

di Enrico Tagliaferri



Membri selezionati delle comunità locali, opportunamente istruiti e assistiti, possono dare un contributo importante per migliorare lo stato di salute nei paesi poveri.

Il coinvolgimento delle comunità nei programmi sanitari è una componente dell'approccio *primary health care*, enunciato nel 1978 alla conferenza di Alma Ata e recentemente ribadito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come la strategia più adeguata per affrontare i problemi della salute globale[1]. Tale coinvolgimento può avvenire sul piano consultivo, decisionale o consistere nello svolgimento di vere e proprie attività sanitarie di tipo preventivo o curativo. Ci soffermeremo su questo ultimo punto.

Membri della comunità sono stati di volta in volta formati per eseguire compiti diversi in numerosi programmi e variamente indicati come *village health workers* (VHWs), *community health workers* (CHWs), *community owned resource persons* (CORPs), *health extension workers*, *village health aides*, etc...

L'esperienza di maggior durata è probabilmente quella che vede membri della comunità prendere parte alle campagne di vaccinazione, soprattutto quelle straordinarie, durante le quali un carico di lavoro enorme è concentrato in pochi giorni. Alcune persone hanno ricevuto una formazione specifica e sono in grado praticare iniezioni, pur mancando spesso di altre competenze sanitarie (*vaccinators*). Altri svolgono nelle comunità opera di sensibilizzazione, registrazione e mobilitazione delle persone da vaccinare e partecipano alle attività della stazione di vaccinazione (*vaccination post*) regolando il flusso delle persone e svolgendo altre mansioni logistiche (*mobilisers*). **È difficile pensare che si sarebbero potuti ottenere i risultati degli ultimi anni, in termini di copertura vaccinale, senza il contributo di queste forze aggiuntive;** pensiamo ad esempio allo sforzo enorme che si sta facendo per l'**eradicazione della poliomielite**, cui siamo ormai vicini.

Per la malaria ricordiamo la strategia *Home Based Management of Fever (HBMF)*: i volontari, *drug distributors* (DDs), vengono formati per fornire tempestivamente il trattamento antimalarico ai bambini sotto i 5 anni con febbre. Con questa strategia è stato trattato nei villaggi un numero rilevante di bambini e la maggior parte entro 24 ore; il programma ha portato solo ad una lieve riduzione del numero di casi di malaria registrati nei centri sanitari, e quindi ad un incremento notevole del numero complessivo di casi, probabilmente perché con questa strategia sono stati raggiunti bambini che altrimenti non avrebbero avuto accesso a nessun servizio[2]. Risultati incoraggianti sono stati ottenuti con l'impiego dei test rapidi, *rapid diagnostic tests* (RDTs) per la diagnosi e una combinazione di farmaci comprendente un derivato dell'artemisinina, *artemisinin-based combination therapy* (ACT) per il trattamento[3].

Nell'ambito della strategia CB DOTS (*community based directly observed treatment short course*) per il controllo della tubercolosi, un volontario viene selezionato per seguire il paziente in trattamento antitubercolare, assicurarsi che assuma ogni giorno i farmaci, registrare le dosi assunte e recarsi periodicamente al centro sanitario per rifornirsi di farmaci. Teoricamente, subito dopo la diagnosi, una figura sanitaria preposta dovrebbe recarsi nel villaggio del malato e selezionare con la comunità il *community volunteer*. Sempre in teoria, i parenti stretti dovrebbero essere esclusi perché privi del necessario distacco. Secondo i dati ufficiali la copertura della strategia CB DOTS è in molti paesi il 100%, mentre chi ne ha esperienza diretta sa che la realtà è molto diversa: solo una parte dei malati è effettivamente seguita da un volontario. Il sistema, che prevede l'interazione di figure diverse e l'aggiornamento di vari registri, è tutt'altro che semplice. Comunque nel 2007 l'incidenza, la prevalenza e il tasso di mortalità per tubercolosi sono lievemente diminuiti[4]. Difficile dire quanto di questi risultati sia da attribuire alla CB DOTS, che comprende anche altre componenti oltre al coinvolgimento di un volontario; probabilmente il contributo di un *community volunteer* può essere utile in casi selezionati, ad esempio nel caso si sospetti un'infezione da germi resistenti, *multi drug resistant* (MDR) o *extensively drug resistant* (XDR) TB, in cui l'aderenza del paziente al trattamento è indispensabile.

Nella cura dell'Hiv/Aids, i volontari sono impiegati nelle visite a domicilio dei pazienti costretti a letto, le *home visits*, un'occasione per consegnare medicine, cibo e altri generi di prima necessità, valutare sommariamente le condizioni cliniche, il controllo del dolore, e non ultimo portare una parola di conforto. Spesso sono le stesse associazioni di persone HIV positive a portare avanti queste attività.

Meritano di essere citati anche i *community based rehabilitation workers* (CBR workers), cui sono stati impartiti insegnamenti di base su disabilità e riabilitazione: sono in grado di identificare e riferire appropriatamente casi che possono trovare una

risposta efficace nel sistema sanitario, sanno come fabbricare stampelle, parallele e altri presidi ortopedici, possono seguire pazienti in fisioterapia in collaborazione con il fisioterapista.

Negli anni '80 l'OMS ha posto molta enfasi sul ruolo delle levatrici tradizionali, *traditional birth attendants* (TBAs), visto che un'elevata percentuale dei parti, nei paesi poveri, avviene ancora a domicilio. L'attività delle TBAs però, pur opportunamente integrata con gli altri livelli del sistema sanitario, non ha dimostrato chiaramente di portare una riduzione della mortalità materna e perinatale[5]. In proposito riportiamo anche il caso in cui la distribuzione del trattamento preventivo per la malaria alle gravide, intermittent preventive treatment (IPT), da parte di operatori di villaggio, in Malawi, ha portato ad una riduzione delle visite di controllo antenatali[6], esempio di come un programma possa generare conflitti tra diverse componenti del sistema ed essere controproducente. L'indirizzo attuale è quello di compiere ogni sforzo per indurre le donne a frequentare la clinica antenatale e partorire nei centri sanitari, anche se in aree particolarmente remote e prive di servizi sanitari formali, le TBAs possono probabilmente rappresentare una risorsa preziosa.

In Uganda, dove l'Health Centre 1, il primo livello del sistema sanitario, è considerato la comunità, sono stati recentemente formati in ogni villaggio gruppi di 9 persone (*village health teams*); i membri di questo gruppo partecipano ai diversi programmi e costituiscono un nucleo potenzialmente in grado di diffondere una cultura della salute, incoraggiare interventi preventivi e comportamenti virtuosi, identificare e riferire casi ai centri sanitari.

Volontari di villaggio sono stati anche impiegati per il trattamento delle infezioni respiratorie dei bambini[7], la somministrazione di sali per la reidratazione orale nel caso di diarrea[8], il trattamento di massa della filariosi linfatica[9], la schistosomiasi e le geelmintiasi, la distribuzione di vitamina A, la distribuzione e l'impregnazione delle zanzariere[10], la sensibilizzazione sulla salute orale dei bambini[11], la gestione delle infezioni neonatali[12], il trattamento dei bambini malnutriti[13].

La rivista *The Lancet*, in una generale revisione dell'approccio primary health care, colloca il ruolo dei VHWs nell'ambito di smaltimento dei rifiuti e potabilità delle acque, nutrizione infantile, programmi sanitari nelle scuole, igiene alimentare, salute orale e programmi verticali su HIV, malaria, tubercolosi, dracunculosi, tracoma, oncocercosi e schistosomiasi[14]. Secondo una review della Cochrane Library vi è evidenza di efficacia dei VHWs nelle attività di immunizzazione, gestione dei casi di malaria e infezione delle vie respiratorie; dati incoraggianti, ma non ancora confermati, ne suggeriscono l'utilità anche nella promozione

dell'allattamento al seno e nell'assistenza domiciliare degli anziani[\[15\]](#).

Secondo una recente review di *The Lancet*[\[16\]](#), **i *community health workers* possono dare un contributo significativo nel migliorare indicatori di salute, ad esempio ridurre la mortalità infantile.**

Ma quali sono gli elementi che condizionano l'attività dei volontari?

Un punto importante è quello della selezione. In teoria, secondo la maggior parte dei programmi, le persone dovrebbero avere requisiti minimi come saper leggere e scrivere nella lingua ufficiale e far di conto; inoltre dovrebbero essere scelte da un'assemblea rappresentativa della comunità. Un interessante studio sui *drug distributors* impiegati nel programma di controllo dell'oncocercosi in Africa (APOC), ha dimostrato che coloro che erano stati effettivamente **selezionati dalla comunità**, rispetto a coloro che invece si erano autonominati e a coloro che erano stati nominati direttamente dal capovillaggio, erano più motivati e svolgevano il loro compito più a lungo e in maniera più regolare[\[17\]](#).

I volontari di solito ricevono un piccolo incentivo in denaro al momento del corso iniziale e in occasione di ogni corso di aggiornamento, in genere piuttosto rari. I vari programmi prevedono la fornitura di cappellini, magliette, coccarde, attestati, materiale vario di ausilio per le attività come stivali, torce, cancelleria, fino alla bicicletta per i programmi più ricchi. In alcuni casi le comunità sono state sensibilizzate e invitate ad assistere i volontari con piccoli incentivi in natura, anche se il trattamento rimane gratuito; trattandosi di un supporto su base volontaria però, è naturalmente irregolare, e il programma funziona in misura diversa da un villaggio all'altro. I volontari sono troppi per prevedere anche solo una minima retribuzione e la sostenibilità rimane uno dei punti più fragili della strategia.

Nel caso che i volontari siano chiamati a offrire un trattamento, come per la malaria o la diarrea, la disponibilità dei farmaci è chiaramente un fattore limitante.

I volontari fanno riferimento ad un sanitario di un centro a loro vicino che ha il compito di supervisionarli, rifornirli di materiale, raccogliere e inviare i loro dati, consigliarli e stimolarli. È evidente che l'impegno di questa figura di coordinatore condiziona enormemente l'attività dei volontari. Per evitare conflitti di attribuzione, e nell'interesse dei malati, è necessario che vi sia un quadro chiaro di riferimento che stabilisca quali casi devono essere trattati ai diversi livelli e quali devono essere riferiti a livelli superiori.

In Uganda, nel 2007, è stato introdotto in alcuni distretti un modulo per la raccolta di una serie molto ampia di dati, i più vari, in parte già inclusi nell'usuale sistema informativo dei

centri sanitari, pretendendo che tali dati venissero mensilmente raccolti e inviati dai *village health workers*. Il risultato è immaginabile e ha dimostrato che ai volontari non si possono imporre carichi troppo gravosi, inadeguati al loro livello culturale e con scadenze troppo precise.

È anche evidente l'importanza di considerare il contesto ai fini dell'efficacia della strategia: se si tratta di un ambiente rurale o urbano, se vi sono servizi sanitari accessibili, se vi sono minacce alla sicurezza, se vi sono problematiche di accettazione culturale dei servizi sanitari e di relazione, etc.

In conclusione l'impiego di membri delle comunità offre vantaggi indiscutibili: gli operatori conoscono i loro amici e vicini, la composizione delle famiglie, i loro bisogni, e hanno con loro un rapporto diretto e informale; questa strategia permette di decentrare i servizi portandoli al livello più periferico e rendendoli più accessibili anche per le comunità più remote e lontane da centri sanitari; queste attività consentono di fare educazione sanitaria con un linguaggio comprensibile a tutti; i diversi programmi a cui partecipano spesso le stesse persone, rappresentano un'opportunità di reddito; il contributo di membri della comunità permette di far fronte alla temporanea necessità di risorse aggiuntive nel corso di eventi straordinari.

È evidente che l'impiego di membri della comunità può rappresentare una risorsa soprattutto in contesti dove l'accesso ai servizi sanitari è più problematico, ma il punto non è se sia meglio investire nei *village health workers* piuttosto che nei centri sanitari e nel personale qualificato (*community vs facility based health care*), ma come integrare le due componenti[18]. I volontari non possono supplire alla cronica scarsità di personale sanitario che affligge i paesi poveri, né possono essere considerati un mezzo per ridurre i costi, poiché hanno bisogno di formazione e aggiornamento, incentivi, supervisione e monitoraggio. In sintesi non possono essere considerati una panacea per sistemi sanitari fragili ma possono offrire un valore aggiunto, soprattutto dal punto di vista dell'accessibilità dei servizi. Nell'ambito di un complessivo rafforzamento dei sistemi sanitari dei paesi poveri, le componenti comunitarie di provata efficacia dovrebbero essere valorizzate.

Bibliografia

1. WHO. World Health Report 2008
2. Cicciò et al. Valutazione della strategia di "Home Based Management of Fever" (HBMF) in un distretto del West Nile in Uganda. Salute e Sviluppo 2/05.
3. Elmardi KA et al. Feasibility and acceptability of home-based management of malaria

strategy adapted to Sudan's conditions using artemisinin-based combination therapy and rapid diagnostic test. *Malar J* 2009; 8:39.

4. WHO. *Global Tuberculosis Control*. 2009
5. MacArthur C. Traditional birth attendant training for improving health behaviours and pregnancy outcomes: RHL commentary (last revised: 27 September 2007). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.
6. Msyamboza KP et al. Community-based distribution of sulfadoxine-pyrimethamine for intermittent preventive treatment of malaria during pregnancy improved coverage but reduced antenatal attendance in southern Malawi. *Trop Med Int Health* 2009; 14(2): 183-9. Epub 2009 Jan 15.
7. Dawson P et al. From research to national expansion: 20 years' experience of community-based management of childhood pneumonia in Nepal. *Bull World Health Organ* 2008; 86(5): 339-43.
8. Sengupta PG et al. Review on development and community implementation of oral rehydration therapy. *Indian J Public Health*. 1994; 38(2): 50-7.
9. Fraser M et al. Evaluation of the program to eliminate lymphatic filariasis in Vanuatu following two years of mass drug administration implementation: results and methodologic approach. *Am J Trop Med Hyg* 2005; 73(4): 753-8.
10. Hopkins DR et al. Dracunculiasis, onchocerciasis, schistosomiasis, and trachoma. *Ann N Y Acad Sci* 2008; 1136: 45-52. Epub 2007 Oct 22.
11. Nair MK et al. Effectiveness of a community oral health awareness program. *Indian Pediatr* 2009;46 Suppl:s86-90.
12. Baqui et al. Effectiveness of home-based management of newborn infections by community health workers in rural Bangladesh. *Pediatr Infect Dis J* 2009; 28(4): 304-10.
13. Amthor RE et al. The use of home-based therapy with ready-to-use therapeutic food to treat malnutrition in a rural area during a food crisis. *J Am Diet Assoc* 2009; 109(3):464-7.
14. Joy E Lawn et al. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet* 2008; 372: 917-27
15. Lewin SA, et al. Lay health workers in primary and community health care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Jan 25
16. A Haines et al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *Lancet* March 6, 2007
17. Katabarwa MN et al. Community-directed health (CDH) workers enhance the performance and sustainability of CDH programmes: experience from ivermectin distribution in Uganda. *Ann Trop Med Parasitol* 2001; 95(3): 275-86.
18. Joy E Lawn et al. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise.

Village health workers: il ruolo delle comunità locali nei programmi
sanitari dei paesi poveri | 7

Lancet 2008; 372: 917-27