

Piano Pilota in Salute Mentale

PDHL.MOZ – Manica – Mozambico

Rapporto di Missione

Maurizio Costantino

(10.10 - 21.11.1999)

È bene iniziare questo rapporto a partire dal **Seminario di Formazione ed Informazione** tenutosi a Chimoio nei giorni 11,12,13 novembre 1999.

Nel Seminario infatti sono confluite e sono state elaborate indicazioni di contenuto e di metodo per la **implementazione della ricerca-azione**, che a sua volta costituisce l'aspetto operativo del Memorandum di Accordo tra Direzione Provinciale della Sanità - Manica e PDHL.MOZ - Manica.

In una seconda parte di questo rapporto si confermano e precisano caratteristiche ed obiettivi della **Unità Mobile di Salute Mentale**: strumento, gruppo di lavoro per procedere nella ricerca-azione seguendo il piano operativo originario, le indicazioni emerse dalla Consulenza e dal Seminario.

Il Seminario

Partecipanti, soggetti della formazione, portatori di informazione, formatori ciascuno degli altri a partire dalle proprie esperienze e competenze specifiche, sono stati:

- operatori e dirigenti della salute mentale (SSM), di quella comunitaria ed ospedaliera della Direzione Provinciale Sanità (DPS), della Direzione Provinciale per il Coordinamento della Azione Sociale (DPCAS) di Chimoio,
- operatori sanitari referenti della salute mentale, medici, Direttori Distrettuali della Sanità di tutti i Distretti delle zone Centro e Nord della provincia di Manica, nonché – per le stesse zone – operatori e dirigenti della DPCAS,
- operatori e dirigenti della A.ME.TRA.MO (Associazione Medici Tradizionali del Mozambico),
- operatori e dirigenti di organismi della società civile impegnati nelle pratiche contro l'esclusione sociale. In particolare: Suore Riparatrici di Catandica e Cruz Vermelha de Moçambique (CVM),

- Amministratori Locali (della città e dei distretti),
 - tecnici e dirigenti del PDHL.MOZ (compreso il rappresentante del governo locale presso il PDHL.MOZ stesso),
- per un totale di circa 60 partecipanti ed invitati.

La parte più strettamente formativa del Seminario si è articolata nella proposta di:

1. elementi di analisi sulle differenze – in termini di strutture istituzionali, organizzazione e stili di lavoro – tra psichiatria asilare e salute mentale comunitaria,
2. elementi di riflessione su esperienze di Impresa Sociale, ed in generale, di lotta alla esclusione sociale.

Parte formativa ed informativa del Seminario, dibattito ed elaborazione di indicazioni, si sono costantemente intrecciate.

Vedi ad esempio la posizione assunta da amministratori locali sulla salute mentale delle loro comunità: salute mentale come effetto della esistenza di condizioni minime di sviluppo economico partecipato, equilibrato, umano e locale.

In quest’ottica, politiche di salute locale si sostanziano anche attraverso la formazione ed il lavoro di operatori comunitari capaci di attivare/potenziare iniziative utili alla comunità intera e che abbiamo contemporaneamente finalità d’integrazione di popolazioni sfavorite.

I punti salienti emersi dal Seminario:

1. sulle funzioni e funzionamento del Centro Psichiatrico di Chissui (CPC) ed, in generale, **sul circuito del paziente psichiatrico nella Provincia:**

- lo 80% dei pazienti ricoverati proviene dai distretti **urbani** e con vie di **comunicazione** agili verso l’Ospedale Provinciale (OPC) di Chimoio (che, attraverso il suo Pronto Soccorso, costituisce il filtro agli ingressi nel CPC - vedi tabelle allegate)
- i pazienti sono di solito accompagnati da familiari che condividono il tempo di ricovero, svolgendo funzioni di assistenza ai loro congiunti e talvolta anche a congiunti altrui (“**acompanhantes**”)
- il numero di pazienti ricoverati oscilla tra **15 e 20** al giorno; nel complesso il personale è di **20** unità/tempo pieno (2 tecnici di psichiatria – cioè infermieri con tre anni di specializzazione, 1 psicologo, 1 infermiere caposala, 6 infermieri, 12 ausiliari di assistenza – questi ultimi garantiscono la presenza notturna).
La ratio personale/pazienti è quindi di circa **1 a 1**.
- la durata media dei ricoveri è di 25 giorni.
- in media, il personale tecnico della SSM/DPS impiega lo 85% del suo tempo di lavoro nel CPC. Le “visite di controllo” ai pazienti hanno caratteristiche molto

istituzionalizzanti ed una frequenza quasi giornaliera. Non per questo le condizioni dei pazienti nel tempo di ricovero mutano significativamente: le dimissioni corrispondono a lievi miglioramenti sintomatici, ma soprattutto all'esigenza dei familiari di riprendere il loro posto in famiglia e nelle comunità,

- il lavoro di reinserimento in famiglia di pazienti cronici ha dato in passato buoni risultati. La mancanza di mezzi di trasporto della SSM - ed altre priorità esistenti in merito all'utilizzo dei mezzi della Direzione Provinciale Sanità - non hanno consentito la continuità necessaria nel rapporto con le famiglie. Alcuni pazienti sono rientrati nel CPC, altri rientrano quando i familiari sono più impegnati nei lavori stagionali (semina e raccolto),
- nel 1997 la SSM era riuscita a garantire una frequenza regolare per le “consultas externas” (visite ambulatoriali) sia allo OPC che in alcuni Centri di Salute, ed a controllare così numero e frequenza dei ricoveri. La carenza di mezzi di trasporto (per i due tecnici di psichiatria che effettuano le visite ambulatoriali) non pare comunque una ragione sufficiente a giustificare la **verticale caduta** nel numero di visite ambulatoriali dichiarate (1997=1600 pazienti, 1998=750 pazienti),
- si è ribadito che i costi del CPC (anche per il suo essere decentrato e fuori dalle linee di trasporto pubblico) non sono sostenibili per la DPS. A livello nazionale, in questo momento, sono oltre 100 le Unità Sanitarie di base chiuse per assenza di risorse, il Programma Nazionale di Salute Mentale non ha un suo *budget*, la salute mentale non è – di fatto - considerata una priorità,
- si è ribadito anche che la attuale organizzazione del lavoro allo CPC **non** promuove e valorizza le risorse umane (del personale, dei pazienti, dei familiari), e quelle materiali della istituzione.

In particolare si è sottolineato che il CPC, che in origine era una grande fattoria, possiede una grande area fertile non utilizzata. Solo una parte del terreno è sfruttata (peraltro professionalmente e con evidente profitto economico).

In questo quadro desta preoccupazione l'utilizzazione dei pazienti come **mano d'opera gratuita**, sotto la voce “ergoterapia”.

- Si è dunque affermato che la **prima condizione di sostenibilità** di qualunque futuro programma è una buona utilizzazione e valorizzazione **delle risorse umane e materiali esistenti**. L'esperienza di Maputo - visite domiciliari, lavoro con le famiglie, utilizzo e valorizzazione delle capacità anche del personale ausiliario, collaborazione con i Servizi Sociali, conseguente diminuzione dei reingressi in OP dei pazienti seguiti nella comunità - ha assunto in questo contesto di analisi e riflessione, un significato pregnante.

2. Problematiche ed esigenze dei referenti distrettuali della salute mentale.

Tutti i referenti dei Centri di Salute dei Distretti hanno concordato sulla necessità di:

- Garantire visite ambulatoriali regolari e periodiche, anche per fornire lo accompagnamento necessario ad una buona reintegrazione sociale dei pazienti

dimessi dallo CPC,

- Formare ed aggiornare il personale - clinico e non - per migliorare l'accoglienza e l'assistenza a pazienti e famiglie,
- Lavorare in integrazione con i referenti distrettuali della DPCAS e con tutti gli altri attori, istituzionali e non; con particolare attenzione al lavoro svolto dai medici tradizionali che, soprattutto nei distretti periferici, costituiscono senza dubbio la rete di risposta sanitaria più conosciuta ed utilizzata dalla popolazione,
- Istituire una Infermeria Psichiatrica - o disporre di alcuni letti per **emergenze** psichiatriche nello Ospedale Provinciale di Chimoio (vedi esperienza in questo senso allo Ospedale Provinciale di Pemba/Cabo Delgado),
- Avere due letti per emergenze psichiatriche nello Ospedale Rurale di Catandica onde costituire un filtro tra i Distretti Nord e l'Ospedale Provinciale di Chimoio,
- Alcuni programmi della Ripartizione Salute Comunitaria della DPS già si realizzano soprattutto attraverso **visite domiciliari**; la SSM è parte integrante di questa Ripartizione, può quindi realizzare almeno una parte delle sue visite domiciliari nel quadro della programmazione comune. Ciò anche per ovviare a quella mancanza di mezzi di trasporto da alcuni denunciata come limite fondamentale allo sviluppo del lavoro territoriale,
- Organizzare iniziative culturali, di informazione e comunicazione sociale, a livello delle comunità, per combattere lo stigma del malato di mente, ma in generale contro l'esclusione sociale.

3. Lavoro integrato di équipes – istituzionali e non – su casi e ed esperienze concrete.

- L'esperienza delle Suore di Catandica è esemplare non solo per la qualità del loro lavoro di assistenza e promozione di persone marginalizzate, ma anche per una chiara indicazione che emerge dal loro lavoro: è possibile ed utile lavorare in stretta collaborazione con Enti e persone di ogni tipo (medici ospedalieri e tradizionali, amministratori locali ed organismi internazionali.....),
- L'esperienza della Croce Rossa del Mozambico con i bambini offesi dalla guerra ha testimoniato della necessità di conoscere in profondità i valori culturali, i fondamenti e gli attori dei poteri localmente riconosciuti.
I medici tradizionali – al di là delle loro capacità terapeutiche - costituiscono molto spesso un mezzo fondamentale di costruzione e mantenimento della **coesione sociale**.
Sempre in relazione ai programmi svolti con i bambini offesi dalla guerra, la Croce Rossa del Mozambico ha evidenziato la necessità di programmi sostenibili di creazione di lavoro e di formazione professionale (senza i quali non si sviluppa una **reale integrazione comunitaria** delle persone più deboli).
- Si è sottolineata la necessità di costruire e garantire una comunicazione regolare tra i diversi referenti – istituzionali e non – **a partire dal singolo utente, dai singoli casi concreti**, rispetto ai quali ciascuno può apportare specifiche

competenze.

- Si è concordato sulla necessità nel lavoro territoriale, di fare riferimento ai Comitati Locali di Leaders Comunitari – CLC – sia per l’analisi delle situazioni socio-sanitarie che per la ricerca di risposte locali.

Il Seminario di Formazione ed Informazione, organizzato inizialmente sotto il titolo:

“Salute Mentale e Sviluppo Umano Locale”

si è svolto poi affiancando al primo, un secondo lemma:

“Sviluppo Umano Locale è Salute Mentale”.

Unità Mobile per la ricerca-azione in salute mentale

Si costituisce a livello provinciale, su contenuti e metodologie discusse e concordate tra DPS, DPCAS e PDHL.MOZ della Provincia di Manica.

È composta da:

- Referente della DPS presso il PDHL MOZ per la Sanità (S.ra Joana Alho)
- Sezione Salute Mentale della DPS (SSM/DPS, Sr. Fernando Moda e Dr. Fiel Cardoso)
- Ripartizione Salute Comunitaria della DPS (Sr. Paulino Andrassone)
- Referente per la DPCAS presso il PDHL MOZ (Sr. Cardoso Diquirombe)
- Programma ABC/DPCAS (Apoio Baseado na Comunidade – S.ras Tomasia Gaspar e Paula Faftine)
- Rappresentante della A.ME.TRA.MO (Associazione Medici Tradizionali del Mozambico - Sr. Mario Felipe Guacho)
- Rappresentanti della Croce Rossa del Mozambico (Dr. Enrique Queirol) e delle Suore della Congregazione Riparatrici (Suor Fernanda), come espressioni della società civile e di organismi che più sono attivamente impegnati nel lavoro comunitario in salute mentale e di lotta alla esclusione sociale.
- Health Officer del PDHL MOZ (Dra Fernanda Varela)

L’Unità Mobile, grazie alle competenze ed alle esperienze nel suo seno rappresentate - ed al lavoro già informalmente svolto: preparazione Seminario, incontri “sul campo” con realtà operative – può costituire lo strumento per la realizzazione della ricerca-azione attraverso cui si implementa il Piano Pilota in Salute Mentale della Provincia di Manica.

Compiti della U.M.

- 1. Raccolta ed analisi di ulteriori elementi sul circuito dei pazienti nella Provincia**
(con particolare attenzione alle differenti caratteristiche di popolazioni urbane - Manica, Chimoio, Gondola - e rurali - Distretti Guro, Macossa, Tambara, Barue), e sviluppo del lavoro di conoscenza della rete di Medici Tradizionali, verificando le possibilità di intervento congiunto su pazienti conosciuti sia dal circuito istituzionale sia da quello tradizionale (come già iniziato a sperimentare)
(vedi: allegato D)

- 2. Reinserimento sociale di pazienti “cronici”**
Promuovere - attraverso il lavoro integrato di operatori della Salute Mentale e della Azione Sociale, ed in collaborazione con medici tradizionali e volontari di associazioni – la realizzazione pratica di programmi di reinserimento sociale di pazienti cronicamente ricoverati al CPC.
Si tratta, al 20 novembre 1999, di 5 pazienti - attualmente ricoverati - per i quali verificare e costruire una possibilità, concreta e sostenibile nel tempo, di reinserimento.
Si tratta inoltre di verificare condizioni di vita e prospettive di altri 5 pazienti “cronici” già reinseriti negli ultimi mesi e di cui non si hanno notizie.

- 3. Lavoro comunitario integrato attraverso la realizzazione di visite ambulatoriali e domiciliari.**
La messa a disposizione di una motocicletta da parte del PDHL MOZ per la SSM/DPS, consente di garantire l’organizzazione di visite ambulatoriali allo Ospedale Provinciale, nei Centri di Salute della città di Chimoio ed in quello della città di Gondola. (Ricordiamo che i **Centri di Salute** costituiscono la articolazione territoriale dei servizi sanitari di base e che tali centri polivalenti ed a volte forniti di letti – maternità – e di servizi specialistici – dentista, oculista - costituiscono, sono conosciuti ed utilizzati dalla popolazione come le strutture di più immediato ed utile accesso.)

Tecnici di salute mentale della SSM/DPS, con lo psicologo e gli infermieri della stessa SSM, con operatori della DPCAS e attivisti volontari possono, grazie alla motocicletta e ad un uso più razionale delle risorse umane:
A) garantire che una mattina (od un pomeriggio) per settimana siano tenute visite ambulatoriali in ciascuno dei tre Centri di Salute e nello Ospedale Provinciale di Chimoio
B) garantire che due volte alla settimana siano effettuate visite domiciliari,

C) apprendere, attraverso la collaborazione interdisciplinare, a fare visite ambulatoriali e domiciliari in cui si affrontino insieme agli aspetti clinici, i problemi materiali, quelli relazionali e di esclusione sociale.

Il risultato atteso dalla organizzazione di questo sistema di visite ambulatoriali ed a domicilio è un maggior benessere degli utenti che si traduca in una visibile e **misurabile riduzione dei ricoveri e della loro durata.**

3 a) Lavoro comunitario a partire dai pazienti “acuti” ricoverati ad oggi allo CPC: le forze - istituzionali e non - presenti nella Unità Mobile consentono di iniziare un lavoro per la riduzione dei tempi di ricovero allo CPC, attraverso la programmazione congiunta e la continuità nell’accompagnamento territoriale;

3 b) Consulte esterne e implementazione integrazione tra SSM e Centro di Salute di Manica. Ricordiamo che dalla città di Manica si ricoverano allo CPC circa 1 paziente la settimana (20% circa dei ricoveri settimanali); il corpo clinico del Centro di Salute è particolarmente motivato.
È possibile garantire almeno un pomeriggio (od una mattina) di visite ambulatoriali al Centro, nonché un turno di visite domiciliari.

3 c) nello stesso Distretto: esperienze di lotta all’Esclusione Sociale

Il Distretto di Manica è territorio sperimentale per il “Programma Integrato” dei Ministeri del Lavoro, della Azione Sociale, della Gioventù, della Agricoltura. Il Programma, che ha come obiettivo l’inserimento al lavoro delle fasce sfavorite, è gestito dalla Commissione Provinciale per il Re-Inserimento Sociale, Commissione presieduta dal Governatore e diretta operativamente dalla stessa Direttrice Provinciale del Coordinamento dell’Azione Sociale (DPCAS, con cui il PDHL MOZ ha stipulato un memorandum di accordo).

I punti 2. e 3. andranno articolati e valutati anche come **formazione sul campo** (nel lavoro integrato con e nelle comunità, gli organismi amministrativi decentrati, quelli tradizionali, le associazioni di base ed i Comitati Locali – vedi, a seguire il punto 7.).

4. **Articolare l'Unità Mobile a livello decentrato per il Distretto di Barue.**

Nel Distretto di Barue, nella città di Catandica, si manifesta un insieme di forze ed esperienze che fanno pensare ad un possibile sviluppo di iniziative sui due versanti dello accoglimento protetto e temporaneo di popolazioni sfavorite (tra cui pazienti psichiatrici) e dello sviluppo di Imprese sostenibili e finalizzate all'inserimento lavorativo.

Le forze e le esperienze in campo – istituzionali e non - vanno dallo Ospedale Rurale al Programma di Formazione Professionale ed Inserimento al Lavoro della DPCAS (Corsi di formazione per calzolai, carpentieri, già verso la conclusione e dotati dei macchinari necessari per iniziare a produrre), dalle Suore che operano a 360 gradi contro l'esclusione sociale (orfani e donne sole, “matti” e produzione di ortaggi con i bambini, lavori di cucito, stalle di maiali) a due Medici Tradizionali più competenti e frequentati per le malattie mentali, alla capillare presenza di attivisti della Croce Rossa.

Dal Seminario sono già emerse indicazioni per una collaborazione concreta tra tutte queste realtà. L'Unità Mobile potrà impegnarsi a favorire la collaborazione ed avanzare proposte per l'implementazione di progetti comuni o sinergie tra i progetti di ciascuno.

5. Attivarsi ed attivare per la realizzazione di una campagna culturale contro **l'esclusione sociale.**

Esistono situazioni ed esperienze di ricostruzione del diritto a vivere nella comunità (bambini, donne, smobilitati e rifugiati, ecc.).

Esistono organismi ed associazioni culturali locali che - **attraverso la ricostruzione delle vere storie delle persone** e con l'utilizzo articolato di tutti i mezzi di comunicazione, tradizionali e moderni – possono raggiungere le comunità e, tenendo conto delle differenze di lingua locale, tra città e campagna, di età, proporre messaggi partecipativi attorno alla questione

“ c'è spazio per tutti nella comunità? ”

6. In stretto rapporto con la componente DEL (Desenvolvimento Economico Local - PDHL.MOZ) e con le forze economiche, culturali, di formazione professionale ed educative presenti nella comunità:

far esprimere, attivare le competenze professionali, valorizzare le esperienze, promuovere forme di **Impresa Sociale.**

7. **Formazione.**

- Articolare e realizzare, con il contributo di esperti/consulenti seniors, percorsi di formazione ed aggiornamento per il personale delle Unità Sanitarie di tutti i distretti sulla accoglienza, sulla polivalenza ed inter-disciplinarietà dei programmi terapeutici, ed in generale sul rapporto tra cure ospedaliere ed interventi

territoriali.

Ciò anche utilizzando tutti i terreni di esperienza pratica sviluppatasi nella Provincia (e, se possibile, in altre province).

I Corsi dovranno caratterizzarsi quindi come formazione *on service* e *on the job*.

- L'Unità Mobile stessa potrà essere, nel corso del primo semestre 2000 oggetto/soggetto di una attività di formazione alla **auto-valutazione di equipe**. In questa circostanza il gruppo potrà essere allargato a persone particolarmente significative a livello provinciale e l'auto-valutazione potrà avvenire proprio sul lavoro svolto dal gruppo nella sua prima fase di attività.
- Gli elementi conoscitivi, le analisi, le proposte di lavoro che emergeranno dalla auto-valutazione (guidata) della Unità Mobile, potrebbero costituire la trama per l'organizzazione di un II° Seminario Provinciale.

Alcune conclusioni

La riorganizzazione del circuito psichiatrico e di salute mentale sarà evidentemente il prodotto del Piano Pilota e si fonderà sugli elementi di conoscenza forniti dall'intervento/ricerca, oltre che sulle necessità di contenimento dei costi espresse dalla DPS.

Necessità incontestabili, cui si può tentare di rispondere con una riorganizzazione che ottimizzi le risorse esistenti e evidenzi e valorizzi le risorse comunitarie - istituzionali e non - comprese quelle dei pazienti e delle loro famiglie.

In particolare pare opportuno che nell'ambito dello Ospedale Provinciale di Chimoio un numero congruo di letti sia a disposizione per ricoveri per casi di emergenza psichiatrica. Questi letti (6/8) potranno far parte di una vera e propria Infermeria Psichiatrica o essere parte della Infermeria Generale (Reparto di medicina generale). Comunque, affinché i ricoveri siano quello che devono essere - e cioè risposte a situazioni che necessitano controllo e cura sulle 24 ore per il tempo limitato della emergenza - sarà probabilmente necessario prevedere un polo di lavoro territoriale di salute mentale.

Polo che potrebbe trovare posto e significato in uno dei tre Centri di Salute di Chimoio: il Centro di Salute "E.Mondlane", più centrale, è quello più conosciuto e utilizzato dalla popolazione.

Il Centro di Salute Mentale nel Centro di Salute costituirebbe il perno per l'articolazione tra l'emergenza (ospedale) e la comunità; costituirebbe il luogo, l'equipe aperta ad integrazioni, per la prevenzione, cura e riabilitazione nella comunità.

Il terzo polo di questa articolazione potrebbe costituirsi - attraverso anche la conversione nell'uso dell'attuale Ospedale Psichiatrico - in una Rete di iniziative di produzione economica, formazione professionale ed inserimento al lavoro. Iniziative nel mercato, e finalizzate all'inserimento sociale e lavorativo.

Intorno a questi ragionamenti si è sviluppato il dialogo tra il PDHL.MOZ, il Consulente e le Direzioni Provinciali della Sanità e dell'Azione Sociale, verificando una consonanza di opinioni.

In particolare sul "terzo polo" - ovvero sulla rete di iniziative economiche per l'integrazione sociale - il consulente ha potuto constatare l'interesse e la volontà di operare praticamente del signor Governatore della Provincia di Manica.

Pare utile, a conclusione di questo rapporto, sottolineare il peso che gli stages di formazione all'estero potranno assumere, sia in riferimento alla partecipazione di rappresentanti delle Direzioni, che di operatori dirigenti e di terreno. L'attuazione di questi stages peraltro è già stata prevista.

Non lo è ancora, invece, la possibilità di inviare, a collaborare con l'Unità Mobile, operatori con forti esperienze pratiche di lavoro contro l'esclusione sociale. Operatori che possano, attraverso il loro stesso lavoro pratico con i colleghi mozambicani e in un tempo più lungo di quello che possono offrire i consulenti *seniors*, svolgere quella formazione sul terreno, quella condivisione di esperienze, che costituiscono il patrimonio di pratiche individuali su cui risulta più agevole e fondato costruire processi di nuova organizzazione, istituzionale e non.

Chimoio, 18 novembre 1999

Allegato A.

**Pazienti ricoverati nel Centro Psichiatrico di Chissui per Distretto di provenienza.
Anno 1998.**

Distretto	Numero ricoverati	% sul totale ricoverati
Chimoio Cidade	154	55,6
Manica	43	15,5
Gondola	28	10,1
Tambara	3	1,1
Guro	13	4,7
Macossa	1	0,3
Barue	9	3,2
Machaze	1	0,3
Mossurize	-	-
Sussundenga	5	1,8
Altre Province	17	6,1
Altri Paesi	2	0,7
	277	100

Fonte: Registro dei ricoveri del CP di Chissui

Allegato B

Pazienti ricoverati nel Centro Psichiatrico di Chissui per Distretto di provenienza.

I° semestre 1999.

Distretto	Numero ricoverati	% sul totale ricoverati
Chimoio Cidade	64	51,6
Manica	22	17,7
Gondola	16	12,9
Tambara	1	0,08
Guro	4	3,3
Macossa	1	0,08
Barue	2	1,61
Machaze	1	0,08
Mossurize	-	-
Sussundenga	4	3,3
Altre Province	8	6,45
Altri Paesi	1	0,08
	124	100

Fonte: Registro dei ricoveri del CP di Chissui

Alcuni dati socio-sanitari recentemente pubblicati.

Fonte: “Domingo”, giornale settimanale di Maputo, che cita a sua volta come fonti i Ministeri dell’Interno e della Sanità.

Popolazione del Mozambico:	16.800.000	abitanti
Età media:	17,5	anni
Aggregati familiari:	4.000.000	
Persone per aggregato:	6	
Indice di fecondità:	5,9	figli per donna
Indice di fecondità Prov. di Manica:	6,3	“ “ “
Speranza di vita:	42,3	anni
Speranza di vita, donne:	48,8	“
Speranza di vita, uomini:	40,2	“
Mortalità nell’infanzia (tra 0 e 5 anni):	245,6/1.000	
“ “ “ urbana:	166,3/1.000	
“ “ “ rurale.	270,2/1.000	
Morti per AIDS 1998:	160.000	
Orfani di persone morte per AIDS, 1998	120.000	
14,4% della popolazione adulta, ossia 1.140.000 persone, sono HIV positive (Corridoio di Beira e Provincia di Maputo le zone a prevalenza maggiore)		

Allegato D.

Note sulla Medicina Tradizionale

In generale, per la sua rilevanza politico-culturale, e nello specifico della Provincia di

Manica in relazione al Piano Pilota, il tema "Medicina Tradizionale (MT)" merita alcune note specifiche.

Al sistema di potere tribale rappresentato dal Capo (Mambo) e dal Curandeiro si è sovrapposto prima il sistema coloniale - con il Capo scelto dai coloni, il "Regolo" - e poi quello post-indipendenza, con l'Amministratore Locale (di nomina governativa) ed i direttori di settore (salute, educazione...).

A tutt'oggi può accadere che nella stessa località coesistano i tre sistemi.

Il sistema tribale è sopravvissuto anche clandestinamente: per esempio dopo l'indipendenza (1975) e fino alla pace del 1992, la pratica della MT era identificata come puro "oscurantismo" e severamente proibita.

Questo passato recente spiega perché ancora oggi alcuni Medici Tradizionali, se convocati per un incontro dalla amministrazione statale, preferiscano nascondersi nella foresta: temono infatti che il fine di quella convocazione possano essere "l'arresto e la tortura".

La A.ME.TRA.MO è stata legalmente riconosciuta come Associazione solo nello agosto del 1998. In ogni caso la A.ME.TRA.MO non è l'Ordine dei Medici Tradizionali: infatti MT si diventa per investitura spirituale e non attraverso scuole. Inoltre gli spiriti che possono "investire" variano totalmente da zona a zona.

In generale si diventa MT attraverso la malattia e le indicazioni ricevute dagli spiriti degli avi che indicano terapie (erbe) e procedure (cerimonie) per la cura fisica e spirituale dell'individuo e del suo gruppo sociale.

Fonti ufficiali del MISAU sostengono che il 70% della popolazione fa ricorso alla MT.

Il 95% dei MT non parla portoghese.

Come sostenuto nel corso del Seminario da un Amministratore statale, non c'è un mozambicano che nella sua vita non abbia fatto ricorso almeno una volta ad un Medico Tradizionale.

In ogni caso pare esservi tra gli operatori socio-sanitari un accordo di fondo sul fatto che, al di là delle capacità terapeutiche della MT e dei singoli, la MT ed il MT giocano un ruolo fondamentale nell'assicurare coesione e ri-equilibrio sociale e di gruppo.

Il rapporto tra MT e strutture pubbliche si configura oggi, oltre che come rapporto tra tradizione e modernità, soprattutto come rapporto tra "pubblico" e "privato", avente come caratteristica fondamentale quella dello "scarico reciproco degli insuccessi", tipico dei paesi "sviluppati".

Gli incontri realizzati nel quadro della ricerca-intervento - tra operatori pubblici e medici tradizionali - hanno fatto intravedere la possibilità di interventi congiunti a partire da pazienti comuni. In un quadro di reciproco rispetto, in assenza di volontà egemoniche, tale collaborazione potrebbe rivelarsi molto interessante.