



ESPERIENZE DAL CAMPO

TOSAMAGANGA E I NUOVI APPROCCI PER LE NCDs

Capire il contesto e agire di conseguenza è una capacità fondamentale per lavorare in modo efficace in Paesi a limitate risorse. Lo è ancora di più per sviluppare strategie e innovazioni in campo sanitario. L'esperienza del Cuamm in Tanzania, nella gestione delle cure per le malattie croniche pone la riflessione sull'adattabilità delle risposte sanitarie in base alle situazioni socio-economiche.

TESTO DI / MARIO SAUGO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

IPERTENSIONE E DIABETE, MALATTIE DA AFFRONTARE

Nel luglio 2024 ho avuto l'opportunità di essere ospitato per un paio di settimane nella *Guesthouse* dell'ospedale di Tosamaganga, in una zona rurale della Tanzania, per studiare il contesto delle malattie croniche. Proprio questi problemi di salute sono in rapido aumento nell'Africa Sub-Sahariana, specialmente nelle città, e sono in buona parte legate alla diffusione di abitudini e stili di vita occidentali come il fumo, il consumo di bevande zuccherate ed alimenti processati ad elevato contenuto di sale e di grassi. Non sorprende quindi che la prevalenza dell'ipertensione e del diabete mellito siano molto alte (rispettivamente un adulto su 3 e un adulto su 10). Anche a Tosamaganga, il problema delle malattie croniche è presente e si intreccia con i problemi economici. Infatti, in questa regione solo un quarto dei pazienti ha un'assicurazione sanitaria, mentre gli altri devono pagare di tasca propria visite ed esami. Per il 75% dei pazienti è un carico economico che diventerebbe estremamente dispendioso, soprattutto se parliamo di malattie croniche. A Tosamaganga *screening* e cure sono somministrate gratuitamente grazie anche all'intervento di Cuamm e alle donazioni.

I NUMERI DI TOSAMAGANGA E DELL'INTERVENTO CUAMM

Nell'ospedale di Tosamaganga è operativo dal 2019 un programma di *screening* e trattamento dell'ipertensione e del diabete mellito. Dall'analisi dei dati raccolti è emerso che un terzo dei 2.038 pazienti con ipertensione aveva livelli molto alti di pressione arteriosa, e un terzo dei 687 pazienti con diabete mellito aveva una glicemia a digiuno molto elevata. La consapevolezza del problema, delle implicazioni e della gravità non è ancora matura nelle persone e nei referenti delle politiche sanitarie di quei Paesi: queste malattie sono percepite come "nuove".

A fronte di numeri così elevati di pazienti con malattie croniche, ma di risorse umane e materiali molto limitate, l'intervento del Cuamm mira a implementare e a dimostrare fattibilità e sostenibilità di un modello di cure primarie: i decisori delle politiche sani-

tarie, gli operatori sanitari e gli stessi pazienti devono essere formati e sostenuti nella prevenzione e nella presa in carico di queste "nuove" malattie. Il Cuamm si impegna con testa, cuore e risorse: è un medico italiano a coordinare il progetto, che fornisce farmaci e esami diagnostici per chi non ha un'assicurazione sanitaria. A 3 anni dall'inizio del progetto, la percentuale di pazienti ipertesi riportati ai valori corretti passa dal 13,0% al 53,2% e quella di diabetici dal 19,0% al 43,6%. Risultati incoraggianti, che però sottolineano quanto sia necessario lavorare per garantire la continuità di queste cure, in contesti in cui le risorse sono limitate.

SOLUZIONI ORIGINALI PER CURARE E PREVENIRE

Esperienza clinica, volontà di lavorare con i medici locali, una buona dose di creatività: sono gli elementi necessari per lavorare in Paesi a limitate risorse per trovare delle soluzioni originali e sostenibili per il futuro. Ad esempio, per i diabetici in trattamento si sta testando un protocollo semplificato con due somministrazioni al giorno di insulina premiscelata, educando i pazienti, visita dopo visita, all'uso autonomo del glucometro e delle strisce per la misurazione della glicemia e all'assunzione regolata degli alimenti. E ancora, in tema di ipertensione, si sta provando la somministrazione di Nifedipina come primo step di trattamento dell'ipertensione: un medicinale poco costoso, più maneggevole e soprattutto che funziona molto meglio della Bendroflumetiazide, un vecchio diuretico tuttora usato in Tanzania. Un'ultima proposta messa in campo è quella di sperimentare delle Carte del Rischio Assoluto Cardiovascolare, utilizzando come indicatore di rischio per le malattie cardiovascolari l'Indice di Massa Corporea (IMB), sostituendolo al Colesterolo LDL, un l'esame di laboratorio poco diffuso e con dei limiti di costi della terapia. In tal senso sono già documentate delle esperienze internazionali in USA e in Sudafrica, che vanno nella direzione di "scoprire" tecnologie frugali e sostenibili, ma scientificamente fondate ed efficaci.

L'Africa stimola ad essere creativi ed anche a chiedersi – anche qui in Italia – quali sono i bisogni di salute primari della popolazione e come il servizio sanitario pubblico può farvi fronte.