

Programma di promozione della Terapia di Reidratazione Orale: considerazioni su aspetti di tecnologia appropriata e costo efficacia. Il caso del Messico.

Eduardo Missoni *

* Assistant Programme Office, UNICEF, Mexico; attualmente esperto della Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri, Roma, Italia.

Le diarreie rappresentano una delle principali cause di morte nel mondo. Si può calcolare che circa 5 milioni di bambini tra 0 e 4 anni muoiano annualmente di diarrea. In base alla proiezione dei dati ottenuti attraverso la revisione di 24 studi pubblicati, Snyder e Merson stimarono nel 1980, un totale di 4.6 milioni di morti associate a malattia diarroica acuta in bambini minori di 5 anni in Africa, America Latina ed Asia (esclusa la Cina). L'80% di queste morti riguardavano minori di 2 anni.¹

Alcune inchieste epidemiologiche recenti sulla morbilità per diarrea in 49 paesi, evidenziano una certa variazione tra una regione e l'altra. I tassi minori si osservano nella regione del Pacifico Occidentale ed i più alti nella Regione Africana². Le morti associate a diarrea variano dal 22.4% (Pacifico Occidentale) al 41.1% (Regione Africana).

In quanto alla morbosità, si calcola che, nel mondo si verificano ogni anno circa 1500 milioni di episodi di diarrea in bambini minori di 5 anni; di questi, il 94.4% nei Paesi in Via di Sviluppo³.

In termini statistici, ogni bambino presenta in media da 0.8 (Suriname) a 10.7 (Egitto) episodi all'anno².

Secondo dati ufficiali, il tasso di mortalità infantile per diarrea in America Latina e Caraibi è 40 volte superiore a quello registrato nel Nord America, il che sottolinea la stretta relazione esistente tra questo problema di sanità pubblica e la realtà socioeconomica di un paese o regione, di conseguenza, lo standard di vita della popolazione. All'interno di ogni paese poi, la mortalità per diarrea, come la mortalità infantile in generale, varia enormemente secondo i gruppi sociali ed il loro grado di emarginazione.

Negli Stati Uniti del Nord America il tasso di mortalità infantile nel 1978 era di 12 per mille nati vivi per i bianchi e di 21.1 per mille per "negri e altri".⁴

La crescita economica di un paese fa generalmente registrare una riduzione dei tassi di mortalità per diarrea.⁵ Ciononostante il reddito pro-capite di per sé non risulta essere un buon indicatore. In Messico, con un reddito pro-capite di 2240 US\$⁶ la mortalità per diarrea nei minori di un anno era nel 1982 di 9.4 per mille nati vivi⁷. Nello stesso anno nella Repubblica di Cuba, con un reddito pro-capite di soli 1403 US\$⁸ ma un sistema socio-politico differente, la mortalità era di 1.0 per mille⁹.

Crescita economica ed equa distribuzione delle risorse vanno di pari passo con il miglioramento delle condizioni di vita e, di conseguenza, con la riduzione della incidenza e della mortalità per diarrea. Durante una crisi economica l'importanza della diarrea come causa di morte infantile aumenta, almeno in parte come conseguenza del peggioramento dello stato nutrizionale della popolazione¹⁰.

La principale causa di morte per diarrea è la disidratazione. Si calcola che il 50-75% di queste morti potrebbe essere evitata mediante la Terapia di Reidratazione Orale (TRO).

La sua applicazione in tutti i casi che lo richiedano rappresenterebbe uno degli interventi con la migliore relazione costo-efficacia per la riduzione della mortalità infantile nei Paesi in Via di Sviluppo. Ciononostante, nel 1985, solo il 18% dei casi di diarrea nei bambini minori di 5 anni in tutto il mondo (esclusa la Cina) sono stati trattati con la TRO².

Un uso diffuso e precoce di soluzioni reidratanti a livello domestico, all'inizio di ogni episodio diarroico, rappresenta dunque il traguardo del programmatore sanitario. Per raggiungere questo obiettivo nel corso di questi ultimi anni sono state sviluppate numerose strategie ed esperienze che, sviluppatasi nell'era della "Primary Health Care", hanno fatto quasi tutte della "partecipazione comunitaria" il loro slogan centrale. In realtà il concetto di "partecipazione comunitaria" assume significati diversi secondo i contesti nei quali si applica. Generalizzando si possono distinguere due approcci principali.

Laddove la salute si concepisce di forma verticale e centralizzata e la comunità come consumatrice di servizi o prodotti, la partecipazione comunitaria risulta solo un mezzo per "ottenere che quella gente faccia quello che noi vogliamo". La comunità partecipa, però soltanto per distribuire un prodotto che gli "esperti" hanno definito necessario per la stessa comunità¹¹. Molte risorse e sforzi sono destinati a convincere la popolazione dell'utilità dell'iniziativa ed a studiare il modo di rendere "il prodotto" più appetibile. La "mobilitazione sociale" segue dunque canali prestabiliti al di fuori della comunità. La comunità viene a dipendere da decisioni, servizi, risorse ed interessi ad essa estranei.

A lungo andare, la dipendenza da un prodotto e dalla sua pubblicità di tipo commerciale creano nella comunità sfiducia

cia nelle proprie risorse. Nel caso specifico dei sali preconfezionati per la reidratazione orale, la necessità di mantenere livelli stabiliti di produzione e distribuzione e la possibilità che i consumi si riducano in seguito ad un ridotto stimolo pubblicitario, aumenta notevolmente i costi del programma. In tempi di crisi economica e di tagli sul bilancio ciò significa: sospensione del programma e sua "privatizzazione" a breve termine o una sempre maggior dipendenza dagli aiuti esterni.

In Messico, nel 1983 si istituì un Programma Nazionale di Reidratazione Orale, che fin dall'inizio mostrò la sua verticalità e spesso la sua poca considerazione della realtà del paese. Si decise di partire dalla sensibilizzazione dei medici, estremamente proclivi all'uso indiscriminato di soluzioni endovenose, antibiotici e farmaci "antidiarroici". A questo scopo si ritenne importante l'allestimento di un Centro di Reidratazione Orale presso il più autorevole ospedale pediatrico del paese, l' "Hospital Infantil de México Federico Gomez", che si montò con fondi ed assistenza tecnica dell'UNICEF. Con le stesse finalità, si organizzarono vari eventi accademici, alcuni con la partecipazione di esperti internazionali.

Per la sensibilizzazione della popolazione, ci si avvale quasi esclusivamente di radio e televisione, tra l'altro con messaggi non "provati", che non si preoccupavano minimamente di insegnare al pubblico l'uso della TRO, rinviando questo compito al medico: "Se il tuo bambino ha la diarrea corri immediatamente al centro sanitario più vicino, dove il medico ti consegnerà gratis una bustina di Suero Oral". Si supponeva che il termine "Suero Oral" fosse di più ampia accettazione tra la popolazione; anche se ciò non era mai stato provato sul campo. Oltre ad essere in contrasto con le diciture di "Electrolitos Orales" riprodotte sulle bustine distribuite.

Un'inchiesta epidemiologica nazionale condotta nel 1985, secondo la metodologia suggerita dall'OMS, segnala lo scarso uso delle bustine di Sali per la Reidratazione Orale distribuiti in tutto il paese dalle molteplici istituzioni che compongono il Sistema Sanitario Messicano¹². Lo stesso si può dedurre dalla scarsa richiesta dei sali da parte dei vari centri periferici, che in molti casi non riescono a utilizzare le forniture precedenti. In altri casi non si dispone a livello periferico dei sali per gravi difetti di distribuzione.

Non va peraltro dimenticato come una campagna condotta esclusivamente attraverso i mezzi di comunicazione di massa trasmetta comunque un messaggio incompleto, incapace di assicurare l'uso corretto del prodotto che si promuove. Un'inchiesta condotta a Città del Messico tra la popolazione cui erano state distribuite massivamente le bustine di sale per la reidratazione orale, in seguito al sisma del 19 settembre del 1985 e dopo due anni di martellante campagna radiofonica e televisiva, rivelò una frequenza del 71% di errori nella preparazione o utilizzazione della soluzione!¹³

Anche se non sono mai stati esaminati dettagliatamente, i costi del Programma sono presumibilmente alti rispetto ai risultati ottenuti. Di per sé, i 10 milioni (in media) di bustine distribuite annualmente dal settore pubblico, costano al paese circa un milione di dollari. Con una popolazione di approssimativamente 80 milioni di abitanti, ciò corrisponde a circa un centesimo di dollaro pro capite. Volendo copri-

re adeguatamente tutti gli episodi di diarrea in bambini minori di cinque anni con sali di reidratazione preconfezionati, il Messico dovrebbe disporre di circa 120 milioni di bustine (12 milioni di bambini minori di 5 anni per 5 episodi di diarrea all'anno per 2 bustine per episodio), poco meno della metà dell'intera produzione mondiale, per un costo approssimativo di 12 milioni di dollari ovvero 1 dollaro per ogni bambino minore di 5 anni, l'ottava parte della spesa pubblica pro capite destinata alla sanità¹⁴, un costo davvero insostenibile.

Intanto nell'ambito di progetti di piccola estensione patrocinati dall'UNICEF o da Organismi non Governativi, si sono ricercate, secondo una differente concezione della programmazione sanitaria, tendenzialmente orizzontale e decentralizzata, soluzioni differenti. Mediante tecniche di ricerca partecipativa la comunità stessa può stabilire le sue necessità e trovare le proprie soluzioni, mentre la presenza di un coordinatore esterno svolge solamente funzioni di promozione e coscientizzazione. Una volta identificato un problema, per esempio la diarrea, si ricerca insieme una soluzione "tecnologicamente appropriata": accettata localmente, di basso costo, di facile ed efficace utilizzazione e che utilizzi le risorse, le tradizioni e le capacità locali. Lavorando in questo modo nessun problema risulta più disgiunto dalla realtà, al contrario, come nel caso della diarrea, se ne riescono a comprendere più facilmente le origini sociali, come le condizioni di vita della comunità stessa. Rispondendo in forma autonoma ai propri problemi di salute la comunità non dipende più da decisioni politiche e forniture centrali, ma dalla capacità organizzativa della propria gente.

E' così che in alcuni progetti, a volte facendo di necessità virtù, si sono prese in considerazione le tradizioni (per esempio l'uso di infusioni di erbe locali e bevande a base di cereali), la disponibilità di sale e zucchero e degli strumenti ed utensili disponibili localmente per la preparazione di adeguate soluzioni domestiche per la reidratazione.

I risultati preliminari di un'inchiesta condotta dall'autore su di un campione di circa duemila famiglie in una regione del Centro Sud della Repubblica Messicana (Regione Centrale dello Stato di Guerrero) nel 1986 rivelano che la somministrazione di liquidi nei bambini con diarrea è abituale (88% dei casi). Nel 74% dei casi dei bambini allattati al seno l'allattamento viene mantenuto durante l'episodio diarroico. L'uso di soluzioni da bustine di sali reidratanti sarebbe limitato al 2% dei casi, mentre le madri ricorrerebbero, per il trattamento domestico dei loro bambini con diarrea, preferenzialmente a liquidi tradizionali come infusioni di erbe (22%), bevande acquose a base di frutta "aguas frescas" (21%) o mucillagine di mais "atole" (17%). Nel 10% dei casi, infine, le madri preparano soluzioni reidratanti a base di sale e zucchero secondo formule diffuse da diverse organizzazioni non governative e nel recente passato anche dalle stesse istituzioni pubbliche. L'inchiesta ha anche permesso di evidenziare un incredibile varietà di prodotti farmaceutici utilizzati dalle famiglie in base a scelte proprie, indicazioni di parenti o amici o su prescrizione medica. Curiosamente il farmaco più utilizzato è un anti acido a basso costo, e dalla presentazione niente affatto attraente (polvere bianca in bustine di cellophane trasparente). Zucchero e sale erano presenti in quasi tutte le abitazioni (92 e 95% rispettivamente).

te); solo nel 54% dei casi, le persone intervistate erano in grado di identificare in casa un utensile per la misurazione di un litro, ma nel 29% di questi si trattava di un recipiente conosciuto proprio con il nome di litro utilizzato localmente per la misurazione volumetrica di legumi e cereali al mercato. La cosa più sorprendente però, è stata la possibilità di identificare nel 87% delle abitazioni un identico cucchiaino metallico che ci ha poi permesso di adottarlo come misura standard per la preparazione di soluzioni domestiche. Lo stesso cucchiaino infatti, di aspetto e dimensioni inconfondibili, è presente in tutto il territorio nazionale.

E' stata dunque rivalutata la gestione familiare di un problema di per se domestico. E' evidente che i costi di questo genere d'intervento sono estremamente bassi e spesso già previsti nel bilancio come attività di educazione sanitaria o comunque assorbibili in una gestione integrale e non verticale della salute. Spesso le critiche all'uso di queste soluzioni domestiche segnalano l'incapacità della popolazione di preparare soluzioni con concentrazioni opportune di sodio. Una critica che risulta infondata ogniqualvolta la popolazione riceva informazioni ed addestramento adeguati. Utilizzando il menzionato cucchiaino metallico, abbiamo dimostrato che persone di scolarità minima (nel nostro caso indigeni tzotziles e tzeltales dello Stato di Chiapas nel Messico meridionale) sono in grado di preparare soluzioni reidratanti a base di sale e zucchero a concentrazioni sicure ed efficaci¹⁵, confermando peraltro i risultati ottenuti in condizioni simili da altri autori.¹⁶

Peraltro il futuro della reidratazione a livello domestico sembra appartenere alle soluzioni a base di cereali, comunque in qualche modo già presenti nella tradizione locale vista la loro capacità di ridurre il volume delle deposizioni oltre a promuovere il riassorbimento del sodio.

A questo punto, considerando la necessità di adattare le soluzioni alla comunità e non la comunità a soluzioni decise altrove, dovremmo chiederci quanto sia realmente "appropriata" la distribuzione di bustine preconfezionate a livello industriale e spesso, nei PVS, importate.

Che tutta la popolazione utilizzi la TRO integrandola conscientemente alle sue consuetudini, cultura e tradizione, non è una questione di "comunicazione" e tecniche di "marketing". Al contrario, è il risultato di un vero lavoro educativo, basato su relazioni interpersonali dove il promotore della salute della comunità svolge il suo lavoro casa per casa.

In tutto il contesto dell'Assistenza Sanitaria di Base, la Terapia di Reidratazione Orale è una risposta tecnologicamente appropriata, ma proprio per questo non può essere estratta dall'integralità del concetto stesso e verticalizzata, altrimenti si corre il rischio di pagare molto, ed in forma ricorrente, un intervento a lungo termine, potenzialmente grauito.

Sommario

Dopo una breve panoramica di alcuni indicatori epidemiologici e socio-economici relazionati con le diarree, si esamina l'uso della Terapia di Reidratazione Orale (TRO). Vengono poi espone due visioni della promozione della salute e della TRO, successivamente valutate alla luce dell'esperienza messicana. Si confrontano in seguito le due strategie in base all'adeguatezza e la relazione costo-efficacia che le caratterizza. Si sottolinea infine l'importanza di un ap-

proccio "integrato" dell'assistenza sanitaria raccomandando l'adozione di una strategia "orizzontale", partecipativa e tecnologicamente appropriata.

Summary

After a short overview of some diarrhoea-related epidemiological and socio-economic indicators, the use of Oral Rehydration Therapy (ORT) is considered. Two polar views on health and ORT promotion are examined and related to the Mexican experience. Cost-effectiveness and technological adequacy of both approaches are globally compared. The importance of an "integrated" primary health care strategy is underlined and a "horizontal", participative and technologically appropriate approach is finally stressed.

References

- 1 Snyder, J.D. & Merson, M.H.: (1982) The magnitude of the global problem of acute diarrhoeal disease: a review of active surveillance data. *Bulletin of the World Health Organization*, **60**: 605-613
- 2 World Health Organization (1987) Programme for Control of Diarrhoeal Disease: Interim Report 1986. WHO/CDD/87.26.
- 3 Chen, L.C. (1983) Interactions of diarrhoea and malnutrition. In: Diarrhoea and malnutrition. Chen & Scrimshaw eds., United Nations University Plenum Press, New York, pp 31-19.
- 4 Miller, C.A. & Coulter, E.J. (1984) La crisis economica mundial y la infancia: el caso de Estados Unidos. In: Efectos de la recesión mundial sobre la infancia. UNICEF/Siglo XXI de España, Madrid, pp.287-332.
- 5 Mata L: (1983) The evolution of diarrhoeal diseases and malnutrition in Costa Rica: The role of interventions. *Assignment Children* **61/62**:195-224.
- 6 United Nations Children's Fund: (1985) The State of the World Children 1986. UNICEF, New York; p.133.
- 7 México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Dirección General de Epidemiología.
- 8 Ultimo dato disponibile, 1980. *Almanaque Mundial 1987*. Editorial América S.A., Panama 1986; p.236.
- 9 Republica de Cuba, Ministerio de Salud Pública; Informe Anual 1983, p.47.
- 10 Morales Anaya R: (1985) La crisis económica en Bolivia y su impacto en las condiciones de vida de los niños. UNICEF, Bolivia, La Paz.
- 11 Werner, D. & Bower, B.: (1984) Aprendiendo a promover la salud. Hesperian Foundation. Palo Alto, California.
- 12 México, Secretaria de Salud, Dirección General de Epidemiología: (1986) Encuesta sobre mortalidad y tratamiento de diarreas en México. Informe preliminar.
- 13 México, Escuela de Salud Pública. Especialidad de Enfermería en salud Pública: (1985) Diagnóstico de Salud e Investigación específica del area programática UNICEF. Informe final.
- 14 Musgrove, P.: (1986) The impact of economic crisis on health care in Latin America and the Caribbean. *WHO Chronicle* **40**: 152-157.
- 15 Missoni, E., Sierra, B. & Ysunza, A.: (1986) Una medida mexicana para preparar soluciones de rehidratación oral con sal y azucar. UNICEF, Mexico, lavoro non pubblicato.
- 16 Steinhoff, M.C., Srilatha, V.L., Thillaikarasi, N., Abel R. & Mukarji, D.S.. (1985) Fingers or spoons to make oral rehydration solution? *Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, **79**: 366-368.