach                                               | Parrocchia: 5.000   |
| Centro sanitario III              | In più maternità, ricovero e laboratorio                                                            | Sottocontea: 20.000 |
| Centro sanitario IV               | Piccolo ospedale: in più chirurgia d'urgenza e trasfusioni                                          | Contea: 100.000     |
| Ospedale generale                 | Servizi generali, formazione e ricerca                                                              | 500.000             |
| Ospedale regionale di riferimento | Specialità, tra cui odontoiatria, psichiatria, oculistica, radiologia                               | 2.000.000           |
| Ospedale nazionale di riferimento | Tutte le specialità, insegnamento e ricerca                                                         | 39.032.383          |

Il sottodistretto sanitario, creato nel 1999, è il primo erogatore della PHC; in molte contee serve fino a 400.000 persone invece delle 100.000 previste. Fonte: PRIMASYS, OMS 2017, tabelle 3 e 4.

# Una sanità pagata soprattutto dalle famiglie

**76%**

**spesa sanitaria privata**

contro il 24% pubblica

**41%**

**della spesa sanitaria  
totale pagato di tasca  
propria**

il 55% della spesa privata

**8,2 \$**

**spesa pubblica pro  
capite per il pacchetto  
minimo di cure**

a fronte dei 28 \$ necessari e  
dei 34 \$ indicati come  
obiettivo

**9,6%**

**quota del bilancio  
pubblico per la sanità**

contro il 15% della  
Dichiarazione di Abuja

I partner per lo sviluppo coprono circa il 28,6% della spesa sanitaria totale. Le risorse sono gestite per il 30% da soggetti pubblici e per il 70% da privati.

# Pochi medici, molti operatori di villaggio

**8.300**

**medici, dentisti,  
infermieri, ostetriche e  
farmacisti registrati**

più circa 26.685 operatori  
sanitari ausiliari

**0,03**

**medici ogni 1.000  
abitanti**

0,46 infermieri ogni 1.000

**179.175**

**membri dei Village  
Health Teams**

5,17 ogni 1.000 abitanti

**110**

**istituti di formazione  
sanitaria**

10 università, 51 scuole  
infermieristiche, 49 per  
professioni sanitarie

Lo Stato impiega il 42% degli operatori; medici, dentisti e farmacisti si concentrano nelle città, mentre nelle aree rurali prevalgono gli operatori ausiliari e i guaritori tradizionali.

# Il diario della missione

| DATA        | ATTIVITÀ                                                                                                                                                         |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23 aprile   | Arrivo a Entebbe e notte a Kampala                                                                                                                               |
| 24 aprile   | Trasferimento al Lacor Hospital; prima uscita con gli educatori sanitari in un villaggio a circa 4 km da Gulu                                                    |
| 26 aprile   | Incontro con il responsabile del reparto odontoiatrico e intervista al coordinatore dell'educazione sanitaria; seconda uscita in un villaggio a 15-20 km da Gulu |
| 27 aprile   | Incontro con la direzione sanitaria dell'ospedale sull'idea di un piccolo laboratorio odontotecnico                                                              |
| 29 aprile   | Primo colloquio con l'epidemiologo dell'ospedale                                                                                                                 |
| 30 aprile   | Visita al centro sanitario di Amuru e uscita alla Lahima Primary School, a 15-20 km da Amuru                                                                     |
| 2<br>maggio | Secondo colloquio con l'epidemiologo; partenza dal Lacor                                                                                                         |
| 3<br>maggio | Rientro in Italia da Entebbe                                                                                                                                     |

Una sintesi del racconto della missione.

# Ogni giorno, nei reparti

Al Lacor Hospital le sessioni di educazione sanitaria si tengono tutti i giorni, mentre per esempio si puliscono i reparti e i familiari sono invitati all'esterno.

- Dove: ambulatori (2 sessioni al mattino), Young Health Clinic (1 sessione al mattino), medicina, reparto tubercolosi.
- Temi tipici: pianificazione familiare, nutrizione, allattamento al seno (pratica comune).
- Gli educatori sanitari in organico sono 9: 6 lavorano nei reparti dell'ospedale, a rotazione, e 3 nei centri sanitari di Amuru, Pabbo e Opit.
- I pazienti, e chi potrebbe diventarlo, sono interessati alle sessioni e fanno domande.

# I cinque programmi di outreach

| PROGRAMMA              | PER CHI                                                                                  | FREQUENZA |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 · Salute materna     | Villaggi selezionati intorno al Lacor: assistenza prenatale e alle donne vicine al parto | 4 al mese |
| 2 · Vaccinazioni       | Campagne di immunizzazione                                                               | 6 al mese |
| 3 · HIV                | Consulenza e test                                                                        | 6 al mese |
| 4 · Scuole             | Tutte le scuole primarie di Badege e Lahibi, sottocontee di Gulu                         | —         |
| 5 · Tubercolosi (DOTS) | Controllo che i pazienti seguano la terapia                                              | follow-up |

Villaggi seguiti dal Lacor: 6 nel 2013, altri 6 nel 2014 e altri 6 nel 2015, con un ricambio ogni 2-3 anni; lo Stato copre gli altri, in modo complementare. Il collegamento con i villaggi passa dai Village Health Teams e dai «mobilizers», formati dal Governo con un corso di 2 settimane e aggiornamenti periodici.

## Sotto l'albero, con gli educatori sanitari

Il primo outreach, a circa 4 km da Gulu, era «integrato»: sotto un albero aspettavano dalle 10 alle 15 donne, per lo più in gravidanza e con bambini piccoli, e dai 4 ai 6 uomini. Dopo la presentazione della squadra, le educatrici hanno spiegato lo scopo della giornata; poi quattro postazioni, sotto altri quattro alberi:

- misurazione della pressione;
- test HIV, con i risultati consegnati nel rispetto della riservatezza;
- assistenza prenatale (peso e altezza);
- test di gravidanza.
- Tutto viene registrato e poi trasmesso al sistema informativo sanitario, fino al distretto e al Ministero. Il secondo outreach, in un piccolo villaggio con un mercato a 15-20 km da Gulu, era dedicato a test e vaccinazioni dei bambini: le donne arrivavano poco a poco, finito il lavoro nei campi.

# Alla Lahima Primary School

Sulla strada, una sosta al centro sanitario di Amuru: un'infermiera spiegava la prevenzione della malaria e consegnava a ogni madre una zanzariera gratuita. Poi la scuola, a 15-20 km da Amuru.

- Il preside era stato avvisato dai Village Health Teams, che avevano fatto girare la notizia tramite i bambini fino ai genitori.
- La giornata comprendeva consulenza e test HIV, vaccinazioni dei bambini (morbillo, polio e altre), la profilassi antiparassitaria per i più grandi e il vaccino HPV per le bambine di 10 anni.
- Il Dott. Calzavara ha partecipato alla distribuzione delle compresse contro i vermi intestinali: gli alunni sono 556, soprattutto nelle prime classi (P1-P4).
- L'insegnante di religione si è dimostrato molto coinvolto e ha aiutato a coordinare la giornata.

# La salute a scuola

- Il centro sanitario di Pabo copre tutte le scuole primarie della sua zona, classi P1-P7 (dai 7 ai 17 anni); quello di Amuru ne copre 14.
- Nelle scuole i temi tipici sono: igiene, acqua e servizi igienici (WASH), che comprende qualche nozione di igiene orale; HPV per le bambine; nutrizione; prevenzione della tubercolosi.
- Oggi la salute orale ha uno spazio limitato nell'agenda dell'educazione sanitaria.
- Gli insegnanti più adatti a ricevere una formazione sulla salute orale: gli insegnanti di scienze e le «senior women teachers», che seguono le ragazze.
- Il materiale del Governo arriva in inglese e gli educatori lo traducono in Acholi: i poster vanno fatti in inglese e in lingua locale.
- I Village Health Teams e i mobilizers sono le figure chiave per raggiungere le persone più isolate.

# Beans & posho, chewing stick e acqua

- Il pasto tradizionale è a base di fagioli e posho, una polenta di farina di mais.
- Nelle scuole secondarie e nei collegi primari si mangiano fagioli e posho tutta la settimana; il mercoledì verdure, la domenica carne o pesce.
- Nelle scuole primarie governative le famiglie devono preparare il pranzo al sacco, ma non tutte lo fanno.
- Spazzolini e dentifricio si trovano in tutto il Paese: uno spazzolino costa tra 1.500 e 3.000 scellini ugandesi.
- Nei villaggi si usano i bastoncini da masticare (chewing stick), meno diffusi di quanto ci si aspettasse.
- L'acqua non sembra mancare: sorgenti protette, considerate migliori, e pozzi profondi, che rischiano di essere contaminati.
- La medicina tradizionale è ancora diffusa nei villaggi.

# Il confronto con il reparto odontoiatrico

Il Dott. Calzavara ha presentato la sua visione: in una medicina di comunità, dove i fattori di rischio della salute orale sono gli stessi delle malattie non trasmissibili, la sola attività clinica non basta. Senza togliere risorse, già scarse, alla clinica dentale: si può partire da un'indagine sullo stato della salute orale nel distretto di Gulu su un campione della popolazione. Il responsabile del reparto ha raccontato che:

- all'ospedale di Kalongo ha osservato molta carie nei giovani, legata in prima analisi alla diffusione di biscotti confezionati nella dieta dei ragazzi;
- esistono un programma governativo di educazione alla salute orale, una volta all'anno, e una «Dental Week» nelle scuole promossa dall'associazione dei dentisti ugandesi;
- è interessato a un programma di prevenzione nelle scuole più frequente di quelli attuali, ed è pienamente disponibile a sostenere uno studio e ad accogliere volontari.

# Perché la prevenzione serve anche qui

- Tra i pazienti in attesa si vedono molti casi di traumi da incidenti stradali, tumori del distretto maxillo-facciale e ascessi di origine dentale arrivati alla pelle, che a volte nascondono forme più gravi.
- La gravità di queste lesioni e il ritardo con cui i pazienti arrivano in ospedale giustificano una prevenzione mirata anche nella Primary Health Care.
- Le cure dentali in ospedale sono a pagamento e, anche a prezzi contenuti, molti vi rinunciano, considerandole non prioritarie: la prevenzione della carie ha quindi anche un valore economico.
- È stata proposta l'apertura di un piccolo laboratorio per protesi rimovibili in resina, formando due assistenti del reparto: materiali a basso costo e una specializzazione limitata.

## Le madri, le scuole e la sindrome metabolica

Il Dott. Calzavara ha presentato la sua esperienza sul campo e l'idea di innestare la salute orale e il suo legame con le malattie non trasmissibili sui programmi di PHC già attivi. Dal colloquio con l'epidemiologo dell'ospedale:

- con gli outreach è difficile raggiungere numeri significativi di persone: ci si incontra «sotto l'albero», ma chi arriva davvero?
- le madri hanno un ruolo chiave nel diffondere i messaggi di salute: la maternità le rende molto ricettive;
- la salute orale ha oggi uno spazio molto limitato nei programmi; le scuole sono un buon punto di riferimento, perché garantiscono la presenza dei destinatari;
- la nutrizione è ancora trattata come denutrizione; il Dott. Calzavara osserva che così si trascura la cattiva alimentazione che porta alla sindrome metabolica, in aumento nei Paesi a basso reddito, dove il sovrappeso può essere visto come segno di benessere;
- l'indagine serve soprattutto in vista delle malattie non trasmissibili, già un problema in Uganda; la «ownership» locale sarebbe doppia: Primary Health Care e odontoiatria.

# Come si avvia un'indagine al Lacor

Due fasi: una preliminare, più «scientifica», e una di attuazione con la clinica dentale e gli educatori sanitari; le scuole sono il bersaglio ideale, tenendo conto del calendario scolastico.

- Presentare un protocollo di intervento (team italiano).
- Sottoporlo al comitato etico e di ricerca dell'ospedale (LHIREC – Lacor Hospital Institutional Research and Ethics Committee).
- Registrarlo a livello nazionale presso l'ente governativo per la scienza e la tecnologia.
- Per gli alunni delle scuole primarie, minorenni, informare i genitori e ottenere il loro consenso.
- Costruire un team locale, per la ownership e la crescita delle competenze.
- Preparare messaggi adatti a sostenere gli educatori sanitari.

## Chi coinvolgere nell'indagine

Per l'indagine si potrebbero coinvolgere tre gruppi: gli scolari delle età indicate dall'OMS (6 e 12 anni), le donne in attesa al Lacor Hospital e i familiari che accompagnano i pazienti («caregivers»).

- L'attuazione non deve aspettare i dati: la letteratura già sostiene l'intervento nella PHC sulla salute orale. I dati serviranno poi a mettere a punto le azioni.
- La ricerca è l'inizio: serve una «baseline» di ciò che c'è sul terreno. C'è bisogno di prevenzione, tutto sta in come portarla avanti.
- Interesse a unire nutrizione e salute dei denti.
- Nelle scuole basta il consenso etico dei genitori; per gli adulti in ospedale l'indagine sarebbe più complessa, con criticità operative e di costo.
- Tempi: le vacanze scolastiche iniziano alla fine di agosto; ad agosto i bambini sono ancora a scuola.
- Servono competenze odontoiatriche: idealmente, tramite l'Associazione italiana dei dentisti, un team di volontari italiani; da valutare il coinvolgimento del reparto e della poltrona odontoiatrica, meno impegnata nel pomeriggio.

# La medicina tradizionale

- Per l'epidemiologo la cultura è l'aspetto più forte della pratica tradizionale: «Ho partorito tutti i miei figli a casa, perché dovrei venire in ospedale?».
- Il rapporto tra nutrizione e tradizione va esplorato e studiato; anche per i denti potrebbero esistere rimedi locali.
- I guaritori tradizionali non sono un ostacolo al lavoro degli educatori sanitari e alla medicina: il concetto di PHC è molto diffuso.
- Si distinguono tre figure: il guaritore spirituale, lo stregone e il medico tradizionale.
- Un riferimento utile è il documento sulla Public-Private Partnership for Health, che tratta la complementarità tra medicina tradizionale e medicina convenzionale.

## Che cosa resta da fare

La missione ha confermato l'interesse del Lacor Hospital, del reparto odontoiatrico e della Primary Health Care per un programma di prevenzione orale legato all'alimentazione e alle malattie non trasmissibili. I prossimi passi indicati nel rapporto:

- preparare il protocollo e seguire l'iter del comitato etico e della registrazione nazionale;
- programmare l'indagine sugli scolari di 6 e 12 anni secondo il protocollo OMS, tenendo conto del calendario scolastico;
- portare tutto il materiale necessario all'indagine, considerando le pratiche doganali, o valutare un acquisto locale finanziato dall'Italia;
- preparare messaggi e poster, in inglese e in Acholi, per gli educatori sanitari e gli insegnanti;
- approfondire ciò che resta aperto: alimentazione e colazione dei bambini, diffusione del chewing stick, numero delle scuole coperte dai centri sanitari.

# Sorrisi senza confini

Il racconto completo dell'impegno umanitario del Dott. Ezio Calzavara è su  
**[www.studiocalzavara.com/oltre-lo-studio](http://www.studiocalzavara.com/oltre-lo-studio)**

Studio Calzavara · Specialisti in odontostomatologia · C.so Buenos Aires, 9 – 20124 Milano · 02 29405123

Ricostruzione della presentazione originale del Dott. Ezio Calzavara. Dati come nell'originale; nomi di privati e dati sanitari omessi.