

LE MALATTIE CRONICHE NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO: CURARE IL DIABETE NELL'AFRICA RURALE

PROGETTO DI FINANZIAMENTO DEI COSTI DEL TRATTAMENTO
DEL DIABETE MELLITO ALL'OSPEDALE DI MARACHA (UGANDA)
NEL TRIENNIO 2004-2006

(gennaio 2004)



Organizzazione proponente: Associazione Toyai Onlus

INDICE

1. Quadro riassuntivo	pag. 3
2. Analisi della situazione	pag. 4
2.1 Uganda: contesto generale	
2.2 West Nile: il contesto geografico	
2.3 West Nile: lo sviluppo umano, la situazione sanitaria generale e l'ospedale di Maracha	
3. Selezione delle priorità	pag. 7
3.1 Debolezze intrinseche di Maracha	
3.2 Problemi non direttamente dipendenti dall'attività dell'ospedale di Maracha	
3.3 Punti di forza intrinseci dell'ospedale di Maracha	
3.4 Opportunità esterne legate all'ospedale di Maracha	
4. Valutazione delle opzioni di intervento	pag. 9
5. Pianificazione degli interventi a medio termine (triennio 2004/2006)	pag. 10
5.1 fine generale	
5.2 obiettivo generale	
5.3 obiettivo specifico	
5.4 Progetto proposto ai donatori	
5.5 Razionale del progetto	
6. Descrizione del progetto	pag. 13
6.1 Scopo	
6.2 Obiettivi	
6.3 Attività	
6.4 Azioni	
6.5 Soggetti coinvolti nel progetto	
7. Aspetti economici del progetto (budget)	pag. 16
9. Schema Logico	pag. 18
10. Associazione Toyai Onlus – Coordinate bancarie	pag. 19

1. QUADRO RIASSUNTIVO

Paese:	Uganda
Titolo:	Le malattie croniche nei Paesi in Via di Sviluppo: curare il diabete nell'Africa rurale
Obiettivo generale:	promuovere il miglioramento delle condizioni sanitarie nei Paesi a risorse limitate, e in particolare nella regione ugandese del West Nile, una delle più povere dell'Uganda, intervenendo nella copertura costi correnti dei servizi sanitari
Obiettivo specifico:	assicurare la copertura finanziaria delle spese per il trattamento del diabete mellito al "Saint Joseph" Hospital di Maracha (Uganda)
Progetto:	progetto di finanziamento dei costi del trattamento del diabete mellito all'ospedale di Maracha (Uganda) nel triennio 2004-2006
Durata:	3 anni (2004-2006)
Organizzazione proponente:	Associazione Toyai Onlus
Beneficiario:	"Saint Joseph" Hospital di Maracha (Uganda)
Settore di intervento:	Servizi Sanitari Ospedalieri
Altri attori significativi:	Horizont 3000 Uganda Catholic Medical Bureau
Quadro finanziario:	Finanziamento richiesto: 32,668,875 Scellini Ugandesi, pari a 13,990.00 Euro

2. ANALISI DELLA SITUAZIONE

L'ospedale "Saint Joseph" di Maracha si trova nella regione del West Nile, una delle più povere dell'Uganda. È un'istituzione privata non for profit fondata nel 1953 dalle Suore Comboniane come dispensario e centro di maternità; nel 1973, dopo lo sviluppo di altri servizi, fu riconosciuto come ospedale. Dal 1985 appartiene alla Diocesi cattolica di Arua.

"Toyai" è un saluto ben augurale e vuol dire "che tu sia", "che tu esista" nella lingua Karimojong, parlata nella regione ugandese del Karamoja: nel cuore del grande Giubileo del 2000 è nata l'Associazione Toyai Onlus, con lo scopo di adottare, nello spirito cristiano, situazioni disagiate nei Paesi a risorse limitate, in particolare in Africa, e di promuovere la formazione di una coscienza di cooperazione nella carità.

2.1 Uganda: contesto nazionale

L'Uganda è uno stato dell'Africa orientale con superficie di 241,038 km², di cui un terzo costituito da laghi, paludi e foreste; il 16.5% della superficie è costituito dalle acque interne, mentre il restante territorio è un altipiano di altitudine compresa tra i 900 e i 1500 m.

La popolazione è stimata in 23.3 milioni di abitanti; l'economia è basata sull'agricoltura, cui si dedica il 90% degli abitanti.



Dallo Human Development Report del 2002 dello United Nations Development Program (UNDP), l'agenzia dell'ONU per lo sviluppo, si constata che l'attesa di vita alla nascita è di 44 anni e la percentuale di adulti alfabetizzati del 67.1%

Nel riquadro successivo sono riportati alcuni parametri sanitari dell'Uganda.

Mortalità materna (2000)	510/100,000 nati vivi
Tasso di mortalità infantile (2000)	81/1,000 nati vivi
Tasso di mortalità entro i 5 anni (2000)	127/1,000 nati vivi
Percentuale di popolazione malnutrita (1997/99)	28%
Prevalenza di malnutrizione nei bambini sotto i 5 anni (1995/00)	26%
Tasso di vaccinazione antitubercolare completa entro 1 anno di età (1999)	83%
Tasso di vaccinazione anti-morbillo completa entro 1 anno di età (1999)	53%
Accessibilità ai servizi sanitari (2000)	75%
Accessibilità all'acqua potabile (2000)	50%

La spesa sanitaria pro capite nell'anno finanziario 1999-2000 è risultata di meno di 14 dollari USA (USD), di cui almeno la metà a carico delle famiglie, 3.5 USD dalle Agenzie internazionali di cooperazione e meno di 3 USD forniti dal Governo Ugandese, considerando peraltro che circa il 50% di tale spesa sanitaria governativa è finanziata dalle Agenzie internazionali suddette.

L'UNDP ha elaborato un indice numerico per misurare lo sviluppo umano di uno stato o di una regione, al fine di poterlo monitorare nel tempo e comparare con quello di altre realtà; tale parametro è chiamato Indice di Sviluppo Umano (Human Development Index, HDI) e prende in considerazione il prodotto interno lordo, l'attesa di vita alla nascita e la scolarità; varia da 0 a 1. Nel 2002 lo stato con HDI più alto è risultato la Norvegia (0.942), quello con HDI più basso la Sierra Leone (0.389); l'Italia ha presentato un HDI di 0.913 (è in 20ª posizione su 173 paesi valutati), l'Uganda di 0.444 (150ª posizione).

2.2 West Nile: il contesto geografico

La regione del West Nile si trova nel nord-ovest dell'Uganda, al confine con la Repubblica Democratica del Congo. Il clima è equatoriale, caratterizzato da piogge abbondanti (1,200 ml/anno, un po' meno nella valle del Nilo) e da una temperatura media compresa tra 25 e 30°; presenta due stagioni secche, tra dicembre e febbraio e tra giugno e luglio. L'altitudine è compresa tra 945 e 1,219 metri sul livello del mare.

La popolazione del Distretto di Arua è di 734,000 persone; le lingue parlate sono il lugbara, l'alur, il kakwa e il madi. La zona di Maracha è abitata principalmente dai Lugbara, un'etnia nilo-sahariana di origine sudanese che comprende circa 480,000 persone, di cui 200,000 in Uganda e il resto nella Repubblica Democratica del Congo; le religioni praticate sono il cristianesimo, l'islam e le religioni tradizionali.

Salvo per l'irregolarità delle piogge, il clima è considerato favorevole per l'agricoltura, che costituisce infatti la principale attività produttiva (87% della popolazione) e rende autosufficiente la zona sul piano alimentare. La terra del Distretto di Arua è considerata moderatamente fertile, con aree rocciose non coltivabili: per tale motivo non si ritiene possibile uno sfruttamento intensivo e la terra deve essere fertilizzata regolarmente.

Si pratica quindi un'agricoltura di sussistenza coltivando soprattutto cereali (grano e sorgo), tuberi (cassava e patate dolci), legumi (piselli, fagioli e noccioline), colture per la produzione di olio (sesamo, soya e girasoli), verdura (cavoli, cipolle, pomodori, carote e frutta), zucche, canna da zucchero e tabacco. Quest'ultimo costituisce la principale risorsa per l'esportazione, pur costituendo un potenziale rischio ambientale per il vasto impiego di legna da ardere necessaria; la produzione è per buona parte controllata dalla British American Tobacco (BAT).

Si praticano anche la pesca sul Nilo (generalmente come integrazione dell'alimentazione delle famiglie e non a scopo commerciale) e l'allevamento (stimati circa 115,000 bovini, 440,000 capre e 105,000 pecore). Le attività industriali comprendono la lavorazione del cotone, del caffè, del legno e del tabacco e la macina del grano.

Due decenni di guerra civile hanno gravemente danneggiato il sistema scolastico, con il conseguente crollo del livello di educazione. Negli ultimi anni, però, molti servizi sono stati promossi e attualmente nel Distretto di Arua vi sono 314 scuole primarie (47 nella Contea di Maracha), 45 scuole secondarie (5 e 4 high schools), 3 istituti tecnici e 2 collegi di formazione degli insegnanti.

L'analfabetismo, tuttavia, riguarda ancora il 62% delle donne e il 35% degli uomini.

2.3 West Nile: lo sviluppo umano, la situazione sanitaria generale e l'ospedale di Maracha

L'HDI del West Nile è tra i più bassi dell'Uganda.

I servizi sanitari del Distretto di Arua comprendono ospedali e health units governativi, istituzioni private non for profit, strutture private for profit e attività di medicina tradizionale.

Il settore sanitario governativo e le istituzioni private non for profit lavorano in comune per garantire servizi sanitari di qualità e accessibili.

Nel Distretto di Arua vi sono quattro ospedali (due governativi e due privati non for profit, tra cui quello di Maracha) e 64 health units. L'ospedale regionale di riferimento è ad Arua, ma la qualità dei servizi è abbastanza scadente.

L'ospedale di Maracha comprende 200 letti suddivisi in sei reparti: Maternità, Chirurgia, Medicina, Pediatria, TB e Unità di Nutrizione; vi sono inoltre una sala operatoria, un laboratorio, un servizio di radiologia ed ecografia (peraltro l'apparecchio ecografico attualmente in uso è stato recentemente acquistato e spedito dall'Associazione Toyai Onlus, che ha provveduto direttamente anche all'installazione e al training degli

operatori), l'Outpatient Department (OPD), il Dipartimento di Primary Health Care (PHC), i servizi di Mother and Child Health (MCH), la HIV/AIDS Clinic, i servizi di Odontoiatria e Oculistica e il Dipartimento Tecnico.

L'ospedale opera in accordo con le linee-guida del Ministero della Sanità ugandese e in cooperazione con le autorità sanitarie locali. Dal 1999, ha ricevuto dal Governo la responsabilità del Sub-District sanitario della Contea di Maracha; ciò implica la supervisione di otto health units governative, la responsabilità della pianificazione dei progetti e dell'implementazione e del monitoraggio delle attività sanitarie.

L'ospedale di Maracha fornisce servizi sanitari curativi, preventivi, riabilitativi e di promozione della salute alla popolazione della Contea di Maracha (quale area principale), al cui popolazione è stimata in oltre 153,000 abitanti; inoltre all'ospedale afferiscono pazienti provenienti dalle vicine Contee di Koboko e di Ayivu e profughi provenienti dalla Repubblica del Congo e del Sudan.

Inoltre Negli ultimi anni i dati di attività dell'ospedale hanno dimostrato un aumento progressivo del suo carico di lavoro. Nell'anno finanziario 2001/2002 sono stati ricoverati 5291 pazienti (erano 4551 nel 1999/2000), di cui 2540 bambini, sono state eseguite 13996 visite OPD (11696 nel 1999/2000) e 553 interventi di chirurgia maggiore (di cui 162 parti con taglio cesareo); la bed occupancy rate è stata del 72%, con turnover interval di 3.5 giorni e throughput per bed di 28 pazienti.

Le cause più comuni di accesso ai servizi dell'ospedale sono quelle tipiche delle aree rurali dei Paesi a risorse limitate, ossia malaria, tubercolosi, AIDS, gastroenteriti, infezioni delle vie respiratorie, anemia, malnutrizione, parassitosi intestinali.

Negli ultimi anni, tuttavia, è emerso in modo sempre più consistente il problema del diabete mellito, sia per la migliore accessibilità ai servizi sanitari di strati sempre più vasti della popolazione, sia per il crescente affermarsi della dieta e dello stile di vita occidentale.

3. SELEZIONE DELLE PRIORITÀ

L'analisi della situazione sanitaria del Distretto di Arua, e in particolare dell'area servita dall'ospedale di Maracha, rendono evidente la necessità di sostenere le attività l'ospedale.

Il giudizio favorevole che il Ministero della Sanità Ugandese ha espresso sull'ospedale si è ulteriormente concretizzato nel 1997, quando il Ministero ha iniziato a sostenere l'ospedale anche economicamente con l'erogazione di Delegated Funds.

Un esame attento della situazione di Maracha consente di mettere in luce i punti di forza e le debolezze interne dell'ospedale, le opportunità di sostegno esterno e i rischi legati alla situazione locale e internazionale.

3.1 Debolezze intrinseche di Maracha

Le debolezze intrinseche dell'ospedale sono senza alcun dubbio costituite dalla carenza di risorse finanziarie. Nonostante il suddetto intervento ministeriale mediante i Delegated Funds, l'ospedale necessita ancora di aiuto esterno e donazioni per garantire servizi continui e di buona qualità.

La tabella seguente mostra un riassunto delle principali entrate e spese dell'ospedale negli ultimi tre anni finanziari.

ENTRATE	FY 99/00 UGX, 000	FY 00/01 UGX, 000	FY 01/02 UGX, 000	SPESE	FY 99/00 UGX, 000	FY 00/01 UGX, 000	FY 01/02 UGX, 000
Tariffe	65,418	73,467	100,500	Gestione ospedaliera	289,520	384,545	410,983
Delegated Funds	99,500	120,130	212,036	Amministrazione	22,053	22,210	28,586
Aiuti esterni	18,254	207,274	260,857	PHC	9,074	5,527	10,565
IGA	26,184	27,844	26,581	Dipartimento tecnico	NA	10,667	48,150
Totale	209,356	428,715	599,974		361,760	422,949	498,284

FY = Financial Year (anno finanziario); UGX = Uganda shillings (scellini ugandesi); PHC = Primary Health Care (attività sanitarie di base); IGA = Income Generating Activities (attività generanti reddito).

Negli ultimi anni il bilancio dell'ospedale è progressivamente aumentato, e ciò è in linea con molte altre realtà efficienti: generalmente si ritiene che l'aumento dell'efficienza di un servizio determini una riduzione dei costi, ma in realtà normalmente avviene l'inverso.

Tra le entrate dell'ospedale si segnala che le tariffe pagate dall'utenza (user fees) coprono solo una parte marginale delle spese, a testimonianza della crescente equità del finanziamento (fair financing) e della conseguente maggiore accessibilità ai servizi da parte della popolazione, compresi i più poveri.

I costi di gestione sono peraltro notevolmente aumentati, soprattutto a causa dell'aumento del costo del lavoro, dell'acquisto dei farmaci (spese direttamente legate all'attività ospedaliera) e delle spese fisse dei progetti di sviluppo.

In particolare è sempre più difficile coprire i costi correnti di gestione dell'ospedale, che raramente rientrano nei progetti dei grandi donatori intenzionali, più orientati agli interventi strutturali e amministrativi. Un drammatico esempio di questa situazione è dato proprio dalla difficoltà di seguire i pazienti affetti da malattie croniche, i quali si trovano generalmente a dover affrontare spese di cura spesso insostenibili.

L'esperienza dei paesi occidentali dimostra che vivere bene con il diabete è possibile, ma che la condizione essenziale perché ciò avvenga è che chi ne è affetto non lo viva come una condanna, ma come una condizione con cui convivere serenamente grazie a un supporto adeguato e all'assistenza di persone specializzate; ciò si realizza attraverso servizi dedicati.

La crescente prevalenza del diabete mellito nei Paesi in Via di Sviluppo pone quindi il problema di dare vita a servizi per i diabetici anche in queste regioni.

Nel novembre scorso, Jim Katugugu Muhwezi, Ministro della Sanità ugandese, ha presentato i dati più recenti sul diabete mellito in Uganda, una delle malattie non comunicabili a più rapida crescita. Tra il 1962 e il 1998 il numero di casi registrati all'ospedale di Mulago (l'ospedale della Makerere University di Kampala) è aumentato di 5 volte; a Mbale i casi sono passati da 425 nel 1994 a 2720 nel 2001, un aumento di 7 volte. Le stime nazionali fanno ritenere che nel Paese 400-500,000 persone siano seguite per questo problema e che un numero simile ne sia affetto senza che sia stata posta una diagnosi, per un totale di quasi un milione di malati. Il costo di un flacone di insulina da 10 ml (100 IU/ml) è compreso tra 9,000 e 12,000 UGX.

In tale orizzonte l'ospedale di Maracha sta valutando l'opportunità di creare una Diabetes Clinic per seguire adeguatamente i sempre più numerosi pazienti diabetici che afferiscono all'ospedale; le attività che tale clinica dovrebbe inizialmente svolgere sono la valutazione clinica del paziente, la misurazione della glicemia della glicosuria e della chetonuria e la dispensazione della terapia (insulina, siringhe, aghi monouso, antidiabetici orali).

Tuttavia i dati finanziari presentati indicano come non sia attualmente possibile, con le risorse ad oggi disponibili, l'implementazione di un'attività specialistica come la Diabetes Clinic.

3.2 Problemi non direttamente dipendenti dall'attività dell'ospedale di Maracha

I fattori di debolezza principali legati alla particolare situazione geo-politica di Maracha (ma non legate direttamente all'organizzazione dell'ospedale) riguardano il finanziamento generale dei progetti di sviluppo di cooperazione internazionale.

In particolar modo, negli ultimi anni, i fondi che lo Stato Italiano ha deciso di destinare alla cooperazione con i Paesi a Risorse Limitate sono nettamente diminuiti, e tale tendenza si è mantenuta indipendentemente dal colore dei governi che si sono succeduti.

All'inizio degli anni '90 il documento della World Bank "Investing in health" ha promosso la decentralizzazione dei servizi sanitari e il finanziamento dei progetti delle ONG da parte dei grandi donatori internazionali, tra cui gli Stati. Alla fine del decennio, tuttavia, è risultato evidente che tale approccio ha condotto a una situazione di squilibrio degli interventi di sviluppo, con la ridondanza di progetti in alcune zone e la carenza in altre, con conseguente scarsa equità e stagnazione (quando non vera e propria regressione) dello sviluppo umano. La storia ugandese offre un esempio chiaro di tutto ciò, con la duplicazione di molti servizi sanitari nei distretti del sud del Paese e la carenza nel nord, a causa dell'insicurezza e della conseguente maggior difficoltà a realizzare interventi in queste zone.

Per ovviare a questi problemi si è affermata una nuova filosofia di intervento, definita "Sector Wide Approach" e caratterizzata dalla centralizzazione dei finanziamenti internazionali ai Paesi in Via di Sviluppo, affinché le istituzioni pubbliche di tali Paesi possano poi coordinare in modo più equo l'allocazione delle risorse alle agenzie implementatrici. Da un lato il Sector Wide Approach favorisce il sostegno governativo dell'ospedale di Maracha (tramite l'erogazione dei delegated funds), ma dall'altro genera problemi nuovi, rendendo molto più difficile il finanziamento diretto dei progetti delle ONG.

Occorre infine ricordare che molte strutture sanitarie africane con intento caritativo sono state fondate da congregazioni religiose missionarie occidentali e per molti anni sostenute, anche economicamente, dai paesi di origine di tali congregazioni. Negli ultimi anni, tuttavia, la gestione di queste strutture è passata alle diocesi e alle congregazioni africane, che hanno capacità ben minori di raccolta e di sostegno.

3.3 Punti di forza intrinseci dell'ospedale di Maracha

La forza dell'ospedale è invece costituita dalla presenza costante di personale medico e paramedico qualificato, dalla continuità assistenziale, dall'eccellenza della sua amministrazione e dalla profonda integrazione nelle dinamiche del Ministero della Sanità Ugandese e nei processi attuali della sanità in Africa.

3.4 Opportunità esterne legate all'ospedale di Maracha

La qualità delle attività svolte, il riconoscimento del ruolo di Maracha nel panorama della sanità ugandese e il suo credito internazionale hanno suscitato molta attenzione, sia per l'attività dell'ospedale sia per la regione del West Nile in generale, e ciò si è tradotto in iniziative a favore dello sviluppo della regione.

Attualmente in Uganda sono molto numerose le ONG impegnate in progetti di cooperazione, ma vi è una sproporzione delle risorse a favore delle regioni meridionali del Paese. Nonostante ciò, per quanto detto sopra, attualmente vi sono più realtà che cooperano con l'ospedale di Maracha, tra cui la ONG italiana CUAMM, la ONG austriaca Horizont 3000, l'Associazione Toyai Onlus, la ONG tedesca Malteser Hilfsdienst e la ONG spagnola Medicus Mundi Navarra.

Inoltre in Occidente crescono la consapevolezza delle tematiche della cooperazione e un senso più ampio di responsabilità, tanto che negli ultimi anni numerose associazioni sono state capaci di mobilitare molte risorse, sia umane sia economiche. L'Associazione Toyai Onlus rappresenta un esempio significativo di tale impegno.

4. VALUTAZIONE DELLE OPZIONI DI INTERVENTO

Come tutte le realtà direttamente coinvolte nella cooperazione, l'ospedale di Maracha e i suoi partners dello sviluppo hanno una scarsa capacità di far fronte ai problemi non direttamente dipendenti dalla gestione dell'ospedale. L'ambito nel quale è invece possibile che le organizzazioni di sostegno di Maracha realizzino interventi efficaci è quello delle debolezze intrinseche dell'ospedale. Pertanto, alla luce delle considerazioni fatte sopra, l'Associazione Toyai Onlus ha deciso di impegnarsi per ovviare ai problemi di finanziamento della cura del diabete mellito all'ospedale di Maracha.

Un'attività sanitaria è sostenibile dall'utenza solo quando questa è in grado di sostenerne i costi, ma ciò capita di rado nei Paesi di risorse limitate: nel caso di Maracha, tuttavia, ciò potrebbe avvenire solo aumentando le user fees, ossia sacrificando l'equità del finanziamento e rendendo l'ospedale inaccessibile ai più poveri; peraltro l'esperienza ha dimostrato che anche un provvedimento di questo tipo, preso in una situazione di povertà così profonda, non sarebbe comunque in grado di coprire le spese, e avrebbe l'unico risultato di far crollare l'accesso all'ospedale e le prestazioni e di peggiorare i parametri sanitari della regione.

Chiaramente i principi ispiratori dell'ospedale e dei suoi partners dello sviluppo sono differenti, e per tale motivo l'Associazione Toyai Onlus si prefigge lo scopo di contribuire alla copertura delle spese correnti dell'ospedale di Maracha nel campo della cura delle persone affette da diabete mellito.

5. PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI A MEDIO TERMINE (TRIENNIO 2004/2006)

5.1 Fine generale

Per il medio termine il fine generale dell'Associazione Toyai Onlus è quello di combattere **LE MALATTIE CRONICHE NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO**; più precisamente si prefigge di **CURARE IL DIABETE NELL'AFRICA RURALE**.

La necessità di iniziative autonome delle ONG in West Nile è ben evidente in considerazione della povertà della regione e della scarsa propensione dei grandi donatori internazionali a intervenire nel nord Uganda, per tutti i motivi sopra esposti.

Tuttavia l'attuale panorama socio-sanitario africano fa ritenere che nel futuro a medio termine non vi saranno significative variazioni delle strategie di finanziamento generale dei progetti di sviluppo. Ciò significa che le iniziative delle ONG dovranno trovare fonti di finanziamento alternative.

5.2 Obiettivo generale

L'obiettivo generale che Toyai si prefigge è quello di **PROMUOVERE IL MIGLIORAMENTO DELLE CONDIZIONI SANITARIE NEI PAESI A RISORSE LIMITATE, E IN PARTICOLARE NELLA REGIONE UGANDESE DEL WEST NILE, UNA DELLE PIÙ POVERE DELL'UGANDA, INTERVENENDO NELLA COPERTURA DEI COSTI CORRENTI DEI SERVIZI SANITARI**.

5.3 Obiettivo specifico

L'Associazione Toyai Onlus si impegna dunque a sostenere il suddetto progetto; l'obiettivo specifico è quello di **ASSICURARE LA COPERTURA FINANZIARIA DELLE SPESE PER IL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO AL "SAINT JOSEPH" HOSPITAL DI MARACHA (UGANDA)**.

L'Associazione intende proporre ad altri interlocutori sensibili alle tematiche della cooperazione con i Paesi a Risorse Limitate di divenire partners del suddetto progetto attraverso la sua copertura finanziaria.

Tale iniziativa riflette una filosofia di intervento a medio-lungo termine, e si basa sulla constatazione che, nel presente e verosimilmente ancora per molti anni in futuro, l'offerta di servizi sanitari in un contesto rurale africano, povero e arretrato, deve essere largamente sovvenzionata con risorse materiali e finanziarie esterne.

5.4 Progetto proposto ai donatori

Toyai intende proporre ai donatori di contribuire al **FINANZIAMENTO DEI COSTI DEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO ALL'OSPEDALE DI MARACHA (UGANDA) NEL TRIENNIO 2004-2006**.

Il costo totale del progetto è di 32,668,875 Scellini Ugandesi, corrispondenti a 13,990.00 Euro (attualmente 1 Euro = 2335 UGX).

La valutazione delle opzioni di intervento per il triennio 2004-2006 ha suggerito la necessità di sostenere l'ospedale di Maracha contribuendo alla copertura delle spese del trattamento del diabete mellito.

5.5 Razionale del progetto

Considerando lo squilibrio costante (imbalace) tra gli enormi bisogni delle popolazioni dei Paesi poveri e la scarsità delle risorse disponibili, il progetto viene elaborato seguendo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità:

- promozione della salute: nelle esperienze di moltissime strutture sanitarie africane, sia governative sia private, la copertura dei costi di alcune prestazioni sanitarie consente un volume elevato delle stesse e

standard di cura elevati; si ritiene quindi che tale progetto sia in grado di conseguire il massimo guadagno in termini di salute con le risorse disponibili (efficienza);

- capacità di risposta alla domanda di salute: nel contesto africano la scarsità di risorse, in particolare economiche, rende precaria l'attività (e talora la stessa esistenza) di molte strutture sanitarie;
- equità: la copertura finanziaria di una parte significativa dei costi di correnti di un ospedale rurale africano consente di mantenere basse le user fees e quindi di rendere la struttura accessibile anche ai più poveri.

Come già specificato, l'ospedale di Maracha opera in ottemperanza alle linee di politica sanitaria ugandese; in quest'ottica il progetto è coerente con:

- la politica sanitaria nazionale identificata nell'Health Sector Strategic Plan del Ministero della Sanità Ugandese per il quinquennio 2000/1-2004/5, un documento elaborato con il contributo delle organizzazioni del settore sanitario *non profit*, tra le quali lo Uganda Catholic Medical Bureau, e
- le indicazioni dello Strategic Plan 2001-2005 – Operational Plan 2001-2003 – UCMB.

Il suddetto Health Sector Strategic Plan identifica gli obiettivi prioritari, le strategie e le azioni necessarie per la promozione della salute in Uganda; di tali strategie fa parte il Minimum Health Care Package (MHCP), definito come l'insieme di elementi di assistenza sanitaria di base che si ritiene necessario rendere disponibili a tutta la popolazione.

L'oggetto primario del presente progetto è rappresentato da un ospedale; le istituzioni ospedaliere sono scarsamente sostenute da altri progetti di cooperazione ma restano tuttavia un nodo centrale per un sistema sanitario che ambisca a un'equilibrata offerta di servizi.

Alla luce dell'esperienza dell'Associazione Toyai Onlus nel sostegno di progetti sanitari in Uganda, si aggiunge che il progetto è realizzabile con le risorse previste (fattibilità tecnica) e che la popolazione del West Nile, sia mediante i suoi rappresentanti democraticamente eletti sia spontaneamente, mostra da anni l'apprezzamento per il lavoro svolto e richiede la prosecuzione dell'aiuto (richiesta dell'utenza).

Le considerazioni suddette fanno prevedere che gli effetti a medio e lungo termine siano ampi.

L'organizzazione proponente si impegna a rivalutare periodicamente le varie tappe della programmazione al fine di modificare il progetto in base ai risultati conseguiti.

L'Associazione Toyai Onlus si impegna inoltre a trasmettere una relazione descrittiva e finanziaria ai donatori che aderiranno all'iniziativa.

6. DESCRIZIONE DEL PROGETTO

6.1 SCOPO

Lo scopo del presente progetto è quello di curare i pazienti affetti da diabete mellito della regione servita dall'ospedale di Maracha nel triennio 2004-2006.

MONITORAGGIO

Il monitoraggio del raggiungimento dello scopo del progetto avviene valutando il numero di pazienti che afferiscono e che vengono periodicamente valutati presso la Diabetes Clinic dell'ospedale di Maracha.

STRUMENTI DI VERIFICA

Il principale strumento con il quale si verifica l'indicatore sopra espresso è l'Annual Report dell'ospedale di Maracha, che rende pubbliche le attività svolte nel corso dell'anno finanziario.

6.2 OBIETTIVI

Come sopra chiarito, il diabete mellito costituisce un problema emergente in un contesto rurale africano; le cause sono molteplici.

- Prestazioni sanitarie dedicate. Il follow up e il trattamento del diabete mellito richiedono servizi dedicati con personale competente.
- Il costo elevato delle prestazioni necessarie per curare la malattia. Tali costi sono in parte diretti (ricoveri ospedalieri, visite ambulatoriali, diagnosi di laboratorio, farmaci, siringhe ed aghi) e in parte indiretti (giorni lavorativi persi dai malati, costi di trasporto, necessità di assistenza da parte dei familiari, con conseguenti ulteriori costi indiretti, durante la degenza ospedaliera, etc.)
- Lo stile di vita: l'indubbio miglioramento delle condizioni sanitarie che molte aree dell'Africa sub-sahariana hanno vissuto ha condotto da un lato alla riduzione della mortalità per malattie infettive comuni, quali la malaria e il tifo addominale, e dall'altro alla crescente diffusione di stili di vita che si avvicinano a quelli occidentali, quali la sedentarietà e un'alimentazione ricca di carboidrati.
- La difficoltà culturale. Anche nei Paesi occidentali il trattamento delle malattie croniche è reso difficoltoso dalla scarsa propensione di molti malati di accettare una condizione che dura tutta la vita. Ciò è particolarmente vero nel diabete, che spesso da pochi sintomi e che pertanto può dare al malato la falsa sensazione di non essere una patologia seria, esponendo però lui stesso e la società a cui appartiene ai gravi rischi delle complicanze a lungo termine della malattia.
- La competenza degli operatori sanitari. Le scuole mediche e infermieristiche (università e scuole specifiche) formano operatori capaci di affrontare soprattutto problemi legati alle malattie infettive, che hanno costituito per molti anni il principale problema sanitario dell'Africa, ma presentano molte lacune nel campo delle malattie cronico-degenerative, che solo negli ultimi anni sono divenute comuni.
- La difficoltà dei trasporti. In Africa i trasporti sono molto difficili: la maggior parte delle persone si muove a piedi, e solo in certe zone esistono servizi pubblici, peraltro spesso irregolari e inaffidabili; come si può immaginare, solo pochissimi possiedono automezzi privati. Occorre inoltre ricordare che spesso in Africa le condizioni di sicurezza sono molto scadenti, e la gente non è disposta a correre il rischio di spostamenti pericolosi.

Pertanto gli obiettivi che il progetto si prefigge sono:

- A. L'EROGAZIONE DELLE SPECIFICHE PRESTAZIONI SANITARIE,
- B. L'EDUCAZIONE SANITARIA DEI MALATI e
- C. LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO DEGLI OPERATORI SANITARI.

MONITORAGGIO

Il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi avviene valutando il numero delle prestazioni erogate dalla Diabetes Clinic dell'ospedale di Maracha, il numero di diabetici che sono stati istruiti sulla natura della loro malattia, sulle sue possibili conseguenze e sui presidi terapeutici (comportamentali, dietetici e farmacologici) che è opportuno mettere in atto, e le iniziative di aggiornamento intraprese.

STRUMENTI DI VERIFICA

La verifica dei suddetti parametri verrà svolta tramite l'Annual Report dell'ospedale e tramite il Report specifico del progetto.

ASSUNZIONI

Affinché il progetto si possa realizzare, occorre formulare alcune assunzioni che non possono dipendere direttamente dall'ospedale di Maracha né dall'Associazione Toyai Onlus. Si assume infatti che il Ministero della Sanità ugandese continui a sostenere le realtà sanitarie *non for profit* come l'ospedale di Maracha anche negli anni a venire, come peraltro sembrano far ritenere le attuali tendenze della cooperazione internazionale. Si assume poi che le condizioni di sicurezza in West Nile siano garantite anche in futuro, e che le infrastrutture presenti, per quanto limitate, siano conservate e possibilmente arricchite.

6.3 ATTIVITÀ

Gli obiettivi suddetti possono essere più raggiunti da una serie di attività programmate.

L'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie è possibile attraverso la copertura delle spese dirette:

- A.1 spese per la degenza e le visite ambulatoriali (OPD),
- A.2 spese per la determinazione della glicemia, della glicosuria e della chetonuria,
- A.3 spese per l'acquisto dell'insulina,
- A.4 spese per l'acquisto delle siringhe e degli aghi,
- A.5 spese per l'acquisto dei farmaci antidiabetici orali (i più diffusi in Africa sono la tolbutamide e la glibenclamide).

L'educazione sanitaria del paziente diabetico consiste in:

- B.1 il counseling, con il quale si informa il malato sulla natura della sua malattia,
- B.2 l'educazione comportamentale e dietetica e
- B.3 l'educazione al corretto uso dei farmaci (in particolar modo le modalità di conservazione e di impiego dell'insulina).

La formazione e l'aggiornamento degli operatori sanitari si attua mediante:

- C.1 riunioni periodiche dei medici, dei clinical officers e degli infermieri coinvolti nella gestione dei diabetici
- C.2 seminari straordinari di aggiornamento.

MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle attività avviene valutando i costi delle singole voci sopra esposte, il numero di prestazioni di counseling erogate e il numero di riunioni di briefing e di seminari di aggiornamento del personale.

STRUMENTI DI VERIFICA

La verifica dei suddetti parametri verrà svolta ancora tramite l'Annual Report dell'ospedale e tramite il Report specifico del progetto.

ASSUNZIONI

Affinché le suddette attività possano essere effettivamente svolte, occorre assumere che venga assicurato un flusso continuo di finanziamenti, che i beni previsti siano continuamente disponibili a costi non significativamente diversi e che gli aspetti logistici siano efficienti (soprattutto trasporti non compromessi da fattori di instabilità).

6.4 AZIONI

Le azioni che generano le suddette attività sono:

- A.1-5.1 Copertura delle spese suddette,
- A.1-5.2 Implementazione delle attività attraverso la creazione di un servizio dedicato (Diabetes Clinic),
- A.1-5.3 Amministrazione, supervisione, controllo e raccolta dei dati di attività.
- B.1-3.1 Implementazione delle attività educative.
- C.1.1 Briefing periodico,
- C.1.2 Training e tutoring per gli operatori sanitari più giovani,
- C.1.3 Formazione dei clinical officers,
- C.1.4 Formazione *on the job* del personale infermieristico,

C.1.5 Elaborazione e discussione dei dati,

C.2.1 Riunioni straordinarie

L'Associazione Toyai Onlus propone la copertura di parte dei costi suddetti (azione A.1-5.1) ai donatori; l'ospedale di Maracha e l'Associazione Toyai Onlus si fanno carico dell'implementazione del progetto, degli aspetti amministrativi, della supervisione e del controllo, della raccolta ed elaborazione dei dati, provvede alla copertura dei costi delle altre attività (in particolare i costi del personale sanitario impiegato) con altre fonti di finanziamento.

Si precisa che il finanziamento richiesto ai donatori è strettamente finalizzato a coprire i costi sopra indicati. Altre spese (supervisione e spese amministrative) sono sostenute direttamente dall'Associazione Toyai Onlus senza utilizzare i fondi dell'iniziativa.

6.5 Soggetti coinvolti nel progetto

- ✓ ASSOCIAZIONE TOYAI ONLUS
- ✓ "SAINT JOSEPH" HOSPITAL DI MARACHA
- ✓ HORIZONT 3000
- ✓ UGANDA CATHOLIC MEDICAL BUREAU

7. RISORSE FINANZIARIE RICHIESTE E BUDGET

Il finanziamento richiesto è destinato a sostenere i costi di assistenza dei pazienti diabetici con fabbisogno di terapia insulinica, di cui si propone ai donatori la copertura finanziaria.

Attualmente il numero di pazienti diabetici con fabbisogno di terapia insulinica seguiti dall'ospedale di Maracha è intorno a 40 e ogni anno si registrano almeno 15 nuovi casi; il presente progetto si prefigge pertanto di sostenere i costi diretti del trattamento per

- ✓ 40 pazienti nel 2004,
- ✓ 55 pazienti nel 2005 e
- ✓ 70 pazienti nel 2006.

Ciò equivale all'assistenza e al trattamento di 480 pazienti-mese il primo anno, 660 pazienti-mese il secondo anno e 840 pazienti-mese il terzo, per un totale di 1980 pazienti-mese.

SPESE PER LA DEGENZA E LE VISITE AMBULATORIALI (OPD)

Attualmente i costi per la degenza e per le visite ambulatoriali sono a carico dei pazienti (user fees). Il costo di un ricovero ospedaliero è di 12,500 UGX ed è comprensivo di ogni accertamento e terapia di cui il paziente abbia bisogno. Il costo di una visita ambulatoriale è di 2,500 UGX indipendentemente dalla causa che ha condotto il paziente in OPD, e in occasione della visita i pazienti ricevono i farmaci, le siringhe e gli aghi senza ulteriori pagamenti.

Nella filosofia del presente progetto tali costi restano a carico dell'utenza, pur avendo deciso di ridurre il costo della prestazione OPD da 2,500 a 1,500 UGX al fine di non scoraggiare i pazienti affetti da malattie croniche, che hanno cioè significative spese sanitarie ricorrenti.

INSULINA

Il fabbisogno stimato di insulina è di circa 40 IU al giorno; a differenza dei Paesi occidentali, dove questi pazienti sono trattati almeno con due tipi di insulina (generalmente regolare o Lyspro, ad azione rapida o ultrarapida, e isolano, ad azione intermedia), nell'Africa rurale molti pazienti se ne somministrano un solo tipo (molto comune è la zinco-insulina, ad azione lenta); in Uganda ogni flacone di insulina contiene 1,000 IU e da ciò si deduce un fabbisogno di 1.5 flaconi al mese per paziente. Il costo di un flacone, quando acquistato al Joint Medical Store di Kampala (un servizio di distribuzione di farmaci e attrezzature mediche per i servizi sanitari a risorse limitate), è intorno a 9,000 UGX (il costo varia frequentemente, seppur di poco, in base alle disponibilità del JMS); pertanto il costo del trattamento insulinico per un mese è di 13,500 UGX per paziente, corrispondente a 26,730,000 UGX per l'intero triennio.

SIRINGHE e AGHI

Anche se in Occidente può sembrare inconcepibile, il riutilizzo dello stesso ago e della stessa siringa è comune in Africa; si considera pertanto che ogni paziente abbia bisogno di 15 aghi e di 4 siringhe al mese.

Il prezzo degli aghi da insulina al Joint Medical Store è di 100 UGX, quello delle siringhe da insulina senza ago è di 145 UGX.

STRISCE REATTIVE PER IL MONITORAGGIO

Per la maggior parte dei pazienti diabetici con fabbisogno insulinico la diagnosi viene formulata in occasione di un ricovero in ospedale avvenuto per una sindrome poliuro-polidipsica o per una complicanza grave, quale il coma chetoacidotico. Durante la degenza in ospedale si stima la necessità di monitorare strettamente la glicemia, eseguendo almeno 15 determinazioni della glicemia al dito e 15 determinazioni di glicosuria e chetonuria (ciò vale per 15 pazienti all'anno); dopo la dimissione, auspicando un adeguato compenso glicometabolico e la compliance del paziente, si può prevedere la necessità di controllare ogni 1-2 mesi tali parametri (ciò vale per 25 pazienti il primo anno, 40 il secondo e 55 il terzo); se ne deduce un totale di circa 25 determinazioni per paziente il primo anno e 10 all'anno per i due anni successivi.

Il costo di una striscia per glicemia al dito al JMS è di 700 UGX, quello di una striscia per l'esame delle urine è di 83 UGX. Da ciò si deduce un costo complessivo di 32,668,875 UGX, pari a 13,990.00 Euro.

Il budget è espresso nella tabella successiva.

Risorse finanziarie del progetto

	COSTO UNITARIO	PAZIENTE/MESE	TOTALE UGX	EURO
Insulina	9,000	13,500	26,730,000	
Ago	100	1500	2,970,000	
Siringa	145	580	1,148,400	
Glicemia al dito	700		1,627,500	
Glicosuria e chetonuria	83		192,975	
Totale			32,668,875 UGX	Euro 13,990.00

N.B. Dove non specificato i costi sono in scellini ugandesi (UGX).

Il cambio attuale dell'Euro rispetto allo scellino ugandese è di circa 2335 UGX per 1 Euro.

Il finanziamento richiesto è strettamente finalizzato a coprire i costi sopra indicati. Altre spese (supervisione e spese amministrative) sono sostenute direttamente dall'Associazione Toyai Onlus e dall'ospedale di Maracha senza utilizzare i fondi dell'iniziativa.

Qualora un donatore interpellato fosse disponibile a coprire solo una parte dei costi del progetto, l'Associazione Toyai Onlus si impegna a cercare i fondi mancanti presso altri donatori, e comunque assicura di destinare tutti i fondi raccolti alle voci di progetto solvibili.

9. SCHEMA LOGICO

LE MALATTIE CRONICHE NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO: CURARE IL DIABETE NELL'AFRICA RURALE

Obiettivo Generale	Promuovere il miglioramento delle condizioni sanitarie nei Paesi a risorse limitate, e in particolare nella regione ugandese del West Nile, una delle più povere dell'Uganda, intervenendo nella copertura dei costi correnti dei servizi sanitari.
Obiettivo specifico	Assicurare la copertura finanziaria delle spese per il trattamento del diabete mellito al "Saint Joseph" Hospital di Maracha (Uganda).

GERARCHIA VERTICALE DEGLI OBIETTIVI	INDICATORI	STRUMENTI DI VERIFICA	ASSUNZIONI
SCOPO Curare i pazienti affetti da diabete mellito nell'area servita dall'ospedale di Maracha nel triennio 2004-2006	Numero di pazienti che afferiscono e che vengono periodicamente valutati presso la Diabetes Clinic dell'ospedale di Maracha	Annual report dell'ospedale di Maracha	
OBIETTIVI A. Specifiche prestazioni sanitarie B. Educazione sanitaria dei malati e C. Formazione e l'aggiornamento degli operatori sanitari	- Numero di prestazioni della Diabetes Clinic - Numero di pazienti che sono stati educati sulla malattia - Iniziative di aggiornamento	- Annual report - Report finale del progetto	- Sostegno del MoH ai servizi privati <i>non for profit</i> ugandesi - Sicurezza in West Nile - Mantenimento ed espansione delle infrastrutture
ATTIVITÀ A.1 Spese per la degenza e le visite OPD A.2 Spese per gli esami A.3 Acquisto dell'insulina A.4 Acquisto di siringhe e aghi A.5 Acquisto dei farmaci antidiabetici orali B.1 Counseling B.2 Educazione comportamentale e dietetica B.3 Educazione al corretto uso dei farmaci C.1 Riunioni periodiche del personale sanitario C.2 Seminari di aggiornamento	- Costo di inpatient e OPD activity - Costo degli esami - Costo dell'insulina - Costo di siringhe e aghi - Costo dei farmaci orali - Numero di pazienti che hanno ricevuto il counseling - Numero di riunioni di briefing - Numero di seminari	- Annual report - Report finale del progetto	- Flusso continuo di finanziamento, senza interruzione - Continua disponibilità dei beni previsti e logistica adeguata
AZIONI A.1-5.1 Copertura dei costi suddetti A.1-5.2 Implementazione delle attività A.1-5.3 Amministrazione, supervisione, controllo e raccolta dati B.1-3.1 Implementazione delle attività educative C.1.1 Briefing periodico C.1.2 Training e tutoring per i giovani C.1.3 Formazione dei clinical officers C.1.4 Formazione <i>on the job</i> del personale C.1.5 elaborazione e discussione dei dati C.2.1 Riunioni straordinarie	RISORSE RICHIESTE Costo insulina: 26,730,000 UGX Costo aghi: 2,970,000 UGX Costo siringhe: 1,148,400 UGX Costo glicemie: 1,627,000 UGX Costo stick urinari: 192,975 UGX TOTALE: 32,668,875 UGX, pari a EURO 13,990.00 Costo degenza e OPD a carico dell'utenza (user fees)	- Records di contabilità	

ASSOCIAZIONE TOYAI ONLUS – COORDINATE BANCARIE

CONTO CORRENTE BANCARIO

n. 2538, presso la Banca Cassa di Risparmio di Tortona, filiale di Pontecurone
ABI 06325, CAB 48480

CONTO CORRENTE POSTALE

n. 24466401, intestato ad "Associazione Toyai Onlus".

C.F. dell'Associazione: 93007570182

Con atto n. 16135 del 24-6-2002 l'Associazione Toyai ONLUS è iscritta nella Sezione Provinciale del Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato ai sensi della l.r. 22/93.