

Dipartimento di / Department of

..... Scienze Umane per la Formazione

Dottorato di Ricerca in / PhD program in Antropologia Culturale e
Sociale

Ciclo XXXIV.....

TITOLO TESI

Twionaga Pambele! La malnutrizione cronica e acuta/severa nelle
Southern Highlands delle Tanzania; contesto socio-antropologico
nell'ambito degli interventi di Medici con l'Africa CUAMM ONG

Cognome e Nome: Occa Edoardo

Matricola / Registration number 840597

Tutore / Tutor: Prof. essa Alice Bellagamba

Supervisor: Dott. Giovanni Putoto

ANNO ACCADEMICO / ACADEMIC YEAR 2023/24

Indice

Introduzione e premessa.....	3
Razionale.....	6
Cenni di storia sul sistema sanitario tanzaniano.....	13
Il progetto TubadiLISHE.....	62
Apparato fotografico.....	78
Un caso di malnutrizione	90
Analisi qualitativa a interpretazione.....	100
Spunti di riflessione per il futuro.....	116
Attività scientifica e pubblicazioni.....	122
Bibliografia.....	125

Twionaga Pambele! La malnutrizione cronica e acuta/severa nelle Southern Highlands delle Tanzania; contesto socio-antropologico nell'ambito degli interventi di Medici con l'Africa CUAMM ONG

Premessa sullo stato dell'arte di questo studio:

Vivo e lavoro in Africa nel campo della cooperazione internazionale sanitaria dal 2010; ad oggi sono più di sedici gli anni trascorsi complessivamente sul campo in questo settore di intervento.

Nel 2016/17 ho avuto passione per tornare allo studio sistematico dell' antropologia (sempre applicata, di fatto, sul campo), studiata attraverso due master nei primi anni Duemila, dopo la laurea in Filosofia. Grazie all'impegno di Professoressa Alice Bellagamba, che ringrazio con pudore per aver sempre creduto in questo studio, ho dunque avuto nel 2018 l'opportunità di un dottorando con formula "Executive", in collaborazione con la ONG Medici con l'Africa CUAMM per cui lavoro.

Per tutta la durata del percorso di dottorato ho vissuto e lavorato dunque sul campo in Africa prima in Tanzania (fino a novembre 2019) e da allora a tutt'oggi in Mozambico, con la funzione di Responsabile dei Programmi di Salute Comunitaria per Cuamm nel paese, dove vivo con mia moglie e i nostri due figli quasi adolescenti.

Dall'inizio 2020, la pandemia di Covid-19 ha visto la nostra organizzazione tra le prime ad essere operative sul terreno in termini di supporto al sistema sanitario nazionale ed alle comunità locali. Personalmente, sono stato impegnato come consulente tecnico in materia di Community Health e Comunicazione Sociale nella Task Force del Ministero della Salute Mozambicano nell'organizzazione della risposta nazionale alla pandemia, nonché nella formazione di formatori sulle misure preventive anti-Covid19 in decine di villaggi del paese.

Parallelamente, dai primi mesi del 2020, nella provincia di Cabo Delgado, a nord del paese, è deflagrato il conflitto provocato da NSAG (Non- State - Armed - Groups / come da dicitura internazionale riconosciuta) che ha comportato fino ad oggi migliaia di vittime, centinaia di villaggi ed infrastrutture distrutte e più di un milione di sfollati interni.

Come Cuamm sin dai primi momenti siamo impegnati, insieme alle maggiori agenzie di risposta a crisi umanitarie (UNHCR, UNICEF, IOM, WHO ed altri partners internazionali) nel portare servizi di base alla popolazione in fuga. Ci occupiamo di salute materno-infantile, sostegno psicologico, supporto alle vittime di violenza di genere, prevenzione di malattie come colera e malaria, aderenza al trattamento di pazienti cronici tubercolotici e HIV, riabilitazione di infrastrutture sanitarie, supporto alle istituzioni locali nella pianificazione delle risorse e gestione dei dati sanitari nonché ricerca operativa quali-quantitativa. Questo sempre con la priorità della collaborazione piena e condivisione con le comunità locali e le piattaforme

comunitarie, che mi portano a vivere ed esperire quotidianamente l'antropologia, nonostante la fatica ed i tempi strettissimi dell'emergenza delle crisi umanitarie.

Il Mozambico è inoltre paese caso-studio tra quelli maggiormente colpiti dagli effetti della crisi ecologica, con ricorrenti cicloni – se ne sono abbattuti ben sei, nel paese, dal mio arrivo – che comportano ulteriori disastri e sofferenze per la popolazione, il già fragile sistema sanitario nazionale e l'economia di un paese che si trova al n. 180 su 188 nel UN Development Index. Ancora in queste ultime settimane di febbraio 2023, il paese è stato colpito da una seria epidemia di colera in primis nelle province di Sofala e Tete, e poi a fine marzo la città di Quelimane nella provincia della Zambezia è stata devastata dal ciclone Freddy che ha comportato decine di vittime, migliaia di feriti e circa 200,000 tra sfollati e persone che hanno visto i propri beni danneggiati gravemente.

Il seguito del ciclone è stato, come sempre avviene, una epidemia di colera molto seria nella città, che ci ha visti intervenire immediatamente in supporto alla popolazione.

Da fine 2019 sono dunque stato costantemente impegnato nel coordinamento, organizzazione, implementazione e monitoraggio del lavoro sul campo in varie province nel paese, con ritmi che inevitabilmente non conoscono sosta, che squadernano la vita quotidiana e rischiano persino di inasprire i rapporti familiari.

Inevitabilmente questo ha impattato in misura importante sulla mie possibilità e capacità di dedicare tempo e attenzioni alla stesura della tesi di dottorato. Non essere più rientrato nel paese oggetto dello studio – la Tanzania – dal 2019 non mi ha permesso di aggiornare il materiale, verificare testimonianze, ripensare da “non residente” le strutture sociali e la natura del nostro intervento come attori di cooperazione internazionale.

Il lavoro senza sosta qui in Mozambico ha totalizzato le mie energie – comunque sempre per scelta consapevole, nel dare priorità al lavoro umanitario rispetto a quello di ricercatore/dottorando, scelta di cui sono dunque pienamente responsabile e che, nonostante il rammarico per aver presentato parzialmente le esperienze vissute ed i saperi elaborati in anni di lavoro sul campo, tutt'ora rivendico.

Ritengo questo lavoro aurorale contenga in nuce i messaggi fondamentali dell'analisi che ho condotto sui determinanti sociali e culturali della malnutrizione nella Tanzania rurale, sul ruolo ed i meccanismi impliciti ed espliciti della cooperazione internazionale nei confronti dei governi e delle popolazioni locali, sulle rappresentazioni e la definizione di immaginari sull' “Africa” veicolati dall'interpretazione quantitativa dei fenomeni sanitari nell'Africa rurale.

Il lavoro svolto in questi ultimi quattro anni in Mozambico - dove il mio ruolo è stato maggiormente diretto al coordinamento degli interventi sul territorio a livello nazionale, al supporto tecnico al Ministero della Salute ed alla ricerca operativa - ha sostenuto con ritentive evidenze quanto emerge dalla riflessione nata negli anni

precedenti in Tanzania in merito alla responsabilità sociale del dato quantitativo in ambito di cooperazione sanitaria, sul ruolo auspicato dell'antropologia nel supportare e possibilmente indirizzare le strategie e gli approcci dei "big donors" verso modelli di cooperazione decisamente più orizzontali nei confronti dei paesi africani e dove appunto le priorità strategiche da finanziare possano venire definite anche sulla base di criteri non rigidamente statistico-centrici ma assumendo anche i contributi che l'antropologia può e - sempre più operativamente - dovrebbe fornire. Abbiamo dunque la timida consapevolezza che da questo ragionare possano emergere raccomandazioni pertinenti per una revisione dei paradigmi epistemologici ed operativi vigenti che conducono il "fare" della cooperazione e per la funzione e statuto dell'antropologia; verso una rinnovata ecologia della cooperazione non solo pienamente "decolonized" ma che ponga definitivamente al centro il concetto cardine della cultura dei popoli della Tanzania, ossia l'Umoja, l'unità dei popoli, nonché verso una disciplina che sappia e possa mettere a servizio delle persone le proprie pratiche ed i propri saperi.

Per quanto possa aver senso in questa sede, spero e auspico che questo scritto che possa essere colto come un seme che ancora possa germinare.

Edoardo Ocra

Maputo, Mozambico,

Settembre, 2023

Huyu bwana ni mwenzetu, ameshakuwa mwenyeji kabisa, siyo mgeni..isipokuwa rangi!

“quest’uomo è uno dei nostri, appartiene a questi luoghi, non è uno straniero..tranne che per il colore!”

Mi sono sentito ripetere questa frase, questi significati, molte, molte volte durante i nove anni che ho vissuto e lavorato in Tanzania.

In alcuni momenti, ho riflettuto sulla possibilità che fosse vero, che fossi divenuto realmente parte delle comunità dove ho lavorato. Se “me lo dicono loro!” Pensavo..una auto-legittimazione spontanea, ribadita e asserita in modo convinto ascoltata per decine di volte, in decine di villaggi della Tanzania rurale, situati anche a centinaia di chilometri l’uno dall’altro.

Se la percezione della popolazione nei miei confronti era tale in contesti anche molto differenti tra loro per condizioni ambientali e persino linguistiche..mi domandavo se fossi autorizzato ad anteporre la sistematica problematicità dell’antropologo all’evidenza del vissuto, del documentato, delle dichiarazioni ritualizzate e spontanee.

Ho vissuto e lavorato per undici anni della mia vita nelle regioni di Iringa e Njombe, sugli altipiani meridionali della Tanzania, là ho cresciuto i miei figli insieme a mia moglie, là ho vissuto gli anni aurorali e pregni di entusiasmo del mio lavoro di cooperante e ho provato a praticare i dettami, appresi sui libri e ascoltati a lezione, dell’antropologia.

Sono diventato, sono stato concretamente parte di quelle comunità? Ne ho appreso piuttosto bene la lingua nazionale, lo Swahili, ma solo in parte ho invece appreso la grammatica, il parlato le formae mentis dei principali dialetti locali, il Kihehe e il Kibena.

La circolarità e l’attrito ermeneutico avvertiti nel consentire che questo lavoro si realizzasse nello scritto è stata l’ombra della della figura dell’ “etnografo perfetto” descritto da Piaseke a proposito del personaggio del celebre racconto di Borges.

Fred Murdock non scrive nulla. Avendo valicato il ruolo dell’etnografo, la sua persona ha accolto nel proprio intimo il sentire proprio degli “indiani” che si era recato ad indagare. Essendolo divenuto, la faglia ontologica dell’alterità tra sè e la comunità studiata si annulla in una sorta di unità esistenziale, im-mediata, appunto non già più mediata dai linguaggi parlati, vissuti o simbolici, per farsi, unicamente, vita.

L’etnografo perfetto decide dunque non esservi nulla da scrivere, e lo immaginiamo per questo recare in sè, una volta rientrato nella sua comunità originaria, un sorriso interiore indice di pienezza, un “satori antropologico” che nel silenzio pago di sè pone fine al perenne specchiarsi e domandarsi proprio della disciplina antropologica.

Non ho mai avvertito l’ingenuo ardire di ritenermi nella condizione del Murdock di Borges, ma sono accompagnato da riluttanza a declinare la mia esperienza, ad

articolare dunque attraverso il portato del mio vissuto personale e professionale, nell'epistemologia dell' etnografo e antropologo occidentale che lavora in Africa.

Su questi assunti, si innesta l'analisi della condizione di chi ha esperito il molteplice ruolo di ricercatore sul campo e coordinatore di programmi di cooperazione sanitaria in ambito di lotta alla malnutrizione, tema cardine attorno ed attraverso il quale si struttura questo lavoro.

Nella consapevolezza dunque della multidimensionalità dei ruoli e dei vissuti, in una dialettica ampia cercando di intravedere e tessere ponti sottili tra discipline e linguaggi differenti e reciprocamente sospettosi, intendiamo lavorare sui determinanti sociali e culturali della malnutrizione infantile nelle regioni menzionate, apportando elementi di analisi approfonditi che possano tradursi in interventi di cooperazione maggiormente efficaci in termini di impatto positivo sulla popolazione locale anche e soprattutto in ragione di una più accurata conoscenza delle specificità culturali.

Lo scopo dunque di questa tesi è duplice e molteplice; sicuramente è quello di illustrare un'esperienza concreta, quello di raccontare attraverso il metodo etnografico l'esperienza di un progetto di cooperazione internazionale sanitaria implementato dal ONG Medici con l'Africa CUAMM in Tanzania, un progetto iniziato nel 2015 e conclusosi nel 2020, quando ormai io non ero già più in Tanzania ma mi ero spostato per lavoro in Mozambico.

Se dunque ci inoltreremo nella descrizione e discussione della metodologia di implementazione di questo intervento che ha come suo scopo principale quello di contribuire a ridurre il tasso di malnutrizione cronica nei villaggi rurali della Tanzania, un differente versante, una diversa direttrice principale di questa nostra tesi sarà quella anche di provare a mettere in luce criticamente gli assunti di base, ossia l'epistemologia degli interventi di cooperazione, i suoi assunti impliciti, i propri schemi psicologici prima ancora che tecnici, quindi l'antropologia stessa degli interventi di cooperazione per cercare di delinearne le incertezze, le fragilità, le cadute autoreferenziali, che vogliamo contribuire se non a scardinare perlomeno a mettere in discussione e a rileggere criticamente.

È indubbio ed innegabile che nel ruolo di project manager mi sono trovato nella condizione di dover seguire e rispettare pedissequamente le procedure imposte da un modello di cooperazione e di sviluppo che riflettono un approccio decisamente incline a vedere nel miglioramento degli indicatori prettamente quantitativi - in questo caso parlando di malnutrizione- come l'elemento centrale, lo scopo e l'obiettivo cardine su cui si basa l'intervento e attorno al quale si fondano le teorie dello sviluppo e le antropologie ad esso connesse.

Un intervento di cooperazione strutturato e complesso come quello che abbiamo avuto l'onore e l'onere di dirigere è un meccanismo estremamente stratificato, ampio e prismatico ma allo stesso tempo una macchina estremamente codificata e

standardizzata, all'interno della quale la possibilità di declinare l'intervento sulla base di assunti altri che non siano quelli propriamente della lettura quantitativa del fenomeno sono esigui.

Il ruolo che ho ricoperto, che ho cercato di interpretare in modo più consapevole possibile è stato quello di approfondire una lettura altra, una ricomposizione ampia del fenomeno malnutrizione riconducendola non unicamente a fattori direttamente correlate alle condizioni di vita materiali delle popolazioni coinvolte (per questo motivo il documentario-video realizzato in collaborazione con Unicef che racconta questo progetto si intitola "Non solo cibo") ma assumendone la complessità per tradurlo in strumento ermeneutico e per rivendicare per la disciplina antropologica uno statuto di scienza pur sempre inquieta ma compositamente pratica, didattica e, senza alcun imbarazzo, utile in termini politici e sociali.

In questa prospettiva le pratiche e saperi dell'antropologia si sono rivelati strumenti essenziali al fine di presentare l'approccio di chi legge nel fenomeno della malnutrizione cronica dei problemi sanitari riconducibili non solo alla carenza stessa di cibo o alla impossibilità per le popolazioni di nutrirsi attraverso una dieta bilanciata,

(bilanciata sulla base di standard nutrizionali definiti altrove che nei paesi oggetto di intervento) ma principalmente da ricondurre a dimensioni comportamentali, sociali, culturali, politiche.

La malnutrizione cronica si differenzia dalla malnutrizione acuta e severa principalmente per essere meno visibile, meno intuibile e quindi anche meno drammaticamente immediata. La malnutrizione cronica è un fenomeno che può divenire patologia che si sviluppa durante i primi 1000 giorni di vita del bambino; questo considerando i 1000 giorni che scorrono dalla data del concepimento fino al limite individuato del compimento dei due anni (sottolineiamo quanto non sarà oggetto precipuo di analisi in questo frangente ma che è un ulteriore elemento da notare, ossia considerare la vita del bambino come un fenomeno che inizia dalla data del concepimento stesso.

Non ci inoltreremo in discussioni di carattere bioetico o filosofico-religiose correlate. Vale però sottolineare ed essere coscienti che una decisione che afferisce a sensibilità altre rispetto a quelle prettamente scientifiche della medicina moderna viene assunto come indicatore fondante sul quale basare un problema di natura prettamente sanitaria. Lo stato nutrizionale e di salute generale della donna gravida impatta sulla qualità della gravidanza e su questo si fonda la necessità di promuovere diete accurate e bilanciate e controlli sanitari rigorosi al fine di monitorare la crescita del feto.

La protezione della gravidanza, nei suoi molteplici aspetti clinici e sociali è un pilastro fondante dell'operato di Medici con l'Africa CUAMM nonchè tema cardine di qualsivoglia argomento in tema di accesso e di equità delle cure per le popolazioni

povere dove I tassi di mortalità materna, neonatale ed infantile sono ancora inaccettabilmente elevati.

Ciò che intendiamo squadernare con le nostre osservazioni è invece la fondatezza dello status sociale del feto e del nascituro, per ora confrontando, affiancando pratiche di relazione con la maternità, il parto ed il bambino che vanno de-ontologizzate per essere agite nel campo aperto delle culture e del riconoscimento sociale.

E' tuttavia è innegabile che la malnutrizione cronica comporti il mancato sviluppo adeguato delle capacità cognitive del bambino; in termini ampi e in una prospettiva prettamente "sviluppista" il discorso antropologico implicito di tale assunto ci riconduce alle policies governative, alle strategie di sviluppo di medio e lungo periodo dei donatori internazionali, i quali impattano dunque sulle autonomie decisionali dei governi africani sulla base di un'epistemologia non negoziabile.

Riteniamo che tale approccio sia co-responsabile della continua ri-creazione e reiterazione di un immaginario e stereotipizzazione dei paesi africani proprio dei paesi donatori (e quindi "sviluppati) che la cooperazione internazionale dovrebbe porsi come obiettivo consapevole di disarticolare.

Formalizzare e veicolare nel discorso pubblico sull'Africa che "il 42% dei bambini sotto i 2 anni di età della Tanzania sono affetti da malnutrizione cronica" (tralasciando volutamente per ora gli aspetti di critica della metodologia di produzione del dato stesso) comporta direttamente l' affermare che quasi la metà dei bambini tanzaniani non ha dunque sviluppato adeguatamente le proprie capacità cognitive, e che dunque la Tanzania sia un paese "oggettivamente sotto-sviluppato".

Il portato pienamente esplicito questa volta di tali affermazioni riconduce inevitabilmente a pensare in questo caso la Tanzania -e tutti i paesi che palesano dati di malnutrizione cronica elevati come paesi in cui le generazioni future non saranno sufficientemente in grado di contribuire ad un processo endogeno di sviluppo che le affranchi dai problem strutturali ai quali da sempre l'immaginario comune (dei popoli non africani ma anche di parte dell'Africa stessa, che ha interiorizzato definizioni, vocabolari, stereotipi importati) riconduce l'Africa.

In questa prospettiva la povertà economica, l'arretratezza (qualsivoglia significato si voglia dare a questa espressione, ma appunto anch'essa agganciata acriticamente al discorso pubblico sull'Africa e sulla cooperazione), oppure ancora la conflittualità diffusa, I tassi tragici di "malattie tropicali" divengono la giustificazione "scientifica", ma sarebbe più appropriato definire "ontologica" utilizzata dai decisori politici e dagli strateghi degli interventi di cooperazione attorno alla quale ridefinire il vocabolario stesso delle politiche di sviluppo.

Per questo motivo abbiamo deciso di collegare il lavoro di management di questo progetto ad un'analisi più prettamente antropologica. La strategia stessa individuata da Unicef e a livello globale dai donatori di questo progetto (ossia DFID Department

for International Development – UK Government e Il Ministero degli Esteri irlandese), individuava nel comportamento, nei comportamenti assunti dalla popolazione in tema di nutrizione come l'ambito principale sul quale operare e intervenire al fine di mutare determinate condizioni di base e culgure del cibo locali, implicitamente considerandole errate e dannose per la salute della popolazione stessa.

Abbiamo dunque implementato per quattro anni una strategia concepita sugli assunti e gli strumenti SBCC Social Behaviour Change Communication, composta sulla formazione continua di gruppi “target” di popolazione selezionati all'interno dei quasi settecento villaggi coinvolti da questo progetto. La strategia prevedeva che ognuno di questi gruppi (composti principalmente da donne; donne madri di bambini sotto i due anni e donne in età fertile. Le donne quindi individuate come centrale elemento produttivo, fondamentale della collettività) sarebbe stato esposto ad un pacchetto di nozioni e pratiche una o due volte a settimana, nozioni volte a proporre dei cambiamenti pratici, tangibili nel loro comportamento in tema di diversificazione dei prodotti agricoli e delle tecniche agricole stesse, di modalità di preparazione e somministrazione del pasto, nella dimensione della cura e nell’approccio di risposta ai bisogni anche affettivi emotivi e cognitivi del bambino.

Questo avrebbe comportato nel medio-lungo periodo un mutamento positivo di alcune scelte, di alcune decisionalità operate dalle madri e dai genitori (una ulteriore componente chiave era il “male involvement”, la responsabilizzazione dell’uomo/ marito/ padre nella presa in carico di alcuni aspetti della pedagogia del bambino e della pianificazione e gestione delle risorse domestiche), decisioni che avrebbero migliorato la capacità e le possibilità delle famiglie di produrre e diversificare le colture prodotte; questo auspicato cambiamento di comportamento avrebbe dunque inscenato e promosso dei meccanismi di resilienza all'interno delle comunità, capaci grazie alle migliorie tecniche suggerite dal progetto e dai comportamenti appresi a livello teorico e pratico di apportare una rivisitazione delle condizioni di partenza, individuate come causa e “driver” della manutenzione cronica.

Un intervento di cooperazione sanitaria dunque come laboratorio di osservazione (pienamente partecipante) privilegiato, laboratorio dove sincronicamente indagare ed indagarsi, auscultare e definire un’anamnesi del nostro lavoro sul campo attraverso gli strumenti dell'antropologia culturale e sociale.

Differentemente dalla malnutrizione acuta e severa - anch'essa oggetto di intervento in questo progetto, che necessitando di ricovero ospedaliero viene im-mediatamente ricondotta a dimensioni altre che la cultura - e vedremo quanta parte invece ne sia implicata per ciò che concerne l’accettabilità sociale del bambino “malato” -gli interventi sulla malnutrizione cronica si prestano ad essere scandagliati investigando la struttura sociale e politica del villaggio, la percezione di fenomeni aurorali come la sessualità, gravidanza e infanzia letti attraverso lo spettro ermeneutico del linguaggio

e dei dialetti, la storia di fondazione dei villaggi e delle comunità, i determinanti sociali chiave quali il diritto consuetudinario che dirime l'accesso alle risorse naturali, la dimensione di genere e l'iniquo potere decisionale sulla gestione delle risorse domestiche, nonché la funzione sociale del bambino all'interno di una famiglia, di una comunità e dei rapporti della comunità stessa con il proprio passato, presente e con la proiezione che la comunità ha di se stessa nel futuro.

Abbiamo coscientemente evocato I fattori antropologici, I determinanti sociali e sanitari intorno e attraverso I quali si dipana questo lavoro, che ambisce a suggerire una più ampia grammatica degli interventi di cooperazione sanitaria ridiscutendo lo statuto dell'antropologia e la pone come disciplina politica di trasformazione della realtà.

La circolarità - più appropriatamente cos' definirei la mia esperienza complessiva di ricercatore sul campo e di cooperante, meglio che non con l'accezione esclusiva e dicotomica di « ambivalenza » si esemplifica e manifesta nelle due fotografie successive.

La prima riprende una delle centinaia di giornate di lavoro sul campo (in questo attimo, un focus group con madri, nella regione di Njombe), durante il quale si è esperito, condiviso, ragionato, vissuto il corpo a corpo con la dimensione terragna dell'antropologia e della cooperazione internazionale, che ammicca, discute e occhieggia alla seconda fotografia, dove sono ritratto con il Primo Ministro della Tanzania Dr. Majaliwa durante una cerimonia di premiazione nazionale per i risultati raggiunti dalle organizzazioni non governative nel contribuire a migliorare le statistiche di alcuni indicatori sanitari del paese. In questo caso, Cuamm - ed il progetto TubadiLISHE del quale ero referente - è stata premiata per il contributo al settore della Nutrizione.

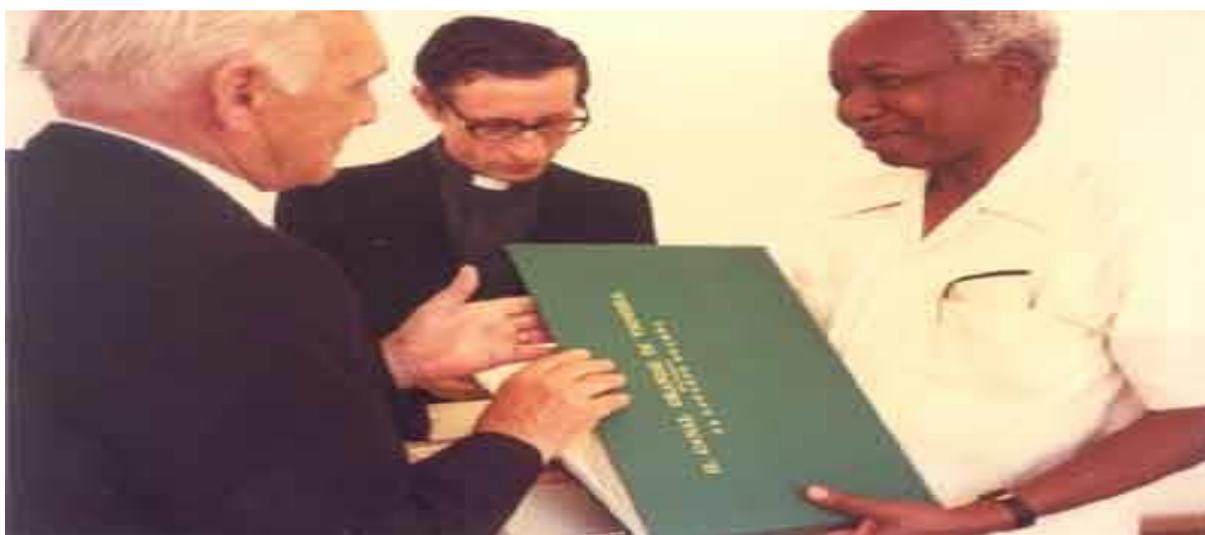
Una circolarità irrisolta che non ambisce ad esserlo, ma a squadernare problemi sui rapporti tra i meccanismi della cooperazione e le pratiche e saperi dell'antropologia, sui propri paradigmi e mancanze, sul ruolo dell'impegno civile nella mai doma negoziazione tra persone, mondi. Culture, in un processo che ho avvertito come intimamente autopoietico.



Distretto di Ludewa, regione di Njombe. « Women group – kikundu cha wanawake » sui principi nutrizionali di base e dieta bilanciata per l'infanzia



Dodoma, all'incontro nazionale sui programmi di supporto alla Nutrizione, rappresento Cuamm e veniamo premiati dal Primo Ministro Dr. Majaliwa per il contributo del progetto, 2017



President J.K. Nyerere meets Mgr L. Mazzucato and prof. A. Dal Lago, Directors of CUAMM at the State House, 1968

Cenni di storia della Tanzania e di storia del sistema sanitario tanzaniano

Come sosteneva Lord Hailey, governatore del Punjab, riferendosi al pragmatismo amministrativo incarnato nell'*indirect rule*, sistema di governo e di amministrazione inimitabilmente inglese, la politica coloniale è il risultato della proiezione di certe caratteristiche e filosofie interne di un paese e del suo sistema.¹ A questo proposito, la distinzione tra tipologie di governo diretto come quello francese, che pure riconobbero e si collegarono ad autorità tradizionali, e il sistema d'*indirect rule* britannico non risiede solamente nelle forme e nel ruolo riservato alle autorità indigene. L'*indirect rule*, infatti, derivava da una concezione del tutto opposta all'ideale universalista; non partiva infatti dalla premessa che per le potenze coloniali fosse possibile e si dovesse dunque operare per la necessaria e l'ineluttabile evoluzione di tutte le società verso un'omogenea civilizzazione, ma piuttosto metteva in primo piano il primato e l'esclusività della diversità culturale, di razza, lingua e istituzioni sociali.² Per tale ragione, l'amministrazione coloniale britannica distingueva nettamente tra governo

¹ Gentili, A. M. *Il leone e il cacciatore-Storia dell'Africa sub-sahariana*. Carrocci Nuova Edizione, Roma 2012, p. 220

² Gentili, A. M. *Le radici storiche dello Stato amministrativo dell'*ndirect rule* all'autogoverno (Nigeria e Tanganyika)*, in A.M. Gentili, G. Mizzau, I. Taddia (a cura di), *Africa come storia. Elementi del dibattito sulla natura della transizione nelle società e nei sistemi africani*, F. Angeli, Milano 1980

coloniale, che si occupava dei problemi generali di gestione delle risorse, e governo indigeno, fondato sul collegamento con *native authorities* (autorità indigene o legittimamente tradizionali) e sulla costruzione di *native administrations* in ciascun territorio, che funzionassero attraverso istituzioni tradizionali quali ad esempio tribunali o sistemi fiscali.³

Ogni entità, sia che essa fosse territoriale, politica o sociale, doveva governarsi per mezzo di propri capi e istituzioni, la cui autorità derivava dalle consuetudini, secondo la formalizzazione di propri codici culturali. A tal riguardo, il modello della *native administration* consentiva un'ampia libertà d'azione alle autorità indigene, ridefinite secondo le suddivisioni amministrative e le funzioni che il governo coloniale centrale e i *district commissioners* (i funzionari locali) ritenevano potessero rispondere all'esigenza di massimizzare l'efficienza amministrativa.⁴ Pertanto, il compito del potere coloniale era di controllare, dirigere e assistere la necessaria ristrutturazione funzionale delle *native administrations*, preservando la coerenza interna e la specificità culturale di ciascuna. Tuttavia, va sottolineato come tale visione non contemplava l'ipotetica evoluzione di queste civiltà indigene verso forme di modernizzazione analoghe a quelle caratterizzanti la formazione degli Stati-nazione europei.⁵

In Tanganyika (nome dell'area continentale prima dell'unificazione con Zanzibar nel 1964), il sistema delle *native administrations* venne introdotto solo nel 1925 dal governatore Cameron. Durante il protettorato tedesco, il territorio fu teatro di una serie di ribellioni provenienti da differenti popolazioni quali gli Hehe (1891-1893), fino ad arrivare alla ben più nota ribellione dei Maji-Maji (1905-1907) che coinvolse buona parte delle popolazioni provenienti dalle regioni meridionali.⁶ Ciò nonostante, in

³ Gentili, A. M. *Il leone e il cacciatore-Storia dell'Africa sub-sahariana*. Carrocci Nuova Edizione, Roma 2012, p. 220

⁴ Pallotti, A. *Appunti Storia dell'Africa: Come viene strutturato lo stato coloniale? Il caso britannico*. Università "Roberto Ruffilli" Forlì, Bologna. 2012.

⁵ Gentili, A. M. *Il leone e il cacciatore-Storia dell'Africa sub-sahariana*. Carrocci Nuova Edizione, Roma 2012, p. 221

⁶ Iliffe, J. *A Modern History of Tanganyika*, cit. Id., *Tanganyika under German Rule 1905-1912*, Cambridge University Press, Cambridge 1969; Kaniki (ed.), *Tanzania under Colonial Rule*, cit.

seguito alle numerose requisizioni di terre e all'imposizione di culture commerciali, le resistenze vennero represses con campagne militari.

Dal 1907 alle popolazioni delle zone stabilizzate venne concesso di mantenere propri capi (*akida, jumbe*) i quali rimasero comunque tali solo con l'approvazione dall'autorità tedesca, il cui compito principale risiedeva nel reclutamento della forza lavoro per le piantagioni costiere e per le imprese agricole dell'Usambara (sisal, gomma), Lindi (cotone), Mwanza (cotone), Bukoba, Kilimanjaro e Meru (caffè). I distretti ribelli di Iringa e Mahenge invece continuarono a esser amministrati militarmente.⁷

Con il cambio d'amministrazione, in seguito alla sconfitta tedesca nella prima guerra mondiale, il sistema delle *native administrations* venne introdotto anche in Tanganyika, malgrado l'evidente assenza d'autorità indigene ben identificabili. Il territorio, giuridicamente un mandato e non una colonia, venne lasciato alla sua arretratezza. A questo proposito, è sufficiente paragonare la complessità e articolazione delle infrastrutture create nella colonia del confinante Kenya per rendersi conto di quanto il Tanganyika non fosse per l'amministrazione britannica che una periferia poco importante.⁸ Ciò nonostante, malgrado l'arretratezza delle infrastrutture produttive e le limitate opportunità di scolarizzazione, in Tanganyika si sviluppò fra le due guerre una classe di produttori agricoli indigeni, soprattutto nelle regioni del Kilimanjaro, Meru, Bukoba, Mwanza e Iringa, e una più ampia di piccoli fattori.⁹ Da queste esperienze associative nelle aree rurali e urbane emerse un'eterogenea leadership di uomini nuovi collegati alla propria realtà locale, produttiva, mirante all'organizzazione collettiva e all'affermazione dei propri diritti.¹⁰

La prima organizzazione politica, la Tanganyika African Association (TAA, 1929), nacque come una società urbana di mutuo soccorso fra le popolazioni costiere di cultura swahili, quelle di cultura mista e quelle più cosmopolite. Tale organizzazione,

⁷ Gentili, A. M. *Il leone e il cacciatore-Storia dell'Africa sub-sahariana*. Carrocci Nuova Edizione, Roma 2012, p. 241

⁸ Ibid p. 242

⁹ Pallotti, A. *Appunti Storia dell'Africa: Dalla padella alla brace. L'evoluzione dei movimenti indipendentisti*. Università "Roberto Ruffilli" Forlì, Bologna. 2012.

¹⁰ Gentili, A. M. *Il leone e il cacciatore-Storia dell'Africa sub-sahariana*. Carrocci Nuova Edizione, Roma 2012, p. 243

in seguito ad un radicale incremento dei consensi dovuto all'opposizione al progetto di unione federativa di Kenya, Uganda e Tanganyika, promosso dai *settlers* keniani, si trasformò in partito nazionalista, con la formazione, nel 1954, del Tanganyika African National Union (TANU), frutto anche del contributo di giovani intellettuali, primo fra tutti Julius Nyerere.¹¹

Il TANU nacque con basi interraziali e interreligiose, collegandosi in ogni regione alle istituzioni, associazioni e ai movimenti, per mezzo di un programma di nazionalismo moderato e inclusivo che cercava la collaborazione con le autorità tradizionali e rifiutava lo scontro diretto con lo Stato coloniale. Esso rappresentava un insieme d'interessi tenuti assieme da un messaggio ideologico, elaborato dallo stesso Nyerere, che sopiva le contraddizioni di natura etnica, razziale, regionale ed economica, causate dal profondo divario fra regioni produttrici di beni d'esportazione e regioni senza infrastrutture e forza lavoro.¹²

Forte dell'appoggio di tutte le regioni, il partito di Nyerere s'impose nei tre turni per la costituzione del primo Consiglio legislativo autonomo, sia del 1958 che del 1959. L'indipendenza del 1961, con Julius Nyerere presidente, aprì una nuova fase di costruzione dello Stato-nazione di cui, il TANU dovette assumere la totale responsabilità, poiché non vi era alcun altro partito e movimento che potesse contrastarne l'assoluta egemonia. Pertanto, fu in un contesto così dominante su un paese povero e periferico e su una società dispersa in un vastissimo territorio, che il TANU elaborò la strategia di sviluppo dal basso che diventerà universalmente nota come la politica di *Ujamaa*, incentrata sulla priorità dello sviluppo agricolo in comunità di villaggio.¹³

Nonostante la vittoria schiacciante che portò all'indipendenza del Tanganyika nel 1961, la politica di continuità di Nyerere venne messa in discussione dall'ammutinamento delle truppe del Tanganyika Rifles, influenzate dal colpo di stato

¹¹ Osabu-Kle, D. *Compatible Cultural Democracy: The Key to Development in Africa*. Broadview Press, 2000, p. 167

¹² Pallotti, A. *Appunti Storia dell'Africa: Dalla padella alla brace. L'evoluzione dei movimenti indipendentisti*. Università "Roberto Ruffilli" Forlì, Bologna. 2012.

¹³ Gentili, A. M. *Il leone e il cacciatore-Storia dell'Africa sub-sahariana*. Carrocci Nuova Edizione, Roma 2012, p. 243

che aveva detronizzato il sultano di Zanzibar nel 1963. Recuperata la situazione con l'aiuto dell'esercito britannico, Tanganyika e Zanzibar si unirono in una federazione che prese il nome di Tanzania, con poteri legislativi ed esecutivi separati.¹⁴

Dal 1965 la Tanzania cominciò ad allacciare relazioni con attori internazionali, primo tra tutti la Cina. Infatti, secondo Nyerere, il principale problema dell'Africa risiedeva nell'incompiuta decolonizzazione. Pertanto, la capacità cinese di fornire aiuto ai movimenti di liberazione nazionale, forte anche della propria esperienza nelle zone rurali, divenne una qualità di vitale importanza. Inoltre, la povertà e il sottosviluppo infrastrutturale del territorio, che da sempre l'aveva resa poco attraente ai flussi d'investimento, e la necessità di trovare alternative allo sviluppo coloniale, trovarono nell'esperienza e nell'elaborazione ideologica della Cina di Mao un riferimento ideale.¹⁵

L'insuccesso della politica di continuità con il modello coloniale di dipendenza dall'esportazione di poche materie prime comportò l'inevitabile cambio di rotta che condusse all'elaborazione di un'ideologia e una strategia di sviluppo che prese il nome di *ujamaa*. La Dichiarazione di Arusha del 5 febbraio 1967 inaugurò questa peculiare politica che cercò fin da subito di disconoscersi dalla visione occidentale del socialismo, che cercava di costruire la sua società sulla base di un'inevitabile conflitto tra uomini¹⁶, pur rimanendo diametralmente opposta al capitalismo. A questo proposito, l'*ujamaa* tentò di rappresentare una terza via (una sintesi tra gli aspetti positivi della società contadina e gli aspetti migliori acquisiti dall'esperienza coloniale vissuta).¹⁷ Infatti, pur presentando degli elementi comuni con il fabianesimo inglese e il socialismo di stampo maoista, questa strategia di sviluppo fu sotto alcuni aspetti unica, in particolar modo per ciò che concerne il suo impegno per portare la Tanzania da un livello di dipendenza a uno di totale indipendenza.¹⁸ Tale dottrina infatti, mirò

¹⁴ Ibid. p. 388

¹⁵ Pallotti, A. *Appunti Storia dell'Africa: I Primi anni 60: la politica dell'Ujamaa*. Università "Roberto Ruffilli" Forlì, Bologna. 2012.

¹⁶ Nyerere, J. *Freedom and Socialism*. Dar es salaam & New York: Oxford University Press. 1968

¹⁷ Nyerere, J. *Freedom and Unity*. London & Nairobi: Oxford University Press. 1967

¹⁸ Ibhawoh, B., Dibua, J. I. *Decostructing Ujamaa: The Legacy of Julius Nyerere in the Quest for Social and Economic Development in Africa*. African Association of Political Science. 2003, Vol 8 No. 1, p. 63

fin da subito a garantire l'indipendenza del paese attraverso un controllo diretto dell'economia da parte del governo. Emblematiche in tal senso furono le parole di Nyerere i con cui egli sottolineò come il paese non dovesse adagiarsi sui prestiti offerti da donatori esterni, poiché questi avrebbero comportato un indebolimento e una distorsione dei propri sforzi per raggiungere la totale indipendenza.¹⁹ Nella stessa ottica, infatti, la Dichiarazione di Arusha sottolineò come fosse necessario promuovere un processo di distacco dell'economia tanzaniana dal capitale finanziario internazionale. Pertanto, l'alternativa reale secondo tale visione risiedeva nell'agricoltura, la quale venne considerata fin da subito la base dello sviluppo.

L'ideologia di questa visione politica, definita anche "socialismo rurale" voleva essere un mito di mobilitazione sociale che permettesse di sostituire a quelli individuali, incentivi collettivi ed etici. Essa, infatti, prevedeva come fosse necessario tornare alla purezza della società precoloniale, priva di qualsiasi forma di capitalismo. Secondo tale visione, sarebbe stato necessario riscoprire la "comunità solidale", che avrebbe dovuto conciliare con il progresso. Tale abbinamento venne perseguito ponendo la guida della nazione nelle mani dello stato. Esso, infatti, sarebbe dovuto in primo luogo intervenire sul settore agricolo al fine di garantire un aumento dei raccolti, pur mantenendo una ripartizione egualitaria. Inoltre, l'accesso ai servizi sociali sarebbe dovuto esser garantito a tutta la popolazione. Infine, sempre perseguendo questa visione bilanciata, lo stato avrebbe dovuto nazionalizzare le industrie e le banche, in quanto elemento centrale per l'implementazione dell'ujamaa.²⁰

Al fine di facilitare il processo di nazionalizzazione, le attività economiche vennero raggruppate in tre categorie: quelle limitate alla proprietà statale, quelle in cui lo stato possedeva la quota maggiore e pertanto continuava ad esercitare potere di controllo e quelle in cui i privati potevano investire, con o senza la partecipazione dello stato.

In seguito alla Dichiarazione di Arusha, il regime di Nyerere annunciò la nazionalizzazione di tutte le banche e delle grandi industrie, tra cui quelle riguardanti

¹⁹ Nyerere, J. *Freedom and Socialism*. Dar es salaam & New York: Oxford University Press. 1968, p. 239

²⁰ Pallotti, A. *Appunti Storia dell'Africa: I Primi anni 60: la politica dell'Ujamaa*. Università "Roberto Ruffilli" Forlì, Bologna. 2012.

la trasformazione di prodotti agricoli su larga scala.²¹ Per la fine del 1967 le posizioni dominanti dell'economia vennero poste sotto il controllo dello stato. Tuttavia, nonostante le politiche di nazionalizzazione, molte delle corporazioni intrapresero partnership con un certo numero d'impres estere, alcune delle quali si rivelarono essere i proprietari originali delle compagnie nazionalizzate precedentemente. Questo inevitabilmente rallentò il tentativo di cambiamento poiché, nonostante lo sforzo da parte dello stato di controllare l'economia nazionale, le decisioni più importanti rimasero ancora in mano straniera. A questo proposito, Shivji argomentò che il processo di nazionalizzazione non diede al governo neppure il totale controllo delle posizioni dominanti dell'economia, non essendo riuscito a escludere con successo le continue penetrazioni di capitale estero all'interno dei mercati tanzaniani.²²

Ad ogni modo, il processo di nazionalizzazione promosso dal governo sembrò ottenere dei risultati concreti nei primi cinque anni. Non solo infatti si delineò una progressiva diminuzione della dipendenza del sistema monetario tanzaniano dall'economie occidentali, ma anche il deflusso di capitale dall'economia fu ridotto in maniera significativa.²³ Inoltre, venne registrato in questa fase un incremento della mobilitazione delle risorse domestiche testimoniato dal netto aumento della bilancia dei pagamenti da 81.9 milioni a 134.5 milioni in un anno.²⁴

Malgrado ciò, tale strategia nel lungo periodo cominciò a mostrare problemi consistenti. Il controllo statale sull'economia, infatti, non sembrò garantire una migliore ristrutturazione dell'economia nazionale. Ci furono contraddizioni, specialmente all'interno del settore industriale come dimostrò lo studio di Dianne Bolton²⁵ sulla nazionalizzazione dell'industria del sisal (agave utilizzata per la

²¹ Arkaide, Van B. "Planning in Tanzania" in L.Cliff and J. Saul. Eds. *Socialism in Tanzania*, Vol. 2, Dar es Salaam: East African Publishing House.

²² Shivji, I. *The Silent Class Struggle*. Dar es Salaam: Tanzania Publishing House 1974.

²³ Ibhawoh, B., Dibua, J. I. *Decostructing Ujamaa: The Legacy of Julius Nyerere in the Quest for Social and Economic Development in Africa*. African Association of Political Science. 2003, Vol 8 No. 1, p. 66

²⁴ The United Republic of Tanzania. *Economic Survey 1970-71*, Dares Salaam Government Printer.

²⁵ Bolton, D. *Nationalization: A Road to Socialism?: The Case of Tanzania*. London: Zed Books, 1985, p. 154

produzione di fibre) in Tanzania. A tal riguardo, Bolton concluse che il concetto di nazionalizzazione giocò un ruolo dubbio nel programma di transizione verso il socialismo e l'indipendenza. Questo perché la nazionalizzata industria del sisal non ebbe la capacità di disporre dei mezzi di produzione e del suo prodotto sociale. Di conseguenza, cambiamenti strutturali della gestione dello stato, come la sovra burocratizzazione e la centralizzazione, ebbero come risultato la creazione di opportunità per l'aumento della corruzione, dell'inefficienza generale e la dissipazione delle risorse.²⁶

Considerata come il motore trainante della crescita del paese, l'agricoltura rivestì fin da subito un ruolo di primaria importanza all'interno dei programmi di sviluppo.²⁷ Pertanto, in accordo con l'intento primario dell'ujamaa vijijini - socialismo e sviluppo rurale - l'obiettivo primario del processo di villagization fu quello di iniziare una trasformazione della società rurale al fine di creare "comunità economiche e sociali dove le persone potessero vivere assieme per il bene di tutti".²⁸

Tuttavia, nonostante l'entusiasmo iniziale, il processo di "villagization" presto delineò differenti problematiche. In particolar modo, la popolazione divenne sempre più riluttante a partecipare a tale progetto, fattore che spinse il governo ad attuare delle contromosse. Nel 1970, Nyerere diede il via all'operazione "Rufiji" (seguita successivamente da altre operazioni di simile intento), la cui idea prevedeva la rimozione, anche in maniera coercitiva se necessario, dell'intera popolazione dalle basse pianure alluvionali obbligandola a trasferirsi nei villaggi ujamaa situati nelle pianure più alte.²⁹ Malgrado ciò, resosi conto delle difficoltà, nel 1973 il leader del TANU decise di rivedere la politica di ujamaa vijijini con l'obiettivo di allinearla con

²⁶ Bolton, D. *Nationalization: A Road to Socialism?: The Case of Tanzania*. London: Zed Books, 1985, p. 156

²⁷ Ibhawoh, B., Dibua, J. I. *Decostructing Ujamaa: The Legacy of Julius Nyerere in the Quest for Social and Economic Development in Africa*. African Association of Political Science. 2003, Vol 8 No. 1, p. 67

²⁸ Nyerere, J. *Freedom and Socialism*. Dar es salaam & New York: Oxford University Press. 1968, p. 337

²⁹ Coulson, A. *Peasants and Bureaucrats*. Review of African Political Economy, Vol. 3, 1975.

le realtà prevalenti.³⁰ Ciò nonostante, già di lì a poco tale strategia sembrò non aver ottenuto i risultati sperati, venendo informalmente abbandonata nel 1975.

Differenti opinioni vennero espresse in merito al fallimento del processo di “villagization”. In primo luogo, molti sostennero che l’utilizzo di metodi coercitivi avesse delegittimato l’operato di Nyerere, il quale oltretutto mancò di dare le giuste motivazioni ideologiche che potessero spronare la popolazione a prendere l’iniziativa. Fin dall’inizio, infatti, l’attitudine dominante in Tanzania si alternò tra un diffuso senso di sfiducia e scetticismo, fino a una totale opposizione e risentimento.³¹ Inoltre, a complicare ulteriormente la situazione, uno specifico approccio descritto da Shivji³² e Raikes³³ come *Kulak Ujamaa* deteriorò la visione egualitaria di tale politica. Questo modus operandi prendeva in considerazione un certo numero di contadini che, ottenuto posizioni di rilievo all’interno dei comitati di villaggio o avendo stabilito dei legami con burocrati locali, cominciarono a usare queste strutture sociali per favorire i loro interessi. Perciò, il deterioramento dello spirito egualitario alla base della visione socialista dell’ujamaa, rimpiazzato da nuove forme d’individualismo figlie di una visione prettamente capitalista, complicarono ulteriormente il progetto di riorganizzazione sociale.³⁴

Ad ogni modo, pur essendo la diffusione di forme d’individualismo una delle cause utili per comprendere il fallimento della politica di ujamaa vijijini, essa non rispecchia la totale condizione interna al paese. Infatti, un ampio numero di esempi dimostra che in Tanzania, al fine di combattere le politiche di sfruttamento coloniale, numerosi contadini si riunirono in organizzazioni di auto-aiuto, facendo dell’unione l’arma fondamentale per combattere il colonialismo.³⁵ Pertanto, considerata la disparità di situazioni interne alla nazione, la crisi di questa politica difficilmente trovò nella

³⁰ Pallotti, A. *Appunti Storia dell’Africa: I Primi anni 60: la politica dell’Ujamaa*. Università “Roberto Ruffilli” Forlì, Bologna. 2012.

³¹ Lofchie, M. *Agrarian Crisis and Economic Liberalization*. Journal of Modern African Studies. Vol. 16, No. 3, 1978, p. 452

³² Shivji, I. *The Silent Class Struggle*. Dar es Salaam: Tanzania Publishing House 1974.

³³ Raikes, P. L. *Ujamaa and Rural Socialism*. Review of African Political Economy, Vol. 3. 1975.

³⁴ Scott, J. *Seeing Like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed*. New Haven: Yale University Press, 1999.

³⁵ Osabu-We, D. T. *Compatible Cultural Democracy: The Key to Development in Africa*. Ontario, Canada & New York, 2000, pp. 166-167

diatriba “individualismo-collettivismo” il fattore determinante della crisi di questo processo sociale.

Piuttosto, alcuni studiosi suggerirono che la causa di questo fallimento fosse da ricercare nella mancata trasformazione della struttura produttiva definitasi durante la fase coloniale. Infatti, il processo di villagization non cercò di ristrutturare la base dell’economia rurale al punto che molti villaggi furono interamente integrati all’interno del precedente modello di produzione dipendente dalle colture d’esportazione. La conseguenza di ciò fu che, lungi dal generare più eccedenze, il progetto ideato da Nyerere divenne il fattore di maggior drenaggio del surplus economico.³⁶ Di conseguenza, una delle più grandi limitazioni del processo di “villagization” non fu che esso cambiò le modalità di produzione agricola, ma piuttosto che non riuscì a cambiarle abbastanza.³⁷

Ad ogni modo è chiaro che il progetto dell’“ujamaa vijijini”, come anche il progetto di nazionalizzazione fu chiamato, fu gravato da una serie di limitazioni che non possono esser riassunte unicamente nell’avversione popolare al lavoro di gruppo. Al contrario, una plausibile spiegazione del fallimento di tale politica fu il suo approccio ottimistico e ambizioso riguardo a ciò che sarebbe potuto esser realizzato in un breve lasso di tempo. In questo senso, miglioramenti quasi immediati furono pretesi sia per ciò che concerne la nazionalizzazione del settore industriale, sia per quanto riguarda la collettivizzazione del settore agricolo. Inoltre, un fattore che rese ancor più complessa l’attuazione di tale politica fu la sua incapacità di relazionare fin da subito con le realtà sociali e culturali dell’economia rurale. Pertanto, la moderna pianificazione di villaggio in Tanzania fu essenzialmente la negazione stessa delle esistenti pratiche rurali.³⁸

³⁶ Raikes, P. L. *Ujamaa and Rural Socialism*. Review of African Political Economy, Vol. 3. 1975, p. 47

³⁷ Ibhawoh, B., Dibua, J. I. *Decostructing Ujamaa: The Legacy of Julius Nyerere in the Quest for Social and Economic Development in Africa*. African Association of Political Science. 2003, Vol 8 No. 1, pp. 68-69

³⁸ Scott, J. *Seeing Like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed*. New Haven: Yale University Press, 1999, p. 239

In sostanza, quindi, differenti fattori furono responsabili del fallimento di tale politica. Tra questi, l'inadeguata relazione con la realtà tanzaniana e la sua incapacità di definire una struttura socialmente accettabile, resero fin da subito l'ujamaa vijijini una visione più utopica che realizzabile.

L'ujamaa come strategia di sviluppo

Malgrado le difficoltà realizzative della politica di ujamaa, legate a problematiche sia interne che esterne al paese, non va sottovalutato l'impatto che questa politica ebbe sulla società. Infatti, l'intento principale emerso dalla Dichiarazione di Arusha fu quello di garantire uno sviluppo interno al paese attraverso una *politica socialista e independentista* che potesse consentire uno stacco netto con il passato coloniale.

La politica socialista.

L'aspetto socialista ebbe tra i fattori peculiari che lo definirono il principio di uguaglianza tra gli individui, il concetto di democrazia, la proprietà statale dei mezzi di produzione e la tolleranza religiosa.³⁹

Il principio di uguaglianza

L'uguaglianza fu sicuramente uno dei principi che ebbe le ripercussioni più forti all'interno del contesto tanzaniano. In primo luogo, una delle implicazioni principali riguardò il diritto del singolo alla dignità e al rispetto.⁴⁰ In un contesto come quello della Tanzania, dove la tratta degli schiavi prima e il dominio coloniale poi avevano influenzato per lungo tempo la società, in particolar modo la popolazione nera, un programma politico basato sul rispetto di ogni membro della società fu uno dei lasciti più grandi di Nyerere.

In secondo luogo, tale principio determinò un cambiamento radicale all'interno del contesto tanzaniano, dichiarando che ogni individuo di qualsiasi sesso, razza o

³⁹ Cornelli, E. M. *Contribution of Nyerere's Ujamaa to Development in Tanzania*. Chapter 7 PDF, 2011, p. 16

⁴⁰ Nyerere, J. *Freedom and Socialism*. Dar es salaam & New York: Oxford University Press. 1968, p. 13

religione fosse parte integrante della nazione.⁴¹ Anche in questo caso, tale dichiarazione ebbe la forza di sconvolgere la condizione interna al paese, destabilizzando la struttura gerarchica, in vigore fino al 1967, che sosteneva la supremazia di alcune razze (prevalentemente gli europei), considerate di maggior importanza per la nazione a differenza di altre.

La terza implicazione di tale principio fu la garanzia per ogni individuo di potersi esprimere liberamente oltre che aver la possibilità d'aggregarsi in movimenti o associazioni pur rimanendo sempre nell'ambito della legge.⁴² Fino alla promulgazione della Dichiarazione di Arusha, infatti, i movimenti africani avevano pressoché inesistenti possibilità d'aggregazione all'interno delle aree controllate dagli europei. La regola generale, quindi, prevedeva che gli individui potessero associarsi unicamente con altre persone della propria razza o religione.⁴³

Inoltre, ad ogni individuo fu concesso il diritto di protezione della propria vita oltre che quello di proprietà, scardinando quei diktat che in precedenza furono imposti dalla classe dirigente coloniale.⁴⁴ Fino al 1967, infatti, il "diritto alla vita" non significava il diritto a ricevere dagli altri i beni e le risorse necessarie per la preservazione della propria incolumità, ma semplicemente sosteneva che un individuo non potesse essere ucciso ingiustificatamente, fattore che peraltro rimase sempre soggetto a svariate interpretazioni. Di conseguenza, l'introduzione di questi diritti fu una delle eredità più importanti lasciate dall'ujamaa di Nyerere.

Perseguendo questa visione egualitaria, il leader del TANU sostenne la necessità che ogni individuo ricevesse una retribuzione salariale adeguata che garantisse eguali opportunità a tutti gli uomini e donne, a prescindere dalla loro razza, religione o status.⁴⁵ Oltretutto, una forte enfasi venne posta sulle opportunità educazionali. Per

⁴¹ Nyerere, J. *Freedom and Socialism*. Dar es salaam & New York: Oxford University Press. 1968, p. 13 e p. 78

⁴² Ibid. p. 13

⁴³ Cornelli, E. M. *Contribution of Nyerere's Ujamaa to Development in Tanzania*. Chapter 7 PDF, 2011, p. 17

⁴⁴ Nyerere, J. *Freedom and Socialism*. Dar es salaam & New York: Oxford University Press. 1968, p. 13

⁴⁵ Nyerere, J. *Freedom and Socialism*. Dar es salaam & New York: Oxford University Press. 1968, pp. 14-15

ciò che concerne tale aspetto, infatti, questa visione collettivista, sfociata nell'eliminazione di ogni forma di segregazione, permise di scardinare quella suddivisione razziale che per tanto tempo aveva oppresso la realtà africana, impedendole di usufruire delle stesse opportunità accademiche delle controparti europee e asiatiche. Nessun paese, infatti, avrebbe potuto perseguire un progetto di crescita continuando ad avere l'85% della popolazione illetterata. Pertanto, attraverso una politica sociale mirata a garantire eguali diritti a tutta la popolazione, l'ujamaa di Nyerere riuscì a ridurre il livello di analfabetismo del 90%, ottenendo una crescita senza precedenti.⁴⁶

In sostanza, quindi, la creazione di una società rispettosa dell'uguaglianza tra gli uomini e dei loro diritti, come vengono espressi nella Dichiarazione Universale del 1948, rimane una delle eredità più importanti della politica di ujamaa. Considerando, infatti, gli eventi storici che influenzarono questa nazione, quello che l'ujamaa cercò di portare a compimento, in termini di diritti umani e uguaglianza tra gli individui, costituì uno dei tasselli essenziali per la crescita della nazione.

La democrazia popolare

Uno degli elementi caratterizzanti la politica di ujamaa fu la sua dimensione democratica.⁴⁷ Consapevole della necessità che ogni cittadino avesse il diritto di partecipare in modo egualitario alle decisioni governative sia a livello locale che regionale o nazionale, Nyerere optò per una strategia volta a consentire alla popolazione contadina una più ampia partecipazione al processo decisionale, in particolare per le questioni direttamente connesse alla loro sfera di competenza.⁴⁸

All'interno di questa visione partecipativa, i villaggi ujamaa giocarono fin da subito un ruolo cruciale. Le direttive di Nyerere in merito a queste specifiche strutture sociali, riguardavano prevalentemente la necessità che vi fosse un livello d'equità

⁴⁶ Cornelli, E. M. *Contribution of Nyerere's Ujamaa to Development in Tanzania*. Chapter 7 PDF, 2011, p. 20

⁴⁷ Nyerere, J. *Freedom and Socialism*. Dar es salaam & New York: Oxford University Press. 1968, p. 13

⁴⁸ Kweka, A. *One-party democracy and the multi-party state*. In Mwalimu. The influence of Nyerere edited by Colin Legum & Geoffrey Mmari. London, Dar es Salaam. 1995, p. 71

assoluto all'interno della comunità. Pertanto, oltre a lavorare e vivere insieme, gli abitanti ebbero la possibilità di formare un governo di villaggio che facilitava la presa di decisioni riguardanti le loro vite. A questo riguardo, nel 1971 il TANU definì le nuove linee guida per porre un netto collegamento tra la questione dello sviluppo e della democrazia. Il partito di Nyerere dichiarò il suo totale supporto a qualsiasi operazione volta a garantire agli abitanti dei villaggi maggiore potere decisionale per ciò che concernesse i loro interessi.⁴⁹ A conferma di ciò, leader ed esperti furono reclutati dal partito al fine di assicurarsi che tutti i membri dei villaggi potessero partecipare alla formulazione, pianificazione e implementazione dei loro programmi e piani di sviluppo.⁵⁰

In sostanza, sebbene il sistema monopartitico deteriorò la credibilità del progetto democratico di Nyerere agli occhi della comunità internazionale, il monopartitismo espresso dal TANU giocò un ruolo cruciale nella diffusione di un senso d'equità all'interno della popolazione che favorì una situazione pacifica fin dall'indipendenza. In tal senso, il perseguimento e conservazione della pace furono uno dei contributi più significativi della politica di ujamaa.

La proprietà statale dei mezzi di produzione

Al fine di contribuire allo sviluppo della nazione, la proprietà statale dei mezzi di produzione divenne uno degli elementi fondamentali dell'ujamaa. Per raggiungere tale risultato, un ampio programma di nazionalizzazione venne avviato con l'obiettivo primario di minimizzare se non eliminare del tutto lo sfruttamento.⁵¹

La prima proprietà che venne nazionalizzata fu la terra, seguita da diverse compagnie straniere che consentirono alla Tanzania di garantirsi una crescita anche sotto il profilo industriale. Dopo il 1964, lo stato assunse il controllo dei terreni cosicché ogni tanzaniano, che ne avesse avuto bisogno, avrebbe potuto accederne.⁵² Questa

⁴⁹ Ibid. p.71

⁵⁰ Ibid p. 72

⁵¹ Cornelli, E. M. *Contribution of Nyerere's Ujamaa to Development in Tanzania*. Chapter 7 PDF, 2011, p. 26

⁵² Nyerere, J. *Freedom and Socialism*. Dar es salaam & New York: Oxford University Press. 1968, pp. 84-85

decisione ebbe un enorme impatto all'interno della società, dal momento che la terra in Africa ha sempre giocato il ruolo di principale mezzo di sussistenza. Inoltre, il facile accesso alle terre da parte di ogni ceto sociale fu una scelta volta a garantire, da un lato, una maggiore equità all'interno della comunità mentre, dall'altro, dimostrò un tentativo di sviluppo focalizzato al miglioramento delle condizioni di vita dei ceti più poveri.

Ad ogni modo, sebbene la nazionalizzazione di per se non favorì lo sviluppo del socialismo in Tanzania e neppure eliminò lo sfruttamento, fu comunque un passo fondamentale per consentire l'eliminazione di tutti quegli impedimenti che fino ad allora avevano ostruito il raggiungimento da parte della popolazione dei propri obiettivi di crescita.

La tolleranza religiosa

Sulla base di questa visione egualitaria, la Dichiarazione di Arusha garantì la libertà d'ogni individuo di professare il proprio credo religioso. Pertanto, dal 1967 ogni membro della comunità fu libero di manifestare la propria fede a patto che questa non violasse la libertà altrui.

Fin da subito, la Tanzania si rivelò essere una realtà multi religiosa. Il suo passato coloniale e la presenza di un sultanato sull'isola di Zanzibar, fino al 1963, influenzarono inevitabilmente lo spettro socio-culturale presente all'interno del territorio. Di conseguenza, tre furono le religioni principali che caratterizzarono questo paese fino ai giorni nostri: il cristianesimo, l'islam e le religioni tradizionali.⁵³

Ciò nonostante, proprio a causa del suo stretto legame con la fase di dominazione coloniale, il cristianesimo venne a lungo descritto come uno degli strumenti utilizzati sia dall'amministrazione tedesca che da quella britannica con l'obiettivo di imporre politiche e programmi specifici all'interno del paese. Agli occhi di molti, quindi, il cristianesimo e il colonialismo furono per lungo tempo associati inscindibilmente. Per

⁵³ Creighton, C., Omari, C. K. *Gender, Family and Household in Tanzania*. Avebury (August), 1995, p. 24

questa ragione, al fine d'invertire la tendenza, il governo ridefinì le relazioni tra stato e religione, dichiarando la propria neutralità in materia.

Infatti, nella costituzione della Repubblica Unita di Tanzania, all'articolo 19 (2)⁵⁴, è previsto che, fatte salve le leggi applicabili all'interno del territorio tanzaniano, il professare la propria religione o culto e la diffusione di queste debbano essere un affare libero e privato d'ogni cittadino e che la gestione dell'ente religioso non sia parte delle attività statali.

In conclusione quindi, perseguendo il principio di uguaglianza che fu a tutti gli effetti il cavallo di battaglia della politica di ujamaa, la tolleranza religiosa non fu che un ulteriore tassello dell'immenso lavoro di riorganizzazione sociale intentato da Nyerere, che si rivelò esser di fondamentale importanza negli anni a venire.

La politica indipendentista.

La visione indipendentista, alla pari della politica socialista, può esser considerata un pilastro portante della rivoluzione sociale che prende il nome di ujamaa.

Tale politica fu caratterizzata da due strategie specifiche riguardanti il disimpegno dal sistema economico internazionale e il processo di ristrutturazione interna, con l'obiettivo di garantire un distacco netto dal passato coloniale.

Il disimpegno dal sistema economico internazionale

La visione indipendentista di Nyerere si basò fin da subito su una scala temporale distinta nel lungo e breve periodo. Nel lungo periodo, l'indipendenza sarebbe dovuta significare per il paese una totale autonomia, dove lo sviluppo sarebbe potuto esser raggiunto unicamente tramite le proprie forze. Nel breve periodo, invece, la concezione indipendentista si rivelò esser molto più pragmatica. Sotto Nyerere, infatti, la Tanzania mantenne scambi commerciali con attori internazionali mentre gli aiuti dall'estero aumentarono enormemente, consentendo al governo di attuare numerose riforme volte al miglioramento della condizione interna del paese.⁵⁵

⁵⁴ Repubblica Unita di Tanzania. *Costituzione Art. 19 par. 2. 1977*

⁵⁵ Cornelli, E. M. *Contribution of Nyerere's Ujamaa to Development in Tanzania*. Chapter 7 PDF, 2011, p. 31

L'incremento esponenziale degli aiuti ebbe un impatto notevole su diversi settori, dall'edificazione di nuove industrie tessili in buona parte del paese, fino al miglioramento dei servizi sociali (educazione, sanità, risorse idriche, elettricità) e delle infrastrutture. Pertanto, nonostante alcune mancanze strutturali, la politica di ujamaa consentì alla Tanzania di accrescere in un primo momento il proprio settore finanziario e commerciale, intraprendendo una strategia volta alla crescita della nazione.

Il processo di ristrutturazione interna

Per quanto riguarda il secondo aspetto peculiare della politica independentista, la ristrutturazione interna del paese implicò uno spostamento dallo sviluppo urbano a quello rurale. Tale transazione, che vide una netta evoluzione del settore agrario da una fase primitiva a una moderna, fu il risultato di una serie di misure specifiche adottate dal governo.⁵⁶

In primo luogo, la nazionalizzazione della terra consentì ai contadini di accedere liberamente ai terreni per la produzione, consentendo così anche a chi non avesse avuto un proprio appezzamento di poter coltivare, senza dover pagare alcuna forma d'affitto.

Inoltre, la politica di ujamaa vijijini ebbe un impatto notevole sullo sviluppo interno al paese. Infatti, pur essendo stata utilizzata la forza in alcune circostanze al fine di favorire la creazione di questi centri abitativi, non vi è alcun dubbio che in questi villaggi la popolazione potesse ricevere differenti benefici, primi tra tutti un'educazione e un libero accesso ai servizi sociali.⁵⁷

L'incremento del settore agricolo, tuttavia, non poté che passare per l'implementazione del settore industriale. In tal senso, l'edificazione di nuove aziende nazionali per la produzione d'equipaggiamento agricolo, divenne un elemento fondamentale. A questo proposito, la costruzione del Tanga Fertilizer Plant (TFP) fu da considerarsi un esempio emblematico. Stabilita nel 1968, questa compagnia

⁵⁶ Cornelli, E. M. *Contribution of Nyerere's Ujamaa to Development in Tanzania*. Chapter 7 PDF, 2011, p. 35

⁵⁷ *Ibid.* p. 35

produsse fertilizzanti distribuiti in tutto il paese, che divennero essenziali per lo sviluppo del moderno settore agrario.⁵⁸ Pertanto, preso atto che la Tanzania storicamente non aveva mai posto in precedenza il proprio controllo su aziende di tale portata, la costruzione d'industrie quali la TFP fu sicuramente una delle opere simbolo dello sforzo promosso dal TANU per influenzare la crescita della nazione.

E' dunque innegabile che la politica di ujamaa diede un grosso slancio alla Tanzania, invertendo una condizione d'oppressione che fino al 1961 era rimasta pressoché immutata, a causa di un'amministrazione coloniale non interessata a promuovere un processo di modernizzazione nel paese, onde evitare che questo potesse comprometterne la leadership.⁵⁹ Tuttavia, è da considerarsi altrettanto vero il fatto che Nyerere non ebbe la forza di consolidare a pieno i propri passi in avanti, ritrovandosi costretto a utilizzare anche la forza al fine d'implementare il processo di crescita nazionale. Questa scelta, tuttavia, tradì la visione originaria del leader tanzaniano, che considerava la "collaborazione" un ingrediente fondamentale per la realizzazione del progetto di ristrutturazione sociale.⁶⁰ Di conseguenza, l'errata gestione di alcune specifiche situazioni complicò la posizione interna del leader del TANU, che si trovò a dover combattere su due fronti, per la realizzazione del proprio progetto e per la salvaguardia della nazione dalle nuove pressioni economiche internazionali.

La fine dell'ujamaa e il rovesciamento politico

Quando Nyerere delineò la sua politica rivoluzionaria, l'idea portante esprimeva la necessità di creare una massimizzazione delle risorse attraverso la collaborazione. In tal senso, proclamando l'esistenza dell'omogeneità della collettività, tale ideologia si proponeva di attuarla.⁶¹

⁵⁸ Ibid. p. 31

⁵⁹ Cornelli, E. M. *Contribution of Nyerere's Ujamaa to Development in Tanzania*. Chapter 7 PDF, 2011, p. 38

⁶⁰ Pallotti, A. *Appunti Storia dell'Africa: I Primi anni 60: la politica dell'Ujamaa*. Università "Roberto Ruffilli" Forlì, Bologna. 2012.

⁶¹ Gentili, A. M. *Il leone e il cacciatore-Storia dell'Africa sub-sahariana*. Carrocci Nuova Edizione, Roma 2012, p. 389

Tuttavia, la strategia di partecipazione dal basso si rivelò subito di difficile realizzazione e molto presto prevalsero metodi di dirigismo burocratico che privilegiarono non tanto la partecipazione quanto la retorica assistita da metodi coercitivi. In tal senso, il 1973 segnò il definitivo passaggio dalla fase volontaristica alla pianificazione produttivistica che tuttavia, gestita con metodi dirigisti, non diede che scarsi risultati.

Già nel 1976, con la formazione di villaggi ujamaa atta al fine di creare nuclei essenziali per la riformulazione delle priorità di sviluppo, il processo si trasformò da partecipativo in burocratico. Vennero chiuse le unità cooperative spontanee e autonome, le quali furono sostituite da strutture dipendenti. Il TANU (dal 1977 Chama Cha Mapinduzi, CCM) da partito di mobilitazione divenne struttura di controllo.⁶²

Oltretutto, la crisi economica, siccità ripetute, inadeguatezze di pianificazione, oltre che la macchinosa riorganizzazione sociale, crearono in molte regioni problemi di fame e un forte declino dell'economia. Se però, negli anni Settanta, i deficit con l'estero furono coperti da prestiti internazionali e dalle donazioni di varie agenzie di sviluppo, all'inizio degli anni Ottanta i tradizionali paesi donatori (primi fra tutti quelli scandinavi) mantennero gli stessi livelli d'aiuto, mentre la Banca Mondiale (BM) e il Fondo Monetario Internazionale (FMI) ridussero le aperture di credito.⁶³

Di conseguenza, diminuite le risorse finanziarie, nel 1981 venne adottato il National Economic Survival Programme (NESP) che prevedeva una serie di misure volte a ridurre la spesa pubblica e a rilanciare la produzione per l'esportazione. Tuttavia, rivelatosi il NESP inefficace, nel 1982 venne predisposto un Programma di aggiustamento strutturale (PAS) che però fin dall'inizio non soddisfò i criteri della BM. Solo nel 1985, venne predisposto l'Economic Recovery Programme (ERP) che

⁶² Gentili, A. M. *Il leone e il cacciatore-Storia dell'Africa sub-sahariana*. Carrocci Nuova Edizione, Roma 2012, p. 389

⁶³ *Ibid.* p. 390

divenne la base di partenza per un nuovo turno di negoziati con i paesi donatori e il FMI.⁶⁴

Ciò nonostante, tale accordo ebbe come preconditione un vero e proprio rovesciamento politico. Nyerere, che era stato il principale oppositore delle misure adottate nell'ERP, rinunciò alla presidenza del paese nel 1985, per rimanere fino al 90 presidente del partito unico. L'ultima fase degli anni Ottanta, quindi, fu caratterizzata dalla costante tensione fra il partito, che secondo la Costituzione ancora vigente deteneva la supremazia sullo Stato, e il nuovo presidente Mwinyi, favorevole a mettere in atto le misure negoziate dal PAS.⁶⁵

Pertanto, da un regime che aveva posto come priorità un accesso egualitario alle risorse, pur non riuscendo totalmente nel suo intento, si passò a una situazione di relativa crescita che tuttavia vide l'instaurarsi di una forte diseguaglianza fra classi sociali e regioni.

L'ujamaa di Nyerere ai giorni nostri

Al giorno d'oggi, la politica di ujamaa non ricopre più un ruolo dirigenziale nelle strategie del paese. Anche se la costituzione della Repubblica Unita di Tanzania all'articolo 3 (1)⁶⁶ ancora descrive la nazione come una stato democratico e socialista, in pratica esso non è definibile al giorno d'oggi in tal maniera, ma piuttosto come una democrazia multipartitica di stampo capitalista.

L'allontanamento dalla politica di ujamaa cominciò nel 1985, quando Nyerere si ritirò dalla presidenza lasciando il posto ad Ali Hasan Mwinyi (1885-1995). Questi, una volta insediatosi al potere, firmò in un breve periodo di tempo una serie di accordi con il FMI e la BM, al fine di definire l'implementazione delle politiche d'aggiustamento strutturale.⁶⁷ Politiche prescritte a tutti i paesi del Terzo Mondo da

⁶⁴ Gentili, A. M. *Il leone e il cacciatore-Storia dell'Africa sub-sahariana*. Carrocci Nuova Edizione, Roma 2012, p. 390

⁶⁵ Ibid. p. 390

⁶⁶ Repubblica Unita di Tanzania. *Costituzione Art. 3 par. 1*. 1977

⁶⁷ Nyerere, M. *Conflicts and Constitutional Issues in Tanzania*. Africa Review 30, (1&2) 2003, pp. 3-4

parte delle potenze occidentali, le PAS prevedevano generalmente l'implementazione dei programmi e delle politiche di mercato attraverso cambiamenti sia interni (privatizzazioni e deregolamentazioni), sia esterni, in particolare la riduzione delle barriere commerciali.⁶⁸

Al fine di ricevere fondi dalla BM e dal FMI, la Tanzania perseguì l'attivazione di queste linee guida, adottando modifiche considerevoli alla propria struttura interna. Infatti, la promozione delle PAS implicò l'abolizione di alcuni dei principi cardine della Dichiarazione di Arusha.⁶⁹ Emblematica in tal senso fu la drastica interruzione dei progetti di sviluppo promossi dallo stato nelle zone rurali, dove l'approvvigionamento di servizi sociali quali scuole o centri sanitari deteriorò in maniera pressoché irreversibile.⁷⁰

Inoltre, l'inversione di rotta promossa dal nuovo governo comportò la promozione di un processo di privatizzazione che colpì le istituzioni economiche definite durante la politica di ujamaa. A tal proposito, più di 400 imprese pubbliche costruite durante l'amministrazione Nyerere vennero privatizzate. Tale cambiamento, perciò, non solo comportò un netto distacco dal passato, ma anche spogliò la società del proprio bene nazionale più prezioso, esponendola al rischio di possibili manipolazioni e diktat da parte delle elite aziendali mondiali.⁷¹

Infine, la liberalizzazione economica fu seguita da quella politica, nella quale il CCM venne contrapposto a ben 18 partiti d'opposizione tra i quali spiccarono il Chama cha Demokrasia na Maendeleo (CHADEMA), il partito della Democracy and

⁶⁸ Olukoshi, A. *Structural Adjustment and Social Policies in Africa: Some Notes*. The Nordin Africa Institute, Uppsala, Sweden. 2000.

⁶⁹ Cornelli, E. M. *Contribution of Nyerere's Ujamaa to Development in Tanzania*. Chapter 7 PDF, 2011, p. 46

⁷⁰ Bitrina, D., Diyamett, M., Jovita, J., Kibadu, A., Lerise, F., Mabala, R., Mbutolwe, E. & Mushi, N. *Exploring Rural-Urban Interactions in Tanzania: a Critical Review of the Methods and Tools*. 2001, p. 8

⁷¹ Nyirabu, M. *Conflicts and Constitutional Issues in Tanzania*. Africa Review 30, (1&2) 2003, p. 5

Development, il National Convention for Construction and Reform (NCCR-Mageuzi), il Tanzanian Labour Party (TLP) e il Civic United Front (CUF).⁷²

Pertanto, considerando gli elementi caratterizzanti il governo di Mwinyi, il processo di liberalizzazione all'interno della società fu a tutti gli effetti il suo cavallo di battaglia, riuscendo persino ad influenzare i successivi governi. Il distacco dalla politica di ujamaa venne così consolidato e il neoliberalismo assunse tutti i meriti della fase di benessere economico diffuso nel paese.

Ciò nonostante, il fatto che alcuni ambienti della società tanzaniana considerassero la fase capitalista come il motore trainante del miglioramento delle condizioni di vita nel paese, non significa necessariamente che la politica di ujamaa non apportò a suo tempo un contributo fondamentale per il raggiungimento di tali risultati. In tal senso, uno degli elementi peculiari della Dichiarazione di Arusha riguardava la necessità di offrire una condizione di eguaglianza interna alla nazione. Tale visione, infatti, sosteneva il bisogno che ciò avvenisse al fine di poter garantire una stabilizzazione interna al paese che favorisse la pace. Perciò, da questo punto di vista, malgrado l'ujamaa non sia riuscito ad estirpare alcune delle piaghe della società, quale ad esempio la povertà, fu comunque in grado di garantire ai governi futuri una condizione interna stabile che favorì il loro lavoro.

Al contrario, va sottolineato come sotto alcuni aspetti l'era neoliberale riportò la Tanzania a dover confrontarsi con determinate problematiche sociali. In tal senso, la sfida per la riduzione del divario tra i ceti più poveri e quelli più ricchi, che fin dall'implementazione delle PAS aumentò esponenzialmente, comportò una rivalutazione della politica di ujamaa che, invece, aveva sempre perseguito una strategia volta a ridurre le diseguaglianze all'interno della comunità.⁷³

Pertanto, ipotizzando un'eventuale ritorno di Nyerere all'interno del contesto politico attuale, probabilmente esso si sarebbe trovato ad argomentare sugli stessi principi che

⁷² Bitrina, D., Diyamett, M., Jovita, J., Kibadu, A., Lerise, F., Mabala, R., Mbutolwe, E. & Mushi, N. *Exploring Rural-Urban Interactions in Tanzania: a Critical Review of the Methods and Tools*. 2001, p. 7

⁷³ Cornelli E. M. *Contribution of Nyerere's Ujamaa to Development in Tanzania*. Chapter 7 PDF, 2011, p. 53

caratterizzarono la sua linea politica trent'anni prima, riscontrando però una maggiore approvazione rispetto agli anni Sessanta e Settanta. Infatti, venticinque anni di capitalismo neoliberale non fecero che confermare alcuni dei dettami dell'ujamaa, tra i quali soprattutto emerse l'idea che il capitalismo in Africa non possa portare uno sviluppo omogeneo.

A questo proposito, infatti, tale politica fornì lezioni importanti per ciò che concerne lo sviluppo economico nel continente africano.⁷⁴ Anche se molti scrittori di stampo liberale continuarono a sostenere che il libero scambio e l'orientamento all'esportazione fossero da considerarsi la prospettiva migliore al fine di promuovere la crescita economica interna al continente, la scuola neomarxista, invece, delineò come il processo di globalizzazione economica avrebbe unicamente comportato, in Africa, una destabilizzazione delle economie locali.⁷⁵

Partendo da questa prospettiva, infatti, è possibile comprendere per quale ragione Nyerere sottolineò fortemente la necessità di perseguire uno sviluppo indipendente e non basato sulle interrelazioni economiche con attori internazionali. In tal senso, quindi, egli sostenne da sempre che l'Africa possedesse una storia caratterizzata da una spiccata autosufficienza e inventiva da cui fosse possibile attingere per affrontare le sfide di sviluppo in corso.⁷⁶

Di conseguenza, malgrado per alcuni tale politica riservi ancora dei dubbi, essa ebbe il merito di comprendere che lo sviluppo materiale e spirituale è da considerarsi un diritto di tutti e non solo di alcuni privilegiati. In questo senso, quindi, l'ampia politica di sviluppo promossa dall'ujamaa, rivolta al coinvolgimento di tutti i membri della società, a prescindere dalle loro differenze, è da considerarsi sicuramente uno dei

⁷⁴ Legum, C., Mmari, G. *Mwalimu: The Influence of Nyerere*. Lawrenceville, NJ: Africa World Press. 1995. & S.L. Ishemo. *Tributes to Mwalimu J. K. Nyerere*. Review of African Political Economy, Vol. 27. 2000.

⁷⁵ Onimode, B. *A Political Economy of African Crisis*. London & Atlantic Highlands, NJ: Zed Books & the Institute for African Alternatives. 1988. & T. J. Biersteker. *The Triumph of Neo-Classical Economics in the Developing World*. in J. N. Rosenau and E.O. Cziempiel, eds., *Governance Without Government: Order and Change in World Politics*. Cambridge & New York: Cambridge University Press. 1992.

⁷⁶ Ibhawoh, B., Dibua, J. I. *Decostructing Ujamaa: The Legacy of Julius Nyerere in the Quest for Social and Economic Development in Africa*. African Association of Political Science. 2003, Vol 8 No. 1, p. 77

lasciti fondamentali della Dichiarazione di Arusha, oltre che uno dei contributi principali per l'attuale crescita della nazione.⁷⁷

Il futuro dell'ujamaa

Da quando Nyerere lasciò la guida del CCM nel 1990, nove anni prima di venir meno (14 Ottobre 1999), la Tanzania continuò a perseguire il suo processo di cambiamento. Il problema dello sviluppo rimase centrale fino ai giorni nostri nelle prerogative di governo, dal momento che la nazione continuò a presentare un ampio livello di povertà, oltre che una forte dipendenza dai paesi più sviluppati. Come già accennato precedentemente, la risposta allo stato monopartitico portò all'introduzione di 18 nuove realtà politiche al fine di promuovere una transizione verso il multipartitismo. All'interno di questo clima democratico, alcuni partiti (es. CHADEMA) si dimostrarono fin da subito maggiormente propensi a promuovere certi principi dell'ujamaa.⁷⁸ Ciò nonostante, l'incapacità di ottenere dei risultati concreti a livello nazionale non consentì un'inversione di tendenza, lasciando la gestione del paese in mano al CCM.

Al fine di risolvere il problema riguardante la povertà, le risposte promosse dai neoliberali trasformarono la Tanzania da una società priva di una forte classificazione sociale, in una fortemente classista.⁷⁹ Questa involuzione, chiaramente in controtendenza con quella che era la visione sociale di Nyerere, pose pressione sul governo, che cominciò a non esser più visto come la soluzione a tutti i problemi, ma piuttosto come la causa di un processo di destabilizzazione interna alla società.

Inoltre, le riforme attuate al fine di perseguire le direttive poste dalla BM e dal FMI non fecero altro che trasformare il paese da uno stato complessivamente forte, in grado di controllare le proprie attività economiche, a uno sostanzialmente debole, in grado unicamente di mantenere la legge e l'ordine. Anche in questo caso, tale processo di riduzione delle responsabilità intraprese una direzione opposta al credo del primo

⁷⁷ Cornelli, E. M. *Contribution of Nyerere's Ujamaa to Development in Tanzania*. Chapter 7 PDF, 2011, p. 55-56

⁷⁸ Ibid. p. 56

⁷⁹ Legum, C., Mmari, G. *Mwalimu: The Influence of Nyerere*. Lawrenceville, NJ: Africa World Press. 1995, p. 97

presidente della Tanzania indipendente. Secondo Nyerere, infatti, solo uno stato forte avrebbe potuto gestire adeguatamente le forze della globalizzazione.

Infine, a delegittimare ulteriormente l'operato neoliberale, la scarsa ripartizione delle risorse, in particolar modo la terra, incrementò notevolmente i malumori interni alla nazione. Nelle ultime due decadi e mezzo, un incremento degli investimenti (settore agrario, energetico, turismo, minerario, petrolifero etc.), comportò la requisizione di grandi appezzamenti. Il diritto fondiario del 1999 venne infatti modificato nel 2003, consentendo anche ad acquirenti stranieri di poter ottenere il diritto d'occupazione per ragioni d'investimento. Questa decisione non fece che complicare ulteriormente la situazione, consentendo a grandi imprenditori d'impossessarsi di enormi terreni impedendo così ai piccoli proprietari di portare avanti le proprie attività. Pertanto, in una situazione già instabile a causa del costante processo di privatizzazione nel settore industriale, i risentimenti all'interno della società si delinearono ulteriormente, dal momento che ci si cominciò a rendere conto che il diritto alla terra, che in precedenza l'ujamaa aveva avuto la forza di elargire, fu progressivamente eroso dalle concessioni che i governi neoliberali fecero nei confronti d'investitori stranieri.⁸⁰

In conclusione, quindi, è possibile comprendere come le numerose proteste che si svilupparono intorno alle principali problematiche sociali del paese, sotto un profilo ideologico furono espresse in netta contrapposizione all'eredità che si venne a delineare durante l'ujamaa. La politica di Nyerere, infatti, può esser considerata come termine di paragone con cui la gente comune cominciò a raffrontare la nuova distribuzione dei beni. In tal senso, una costante comparazione tra come fosse la vita durante l'ujamaa e come si sia essa sviluppata in seguito divenne un'abitudine. Non è un caso, quindi, se ancora oggi il nome di Nyerere venga evocato durante manifestazioni o scioperi.⁸¹ Paradossalmente, quindi, l'evoluzione neoliberale che si delineò dopo il 1985 non fece che rilanciare la figura stessa del leader storico, esaltandone i meriti. Emblematiche in tal senso furono le parole dello stesso Nyerere, il quale poco prima di morire rilasciò un'intervista dove espressamente affermò la

⁸⁰ Nyerere, M. *Conflicts and Constitutional Issues in Tanzania*. Africa Review 30, (1&2) 2003, p. 6

⁸¹ Cornelli, E. M. *Contribution of Nyerere's Ujamaa to Development in Tanzania*. Chapter 7 PDF, 2011, p. 60

propria convinzione secondo cui il paese avrebbe in futuro ripreso a perseguire i principi generali della Dichiarazione di Arusha, riconoscendoli come l'unica via per una crescita equilibrata.⁸² Di conseguenza, nonostante la politica interna al paese sia cambiata comportando una riformulazione strutturale di alcuni punti cardine, alcuni principi alla base della visione egualitaria di Nyerere rimangono ancora oggi vivi all'interno della società. Perciò, anche se difficilmente sarà possibile ritornare all'originaria politica di ujamaa, e di conseguenza buona parte degli aspetti di questa siano destinati a venir meno, la visione di uno sviluppo egualitario è un principio che potrebbe continuare a rivelarsi di fondamentale importanza in ogni futura negoziazione volta a garantire lo sviluppo in Tanzania.

2. Lo sviluppo del sistema sanitario in Tanzania

Fino alla metà del XIX secolo, la medicina occidentale era pressochè sconosciuta in Tanganyika. La popolazione, infatti, si affidava unicamente a varie tipologie di guaritori, le cui tecniche di guarigione non avevano alcuna base scientifica ma erano sostanzialmente pratiche sciamaniche.⁸³ Pertanto, al fine di comprendere quali furono i passaggi fondamentali che portarono all'instaurazione dell'attuale sistema sanitario in Tanzania, è necessario prendere in considerazione il periodo coloniale come punto di partenza.

2.1 La dominazione coloniale tedesca

⁸² Bunting, I. *The Heart of Africa. Interview with Julius Nyerere on Anti-Colonialism*. New Internationalist Magazine, issue 309, January-February 1999, p. 5

⁸³ Mandara, M. P. *Health Services in Tanzania: a historical overview*. in G. M. P. Mwaluko. *Health and Disease in Tanzania*. Harper Collins Academic, 1991, p. 1

Nel 1877, la costruzione di un ospedale a Mamboya, nelle vicinanze di Mpwapwa, da parte della Church Missionary Society (CMS), inaugurò l'era della medicina occidentale in Tanganyika. Motivati dall'intento di convertire al cristianesimo le popolazioni locali o impadronirsi delle ricchezze presenti nel territorio, inglesi e tedeschi furono i principali promotori della medicina occidentale, utilizzando questa come strumento di penetrazione coloniale. A partire dal 1888, un numero di avamposti cristiani e stazioni commerciali venne fondato prevalentemente sulla costa del Tanganyika, con l'obiettivo primario d'istituire una forma di governo primordiale nella regione. Considerato l'alto tasso di mortalità dovuto a malattie quali la malaria una delle prime mosse atte a favorire la penetrazione europea in Tanganyika fu la creazione di un rudimentale servizio sanitario ,sia per le truppe che per gli espatriati tedeschi.⁸⁴ Durante la fase di dominio coloniale, la sanità in Africa venne così prevalentemente concentrata nelle principali aree urbane, con lo scopo di venir incontro ai bisogni primari della popolazione europea.⁸⁵

In un primo momento, la capitale amministrativa venne posta a Bagamoyo, un'area maggiormente protetta dalle malattie trasmissibili. Inoltre, per la stessa ragione, gli ospedali militari vennero situati sulla costa e a Dar es Salaam si concentrò gran parte dell'attività di ricerca medica che portò alla scoperta del primo vaccino linfatico contro il vaiolo. Questo venne reso accessibile anche alla popolazione locale, sia nell'intento di ridurre il tasso di mortalità per vaiolo, ma anche con lo scopo di favorire la diffusione della medicina occidentale in Tanganyika.⁸⁶

Di conseguenza, già nel 1892, attraverso una collaborazione informale tra i missionari e il governo militare, una prima forma d'organizzazione sanitaria iniziò a svilupparsi all'interno del territorio. Di lì a poco, uno sviluppo esponenziale delle infrastrutture sanitarie a Dar es Salaam portò alla creazione dei primi edifici sanitari, i cui successivi sviluppi sono tuttora presenti nella città.⁸⁷ Nel 1897, l'Ocean Road Hospital e il Sewa

⁸⁴ Ibid. p. 2

⁸⁵ Nnadozie, E. *African Economic Development*. Department of Economics, Truman State University, Kirksville, Missouri 2003, p. 187

⁸⁶ Mandara, M. P. *Health Services in Tanzania: a historical overview*. in G. M. P. Mwaluko. *Health and Disease in Tanzania*. Harper Collins Academic, 1991, p. 2

⁸⁷ Ibid. p. 2

Haji Hospital aprirono i loro reparti ai pazienti. Il primo venne edificato allo scopo di garantire un servizio sanitario unicamente rivolto alla popolazione europea, venendo poi successivamente convertito in un centro maternità e per la radioterapia, tuttora in attività. Il secondo, invece, offrì il medesimo servizio alle restanti fasce della popolazione, venendo però in seguito chiuso dopo l'edificazione del Princess Margaret Hospital, attualmente conosciuto come Muhimbili Medical Centre.⁸⁸

I 25 anni di dominazione tedesca del Tanganyica videro pertanto sia l'edificazione di alcune delle principali infrastrutture sanitarie del paese, ma anche si caratterizzarono per numerosi sforzi volti a garantire un controllo delle epidemie, attraverso un ampio programma di vaccinazioni e di ricerca medica, che costituirono alcune tra le più importanti eredità lasciate dal dominio coloniale tedesco. Tuttavia, i numerosi sforzi volti a garantire un miglioramento delle condizioni interne al paese, miranti a favorire un processo di stabilizzazione coloniale, vennero interrotti dall'esito finale della Prima Guerra Mondiale. La sconfitta della Germania, infatti, comportò la destabilizzazione di tale potenza, la quale si vide costretta ad abbandonare le proprie colonie, a favore delle potenze vincitrici del conflitto.⁸⁹

Il protettorato inglese

Quando il Tanganyika divenne un mandato inglese, nel 1919, ben presto emersero le complessità relative agli aspetti istituzionali. In precedenza, infatti, l'amministrazione tedesca aveva diviso il territorio in aree amministrative chiamate *akidas*, le quali però non vennero mantenute dalla nuova amministrazione britannica, che decise di non perseguire un modello precedentemente istituito da un avversario militare. Per tale ragione, la suddivisione interna del paese venne modificata seguendo la politica dell'*indirect rule*, che prevedeva un processo di riconoscimento dei governi locali al fine d'istituire una suddivisione interna che rispettasse quella originale. Ciò nonostante, tale cambiamento non considerò il fatto che queste comunità fossero

⁸⁸ Ibid. p. 2

⁸⁹ Ibid. p. 3

oramai integrate all'interno del sistema tedesco, e che pertanto questa nuova suddivisione di fatto potesse complicare la situazione interna al paese.⁹⁰

Ad ogni modo, se sotto il profilo istituzionale il processo di stabilizzazione coloniale si rivelò tra i più difficili, sotto il profilo sanitario, invece, esso si mostrò esser meno complesso, potendo usufruire delle infrastrutture costruite in precedenza dall'amministrazione tedesca.⁹¹ A conferma di ciò, nei dieci anni successivi alla fine della Prima Guerra Mondiale, il servizio sanitario si sviluppò considerevolmente, sia sotto il profilo curativo che di prevenzione.⁹² Sin dal suo insediamento, infatti, l'amministrazione inglese focalizzò la propria attenzione sulla preparazione di ispettori sanitari, dando maggior enfasi in ambito preventivo rispetto a qualsiasi altro periodo precedente la campagna d'immunizzazione del 1980.⁹³ Questa enfasi sugli aspetti epidemiologici e preventivi non si associò invece, per un certo tempo, alla preparazione del personale medico per gli ospedali e i dispensari, percorso che venne intrapreso solo in seguito, quando alcuni programmi d'addestramento cominciarono presso l'ospedale di Sewa Haji nel 1924. I piani relativi all'ampliamento di tali programmi, al fine di creare una vera e propria scuola medica vennero però abbandonati nel 1931, a causa delle ripercussioni economiche legate alla crisi del '29.⁹⁴ Per i seguenti otto anni, infatti, la crisi mondiale colpì ogni settore, costringendo il governo a concentrare gli sforzi unicamente su aspetti assolutamente necessari, pur continuando ad offrire i trattamenti sanitari iniziati durante gli anni Venti. A tal riguardo, il numero di pazienti trattati dalle cliniche locali e governative tra il 1930 e il 1939 incrementò esponenzialmente passando da 750.000 fino a 1.500.000.⁹⁵ Ciò nonostante, il numero di dottori governativi, incluso lo staff amministrativo e di

⁹⁰ Iliffe, J. *A Modern History of Tanganyika*. Cambridge, 1994. pp. 322-325

⁹¹ Beck, A. *The Role of Medicine in German East Africa*. Bulletin for the History of Medicine, 45, 1971, p. 171

⁹² Nsekela, A. J., Nhonoli, A. M. *Health Services and Society in Mainland Tanzania: A historical overview*. 1976 in Mandara, M. P. *Health Services in Tanzania: a historical overview*. in G. M. P. Mwaluko. *Health and Disease in Tanzania*. Harper Collins Academic, 1991, p. 3

⁹³ Tanganyika, AMR 1925 p. 1, 1926 p. 25; Clyde in Sabben-Claire and others, *Health*, p. 105

⁹⁴ Tanganyika, AMR 1926 pp. 9-10, 1940 p. 2; E. D. Pride. *Report on the Medical and health services of Tanganyika Territory*. 1949, Sneath Papers, R. H.

⁹⁵ Mandara, M. P. *Health Services in Tanzania: a historical overview*. in G. M. P. Mwaluko. *Health and Disease in Tanzania*. Harper Collins Academic, 1991, p. 3

laboratorio, diminuì da 59 a 47 tra il 1929 e il 1938.⁹⁶ In tal senso, quindi, è possibile comprendere come i progetti di prevenzione e di salute pubblica a lungo termine vennero sacrificati al fine di poter focalizzare l'attenzione su questioni più immediate. Inoltre, prima che il settore sanitario potesse riprendersi dalla crisi, lo scoppio della Seconda Guerra Mondiale rese ulteriormente difficile il lancio di nuovi programmi di salute pubblica, oltre che il mantenimento di un livello soddisfacente di quelli già in atto.

Tuttavia, malgrado la situazione sembrasse esser difficilmente recuperabile, essa migliorò nuovamente con la fine del conflitto nel 1945. Proprio come precedentemente avvenuto al termine della Prima Guerra Mondiale, infatti, una rapida espansione del sistema sanitario venne promossa, con l'obiettivo di garantire un servizio in grado di bilanciare sia l'ambito curativo che di prevenzione. A conferma di ciò, il Pridie Report del 1949 cercò di razionalizzare la situazione interna ponendo una distinzione precisa tra quelle che fossero le funzioni curative e quelle preventive. Sviluppatisi a seguito di una visita in Tanganyika da parte del *Chief Medical Officer* Pridie, tale report si prefiggeva l'obiettivo di istituire una preparazione specifica sia per il personale infermieristico (unicamente composto da donne) che per gli Assistant Health Inspectors e gli inservienti sanitari, con lo scopo d'inquadrare il personale attraverso una suddivisione specifica dei compiti.⁹⁷ Inoltre, nello stesso periodo, i servizi relativi alla salute materno infantile intrapresero una fase di crescita, nonostante le numerose difficoltà incontrate in passato. Iniziati nel 1924, infatti, tali servizi non ebbero modo di svilupparsi fino alla fine della Seconda Guerra Mondiale, a causa di una consistente mancanza di personale oltre che al susseguirsi di una serie di problematiche considerate più urgenti dall'amministrazione coloniale.⁹⁸

⁹⁶ Ibid. p. 3

⁹⁷ Legislative Council of Tanganyika, Sessional Paper N° 2 1949. *A review of the Medical Policy of Tanganyika*. Dar es Salaam, Government Printer, 1949.

⁹⁸ Mandara, M. P. *Health Services in Tanzania: a historical overview*. in G. M. P. Mwaluko. *Health and Disease in Tanzania*. Harper Collins Academic, 1991, p. 4

Nel 1959, la Banca Mondiale (BM) intraprese un'approfondita indagine economica in Tanganyika.⁹⁹ Tale missione pose come priorità l'incremento dei finanziamenti in ambito educativo oltre che per le forniture idriche in contesti rurali, la costruzione di strade e ponti e il mantenimento dell'ordine. Tuttavia, nonostante queste direttive mirassero al miglioramento della condizione interna del paese, poca menzione venne fatta per ciò che concerne i servizi sanitari. A tal riguardo, solamente un incremento graduale delle spese venne raccomandato per i cinque anni successivi (da 1.900.000 £ tra il 1960-1961 a 2.400.000 £ tra il 1965 e il 1966).¹⁰⁰ Il governo accettò le linee guida, investendo buona parte delle risorse nazionali nel settore economico ed educativo al fine di consentire un adeguato sviluppo dei servizi sociali, inclusi quelli sanitari. Tra la fine degli anni Cinquanta e l'inizio degli anni Sessanta, infatti, l'affluenza ai centri sanitari continuò a crescere raggiungendo cifre impressionanti per l'epoca (250.000 accessi solo nel 1960). In particolare, l'incremento più significativo venne registrato nell'ambito dei servizi sanitari relativi alla salute materno infantile: dai 475 bambini e 2432 madri che nel 1948 vennero visitati nei rispettivi dispensari, si passò a 2898 bambini e 62.234 madri nel 1960.¹⁰¹ Pertanto, in una situazione di radicale cambiamento interno al paese, caratterizzato da un incremento demografico esponenziale, la supervisione dei dispensari da parte degli ospedali distrettuali divenne una delle principali questioni affrontate dal governo.

A questo proposito, già nel 1949, con il Pridie report, si sottolineò la necessità che gli aiuti sanitari rurali venissero unificati con i corsi di formazione per i medical assistant, al fine di consentire alle nuove leve di poter svolgere la loro attività non solo all'interno di contesti urbani, ma anche nei dispensari.¹⁰² Ciò nonostante, tale processo di amalgamazione non venne mai portato a compimento, sia per cause di carattere economico (ridimensionamento finanziario degli anni Cinquanta), sia a

⁹⁹ International Bank for Reconstruction and Development. *The Economic Development of Tanganyika*. Baltimore, John Hopkins Press, 1961.

¹⁰⁰ Mandara, M. P. *Health Services in Tanzania: a historical overview*. in G. M. P. Mwaluko. *Health and Disease in Tanzania*. Harper Collins Academic, 1991, p. 4

¹⁰¹ Nsekela, A. J., Nhonoli, A. M. *Health Services and Society in Mainland Tanzania: A historical overview*. 1976 in Mandara, M. P. *Health Services in Tanzania: a historical overview*. in G. M. P. Mwaluko. *Health and Disease in Tanzania*. Harper Collins Academic, 1991, p. 4

¹⁰² Memorandum: *Rural Midwifery, Health and Child Welfare Service. Notes and suggestions*. p. 1, TNA 10409, Training of Native of midwives, village and welfare workers, 1951, vol. 2, p. 22

causa dello sviluppo di nuovi centri sanitari gestiti direttamente dai medical assistants, i quali andarono a sostituire l'idea alla base di questo report, compromettendone la realizzazione.¹⁰³

Infine, a complicare ulteriormente la situazione, la formazione del primo Consiglio Legislativo Autonomo, a seguito della vittoria del TANU sia nel 1958 che nel 1959, comportò l'innescarsi di un processo di destabilizzazione interna che portò all'indipendenza del Tanganyika nel 1961. Questa rivoluzione ebbe il merito di riconfigurare complessivamente la struttura del paese, non solo attraverso un cambiamento politico ed economico, ma anche tramite una ristrutturazione del sistema sanitario che, a differenza dei due ambiti precedentemente citati, mantenne però le proprie radici nelle esperienze maturate durante il periodo coloniale. Se infatti, da un lato, la dominazione tedesca prima e quella inglese poi comportarono un impoverimento della nazione, che per oltre settant'anni non riuscì a crescere a causa di una dominazione esterna, dall'altra è innegabile che l'edificazione infrastrutturale e i programmi d'addestramento promossi dalle amministrazioni coloniali garantirono una base da cui cominciò ad istituirsi un vero e proprio sistema sanitario nazionale indipendente.

La fase indipendentista

A seguito dell'indipendenza, il personale sanitario in Tanzania si trovò ad affrontare una condizione interna parzialmente differente rispetto a quelle presenti in alcuni paesi limitrofi quali l'Uganda e il Kenya (influenzati unicamente da un'unica dominazione coloniale, e nettamente più avanzati sotto il profilo sanitario). A questo proposito, l'esperimento socialista caratterizzante la politica di Julius Nyerere ebbe delle ripercussioni forti anche nel contesto sanitario nazionale, determinandone alcune peculiarità.

La transizione verso una strategia sanitaria di stampo socialista si cominciò a sviluppare nell'entroterra tanzaniano tra la fine degli anni Sessanta e l'inizio degli anni Settanta. Nei dieci anni precedenti, infatti, la priorità principale della classe

¹⁰³ Mandara, M. P. *Health Services in Tanzania: a historical overview*. in G. M. P. Mwaluko. *Health and Disease in Tanzania*. Harper Collins Academic, 1991, p. 4

medica venne sintetizzata nella ricerca della continuità, non potendo questa contare su un particolare supporto da parte del governo che per tutto questo tempo considerò l'ambito sanitario in maniera marginale rispetto ai programmi generali di sviluppo.¹⁰⁴

Ciò nonostante, alcune tendenze volte a cambiare radicalmente le politiche sanitarie furono riscontrabili anche precedentemente al 1961. Lo stesso Nyerere, ritenendo il sistema di formazione della classe medica troppo lento, sottolineò più volte la necessità di un suo miglioramento. Il risultato di tali appelli indusse successivamente il Ministro della Salute Derek Bryceson a definire, nel 1967, un nuovo progetto di pianificazione che prevedesse la preparazione di una categoria sub-professionale composta da *Rural Practitioners*. Nel contempo, inoltre, lo scontento tra i *Medical Assistants* si tradusse nella stipulazione di un nuovo programma di miglioramento, volto a promuovere questa figura lavorativa al ruolo di *Assistant Medical Officer*.¹⁰⁵

Anche a livello internazionale, alcuni fattori favorirono lo sviluppo di un dibattito interno alla nazione in materia di politiche sanitarie. Infatti, nonostante la pianificazione medica in Tanganyika sia sempre stata volta a favorire maggiormente la medicina preventiva, lo sviluppo di centri sanitari in contesti rurali e il ruolo del medico come leader di un gruppo di lavoro, una corrente più radicale all'interno della classe medica sostenne la necessità di trasferire le risorse dagli ospedali principali e dai modelli educazionali di stampo occidentale al fine di raggiungere gli obiettivi preposti.¹⁰⁶

Nel 1967 la Tanzania adottò formalmente il programma di socialismo e autosufficienza avviato con la Dichiarazione di Arusha. La strategia sanitaria fu però compresa marginalmente in questo contesto, essendo tale programma stato progettato per consentire uno sviluppo principalmente in ambito politico ed economico.¹⁰⁷ Pertanto, le priorità riguardanti tale nuova strategia presero prevalentemente in

¹⁰⁴ Gish, O. *Planning the health sector: the Tanzanian Experience*. London, 1975, p. 52 & Pratt, C. *The critical phase in Tanzania 1945-1968: Nyerere and the emergence of a socialist idea*. Cambridge, 1976, p. 175

¹⁰⁵ Iliffe, J. *East African Doctors*. Cambridge University Press, 1998, p. 201

¹⁰⁶ Iliffe, J. *East African Doctors*. Cambridge University Press, 1998, p. 201

¹⁰⁷ Pratt, C. *The critical phase in Tanzania 1945-1968: Nyerere and the emergence of a socialist idea*. Cambridge, 1976, chs. 7-8

considerazione il settore agrario, l'industria e l'educazione piuttosto che la sanità. Tuttavia, nonostante l'interesse del governo fosse volto soprattutto verso altri settori, il perseguimento da parte della Tanzania di una nuova politica di stampo socialista, portò il paese a confrontarsi anche sotto il profilo sanitario con altre nazioni aventi la stessa ideologia.

A questo proposito, nel 1967 una delegazione di medici tanzaniani visitò la Repubblica Popolare Cinese con lo scopo di analizzarne il sistema sanitario.¹⁰⁸ Nonostante le differenze socio-culturali, tale visita consentì al governo di Nyerere di comprendere verso quale direzione il paese dovesse volgere sotto quest'aspetto. La Cina, infatti, non solo presentò un nuovo modo di suddividere la classe medica, distribuita su vari livelli compresi tra il personale medico specializzato avente 8 anni di preparazione universitaria e i cosiddetti "barefoot doctors", caratterizzati da una formazione compresa tra i 3 e i 6 mesi, ma delineò anche la possibilità di far conciliare la medicina moderna con quella tradizionale, garantendo così una crescita settoriale saldamente ancorata alle origini.

A facilitare ulteriormente l'incontro, alcune peculiarità del sistema sanitario cinese si rivelarono molto simili a specifiche politiche affrontate già in precedenza nel contesto tanzaniano. Fin dall'inizio degli anni Sessanta, infatti, alcune strategie di pianificazione, quali ad esempio l'utilizzo in contesti rurali dei *Village Health Workers* (VHW), furono ampiamente utilizzate al fine di consentire uno sviluppo della copertura sanitaria. Su questo spunto, nel 1969, il Ministro della Salute Lawi Sijaona diede il via a un programma quinquennale (1969-1974) volto a garantire un processo d'immunizzazione di massa correlato a un incremento della distribuzione di farmaci essenziali, a un'espansione dei programmi d'addestramento per i *Medical Auxiliaries* e alla creazione di corsi sanitari di base rivolti a quella fetta di popolazione proveniente da villaggi aventi poco accesso ai dispensari.¹⁰⁹ Inoltre, Sijaona propose che il governo spendesse il doppio di quanto avesse sinora speso in centri sanitari, promuovendo la costruzione di due nuove strutture ospedaliere nelle città di Iringa e Mtwara. In

¹⁰⁸ Iliffe, J. *East African Doctors*. Cambridge University Press, 1998, p. 202

¹⁰⁹ Sunday News, 4 October 1981; L. Nangwanda Sijaona. *Medical practice in the context of the socialistic pattern of society*. Dar es Salaam Medical Journal, 2, 1 (March 1970), 11-14.

sostanza, quindi, tale piano si prefiggeva di ottenere un incremento dello sforzo economico in ambito sanitario, aggiungendo obiettivi di stampo socialista alle priorità preposte.¹¹⁰ Sino al 1971, tuttavia, circa il 60% delle spese mediche continuò ad esser concentrato a Dar es Salaam e solo il 7% di queste venne utilizzato in ambito preventivo. A conferma di ciò, circa la metà dei finanziamenti destinati a programmi di sviluppo continuarono a provenire da attori internazionali, nonostante il fatto che, con la Dichiarazione di Aru, il governo si fosse prefissato il totale raggiungimento dell'autosufficienza.¹¹¹

Nel 1971, pertanto, alla conferenza del TANU una svolta radicale venne introdotta in ambito sanitario. Per la prima volta, infatti, il governo definì la diffusione dei servizi sanitari in contesti rurali come una delle priorità del piano di sviluppo socio-economico. Questa dichiarazione quindi pose maggiore attenzione al contesto rurale, comportando lo spostamento della spesa nazionale dai centri ospedalieri situati nelle aree urbane ai centri sanitari e ai dispensari. Secondo tale visione, quindi, sarebbe stato necessario sviluppare un sistema in grado di garantire un servizio che consentisse ai pazienti di essere curati in centri non troppo distanti dalle loro abitazioni.¹¹² La copertura sanitaria a livello nazionale divenne una priorità.

Questa nuova posizione ebbe forti ripercussioni all'interno della società, contribuendo all'accrescimento di un senso egualitario e incoraggiando una rapida concentrazione di popolazione nei villaggi. Sulla base di queste nuove direttive, oltretutto, alcuni medici dell'epoca promossero politiche molto coerenti. A partire dal 1970, infatti, operatori sanitari quali Pius Stambuli, *District Medical Officer* a Lindi, organizzarono un programma sanitario rivoluzionario, caratterizzato dalla presenza di team mobili volti a garantire una copertura medica nei villaggi, mentre agli ospedali distrettuali spettò il compito di fornire una preparazione del personale medico da impiegare nei *Village Health Centres*.¹¹³ Alcuni funzionari del governo inoltre definirono nuove

¹¹⁰ Tanzania, *Second five-year plan for economic and social development, 1st July 1969-30th June, 1974*. (2 vols., Dar es Salaam, 1969), vol. I, ch. 11.

¹¹¹ Gish, O. *Planning the health sector: the Tanzanian Experience*. London, 1975, pp. 25-31

¹¹² Mandara, M. P. *Health Services in Tanzania: a historical overview*. in G. M. P. Mwaluko. *Health and Disease in Tanzania*. Harper Collins Academic, 1991, p. 5

¹¹³ Stambuli, P. *Rural Health*. *Afya*, 4. 7 (July 1970), 3-6

proposte che posero forte pressione sui programmi quinquennali. Emblematico in tal senso fu il caso di Oscar Gish, pianificatore per il Ministero della Sanità, il quale, perseguendo dettami tipicamente socialisti, sottolineò la necessità di abbandonare l'idea che un sistema medico egualitario potesse esser raggiunto tramite un sistema di rinvio da strutture periferiche a strutture centrali, ma piuttosto fosse necessario perseguirlo attraverso un esteso network di piccole unità mediche.¹¹⁴ Nel contempo, inoltre, ulteriori pressioni provennero direttamente dall'opinione pubblica che criticò fortemente le infrastrutture sanitarie, essendo queste sovraffollate e prive di medicinali ed equipaggiamento funzionante.

Di conseguenza, al fine di rispondere a tali critiche, il governo produsse un nuovo piano di crescita proponendo che, tra il 1970-1 e il 1980-1, la porzione di spese impiegate nei centri ospedalieri dovesse diminuire dal 75 al 50% mentre le spese utilizzate per i dispensari e i centri sanitari dovessero crescere dal 10 al 25%. Inoltre, anche le spese relative ai servizi di prevenzione sarebbero dovute aumentare da meno del 5 fino a un massimo del 10-15%, mentre le spese relative ai corsi di formazione professionale sarebbero dovute passare dal 2 al 7%.¹¹⁵

L'esperienza socialista, 1971-1985

Con l'inizio degli anni Settanta cominciò vigorosamente l'esperienza socialista in Tanzania. Tra il 1970-1 e il 1973-4 le spese nazionali impiegate nel settore sanitario crebbero dal 5.2 fino all'8.9%. Tuttavia, questa fase di crescita non durò a lungo. Nel 1974, infatti, il nuovo piano di sviluppo venne accantonato temporaneamente a causa di un periodo di forte siccità, cui si aggiunse un aumento del prezzo del petrolio e il processo di "villagization" forzata che ebbe ripercussioni forti all'interno della società.¹¹⁶

Malgrado ciò, tra il 1970-1 e il 1980-1, le spese sanitarie governative per le aree rurali crebbero notevolmente passando dal 20 al 42%. Contestualmente il governo

¹¹⁴ Gish, O. *Planning the health sector: the Tanzanian Experience*. London, 1975, passim.

¹¹⁵ Ibid. pp. 46-51, 72-73

¹¹⁶ Tanzania. *Evaluation of health sector 1979*. Dar es Salaam, 1980, p. 31 & Gish, O. *Planning the health sector: the Tanzanian Experience*. London, 1975, p. 51

tanzaniano attuò una riduzione drastica delle spese ospedaliere, che passarono dal 63% della spesa di sviluppo nazionale al 34%. Inoltre, un incremento del numero di centri sanitari e dispensari presenti nell'entroterra tanzaniano (99 centri sanitari e 1501 dispensari nel 1972, 239 centri sanitari e 2600 dispensari nel 1980) dimostrò l'inizio di una nuova strategia di sviluppo promossa dal governo.¹¹⁷

Ciò nonostante, nel 1980 solo il 37% dei villaggi aveva un dispensario¹¹⁸, come dimostrato da un'indagine della Banca Mondiale, nel 1985.¹¹⁹ Di conseguenza, la politica promossa dalle autorità sanitarie distrettuali si focalizzò sulla necessità di provvedere a un servizio temporaneo svolto da uno o due *Village Health Workers*, selezionati dalla comunità e preparati per tre mesi presso l'ospedale distrettuale più vicino, in modo tale da garantire una copertura sanitaria anche per le aree più svantaggiate.¹²⁰ Tuttavia, questi corsi si rivelarono esser molto spesso inadeguati, non fornendo una supervisione sufficiente. Oltre a ciò, la fornitura di farmaci nelle aree rurali risultava frequentemente inadeguata alle necessità. Pertanto, questo non fece che complicare ulteriormente la situazione dal momento che queste figure lavorative cominciarono ad esser viste come inefficienti all'interno delle comunità di villaggio, perdendo così la loro autorità.

Al fine d'invertire la tendenza, nel 1983 il Ministro della Salute pose fine a questi corsi d'addestramento, istituendone uno standardizzato di sei mesi e cercando di migliorare la copertura farmacologica sul territorio. In tal modo, tra l'inizio degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta circa 5000 *Village Health Workers* completarono la

¹¹⁷ Heggenhougen, K., Vaughan P., Muhondwa, E. P. Y. & Rutabanzibwa-Ngaiza, J. *Community health workers: the Tanzanian experience*. Oxford, 1987, pp. 27-28 & Gish, O. *Planning the health sector: the Tanzanian Experience*. London, 1975, p. 56 & Jhonson, U. *Ideological framework and health development in Tanzania*. 1961-2000, SSM, 22 (1986) p.748 & Henn, A. E. *Tanzania: health sector strategy*. Dar es Salaam, 1980, p. 25

¹¹⁸ Daily News. 21 January 1981, Dar es Salaam.

¹¹⁹ Daily News. 20 May 1983, Dar es Salaam. & Gish, O. *Some observations about health development in three African socialist countries: Ethiopia, Mozambique and Tanzania*. SSM, 17 (1983), 1966 & Abel-Smith B., Rawal, R. *Can the poor afford "free" health services? A case study of Tanzania*. Health Policy and Planning, 7 (1992), p. 330

¹²⁰ Heggenhougen, K., Vaughan P., Muhondwa, E. P. Y. & Rutabanzibwa-Ngaiza, J. *Community health workers: the Tanzanian experience*. Oxford, 1987.

loro preparazione¹²¹ e, soprattutto, con l'introduzione di questo percorso formativo la Tanzania ebbe il merito di anticipare una delle componenti principali del programma d'assistenza sanitaria che successivamente venne promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

A questo proposito, già nel 1975 un programma d'immunizzazione di massa contro sei delle più diffuse malattie infantili (morbillo, tubercolosi, poliomelite, tetano, difterite, pertosse) era stato promosso, ottenendo un notevole successo (immunizzazione tra il 70 e l'86% all'inizio degli anni Novanta).¹²² Emblematica dello sforzo sanitario intrapreso fu inoltre la promozione di nuove cliniche per la salute materno-infantile che consentirono un incremento dell'assistenza prenatale (96% tra il 1987 e il 1991).¹²³ Grazie a questi programmi, nei primi trent'anni dall'indipendenza, l'aspettativa di vita in Tanzania crebbe di oltre il 50%, raggiungendo livelli d'eccellenza se paragonati ad altri paesi africani.¹²⁴

Tuttavia, alcuni programmi focalizzati sulla malnutrizione infantile e l'approvvigionamento di risorse idriche potabili non riscontrarono lo stesso successo. All'inizio degli anni Novanta, infatti, venne stimato che circa il 5% della popolazione in età infantile fosse soggetto a un'acuta malnutrizione calorico-proteica, che causava significativi ritardi mentali e fisici nelle nuove generazioni.¹²⁵ Nel 1980, inoltre, pur avendo circa il 56% della popolazione un accesso a fonti d'acqua potabile, la frequente mancanza d'equipaggiamento necessario per garantire un processo di depurazione comportò la diffusione di nuove epidemie.

¹²¹ Daily News. 19 march 1991, 21 May 1992; Tanzania, *Health profile 1991* (Dar es Salaam, 1991), p. 7

¹²² Tanzania: Bureau of Statistics. *Tanzanian demographic and health survey 1991/1992: summary report*. Dar es Salaam, 1993. p. 12

¹²³ WHO, *Annual Report 1990-1*. p. 100 & Tanzania: Bureau of Statistics. *Tanzanian demographic and health survey 1991/1992: summary report*. Dar es Salaam, 1993. p. 11

¹²⁴ Ayiemba, E. H. O., Oucho, J. O. *The state of population in eastern and southern Africa*. Nairobi, 1994, p. 25 & Renganathan E. and others, *Evolution of operational research studies and development of national control strategy against intestinal helminths in Pemba Island, 1988-92*, Buletin of the WHO 73 (1995), p.183 & Mandara, M. P. *Health Services in Tanzania: a historical overview*. in G. M. P. Mwaluko. *Health and Disease in Tanzania*. Harper Collins Academic, 1991, p. 5 & Daily News, 3 November 1977. & World Bank. *World development report*, 1995, p. 162

¹²⁵ Matomora, M., Kiwara A. & Cooksey, B. *The provision and acceptability of child immunization services in Tanzania*. Dar es salaam, 1992, p. 3

Nonostante i progressi, infatti, numerose problematiche delineatesi durante gli anni settanta peggiorarono ulteriormente nel decennio seguente. Sotto il profilo amministrativo, nel 1972 il governo tanzaniano aveva optato per lo sviluppo di un programma di decentralizzazione che aveva avuto ripercussioni importanti sulla società, cui era seguito lo sviluppo di un processo di destabilizzazione accompagnato dall'insorgenza di scontri in tutto il paese. A complicare ulteriormente la situazione sanitaria, all'instabilità economica e sociale si accompagnò, un sempre minore approvvigionamento di medicinali. Sin dall'inizio degli anni Ottanta, infatti, unicamente il 15% dei farmaci disponibili venne distribuito presso strutture sanitarie situate in zone rurali e, relativamente a questo problema, il governo non fu mai in grado di perseguire un'inversione di tendenza, confidando nel supporto di attori internazionali che giocarono un ruolo cruciale in questo specifico frangente.

Come già precedentemente accennato, il programma socialista alla base di questo processo di ristrutturazione comportò la drastica riduzione delle spese per gli istituti ospedalieri, in cui sino a quel momento aveva trovato impiego la maggior parte del personale sanitario. Questa strategia ebbe forti ripercussioni all'interno della società, influenzando radicalmente su quegli ospedali situati nei centri urbani, che fino a quel momento avevano garantito un servizio sanitario di qualità. In tal senso, quindi, le principali vittime di questo processo di "villagization" furono le città stesse, le quali gradualmente si spopolarono a causa di una drastica diminuzione dei servizi. Ad esempio, pur presentando sin dall'inizio degli anni Settanta uno dei tassi d'urbanizzazione più elevati (11,4% all'anno)¹²⁶, come dimostrato dall'incremento esponenziale della popolazione di Dar es Salaam tra il 1967 e il 1988 (da 272.515 a 1.360.850), a partire dagli anni ottanta la Tanzania fu caratterizzata da una politica d'immunizzazione delle aree urbane nettamente inferiore rispetto a quella perseguita nelle campagne. A conferma di ciò, durante questo periodo nelle aree urbane venne registrato un numero nettamente più elevato di casi di tubercolosi e le cliniche presenti nelle città cominciarono ad essere caratterizzate da una sempre maggiore inefficienza.

¹²⁶ World Bank. *World development report*. 1994, p. 320

Questa situazione suscitò forti critiche da parte dell'opinione pubblica. Un diffuso malumore, infatti, investì con veemenza l'entroterra tanzaniano tra il 1970 e il 1980, nonostante i ripetuti tentativi di Nyerere di far rientrare la crisi, sottolineando come questo atteggiamento non potesse che causare un'ulteriore danno al morale nazionale.¹²⁷ A incrementare ulteriormente i dissapori, la corruzione, che fino alla fine degli anni Ottanta aveva ricoperto una delle principali problematiche interne al paese, affiorò anche nel settore sanitario. Durante questo periodo, infatti, furono di pubblico dominio numerose critiche riguardanti la vendita illecita di farmaci e l'illecita pratica medica.¹²⁸

In tal senso, quindi, è possibile comprendere come l'esperimento socialista alla base delle politiche nazionali dell'epoca venne accolto ambivalentemente dalla classe medica. Infatti, se da un lato gli sforzi governativi al fine di garantire un omogeneo miglioramento della società vennero fortemente apprezzati, dall'altro i numerosi sacrifici richiesti innescarono un forte risentimento tra gli operatori sanitari. Dal canto suo, il leader del TANU riconobbe gli sforzi professionali che tale strategia aveva imposto alla classe medica, sostenendo però che tale politica si prometteva di garantire una crescita omogenea e che quindi lo sviluppo del servizio sanitario doveva concentrarsi prevalentemente nelle aree rurali, anche a scapito delle forti ripercussioni che tale politica avrebbe avuto per gli operatori sanitari che stessero lavorando negli ospedali.¹²⁹ Ciò nonostante, malgrado i tentativi da parte di Nyerere di far rientrare lo scontro interno, le richieste salariali da parte della classe medica vennero accolte poco sensibilmente dal leader tanzaniano.

Questa forte presa di posizione riaccese il dibattito interno. Infatti, consapevoli dell'importanza della sua professione, la classe medica enfatizzò il fatto che gli sforzi richiesti dovessero essere ripagati dal governo almeno garantendo la possibilità di praticare privatamente.¹³⁰ Tale richiesta, tuttavia, venne duramente respinta,

¹²⁷ Daily News. 26 September 1973, Dar es Salaam.

¹²⁸ Daily News. 17 June 1983, Dar es Salaam; Daily News. 26 June 1986, Dar es Salaam; Daily News 11 April 1987, Dar es Salaam. & Ombaka, E. M. A., Mosha, E. S. T. *Some aspects of drug use in Dar es Salaam*. Tanzania Medical Journal, 3, 1, 1986, p.15

¹²⁹ Stirling, L. *Tanzanian doctor*. London, 1977, p. xv

¹³⁰ Iliffe, J. *East African Doctors*. Cambridge University Press, 1998, p. 208-209

coerentemente con quella visione comunitaria caratterizzante la politica di ujamaa. Sin dal 1961, infatti, il Ministero della Salute sottolineò come fosse necessario istituire una licenza e tassare coloro che avessero praticato privatamente, con l'intento d'incentivare i professionisti a spostarsi verso istituti sanitari governativi. Questa proposta però venne fortemente criticata. In particolare, venne sottolineato come una presa di posizione così forte avrebbe indotto la fuga di molti professionisti al di fuori del paese. Malgrado ciò, nel 1962 venne impedito alla classe medica di praticare la propria professione privatamente al di fuori dell'orario di lavoro.¹³¹ Di conseguenza, con il delinarsi della nuova politica socialista, tra il 1968 e il 1973 la pratica privata diminuì vertiginosamente.

Tuttavia, quando nel 1975 l'esodo dal servizio sanitario accelerò, Nyerere si vide costretto a sostituire il Ministro della Salute Lawi Sijaona, ponendo al suo posto Leader Stirling. L'obbiettivo primario per Stirling fu quello di distogliere dalla mente dei professionisti della sanità il profitto come motore delle proprie scelte. In questo senso, egli sosteneva non fosse corretto che all'interno di una società che si prefiggeva uno sviluppo egualitario, alcune persone potessero arricchirsi privatamente sulla sofferenza di altre.¹³² Tuttavia, nonostante i numerosi sforzi volti ad invertire tale tendenza, ben presto il neoministro si rese conto di come fosse impossibile eliminare la totalità delle strutture private interne al paese. Pertanto, nel 1977 Stirling propose che alcune cliniche e ospedali privati potessero esser guidati solamente da istituzioni approvate dal governo. Tale proposta, però, non riscontrò particolare successo, ottenendo perfino un' inusuale opposizione del Parlamento. Anche la stampa sottolineò come tale strategia non potesse che comportare la riduzione dell'assistenza medica nazionale, senza migliorarne la qualità.¹³³ Ciò nonostante, il progetto di legge proposto da Stirling passò.

L'implementazione di tale norma, però, si rivelò esser più complessa del previsto, dal momento che solamente le istituzioni private più efficienti vennero registrate, mentre

¹³¹ Tanganyika Standard. 2, 6, 19, 20 December 1961, Dar es Salaam; Titmuss, R. M. and others. *The health services of Tanganyika*. London, 1964, pp. 70-71 & Nsekela, A. J., Nhonoli, A. M. *The development of health services and society in mainland Tanzania*. Nairobi, 1976, pp. 99-100

¹³² Sunday News. 13 June 1976, Dar es Salaam.

¹³³ Sunday News. 4 July 1976 and 13 February 1977 & Daily News. 28 April 1977, Dar es Salaam.

per quelle che non garantirono il medesimo livello d'efficienza, l'alternativa fu la chiusura. Conseguentemente, con la fine degli anni Settanta e l'inizio degli anni Ottanta, si registrarono i primi casi di trasferimento di medici in altri paesi alla ricerca di condizioni lavorative migliori. Il controllo delle attività private, pertanto, fu virtualmente l'ultimo atto politico di Leader Stirling.

Con il suo successore, Aaron Chiduo, i dispensari privati riapparirono illegalmente, inducendo poi il neoministro a registrare, nel 1983, tutte le attività al fine di prevenire eventuali episodi d'evasione.¹³⁴ Tuttavia, tale fenomeno non sembrò arrestarsi e, per questo motivo, nel 1986 Philemon Sarungi, presidente dell'Associazione dei Medici della Tanzania, approfittando del recente ritiro di Nyerere dalla guida del paese, sottolineò come tale politica dovesse esser riconsiderata poiché fraudolenta. Un anno dopo il governo acconsentì a riaprire la questione.¹³⁵

Chiduo mantenne il ruolo di Ministro della Salute per tutti gli anni Ottanta, considerandosi non come un innovatore, ma piuttosto come un tecnico volto ad implementare le linee guida definite dalla politica di ujamaa. Secondo il suo punto di vista, infatti, l'obiettivo primario del governo era da riassumere nella necessità di garantire una copertura sanitaria totale per la popolazione, ponendo maggiore enfasi sui programmi di prevenzione al fine di consentire un miglioramento delle condizioni di vita.¹³⁶

Ciò nonostante, dimostrandosi un uomo di ragione e buon senso, Chiduo condivise ben presto con la controparte keniana, Karunga Koinange, la propria preoccupazione in merito al declino della professione medica, la cui causa venne attribuita alle cattive condizioni di lavoro e di salario, alla diffusa pigrizia intellettuale, oltre che alla mancanza di leadership da parte dei medici più esperti.¹³⁷ Come Koinange, inoltre, egli fu fortemente frustrato dal continuo declino dell'economia e della morale pubblica, al quale in seguito si aggiunse la percezione che la politica di ujamaa fosse impraticabile. Per tale ragione, quindi, verso la fine degli anni Ottanta, Chiduo iniziò

¹³⁴ Stirling, L. *Tanzanian doctor*. London, 1977, p. 141

¹³⁵ Daily News. 19 March 1985, 18 September 1986, 4 August 1987, Dar es Salaam.

¹³⁶ Sunday News. 1 October 1978, Dar es Salaam.

¹³⁷ Daily News. 24 September 1981, Dar es Salaam.

un processo di capovolgimento della politica sanitaria di stampo socialista, non riuscendo però a completare il proprio operato, essendo sollevato dall'incarico nel 1990, in seguito a numerosi episodi di corruzione all'interno del proprio ministero.

Intorno alla fine degli anni Ottanta, pertanto, l'esperimento socialista in ambito sanitario si trovò in una situazione di totale instabilità, cominciando ad essere considerato da molti come un tentativo oramai del tutto fallito. Nonostante l'incremento esponenziale delle strutture e del personale sanitario, infatti, gli sforzi volti a garantire un miglioramento omogeneo sotto il profilo medico vennero lapidati dalla continua instabilità economica. In un paese in cui il Prodotto Nazionale Lordo (PNL) precipitò fino ad una media annuale dello 0.5%, tra il 1967 e il 1988¹³⁸, la mancanza di denaro costituì una delle ragioni principali che portarono il paese a soffrire di quelle condizioni tipicamente correlate a uno stato di povertà (malnutrizione, malaria e diarrea). In aggiunta, a complicare ulteriormente la situazione, la condizione d'austerità nazionalmente diffusa, alimentò le proteste da parte dell'opinione pubblica contro la mancanza di medicinali presso le strutture sanitarie. La povertà, infatti, non solo impedì l'approvvigionamento e la distribuzione di farmaci, ma favorì un incremento della corruzione interna al personale sanitario, il quale cominciò a vendere medicinali al fine di ottenerne un profitto personale.¹³⁹ Sin dal 1985, quindi, nonostante il processo di stabilizzazione necessario a seguito del ritiro dalla scena nazionale di Julius Nyerere, la scena politica tanzaniana si vide costretta a ricompattarsi velocemente al fine di potersi confrontare con le problematiche principali delineatesi negli ultimi anni.

Il nuovo corso, 1985-1997

Il ritiro di Nyerere dal ruolo di presidente, nel 1985, consentì al paese di perseguire un processo di liberalizzazione economica, superando quegli ostacoli di carattere ideologico che fino a quel momento il leader del TANU (dal 1977 Chama Cha

¹³⁸ World Bank. *World development report*. 1994, p. 178

¹³⁹ Tarimo, E. *Primary health care in Tanzania, Simultaneous Action on All Fronts*. Tanzania Medical Journal, special issue, September 1985 p. 20 & Gilson, L., Alilio M. and Heggenhougen, K. *Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro Region of Tanzania*. SSM, 39, 1994 pp. 771-8

Mapinduzi-CCM) aveva rappresentato. A conferma di ciò, nel 1986 il governo firmò un Programma d'Aggiustamento Strutturale (PAS) con il Fondo Monetario Internazionale (FMI), al fine di garantirsi una ripresa economica ottenibile unicamente attraverso un processo di stabilizzazione degli squilibri fiscali.¹⁴⁰

Tra il 1985 e il 1989, il PNL in Tanzania crebbe annualmente del 3.9%, ottenendo una crescita l'1% più veloce rispetto all'incremento demografico nazionale. Questo cambio di tendenza consentì al governo di perseguire un processo di sviluppo volto a migliorare i servizi, che garantì alla leadership interna la possibilità di apportare dei cambiamenti gradualmente anche nel settore sanitario.¹⁴¹

Nel 1986, il presidente dell'associazione medica della Tanzania, Philemon Sarungi, chiese al governo di riesaminare la normativa che proibiva alla classe medica di praticare la propria professione privatamente. Ciò nonostante, malgrado la situazione interna facesse sperare in un cambio di posizione, alcuni esponenti del CCM si dichiararono contrari a favorire questa inversione. Per tale ragione, quindi, nonostante a Zanzibar la pratica privata fosse stata autorizzata sin dalla fine degli anni Ottanta, nell'entroterra tanzaniano si dovette aspettare fino al 1991, quando il Primo Ministro promise di rivalutare la questione essendo questa in controtendenza con la situazione interna al paese.¹⁴²

Il radicale cambiamento politico del 1991 seguì l'appuntamento di Sarungi con il Ministero della Salute. Disgustato dalla condizione degli ospedali governativi, il neoministro promosse una competizione nazionale finalizzata a migliorare le strutture sanitarie in modo da invertire la tendenza in un breve lasso di tempo. Inoltre, Sarungi denunciò pubblicamente la corruzione presente all'interno del sistema sanitario.¹⁴³ A questo proposito, durante gli anni Ottanta, un radicale peggioramento dell'etica professionale venne registrato all'interno della classe medica. Non solo, infatti, il Consiglio Medico si trovò numerose volte coinvolto in accuse relative a

¹⁴⁰ Boesen, J., Havnevik, K. J., Koponen, J., Ordgaard, R. *Tanzania: crisis and struggle for survival*. Uppsala, 1986, p. 25

¹⁴¹ East African. 6 January 1997, Nairobi.

¹⁴² Daily News. 18 September 1986, 27 January 1987, 19 September 1991, Dar es Salaam.

¹⁴³ Ibid. 10 November 1990, 10 January 1991 & Sunday News. 24 March 1991, Dar es Salaam

episodi di negligenza, ubriachezza e cattiva condotta, ma anche alcuni medici vennero addirittura accusati di aver partecipato o aver nascosto torture nei confronti di persone sospettate dal governo.¹⁴⁴ Questa situazione, pertanto, non fece che peggiorare ulteriormente il morale di questa classe di lavoratori, la quale cominciò ad abbandonare nuovamente la nazione sin dal 1991.

Considerata la centralità del dibattito su questioni relative al salario, sin dal 1988 in Tanzania venne istituita una commissione avente il compito di risolvere la diatriba tra la classe medica e il governo. Tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta venne suggerita l'introduzione di una speciale piramide salariale per quelle professioni considerate come "rare", e che pertanto meritassero un incentivo economico ulteriore da parte del governo. Tra queste professioni, quella di medico venne posta come prima.¹⁴⁵

Tuttavia, malgrado il susseguirsi delle proteste e dei ciclici tentativi di risollevare la situazione, questa diatriba passò ben presto in secondo piano a seguito dello scoppio di numerosi scioperi dislocati in diversi ospedali del paese tra il 1990 e il 1992. Il culmine di queste proteste arrivò il 22 gennaio 1992, quando circa sessanta membri dell'Associazione Medica Giovanile dell'ospedale di Muhimbili scioperarono per le loro indennità e per il trasferimento di quattro dei loro capi in un altro centro sanitario. Minacciati dai membri del consiglio d'amministrazione dell'ospedale e denunciati dai colleghi più anziani per aver violato l'etica professionale, i medici scioperanti trovarono sostegno tra gli studenti universitari e cercarono di estendere la loro azione anche in altri centri ospedalieri. Ciò nonostante, il 28 gennaio i sessanta scioperanti vennero licenziati e tre giorni dopo il corpo paramilitare dei Field Force Unit sgomberò l'ospedale con la forza a dispetto dell'ordine del tribunale.

Questa presa di posizione, però, ottenne i risultati opposti a quelli sperati. L'opinione pubblica infatti ricominciò ad interessarsi alla questione, ponendo sempre maggiore pressione sul governo. Il personale medico più anziano dell'ospedale di Muhimbili dichiarò il proprio supporto ai medici licenziati mentre svariate centinaia di lavoratori

¹⁴⁴ Ibid. 18 June 1990, 11 February 1981, 13 September 1985, 27 November 1991

¹⁴⁵ Daily News. 18 July 1988, 29 June 1990, 20 June 1991, Dar es Salaam.

ospedalieri e studenti marciarono verso l'ufficio del Primo Ministro. La forte pressione nazionale e la crescente destabilizzazione dell'ordine interno, portarono il governo ad instaurare un dialogo con la controparte. Le negoziazioni si conclusero con la reintegrazione del personale licenziato, l'apertura di un'inchiesta sulla situazione interna del Muhimbili e un eventuale condanna del Direttore dell'ospedale per aver disobbedito agli ordini del tribunale.¹⁴⁶

Il susseguirsi di scioperi ebbe effetti contrastanti all'interno del paese. Da un lato, infatti, la continua instabilità provocò il licenziamento di Sarungi il quale venne sostituito nel 1992. Dall'altra, però, la forte pressione provocata dallo scoppio di frequenti proteste, alimentò il cambiamento del sistema sanitario. Sin dall'inizio degli anni Novanta, la privatizzazione divenne un elemento centrale nelle politiche nazionali dell'entroterra tanzaniano. Nel 1992, infatti, le restrizioni relative all'esercizio privato vennero rimosse.¹⁴⁷ Conseguentemente, nel 1995 a Dar es Salaam si registrarono circa 300 ospedali e cliniche private che cominciarono ad esser usate dalla comunità con molta più frequenza rispetto alle strutture governative. Intorno alla metà degli anni Novanta, inoltre, anche nei villaggi cominciarono ad apparire i primi centri privati.¹⁴⁸

Con il processo di privatizzazione, la classe medica cominciò ad ottenere un grado maggiore di potere all'interno del sistema sanitario. Sin dal 1986, il ruolo di *Chief Medical Officer* venne ridefinito, mentre la legislazione venne nuovamente pianificata con il compito di liberare il Consiglio dei Medici dal controllo ministeriale. Pertanto, le nuove agevolazioni consentirono al personale sanitario di migliorare la sua condizione, cominciando così ad esser maggiormente riconosciuto anche al di fuori dei confini nazionali. In tal senso, quindi, il processo di livellamento promosso dalla politica socialista di Nyerere, venne invertito a favore di quelle professioni considerate

¹⁴⁶ Ibid. 23 January-2 February and 10-11 March 1992, Dar es Salaam.

¹⁴⁷ UMOH Library. *Proceedings of the East African burden of disease, cost effectiveness of health care interventions and health policy regional workshop*. Duplicated, Nairobi, 1994, pp. 73-5, 98-99 & Gilson. L. *Management and health care reform in sub-Saharan Africa*. SSM, 40, 1995 p. 697

¹⁴⁸ Wyss. K., Whiting, D., Kilima, P., McLarty, D. G., Mtasiwa, D., Tanner, M. & Lorenz, N. *Utilisation of government and private health services in Dar es Salaam*. EAMJ, 73, 1996, pp. 357-358; Ahmed, A. H., Urassa, D. P., Gherardi, F. and Game, N. Y. *Patients' perception of public, voluntary and private dispensaries in rural areas of Tanzania*. EAMJ, 73, 1996, p. 370

come “rare”. Inoltre, l’incremento esponenziale del numero di dottori tanzaniani (probabilmente intorno ai 1000¹⁴⁹) garantì alla professione un’influenza maggiore all’interno del contesto nazionale. Ciò nonostante, malgrado l’esponenziale diffusione degli esercizi privati, il paese continuò ad esser contaminato dal sistema sanitario socialista precedentemente istituito. Fino al 1997, infatti, in Tanzania non fu possibile riscontrare la nascita di una nuova organizzazione sanitaria, il che portò il governo a dover perseguire nuovi modelli ispirati a contesti nazionali limitrofi. Per questo motivo, quindi, il settore sanitario cominciò a perseguire un percorso simile a quello intrapreso precedentemente dal Kenya, sposando una visione maggiormente occidentale e di stampo capitalista, con lo scopo di perseguire uno sviluppo interno che garantisse un distacco netto dal passato e uno slancio per il futuro della nazione.

La nascita dell’attuale sistema sanitario tanzaniano



Figura 1. Gerarchia del servizio sanitario fornito nell’entroterra tanzaniano¹⁵⁰

Dopo il 1997, il governo cominciò a promuovere un nuovo sistema sanitario, basato sulle esperienze ottenute confrontandosi con le realtà limitrofe, oltre che con il proprio passato socialista. Pertanto, prefissandosi l’obiettivo di garantire una copertura

¹⁴⁹ Daily News. 1 January and 11 June 1992, Dar es Salaam.

¹⁵⁰ United Republic of Tanzania, Ministry of Health (2003) *Second Health Sector Strategic Plan (HSSP) (July 2003-June 2008)*. Dar es Salaam, Tanzania: United Republic of Tanzania, Ministry of Health.

sanitaria efficiente per tutta la nazione, il governo strutturò un sistema in grado di riferire i pazienti da un primo centro sanitario locale fino ad un centro specializzato.¹⁵¹

Le regioni della Tanzania dopo la riorganizzazione amministrativa del 2004



¹⁵¹ Kwesigabo, G., Mwangu, M. A., Kakoko, D. C., Warriner, I., Mkony, A. C., Killewo, J., Macfarlane, S. B., Kaaya, E. E. and Freeman, P. *Tanzania's health system and workforce crisis*. Journal of Public Health Policy, Vol. 33, Si, S35-S44, p. 2 PDF





Il logo del progetto “Accelerating Stunting Reduction – TubadiLISHE Project” 2015-2020

La Tanzania National Nutrition Survey e la nascita del progetto “TubadiLISHE”



Tra il settembre e novembre del 2014 il Ministero della Salute e TFNC (Tanzania Food and Nutrition Centre), supportati da vari organismi internazionali hanno condotto la prima storica survey nazionale per verificare lo status nutrizionale della popolazione.

I punteggi Z-score antropometrici sono stati calcolati utilizzando i riferimenti di crescita dell'OMS 2006.

A livello nazionale, l'arresto della crescita o malnutrizione cronica è stata identificata nel 34,7% (33,7-35,7 95% CI) dei bambini 0-59 mesi di età che è un tasso elevato secondo la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità mentre un grave arresto della crescita è stato riscontrato nell'11,5 % di bambini in tutto il paese. Nella Tanzania continentale, i risultati del sondaggio mostrano un livello di malnutrizione cronica considerato "molto"alto", superando la soglia del 40% in 9 regioni (Iringa, Njombe, Kagera, Dodoma, Ruvuma, Rukwa, Kigoma, Katavi e Geita) tra cui 3 regioni superiori al 50%: Iringa (51,3%), Njombe (51,5%) e Kagera (51,9%).

Per Zanzibar, i tassi di arresto della crescita vanno dal 20,6% nelle aree di Town West al 30,4% a Unguja North. Secondo questi risultati, più di 2.700.000 bambini sotto i cinque anni soffrono di patologie riconducibili al rachitismo in Tanzania.

A livello nazionale, il 3,8% (3,5-4,2 IC 95%) dei bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi è affetto da Global Acute Malnutrition (GAM) e lo 0,9% (0,8 - 1,1 95% CI) soffrono di malnutrizione acuta grave (SAM). Nella sola Tanzania continentale, i risultati del sondaggio mostrano un livello di GAM considerato "accettabile" (ossia al di sotto degli standard internazionali) in tutte le regioni ad eccezione di Dodoma che riporta un tasso del 5,2%.

Sulla base di questi dati si prevede e stima che ci saranno circa 340.000 bambini malnutriti moderatamente acuti e oltre di 105.000 bambini gravemente malnutriti in Tanzania.

Perchè è importante monitorare le pratiche di Infant Young Child Feeding (IYCF)

La survey nazionale ha rivelato che il 98,4% dei bambini 0-23 mesi è stato allattato al seno e che il 50,8% dei bambini 0-23 mesi ha iniziato l'allattamento al seno entro un'ora. A livello nazionale, meno del 42% dei neonati sotto i sei mesi di età erano allattati esclusivamente al seno (exclusive breastfeeding è la pratica che prevede che il bambino sia alimentato unicamente con latte materno dalla nascita fino al compimento del sesto mese di età). A Zanzibar, meno del 20% dei bambini sotto i sei mesi di età sono stati allattati esclusivamente al seno, rivelando tassi inaccettabili rispetto ai parametri standard.

L'indagine ha rivelato che il 90,0% dei bambini di 12-15 mesi sono stati nutriti con latte materno il giorno prima del sondaggio mentre meno del 50% dei bambini di 20-23 mesi era ancora allattato al seno nelle precedenti 24 ore all'intervista con la madre.

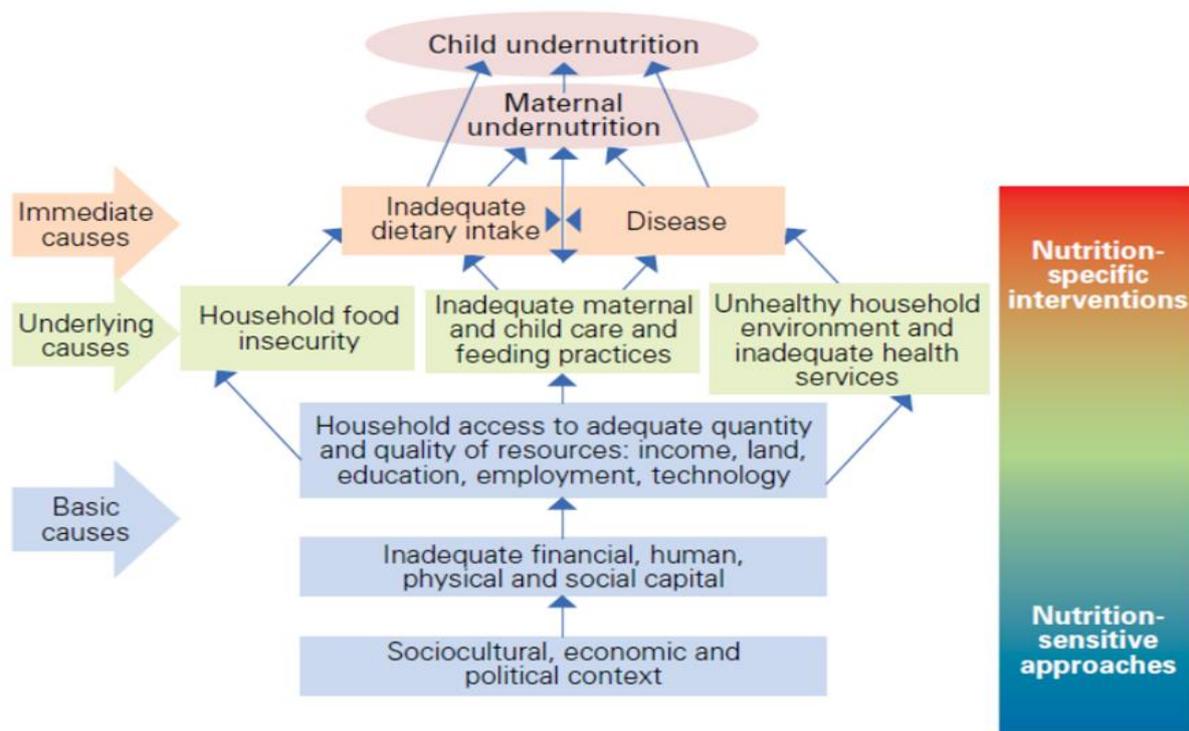
A livello nazionale, l'indagine mostra che l'89,5% dei bambini dai 6 agli 8 mesi ha avuto una tempestiva introduzione di cibo complementare. La percentuale di bambini di età compresa tra 6 e 23 mesi che hanno ricevuto alimenti da 4 o più alimenti gruppi era del 24,5% a livello nazionale.

La proporzione più alta è stata notata nelle regioni di Kilimangiaro e Tanga con rispettivamente 66,3% e 79,5% e la più preoccupante a Iringa, Mbeya, Singida, Tabora, Manyara e Katavi con meno di 10%.

La malnutrizione cronica è uno dei problemi di salute pubblica più gravi ma meno affrontati al mondo. La letteratura scientifica sul tema indica che esistono efficaci interventi nutrizionali e che questi possono essere scalati in modo sostenibile. L'arresto della crescita, ovvero una restrizione cronica della crescita potenziale di un bambino, è riconosciuto come una priorità di salute globale e dunque un obiettivo fondamentale nei programmi integrati di cooperazione sanitaria allo sviluppo. La crescita del bambino è stata descritta come uno specchio di condizioni della società e l'OMS raccomanda di monitorare l'arresto della crescita come misura per valutare le disuguaglianze nella salute.

Le evidenze prodotte dalla letteratura scientifica indicano che una condizione di malnutrizione rischia di ripercuotersi e impattare sugli outcome sanitari per generazione; donne malnutrite o ragazze adolescenti danno alla luce bambini con basso peso alla nascita che saranno dunque maggiormente esposti e soggetti a patologie non solo relative allo sviluppo ma anche di sviluppare sistemi immunitari più fragili e dunque meno in grado di rispondere ad un ampio spettro di patologie e condizioni critiche. Se questi bambini crescono in un ambiente dove le pratiche alimentari non sono ottimali ed esposti ad un alto carico di malattie infettive, negli anni successivi vi saranno alti tassi di correlazione tra malnutrizione e malattie endemiche, portando a un ciclo intergenerazionale di complicazioni sanitarie con ricadute gravi sui risultati scolastici e, in una prospettiva di medio e lungo periodo, di mancato raggiungimento delle condizioni di possibilità necessarie per diventare adulti in grado di contribuire adeguatamente ad un generale miglioramento dello status educativo e socioeconomico della famiglia, della propria comunità e dunque del proprio paese.

Le ricadute in termini anche finanziari sui sistemi sanitari sono un elemento centrale da considerare quando, come Medici con l'Africa CUAMM si propone, si lavora con il fine di rafforzare i sistemi locali in termini di pianificazione delle risorse, raggiungimento di obiettivi sanitari della popolazione e dunque di contribuire a far scaturire processi autenticamente endogeni di crescita e resilienza.



Dato che l'arresto della crescita è un processo cumulativo che può iniziare in utero e continuare fino a circa 2 anni dopo la nascita, particolare attenzione viene attribuita all'affrontare i fattori determinanti dell'arresto della crescita durante i primi 1.000 giorni dopo la nascita.

Va notato che le differenze ambientali, piuttosto che la genetica, sono i principali determinanti dell'arresto della crescita. In età avanzata, I bambini che sono stati affetti da malnutrizione sono a maggior rischio di malattie croniche. La mancata crescita e sviluppo delle potenzialità cognitive durante I primi mille giorni di vita aumenta in proiezione la mortalità del 60% in termini globali rispetto a bambini che hanno avuto un percorso sano ed una alimentazione compiuta e bilanciata nonchè hanno goduto di appropriata stimolazione sensoriale. È correlato alla frequenza scolastica ridotta di 2-3 anni e reddito inferiore del 22% in età adulta.

Sebbene I trend misurati In Tanzania indichino una diminuzione della prevalenza di malnutrizione cronica o arresto della crescita, tra i bambini sotto i cinque anni dal 50% nel 1996 al 44% nel 2005, tra il 2005 e il 2018 (anno durante il quale è stata condotta la seconda National Nutrition Survey, metodologicamente più solida) è stato osservato solo il 2 per cento di diminuzione e si stima di conseguenza che più di 3.000.000 di bambini sotto i cinque anni di età saranno affetti nei cinque anni successivi.

La prevalenza della malnutrizione acuta globale (o deperimento) è diminuita in Tanzania dal 9% nel 1996 al 3,5% in 2005. Tuttavia, il livello è aumentato fino al 4,9% nel 2018 (dove il 4,6% era per il continente e il 12,0% era per Zanzibar), compreso l'1,3% (dove l'1,1% era per il continente e il 4,5% era per Zanzibar) di gravi

malnutrizione. Nel periodo in cui la survey nazionale si è svolta, si prevede che ci saranno più di 220.000 malnutriti gravemente acuti bambini e 380.000 bambini malnutriti moderatamente acuti in Tanzania.

L'indagine demografica e sanitaria alla quale questi dati si riferiscono (TDHS Tanzania Demographic Health Survey 2010) mostra che la percentuale di bambini allattati esclusivamente al seno era del 49,8% mentre la durata mediana complessiva dell'allattamento al seno esclusivo è stata di 2,4 mesi per il continente e di 5 mesi per Zanzibar che è al di sotto del tempo raccomandato dall'OMS.

Per coordinare gli sforzi nazionali contro la malnutrizione, il governo della Tanzania ha messo in atto un Comitato direttivo di alto livello sulla nutrizione con rappresentanti di diversi settori, ONG, settore privato, accademici, donatori e agenzie delle Nazioni Unite. Questo comitato è presieduto dal segretario permanente del Primo Ministro.

L'ufficio del ministro e il segretariato sono gestiti da TFCN (Tanzania Food and Nutrition Centre). Sebbene in ogni distretto sono stati istituiti comitati direttivi per la nutrizione e nominati funzionari distrettuali per la nutrizione, le loro capacità rimangono limitate in termini di risorse e competenze specifiche e gestionali.

Una Strategia Nutrizionale Nazionale (2011-2015) è stata sviluppata con un budget di 520 milioni, ma una recente revisione della spesa pubblica per la nutrizione ha dimostrato che solo lo 0,22% della spesa pubblica è stato destinato alla nutrizione nell'anno finanziario 2012/13 con evidente scarsa o nullo impatto sulle capacità implementative e sui risultati ottenuti.

Le informazioni nutrizionali nel paese si basano principalmente sui sondaggi demografici sulla salute (TDHS) indagine effettuata ogni 5 anni. I dati più recenti provengono da TDHS 2010 e pertanto potrebbero non riflettere il più accurato e recente stato nutrizionale del paese. Al fine di monitorare da vicino gli indicatori nutrizionali chiave quali arresto della crescita, deperimento, pratiche di alimentazione dei neonati e dei bambini piccoli (IYCF) e copertura degli interventi sui micronutrienti, il paese necessita di interventi a sostegno della strategia nazionale che siano in grado di fornire dati aggiornati e di qualità.

Pertanto, in attesa dei dati prodotti dai programmi realizzati dai partners internazionali, il Ministero della Salute e della Previdenza Sociale (MoHSW) attraverso il Tanzania Food and Nutrition Center e il Ministero della Salute Zanzibar hanno condotto un'indagine nazionale sulla nutrizione (NNS) utilizzando la metodologia denominata SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions), che ora è considerata come l'approccio "golden standard" per l'attuazione delle indagini nutrizionali.

E' dunque a partire da questi dati, dall'analisi che abbiamo riassunto nei suoi aspetti quantitativi principali, tratti dalla Tanzania National Nutrition Survey del 2014, la prima Nutrition Survey realizzata Tanzania che Unicef, in collaborazione con donatori

internazionali che appoggeranno il progetto decide di sollecitare il governo e le istituzioni tanzaniane ad affrontare il problema della malnutrizione nel paese, con focus sulla malnutrizione cronica.

In questo contesto vede la nascita dunque il programma oggetto del nostro studio, programma che si intitolerà “Accelerating Stunting Reduction Program - ASRP”, della durata iniziale prevista di quattro anni (2015-2019), programma volto a pilotare un modello di intervento nelle quattro regioni meridionali della Tanzania maggiormente colpite dalla malnutrizione cronica (Iringa, Njombe, Mbeya, Songwe).

La formula implementativa definita da Unicef prevedeva dunque la costituzione di consorzi composti da organizzazioni non governative internazionali (INGO) esperte, dotate dunque di una expertise consolidata e comprovata nel paese, affiancate da CBOs (Civil Based Organizations), organizzazioni locali con competenze in ambiti specifici (agricoltura, formazione). Importante dunque sottolineare come il modello operativo introdotto da Unicef si muova in due direzioni; proprio in quanto la malnutrizione cronica si presenta come un problema che va affrontato su tempi lunghi era necessario adottare una strategia che potesse muoversi su binari paralleli e tempistiche differenti, ossia poter contare sulla competenza di organizzazioni strutturate, solide e competenti, che potessero agire nell'immediato e dunque offrire servizi di qualità in tempi rapidi alla popolazione, e parallelamente lavorare in ambito di governance, ossia rafforzare organizzazioni locali al fine di garantire una sostenibilità futura.

Medici con l'Africa CUAMM è stata affiancata ad una organizzazione locale chiamata TAHEA (Tanzania Home Economic Association), organizzazione nata nei primi anni '80 su iniziativa di una ex parlamentare e personalità in vista nel panorama politico e culturale tanzaniano, con sede principale ad Iringa. TAHEA si presenta come un'organizzazione esperta in ambito agricolo, capace nel promuovere metodologie di agricoltura compatibili e sostenibili alle popolazioni locali, grazie alla presenza di agronomi esperti e di una profonda conoscenza del contesto alimentare e delle tecniche di agricoltura di sussistenza proprie delle regioni coinvolte.

Sebbene il titolo dell'intervento sia stato definito da Unicef, abbiamo immediatamente colto quanto l'identità di un programma che avrebbe avuto l'ardire di lavorare con più di settecento villaggi al fine di supportare la popolazione locale al cambiamento di determinati comportamenti ritenuti corresponsabili della malnutrizione cronica, in qualità di coordinatore di programma ho proposto agli attori coinvolti di adottare un nome immediatamente riconoscibile da parte della popolazione, e dunque un nome in lingua swahili. Essendo la strategia di programma basata sul modello SBCC (Social Behaviour Change Communication) applicata all'ambito della Nutrizione, è germinato quasi da sè un gioco di parole, un' espressione in lingua swahili ben nota e utilizzata nella quotidianità che potesse fornire la proposta di un cambiamento comportamentale in ambito di Nutrizione nelle sue accezioni più ampie, a partire dalla cultura produttiva del cibo, alla pratiche rituali di preparazione e consumazione quotidiana del pasto, che ri-negoziasse la percezione stessa della salute della comunità a partire dalle categorie più fragile, ossia mamme e bambini.

TubadiLISHE

È una espressione in lingua swahili che tradotta letteralmente significa “cambiamo” mentre LISHE significa “nutrizione”; il passaggio dunque consequenziale è stato utilizzare questa espressione sottolineando l'unione di questi due termini, mettendone in risalto la prossimità semantica e operativa che si sarebbero coagulate grazie a questo progetto; attraverso dunque un'espressione di uso comune che potesse facilmente essere ricordata e trasmessa nelle comunità creando anche un senso di appartenenza e di auto-riconoscimento con le analisi e le azioni che sarebbero state intraprese.

Con un processo partecipativo e condivisione, i tre consorzi operanti nelle quattro regioni, hanno felicemente accolto il nome complessivo del programma definito da CUAMM come il nome e il significato di portata complessiva dell'intero progetto, tracciando anche il percorso per una proficua collaborazione in ambito di scambio di risultati, lezioni apprese, difficoltà, pratiche comuni.

Vogliamo sottolineare come il modello di intervento delineato fosse deliberatamente un “pilot”, ossia un approccio integrato alla lotta alla malnutrizione innovativo dalle molteplici ricadute in termini di complessità di analisi del fenomeno. La possibilità di applicare le pratiche e i saperi dell'antropologia culturale e sociale ad un intervento di cooperazione sanitaria, pur con le criticità che accettiamo e che andremo ad analizzare, si innesta sul riconosciuto cambio di paradigma operato negli assunti di base da parte delle agenzie promotrici in accordo con le istituzioni locali.

La “teoria del cambiamento”, cornice teorica sulla quale si sviluppa la strategia operativa prevedeva dunque di influire sui comportamenti e sulle abitudini delle persone parallelamente ad un intervento pratico sulla modalità di produzione del cibo e dei modelli di agricoltura locali, sulle modalità di preparazione, somministrazione e suddivisione del pasto tra i vari componenti della famiglia, coinvolgendo dunque i temi della ripartizione delle risorse economiche e simboliche all'interno del nucleo familiare e della comunità stessa.

Se dunque lo sforzo di rielaborazione teorica del fenomeno della malnutrizione è la fonte della rinnovata progettualità introdotta nel paese, abbiamo riconosciuto la necessità di affiancare ad essa una indagine ramificata, che indagasse gli assunti impliciti delle comunità, che individuasse nei meccanismi di riproduzione sociale i temi cardine su cui investire per comprendere come fosse possibile che le regioni che durante il periodo dell'Ujamaa venivano definite retoricamente “ I granai della Tanzania” fossero nel 2014 quelle maggiormente affette da malnutrizione cronica.

Durante il primo anno di intervento nel 2015 il programma prevedeva un massivo lavoro di organizzazione di gruppi omogenei di popolazione, avendo come priorità le donne in età fertile, le madri di bambini sotto i due anni di età (ricordando il modello dei “primi 1000 giorni” di vita, dal concepimento al secondo anno di vita come finestra temporale fondamentale per prevenire la malnutrizione cronica e quindi la possibilità di un mancato sviluppo appropriato delle facoltà cognitive del bambino), di gruppi di leader locali (capivillaggio istituzionali e riconosciuti dal governo locale, leaders religiosi, membri dei comitati di salute di comunità, anziani autorevoli e

guaritori tradizionali), e di supportarli ad incontri settimanali dove sarebbero stati esposti e coinvolti da parte degli agenti di salute comunitaria (Community Health Workers, da qui in avanti CHWs) debitamente formati ad un pacchetto di nozioni pratiche e di suggestioni volte a problematizzare i comportamenti legati alla produzione del cibo nelle comunità rurali.

L'altro versante dell'intervento si fondava sulla creazione di Campi Modello (*Mashamba Darasa*, in Swahili) a livello di villaggio nelle quali sperimentare colture innovative e solitamente ignorate dalle comunità, colture non facenti parte della dieta basilare della popolazione seppur riconosciute come culturalmente compatibili, adatte al suolo ed alle condizioni climatiche locali.

Fondamentale per una lettura antropologica del lavoro svolto, contestualizzare la copertura geografica dell'intervento; circa settecento chilometri di estensione, due regioni, nove distretti amministrativi, più di seicento villaggi rurali coinvolti, ed una altrettanto imponente organizzazione e articolazione di presenza capillare sul territorio, grazie a circa mille e duecento operatori sanitari di comunità, coordinati e suddivisi per aree geografiche e supervisionari da ottanta supervisori formati anche su tecniche e procedure di raccolta e monitoraggio dei dati qualitativi e quantitativi, oltre che aventi la funzione di coinvolgere attivamente i leaders locali nella assunzione di responsabilità della lotta alla malnutrizione e di dovuta condivisione di quanto programmato nelle aree poste sotto la loro responsabilità pubblica.

Riteniamo uno degli aspetti cruciali di questo programma e dello studio che qui presentiamo anche quello di instaurare una dialettica positiva, una circolarità, una reciproca dipendenza tra il dato qualitativo ed il dato quantitativo. Il nostro scopo è quello di sottolineare la responsabilità sociale del dato, nonché quella di squadernare il significato ampio del dato quantitativo, al fine non solo di emendare una visione parziale e antiquata che vorrebbe l'utilizzo del dato quantitativo come un indicatore di una lettura riduzionista dei fenomeni sociali, bensì far emergere la complessità e dunque appunto la responsabilità politica, sociale e dunque antropologica del numero.

La sfida di questo studio è esattamente quella di costruire ponti, di ricalibrare una grammatica, un alfabeto in grado di riconfigurare la possibilità di una traduzione persino del dato statistico all'interno di una cornice di senso di matrice sociale e antropologica, al fine di immaginare, intravedere, e disegnare in filigrana la possibilità di una cooperazione internazionale, ed in particolare di una cooperazione internazionale sanitaria in grado di riconoscere utilizzare ed accettare l'epistemologia propria di un'impostazione antropologica, di comprendere quanto in Africa i determinanti sociali e culturali siano gli elementi fondanti ed imprescindibili da conoscere affinché appropriati ed efficaci interventi di cooperazione sanitaria possano essere pensati, programmati e implementati.

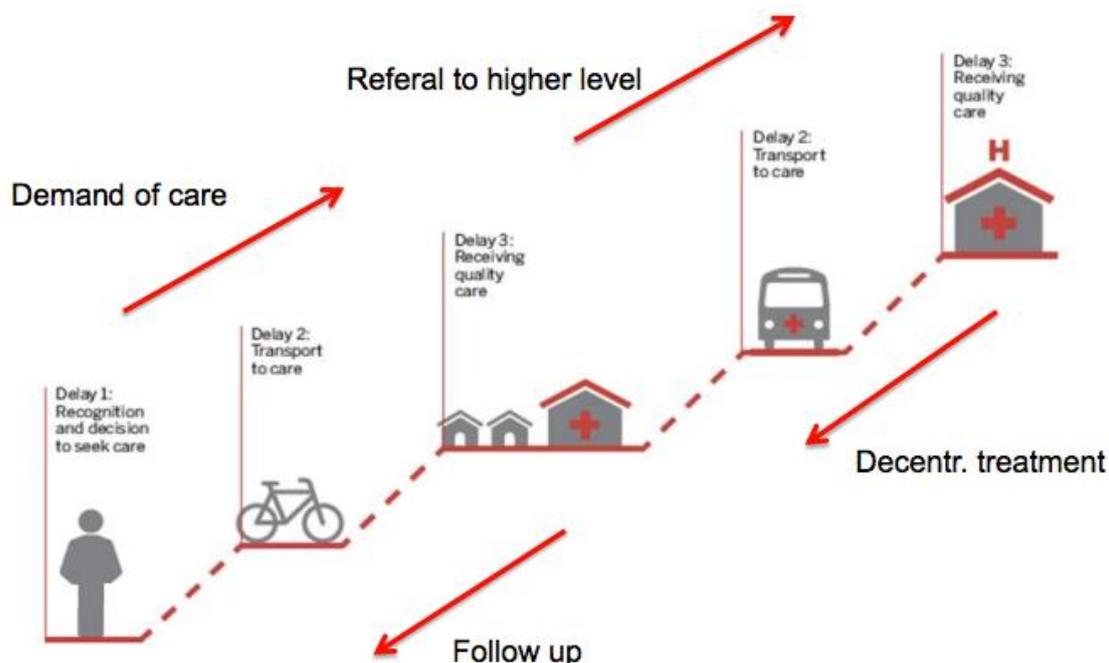
A questo scopo riproponiamo a supporto della nostra argomentazione il quadro logico del programma di lotta alla malnutrizione con tutti i suoi dati ed indicatori, con le sue baseline e i suoi target prefissati, in modo da porre in una prospettiva critica l'approccio dell'intervento, senza però volerne negare una piena legittimità di senso e di necessità operativa. Vedremo dunque quanto il numero, sganciato da una

prospettiva di audit delle culture, che implicitamente rischierebbe di portare con sé letture sociali del fenomeno della malnutrizione viziate dall'approccio comparativo, e che quindi rischierebbero di riproporre un immaginario stereotipato dell'Africa nera, di un contesto che sarebbe intimamente in deficit rispetto agli standard definiti dalle istituzioni internazionali che definiscono e misurano gli outcome sanitari, intendiamo utilizzare il numero per far emergere la magnitudine di un problema sociale e ragionare dunque a partire dal numero sulle cause, motivi, i determinanti culturali che attorno al numero si condensano, senza che il numero ne divenga lo scopo, ma solo lo strumento.

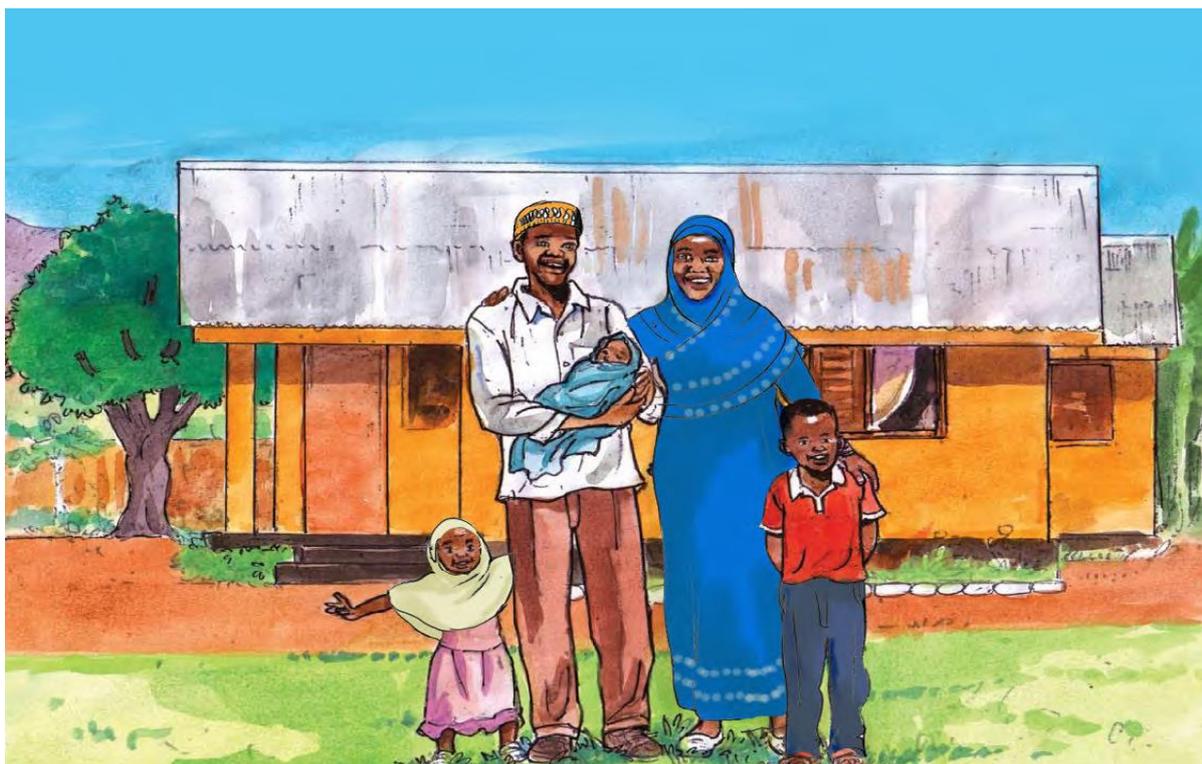
Sapere che circa il 50% dei bambini sotto ai 5 anni di età nelle regioni di Iringa e di Njombe sono affetti da malnutrizione cronica ci interroga, ci permette di porre le domande necessarie rispetto a come leggere un fenomeno di tale portata che ha una ricaduta enorme sulla forme di socialità, di ricomposizione generazionale, delle economie di scala, e dunque chiederci di investigare con gli strumenti propri dell'antropologia sociale e culturale se l'odierna cooperazione internazionale sanitaria, i suoi assunti impliciti di base, i suoi parametri internazionali fissati ma culturalmente determinati, sia adeguatamente preparata ad affrontare le sfide di tale portata, di tale magnitudine, ampiezza di fenomeni sanitari drammatici che non possono essere ricondotti ad un approccio di costo-efficacia, dell'intervento ma devono necessariamente aprirsi ad una lettura critica e problematizzata.



Un algoritmo figurato sulla struttura degli interventi di cooperazione sanitaria, utilizzato nelle formazioni per il personale distrettuale



Lo schema prodotto da Cuamm per mostrare il principio del « continuum of care” approccio strategico che guida gli interventi dell’organizzazione



Immagini tratte dal flipchart del Ministero della Salute sulla salute comunitaria, utilizzato dai community health workers di progetto per indirizzare le discussioni nelle comunità



Quadro logico - Logical Framework del progetto "TubadiLISHE"

Result statement	Performance indicator/s	Baseline	Target (2019)
IMPACT: To contribute to reduce the prevalence of stunting among young children under-five years of age in three regions (Mbeya, Iringa and Njombe) from 44% in 2013 to 35% in 2019 (i.e. 20% relative reduction or 3.4% average annual reduction rate)	Proportion of children under five years old who are stunted	44% (2013)	35%
OUTCOME 1: Increased proportion of pregnant women and caregivers of children under two years old who practice key nutrition-relevant behaviours (IYCF, WASH, ECD and health) in the project area.	Proportion of children aged 0-5 months who are exclusively breastfed	38%	60%
	Proportion of children aged 6-23 months who receive a minimum acceptable diet	16%	40%
	Proportion of caregivers of children under five years old who report having used soap for hand washing at least at two critical times	16%	25%
	Proportion of children who have been engaged in cognitive stimulation activities	63%	85%

Result statement	Performance indicator/s	Baseline	Target (2019)
	Proportion of women who took iron folate supplements for at least 90 days during their most recent pregnancy	27%	50%
OUTPUT 1.1: Increased participation of pregnant women and caregivers of children under two years old in counselling on IYCF, WASH, ECD and health practices	Proportion of community health workers in the project area trained on key IYCF, WASH, ECD and health practices and equipped with appropriate communication material	5% (2015)	75%
	Proportion of pregnant women and caregivers of children under two years old in Iringa and Njombe regions who participated in counselling sessions every month at community level	2% (2015)	85%
	Proportion of TASAF beneficiaries enrolled in group counselling in Iringa (2 target districts only) and Njombe region	0% (2016)	75% (27,281)

Result statement	Performance indicator/s	Baseline	Target (2019)
OUTPUT 1.2: Increased participation of key community members and local leaders in supporting pregnant women and caregivers of children under two years old to practicing nutrition-relevant behaviors	Number of key community members and local leaders (10 per village) trained on key IYCF, WASH, ECD and health practices	590 (2015)	9,488
OUTCOME 2: Increased availability of diverse nutrient-rich foods at household level in the project area.	Mean household dietary diversity score (15 food groups maximum)	6 (2013)	10
	Mean farm dietary diversity score (15 food groups maximum)	4 (2013)	8
OUTPUT 2.1: Increased capacities of households to produce diverse nutrient-rich foods	Number of farmers who received training and inputs to increase the production of nutritious plants and animal source foods	3,174 (2015)	21,825
	Proportion of households with kitchen gardens for home consumption of nutrient-rich food	2% (2015)	14%
OUTPUT 2.2: Increased capacities of households to preserve nutrient-rich foods	Number of farmers who participated in counselling sessions on relevant IYCF, WASH, ECD & Health practices	3,409 (2015)	32,415
	Number of farmers practicing preservation of nutrient-rich food	1,134 (2015)	20,284

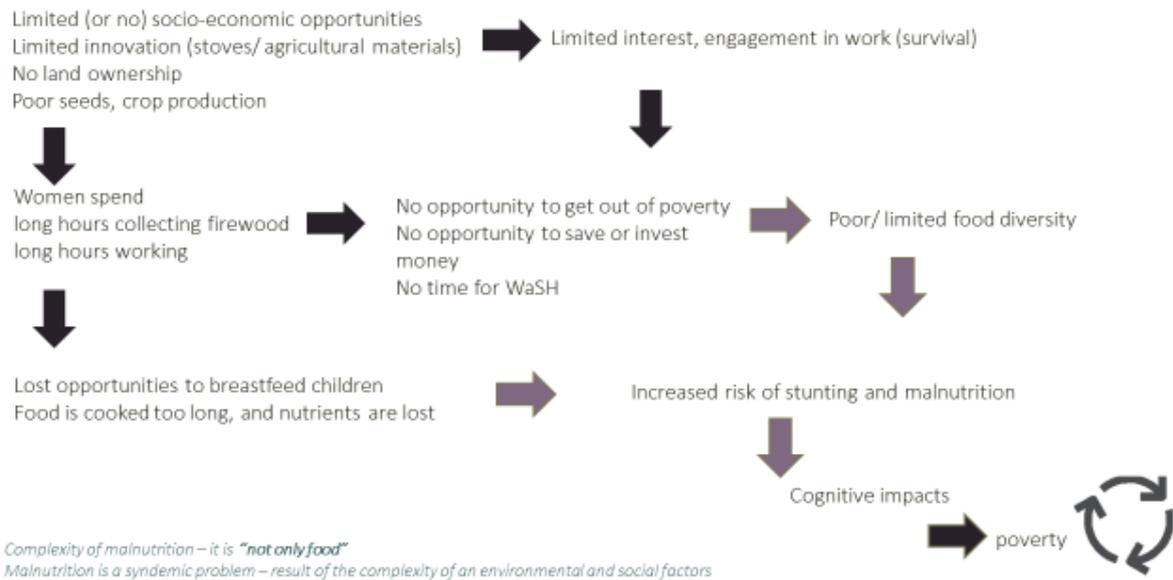
Prospetto dei “beneficiari attesi” di progetto

Region	Councils	# of wards	# of wards targeted	# of villages	# of villages targeted
Njombe Region	Njombe Municipal	13	8	70	53
	Njombe District	11	9	53	42
	Makete District	22	17	101	77
	Ludewa District	25	19	80	61
	Makambako Municipal	8	6	31	23
	Wang'ingombe District	17	13	100	75
Iringa	Iringa District	25	19	125	94
	Mufindi District	27	20	130	99
TOTAL	8	148	111	690	524

Prospetto della popolazione coinvolta; “beneficiari diretti e indiretti” del progetto

District Councils	Total population	Pregnant women	Caregivers / children under 0-23 months	Children 0-23 months		
				Boys	Girls	Total
Njombe MC	133,373	5,068	8,323	4,078	4,245	8,323
Ludewa DC	136,441	5,185	8,514	4,172	4,342	8,514
Njombe DC	87,821	3,337	5,480	2,685	2,795	5,480
Makete DC	99,619	3,786	6,216	3,046	3,170	6,216
Wang'ingombe DC	165,731	6,298	10,342	5,068	5,274	10,342
Makambako MC	96,097	3,652	5,996	2,938	3,058	5,996
Iringa DC	262,508	9,975	16,380	8,026	8,354	16,380
Mufindi DC	274,699	10,439	17,141	8,399	8,742	17,141
TOTAL	1,256,289	47,739	78,392	38,412	39,980	78,392

Looking at the problem holistically: poverty, malnutrition (stunting) and gender



Algoritmo sui determinanti socio culturali della malnutrizione nella sua multidimensionalità.

Le strutture sociali ossificate fortemente gender-biased comportano una riproduzione sociale non dinamica, che reitera le cause primarie ed indirette della malnutrizione.

- Scarso o nullo accesso alle donne alla gestione delle risorse domestiche (beni e denaro)
- Scarsa o nulla innovazione nelle pratiche agricole e nella dieta quotidiana
- Dialettica tra sistemi di potere formali (governativi) ed informali (consiglio degli anziani, lignaggi autorevoli) a livello di villaggio rimane interna ad una stratificazione sociale che non permette concreti processi emancipatori

Apparato fotografico. Le fotografie qui riportate sono state scattate personalmente durante attività di progetto. Queste prevedono un accordo generale con le autorità a vari livelli (di villaggio, distrettuali, provinciali) per poter registrare materiale audio-video e fotografie a scopo di documentazione e reportistica delle attività implementate.



« Cooking demonstration » nel distretto di Mafinga. Preparazione comunitaria di porridge nutritivo con ingredienti localmente disponibili



Community Health Workers utilizza il flipchart per introdurre alla comunità temi di preparazione e cottura dei cibi senza perdere sostanze nutritive



Preparazione comunitaria di un pasto al fine di sessioni formative, utilizzando ingredienti prodotti dai « campi modello » stabiliti dalle famiglie, come vedi sotto.

Campo modello con « bush garden » tecnologia a costo zero per ridurre il consumo di acqua e disporre di verdure per il pasto casalingo più frequentemente





Misurazione dello status nutrizionale del bambino attraverso MUAC Tape in un villaggio del distretto di Mufindi. La restituzione - o feedback- degli outcome rappresenta un momento chiave nel rapporto con la comunità per la discussione e analisi della situazione sanitaria del villaggio



Asilo comunitario con pratica di principi di stimolazione cognitiva e cura del bambino durante la stagione agricola, al fine di evitare casi di incuria e peggioramento stagionale dei tassi di malnutrizione.



Anziani dei clan Wahehe più rappresentativi a fianco di Regional Medical Officer.



Bambini delle comunità Maasai nel villaggio di Usolanga (distretto di Iringa Rural) accompagnati dai genitori alla « fiera della salute » per lo screening sulla nutrizione

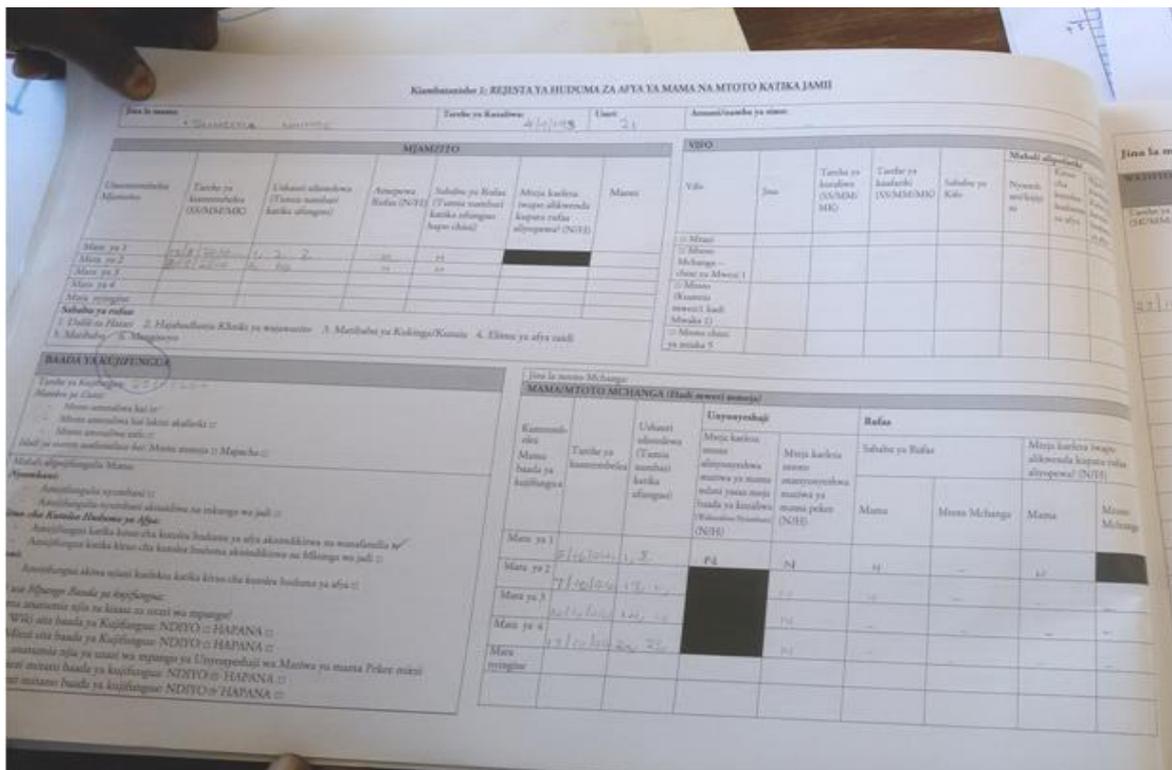


Degenti presso ospedale di Tosamaganga - Iringa partecipano ad una sessione sulla stimolazione sensoriale dei bambini



Incontro di formazione con i membri del kamati ya afya ya kijiji (comitato di salute del villaggio di Kiwere, distretto di Iringa) per ricostruire la storia del villaggio e genealogia.

I comitati di villaggio rivestono un ruolo fondamentale nel veicolare i messaggi preventivi sanitari, grazie alle autorità ed autorevolezza dei propri componenti. Il comitato è composto da anziani, leaders religiosi, guaritori, capiclan con funzione di supporto e collaborazione con le autorità politiche elette e nominate dal governo distrettuale



La raccolta dati attraverso la compilazione dei registri sanitari a livello di health facilities (sopra) e di villaggio (sotto) rappresenta una delle criticità pratiche e teoriche principali sia del progetto di cooperazione che della ricerca di natura antropologica, considerando i criteri interpretativi del dato quantitativo e come questo divenga strumento che contribuisce a definire l'immagine e la percezione che la comunità ha di sé nonché plasma l'immaginario esterno nei confronti delle comunità sussunte in una percentuale.

Particolarmente stimolante è la discussione pubblica con le comunità in merito ai tassi di malnutrizione cronica riscontrata a partire dalle misurazioni e dalle analisi statistiche condotte.

Le comunità registrano spesso con incredula noncuranza quando vengono presentati dati relativi alla malnutrizione cronica che, sebbene impatti enormemente sulla vita del bambino, non presenta sintomi acuti tali da pregiudicare la quotidianità o da richiedere interventi eccezionali da parte dai genitori e aventi cura.

La comunità non si percepisce « a rischio » sulla base di restituzioni esterne, per quanto legittimate simbolicamente dall'expertise sanitaria dell'organizzazione, e nemmeno quando a presentare la medesima situazione fossero le autorità sanitarie locali. In assenza di sintomatologia acuta che richieda una attiva presa in carico di responsabilità e scelta nei percorsi di cura la comunità squalifica, delegittima il portato scientifico del registro annullandone il potere simbolico di inscenare un processo di autoanalisi.

FOMU YA MUHTASARI WA MWEZI WA HUDUMA ZA AFYA YA MAMA NA MTOTO KATIKA JAMII YA MSIMAMIZI WA WAHUDUMU WA AFYA KATIKA JAMII

Jina la Msimamizi wa Wahudumu wa Afya Katika Jamii: BERNARDUS G. KINWIKO
 Mkoa: IRINGA Wilaya: MUFINDI
 Vijiji: LEOMIWA
 Jina la Kituo cha Kutolea Huduma za Afya: UGESA
 Taarifa ya Mwezi/Mwaka: 30.10.2014 Tarehe ya kuwasilisha Taarifa:

Viashiria	Jumla
Wateja wanawake	
A Wanawake wajawazito wapya waliotembelewa mwezi huu	1
B Wanawake wajawazito waliorudiwa kutembelewa mwezi huu	7
C Jumla ya wanawake wajawazito waliotembewa mwezi huu (A + B)	8
D Idadi ya wanawake waliotembelewa baada ya kujifungua mwezi huu	5
Jumla ya wanawake waliotembelewa mwezi huu (C + D)	13
Wateja watoto na watoto wachanga	
E Idadi ya watoto wachanga (Umri chini ya mwezi mmoja) waliotembelewa mwezi huu	4
F Idadi ya watoto umri mmoja hadi mwaka mmoja waliotembelewa mwezi huu	29
G Idadi ya watoto umri kuanzia mwaka mmoja hadi miaka mitano waliotembelewa mwezi huu	142
Jumla ya watoto wachanga, watoto chini ya mwaka 1 na watoto chini ya miaka 5 waliotembelewa (E + F + G)	175
Jumla ya kaya zilizotembelewa mwezi huu	70
Rufaa zilizotolewa	
H Idadi ya wanawake waliopewa rufaa kwenda kwenye kituo cha kutolea huduma za afya	0
I Idadi ya watoto wachanga waliopewa rufaa kwenda kwenye kituo cha kutolea huduma za afya	2
J Idadi ya watoto kuanzia umri wa mwezi 1 hadi mwaka 1 waliopewa rufaa kwenda kwenye kituo cha kutolea huduma za afya	0
K Idadi ya watoto kuanzia umri wa mwaka 1 hadi miaka 5 waliopewa rufaa kwenda kwenye kituo cha kutolea huduma za afya	1
Jumla ya rufaa zilizotolewa (H + I + J + K)	3
Idadi ya mikutano ya Elimu ya Afya iliyofanyika	3
Jumla ya watu walioshiriki mikutano ya Elimu ya Afya	246
TAARIFA YA VIZAZI NA VIFO	
Viashiria	Jumla
Vifo vya wanawake vitokanavyo na uzazi	0
A Idadi ya wanawake waliofariki nyumbani/kijijini	0
Jumla ya vifo vitokanavyo na Uzazi (A)	0
Vifo vya watoto wachanga (Ndani ya siku 28 baada ya kuzaliwa)	
B Idadi ya watoto wachanga waliofariki nyumbani/kijijini	0
Jumla ya vifo vya watoto wachanga (B)	0
Vifo vya watoto wachanga (Umri kuanzia mwezi 1 hadi mwaka 1)	
C Idadi ya watoto wachanga waliofariki nyumbani/kijijini	0
Jumla ya vifo vya watoto wachanga (C)	0
Vifo vya watoto wenye umri kuanzia mwaka mmoja hadi miaka mitano	
D Idadi ya watoto wenye umri kuanzia mwaka mmoja hadi miaka mitano waliofariki nyumbani/kijijini	0
Jumla ya vifo vya watoto wenye umri kuanzia mwaka mmoja hadi miaka mitano (D)	0
Vizazi	
E Idadi ya wanawake waliojifungulia Nyumbani	1
F Idadi ya wanawake waliojifungulia Nyumbani kwa msaada wa Mkunga wa Jadi	0
G Idadi ya wanawake waliojifungulia njiani kuelekea katika kituo cha huduma za Afya	0
Jumla ya wanawake waliojifungulia Nyumbani (E + F + G)	1



Il paesaggio montagnoso del distretto di Mafinga, regione di Iringa, rende difficile l'accesso a molti villaggi durante la stagione delle piogge intense, da febbraio a maggio



Il paesaggio invece secco e piatto della parte nord del distretto di Iringa Rural, digradante nella Rift Valley in direzione della capitale Dodoma. Abitato da popolazioni semi nomadiche come Maasai, Barabaig, Maangati, ha caratteristiche ambientali di bassa piovosità con maggiori fenomeni di malnutrizione acuta e severa a causa della scarsità dei raccolti di mais e scarsa diversificazione delle colture.





Il Community Health Worker – Mhudumu wa Afya wa Msingi è una figura ampiamente rispettata tra le comunità in quanto portatore di servizi di base preziosi, oltre creare collegamenti con servizi e le autorità politiche a vari livelli. Sebbene non ricevano un salario e lavorino su base volontaria, la carica di CHW, elettiva, è ricercata da molte persone per il prestigio sociale che ricopre, che permette di inevitabilmente anche dei ritorni e vantaggi materiali da parte della comunità.

La funzione del CHW è particolarmente rilevante per la salute materno-infantile; il lavoro di mappaggio e follow up costante delle donne gravide del villaggio permette il lavoro di prossimità con la famiglia affinché la donna frequenti le visite prenatali e decida – e laddove il suo potere decisionale sia limitato dai rapporti di genere squilibrati, con limitato accesso alle risorse domestiche e sulle possibilità di scelta di cura, i CHWs spesso negoziano e mediano tra i componenti del nucleo familiare, sottolineando l'importanza per la famiglia – anche simbolica, per il coniuge uomo – che la consorte possa partorire in sicurezza.

Il progetto stava sperimentando in decine di villaggi un meccanismo di contribuzione comunitaria e « in beni di consumo » al CHW, attraverso l'esenzione dal pagamento di alcune imposte comunitarie, il contributo del lavoro sociale in campi agricoli del CHW. L'esperimento è poi passato ad essere valutato dalle autorità regionali che ne hanno adottato alcuni principi di base nel processo di revisione della strategia di supporto alla salute comunitaria.



Prendersi cura del bambino e, in Africa, un gesto quasi esclusivamente materno. La figura maschile del CHW agisce da stimolo per modelli di mascolinità positiva.



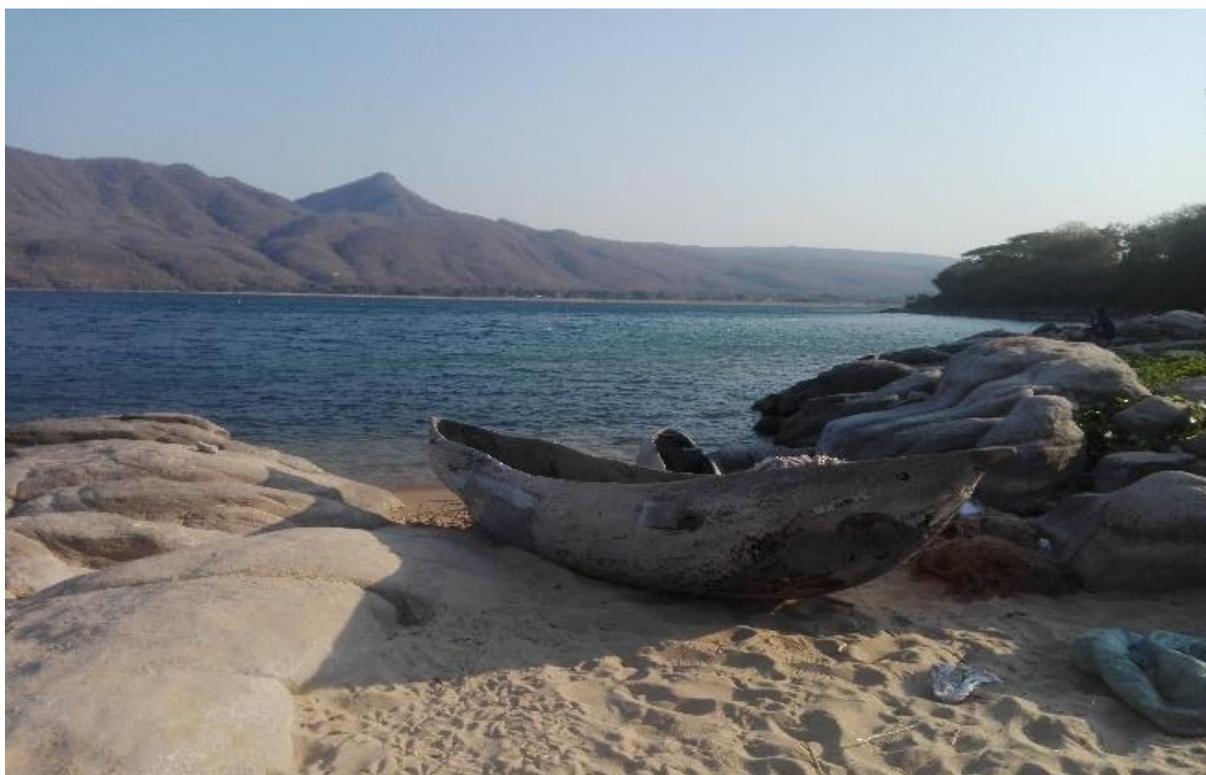
Quasi 1.300 i CHWs coinvolti dal progetto Cuamm TubadiLISHE, da me diretto



I campi modello promossi a livello domiciliare volti ad una diversificazione della dieta e un maggiore equilibrio della possibilità di gestione delle risorse domestiche tra marito e moglie



La quotidianità di un villaggio nel distretto di Ludewa, alla quale partecipiamo con gioia. Non si tratta di osservazione partecipante, ma di vivere attimi di riconoscimento.



La spiaggia del villaggio di Manda, sulle sponde del lago Nyasa (lago Malawi). Molto difficile da raggiungere su strada per almeno sei mesi l'anno, viveva nel periodo di progetto un numero tragicamente alto di morti materne e neonatali, a causa del mancato accesso al parto sicuro e alle visite pre e post natali



Il management team del progetto TubadiLISHE ed i colleghi di UNICEF Tanzania durante un workshop di presentazione del documentario video realizzato, nel 2019, poco prima che lasciassi il paese per spostarmi a lavorare in Mozambico.

Un caso di malnutrizione

Suleya, la chiameremo così ricordando con soddisfazione una bambina di un villaggio e con un storia differenti, ma pur sempre di sofferenza, che anche dovuto al contributo del progetto sembra aver superato definitivamente le crisi – ha ventuno mesi e vive nel villaggio di Mapanda, distretto di Mafinga, regione montagnosa ed impervia a sud di Iringa, dove l'altipiano subisce un repentino mutamento ambientale, nella vegetazione che si fa di bosco alpino, anche a causa della massiccia semina decenni fa di migliaia di conifere da parte di missionari europei ed italiani in particolare.

Il contesto cambia a Mapanda in termini di accessibilità alla strada principale, che si trova ormai nella stagione piovosa a quasi due ore di sterrato complicato, ampliando notevolmente ed anche psicologicamente la distanza delle comunità dalle vie di comunicazione, scambio contatto.

Mapanda è però territorio privilegiato, dove le popolazioni limitrofe si recano e cercano di insediarsi, dovuto alla presenza dell'ospedale missionario e della missione cattolica presente da inizio Novecento, che ha fatto di queste comunità remote punto di approdo noto in tutto il sud della Tanzania.

E' la presenza dell'ospedale, dunque, a dirimere tempi, economie, scambi e interazioni tra la comunità autoctona e chi vi arriva, dovendovi soggiornare, spesso per giorni, quando purtroppo un parente deve essere ricoverato, quando una donna deve partorire, quando persino i guaritori locali hanno consigliato essere più opportuno recarsi nella struttura tuttora gestita dalle « Masista wazungu », dalle suore italiane.

Quando incontriamo Suleya ha quasi due anni, ventuno mesi a quanto riporta il cartellino sanitario che viene mostrato dalla madre del padre biologico, durante la visita di monitoraggio effettuata di community health workers, che hanno segnalato lo stato di salute preoccupante della bimba.

Suleya è figlia di due persone giovani, la madre ha diciotto anni ed il padre venti. Sebbene sia un'età già pienamente matura nella Tanzania rurale per accasarsi e avere figli, in realtà la situazione dei genitori di Suley è molto precaria. Le famiglie non erano d'accordo a che si sposassero perchè non vi erano le condizioni ; entrambi i ragazzi lavorano la terra ma i mezzi sono limitati e le capacità di giovani di formare un nucleo familiare autonomo è considerata inadeguata.

Bruno, padre di Suleya e battezzato con nome italiano dalla suore, tende a frequentare troppo spesso il Kilabu il luogo dove ci si trova a bere il pombe di miglio fermentato, luogo di socialità ma dove generalmente i giovani vengono ammessi con riluttanza. Potersi sedere al kilabu è uno status che ci si deve garantire attraverso un contributo al benessere della comunità, o comunque, ci dicono i wazee, gli anziani, « ti puoi permettere di bere dopo che la tua famiglia ha mangiato »

In molti villaggi è ancora in vigore la « sheria » che regola accesso e definisce le norme etiche per accedere o comunque frequentare assiduamente il kilabu.

Retaggio della Ujamaa di Nyerere, volto ad assicurare che la popolazione mantenesse il proprio status di sicurezza alimentare attraverso il lavoro nei campi, i Vilabu aprono dopo l'ora decima, le quattro del pomeriggio contando il tempo con la convenzione cristiana, l'ora in cui le ombre cominciano ad allungarsi nella stagione della semina dopo le prime piogge, intorno a dicembre.

Il kilabu è dunque status e arena, tribuna della discussione e privilegio esibito, in prevalenza da uomini e anziani maschi, ma frequentato con smagata considerazione anche dalle anziane, le « wabibi » e traditional birth attendants, persone autorevoli che raggiunta la posizione di non dover più contribuire al sostentamento della propria famiglia e della società, ne divengono referenti morali e giuridiche, ricevendo la possibilità di dedicarsi al riposo, al ricordo e, quando di loro gradimento, alla birra di miglio.

Ma a Mapanda, che è un villaggio molto esteso, villaggio dove ha sede lo Mtendaji wa kata - il responsabile politico istituzionale del gruppo di villaggi amministrativamente dipendenti da esso - e geograficamente complesso, montagnoso, arduo da percorrere, con un dislivello di centinaia di metri tra le case che si trovano in prossimità dell'Ospedale e quelle dei vitongoji - dei quartieri - più lontani.

Vi sono famiglie residenti formalmente a Mapanda che non accedono comunque alle cure ospedaliere a cause delle difficoltà di accesso ; le stradine di terra battuta durante la stagione delle piogge, che a Mapanda dura quasi sei mesi - diventano molto scoscese e impercorribili, e per un malato o una gravida un ostacolo ai servizi.

Anche per questo motivo a Mapanda la sheria che regola l'apertura e le norme sociali dell'accesso ai vilabu non è particolarmente seguita ; vi sono chiaramente anche questioni di introiti economici ; i proprietari e gestori di vilabu vogliono poter vendere pombe tutto il giorno.. vi è sempre qualcuno, tra gli anziani che gode del proprio tempo a disposizione e si reca presso a qualsiasi ora....spesso poi le abitazioni stesse diventano kilabu improvvisati, con ritrovi improvvisati e repentini in base alla disponibilità del miglio per produrre il pombe, e dunque diviene pressochè impossibile per le autorità di villaggio verificare che la legge contro l'abuso di alcool nel villaggio venga rispettata - anche qualora volessero farlo-

Il padre di Suleya è già considerato uno « mlevi » una sorta di ubriacone, nel villaggio, lavora raramente e a giornata, pare vi siano stati episodi violenti in passato e dunque non viene chiamato nemmeno per svolgere i lavori comunitari, rimanendo di fatto esiliato nel proprio stesso villaggio.

Maria, madre di Suleya nasce in una famiglia indigente anche per gli standard locali, proveniente dalla provincia di Njombe, da dove sono emigrati nella speranza che appunto l'indotto dell'ospedale e della missione religiosa permettesse condizioni di lavoro e di mercati più vantaggiose.

Ha frequentato poco le scuole, non ha terminato « darasa la saba », le scuole primarie poichè il lavoro casalingo era troppo per la sola madre ed i pochi parenti con cui si sono trasferiti, Mapanda è un terreno molto fertile ma c'è bisogno del lavoro di tutti..e poi Maria non sembrava molto interessata allo studio, in quelle classi primarie con decine di compagni di età diverse e senza materiale e con gli insegnanti stessi che mandavano le bambine a lavorare nei campi ufficialmente della scuola, ad uso del pasto degli studenti, ma il cui raccolto finiva quasi sempre ad essere venduto dall'insegnante stesso...Maria e la famiglia hanno optato affinché fosse più opportuno che lei lavorasse per i campi della famiglia.

Bruno e Maria hanno questa bimba dunque come i giovani di ogni tempo e paese hanno, con poco riguardo del perenne scontro tra I programmi di diffusione dei contraccettivi promossi dalla cooperazione statunitense attraverso fiere mensili, ed il lavoro rigidamente strutturato e organizzato dall'ospedale cattolico, dove durante le visite pre-natali e le visite domiciliari si prescrive la cura del bambino attraverso la precettistica e in caso, astinenza di coppia.

Suleya nasce e le famiglie devono incontrarsi e parlare, sarebbe dovere di Maria andare a vivere nella casa di Bruno e che la bimba fosse affidata alle cure della bibi, la nonna paterna, ma Maria si oppone, preferisce rimanere a casa con i genitori e la bambina.

Il lavoro nei campi è intenso, le scorte di cibo sono limitate ed il regime alimentare della famiglia è poco bilanciato e variegato.

Il pasto - unico e centrale - della famiglia di Maria è composto da ugali, la polenta di mais bianco coltivato nei propri campi, mboga za majani, foglie di manioca e a volte, una porzione minima di fagioli. La carne, generalmente carne bianca, è quella di un pollo, non più sovente di due volte al mese. Gli ovini disponibili, che razzolano ovunque e dormono dentro casa a causa delle basse temperature che si raggiungono nelle montagne di Mapanda nei mesi invernali, vengono conservati per produrre uova da vendere per monetizzare. E' Maria stessa che si occupa della vendita delle poche uova a settimana disponibili, sulla strada battuta principale che conduce, come tutte a Mapanda, verso l'ospedale e la missione.

Maria durante la gravidanza ha continuato a lavorare e svolgere senza interruzioni le sue mansioni domestiche, senza alcun mutamento nella dieta, sebbene durante la visita prenatale effettuata le fosse stata diagnosticata una lieve anemia e le fosse stato consigliato di riposarsi per non indebolire, insieme a se stessa, anche il feto che portava con sè.

I leaders di villaggi membri del comitato di salute collaborano discretamente con il progetto TubadiLishe con i community health workers. Sono persone riconosciute ed autorevoli e dispongono di una discreta influenza sulla popolazione. Il retaggio dell'impostazione dei villaggi Ujamaa permea ancora la popolazione anziana e

matura ed è percepita dai più giovani, sebbene con le dovute intemperanze dovute all'età ed ai mutamenti storico sociali che il paese ha attraversato.

Il comitato si incontra quasi stabilmente ogni mese con i CHWs; la riunione dovrebbe essere piuttosto strutturata sulla base delle numerose informazioni e indicatori che appaiono nella scheda di monitoraggio che il progetto ha predisposto e che io, in qualità di capoprogetto, dopo alcuni passaggi e revisioni, ricevo e assemblo, valuto e critico, questiono e interrogo.

E' un momento felice di applicazione degli strumenti dell'antropologia medica e sociale : si confrontano singoli casi di famiglie dove vi sono persone con sintomi sospetti che potrebbero significare l'inizio di un'epidemia da riferire prontamente all'ospedale, si monitora la situazione delle persone più indigenti, con efficacia discutibile si verifica l'implementazione del programma di « wash & hygiene » che prevede la pulizia regolare delle fonti di acqua, della campagna governativa che punta ad azzerare il fenomeno tuttora diffuso della defecazione a cielo aperto che comporta un fattore di rischio importante per la diffusione di infezioni e di conseguenza anche per la malnutrizione acuta e severa per i bambini fragili.

Tra i compiti discussi, il monitoraggio delle donne gravide per ogni kitongoji, ogni quartiere del villaggio. Nonostante l'afrore performativo previsto implicitamente dai registri governativi - sostenuti e diffusi dal progetto che dirigo - la supervisione non è sistematica come dovrebbe, ma attraverso una rete di relazioni e rapporti tra clan e famiglie, si riesce a conoscere con ragionevole precisione il numero delle donne gravide in ogni quartiere, promuovere la prima visita prenatale entro le prime sedici settimane di gravidanza - al fine, qualora fossero sieropositive, di accedere al protocollo di antiretrovirali che evita il passaggio dell'infezione alla nascita e quindi ridurre il tasso di positività complessiva del paese.

Il « giro » dei CHWs presso le « categorie fragili » del villaggio, alle quali appartengono gravide, mamme con bambini di età inferiore ai due anni, pazienti cronici, anziani, disabili, avviene con modalità informali e con le tempistiche dei villaggi tanzaniani.

I CHWs sono parte della comunità, condividono la quotidianità delle persone che visitano ; il processo di selezione per diventare « Mhudumu wa Afya ya Msingi » (la traduzione in italiano sarebbe quella di « operatore di salute di base » decisamente più pregnante rispetto a quella asettica e « global » della lingua inglese) comporta la volontarietà da parte della persona, non si può essere forzati a divenire Wahudumu poichè una caratteristica fondamentale è essere disposti ad occuparsi della propria comunità e - inevitabilmente - essere riconosciuti e accettati da essa.

Essere un Mhudumu comporta appunto recarsi nelle abitazioni delle donne gravide, indagare questioni delicate relative alla intimità delle persone, alle loro pratiche e abitudini e comportamenti che hanno un impatto sulla salute propria, dei propri familiari e che impattano indirettamente sulla salute della comunità intera.

I Wahudumu sono generalmente un uomo e una donna, di età matura, con una posizione stabile e accreditata sulla base degli standard di accettabilità morale e sociale della comunità.

Sarebbe impensabile che dei giovani, ancora non spostati, o senza figli, o che ancora non hanno saputo o potuto dimostrare la propria utilità sociale, divenissero i custodi discreti delle problematiche sanitarie di famiglie che hanno una funzione nella complessità delle dinamiche di un villaggio.

E' dunque solitamente la Mhudumu donna che si reca a visitare le gravide, mentre il collega uomo, tra altro, ha il compito di incontrare, singolarmente o in gruppo, gli uomini adulti, i giovani e gli anziani per discutere di temi diversi e fornire informazioni utili affinché - ognuno sulla base della propria fase di vita - contribuisca alla salute comunitaria.

Gli uomini adulti, mariti e partners delle donne in « childbearing age » - come asserisce con afflato produttivistico il termine inglese imposto dal linguaggio della cooperazione internazionale nell'ambito dei programmi di salute materno e infantile, sono invitati a prendersi cura delle partners, riducendo il carico di lavoro domestico e nei campi delle donne durante la gravidanza, garantire uno status nutrizionale adeguato alle loro necessità, impegnarsi affinché siano assicurati quei passaggi alla « birth preparedness » che rappresentano fattori essenziali per ridurre i fattori di rischio della mortalità materno infantile, che nella Tanzania rurale è ancora tragicamente elevata.

Giovani partecipano a gruppi di discussione, per comprendere la conoscenza dei principi base della salute riproduttiva, vengono edotti all'uso dei metodi contraccettivi - il feticcio del condom è tuttora molto presente in Africa rurale - e a programmi di igiene e cura personale, tema responsabile di parte delle infezioni sessualmente trasmissibili.

Le reazioni sono immaginabili, simili a quelle di qualsivoglia di gruppi di giovani uomini che si vedono catechizzare - in gruppo ! - sui temi di maggiore delicatezza e interesse per la fase di vita in cui si trovano. Superato il comprensibile imbarazzo, tra le questioni chiave rimangono quelle dello stigma, dell'accettabilità sociale di chiunque rivelasse di essere portatore di un qualsiasi problema legato alla sessualità.

Da sottolineare come sia mutata nel corso dei decenni - lo apprendo dai colleghi più anziani di me e dagli anziani stessi di villaggio, come dagli operatori sociali e sanitari tanzaniani - la percezione dello stigma relativamente all'essere sieropositivi.

Dal 2005 in Tanzania è iniziato in tutto il paese, con una capillarità pressochè completa tra le unità sanitarie - grazie all'impegno e supporto della comunità dei donatori internazionali ed in particolare statunitensi, il programma di fornitura di farmaci antiretrovirali, che ha comportato un evidente mutamento della aspettativa di

vita dei malati e dei sieropositivi, generando a cascata processi di discussione e interiorizzazione della propria condizione da parte della persona positiva.

Se nei primi anni del programma i problemi principali a livello di organizzazione del servizio, del follow up e della aderenza alla terapia – elemento chiave e letteralmente “vitale” riguardavano lo stigma vissuto dal paziente, spesso ostracizzato dalla comunità di appartenenza, con conseguente tendenza del paziente a nascondersi e non presentarsi all’appuntamento in ospedale per “prendere la terapia », l’impegno di anni di programmi sociali con componenti più o meno consapevoli di antropologia medica hanno comportato un oggettivo cambiamento della percezione della malattia da parte delle comunità.

La creazione – sostenuta dai progetti del governo e dalle organizzazioni internazionali – di “peer groups” generalmente denominati “People Living with HIV-AIDS” che coraggiosamente hanno cominciato a manifestarsi pubblicamente parlando della loro condizione di positivi che grazie alla terapia conducevano una vita –quasi – identica ai non-positivi, discutendo dei comportamenti che li hanno portati ad essere positivi, organizzando discussioni pubbliche e spettacoli di varia natura, portando testimonianze personali e dei loro partners e familiari ha consentito che questi gruppi divenissero spesso concretamente dei corpi sociali con una funzione riconosciuta e legittimata.

A Mapanda esiste un gruppo di PLWHIV composto da uomini– il processo di creazione compulsiva di acronimi e della relativa oscura comprensione da parte della popolazione che compone fisicamente i gruppi così nominati dagli esperti di sviluppo merita una accurata analisi a se – che spesso dunque accompagna e coadiuva il Mhudumu uomo nell’incontro con gli uomini e con i giovani, discutendo di sessualità e salute riproduttiva utilizzando registri comunicativi compatibili, svolgendo un ruolo accettato – pur con una certa puntuta ritrosia – anche dal personale sanitario religioso dell’ospedale.

Gli anziani li si incontra più agevolmente presso l’ufficio di villaggio – se l’attività è ufficiale e organizzata dal progetto e quindi comporta un qualche incentivo alla partecipazione – o direttamente presso il kilabu, intrattenuti da un operatore sanitario, uomo, di età avanzata. Con essi si discute dei problemi esistenti all’interno del villaggio, le questioni che pur indirettamente hanno un impatto sulla salute della popolazione, sui comportamenti che possono comportare un rischio per la tranquillità della comunità e di come loro, in quanto persone autorevoli, possano fare per limitare queste dinamiche. Quasi come un archetipo a tratti persino ironico, gli anziani si lamentano della rottura dei legami sociali e tra le generazioni, dell’indebolirsi delle istituzioni che rendevano – a quanto dicono, ma sarebbe audace chiedere loro che durante la loro gioventù non ne siano stati co-responsabili – più definiti i rapporti tra uomo e donna, gli insegnamenti dei padri che scandivano il tempo e i passaggi dell’esistenza di una comunità. Appaiono , tralignano a volte il tema dei riti di passaggio, menzionati più spesso come strumenti pratici in dotazione alla comunità

affinchè sapessero nominare e riconoscere gli snodi centrali della loro esistenza in rapporto ai propri pari, ai famigliari, agli anziani ai quali, almeno formalmente, rendere omaggio.

In misura importante gli anziani dei villaggi dove abbiamo lavorato non assumono – nè sussumono – la funzione di saggio o consigliere, ma più pacatamente con la loro presenza, seppur poco attiva in ambito decisionale nel contesto della vita pubblica del villaggio, si manifestano, segnano con il loro passo spesso incerto i percorsi che adulti e giovani sono indirizzati a seguire, affermano dignitosamente la loro capacità di essere giunti ad una età per cui ciò che risalta è il loro – seppur suoni una nota stonata persino a me stesso che la scrivo – heideggeriano esser-ci.

Alcuni lamentano lo sfarinarsi delle norme sociali di definizione delle alleanze matrimoniali, dell'intensificarsi di unioni tra giovani senza che le famiglie di provenienza avessero dato il loro assenso. Questo fenomeno è interpretato come pericoloso in quanto tende a scardinare le fragili reti sulle quali un piccolo villaggio montano nel bush della Tanzania si trova ad organizzarsi. La dispersione delle risorse e dei beni famigliari presso altre comunità, altri villaggi, altri clan assumono il significato – per i nostri anziani – di determinanti sociali anche della diffusione di malattie, in particolare proprio quelle legate alla sessualità e salute riproduttiva, all'insorgere e diffondersi di fenomeni sanitari nuovi che vanno innanzitutto compresi nel loro significato sociale.

Alcuni anziani a Mapanda mi raccontano, durante un incontro tenuto in una freddissima giornata di luglio 2018, come l'esplosione –avvento dell' HIV sia tuttora considerato un momento paradigmatico nella loro esistenza, della « loro » Tanzania e finanche esitenziali in termini sovra-naturali.

« Ukimwi imetuvunjikia hadhiti – L'HIV ci ha spezzato la storia » dice Mzee Sarume durante il nostro incontro. Registro forsennatamente la frase sul mio imbarazzato taccuino, per citare le sue parole integralmente e correttamente. Avverto di aver appena ascoltato una frase che per me rappresenteranno una svolta, una cesura, un cambio di paradigma nella mia lettura e introspezione in merito al lavoro che svolgo.

Sommessamente, mi sono sentito un antropologo.

Un meta-cambio di paradigma, dato da una frase pronunciata durante uno delle centinaia di incontri che ho tenuto, spesso forzati e forzosi, decisamente irritanti data la scarsa volontà di partecipazione da parte dei presenti, a me per cui ogni occasione poteva innalzarsi come appunto un momento germinale per decifrare le circonlocuzioni dei libri di antropologia medica in affermazioni pregnanti di senso e fatica di campo.

Gli chiedo di spiegarmi cosa intenda dire ; quello che per me diviene un insight prezioso potrebbe assumere un significato decisamente meno apicale per la mia

riflessione, ma riferirsi più prosaicamente ad un evento, ad un fatto storico che ha comportato un cambiamento – involontario – nella vita delle comunità.

Mzee Sarume è uno di quegli anziani noti a tutti, non solo per la sua imponente presenza fisica ma per le sue intemperanze verbali. Spesso prende parola durante le riunioni pubbliche criticando apertamente il governo a vari livelli, rampogna se stesso, i giovani senza regole e rispetto, gli anziani dediti al bere che propongono esempi di comportamento reprimibile per i giovani, pontifica invariabilmente di problemi sanitari e calcistici, di rapporti con gli antenati e di varianti di pomodori, di organizzazioni umanitarie che aiutano più se stesse che la popolazione e di qualunque sia il tema del giorno.

Per questo quando gli domando quale sia il significato della sua espressione, temevo una lezione critica sull'incapacità del governo di fornire servizi o sulle rinnovate chiese pentecostali – lui afferma di essere più cattolico delle suore dell'ospedale – ma piuttosto mi osserva pacato e con sguardo indulgente verso lo Mzungu che, pur parlando Swahili resta fisicamente e psicologicamente e necessariamente un corpo estraneo, argomenta che « dopo l'inizio dell'HIV, la nostra vita è cambiata. Tutto era diventato HIV. Si parlava solo di HIV, l'HIV era ovunque, era nell'aria, nel cibo, nel pombe, dentro casa. Molti di noi anziani non ricordano in quale anno sono nati, dobbiamo ricordare qualche evento fondamentale della storia della Tanzania per dare una data probabile alla nostra nascita. Per le nuove generazioni sarà più semplice, saranno gli anni in cui è arrivato l'HIV”.

Le citazioni sono piuttosto fedeli, forse non letterali ma ricostruite dai miei appunti arroventati sul quaderno mentre lo guardavo parlare stupito e tentavo di scrivere senza guardare la carta. Confermo, prima ancora che attraverso il supporto documentale del quaderno, la veridicità del suo discorso, poichè fu davvero un momento centrale attorno al quale argomentare, sviluppare, traslare, criticare, stracciare e ridisegnare alcuni degli assunti di base del mio lavoro stesso e della comprensione che presumevo di avere del vissuto di queste comunità con l'epidemia e con la relativa elaborazione culturale e intima delle popolazioni.

La consapevolezza del proprio essere soggetto storico, aver riconosciuto un cambio di paradigma nella propria Storia di persona e parte di una collettività in un evento di carattere sanitario e non – nonostante glielo abbia esplicitamente chiesto – come sarebbe potuto comprensibilmente essere, in uno degli avvenimenti politico-sociali che hanno caratterizzato il paese (l'indipendenza, che Mzee Sareume pur ricorda) denota una acutezza di visione e lettura dei fenomeni – anche definitivamente antropologici – complessa e illuminante.

Oggettivamente l'avvento dell'HIV ha comportato un mutamento tangibile della quotidianità della popolazione di molti paesi africani, della Tanzania e di questo villaggio in particolare. Dalle prime campagne informative a diffusione nazionale tramite la radio, alle sempre più numerose riunioni pubbliche tenute da

rappresentanti del sistema sanitario, al coinvolgimento delle figura di riferimento in merito all'universo della sessualità e della natalità come le Traditional Birth Attendants (Wakunga wa Jadi) ai guaritori tradizionali « Waganga wa kyenieji » in corsi di formazione e complessivamente dalla cascata di pratiche azioni discussioni indottrinamenti obblighi divieti multe controlli schede da compilare schede da conservare date da ricordare date da posporre pillole da prendere e dei numerosi altri dispositivi di gestione dell'epidemia..Mzee Sarume riconosce uno scollamento ontologico nella storia di sè e della sua comunità, una faglia incorporata introiettata metabolizzata e comunque inevitabilmente incorporata ma pur sempre là, a perimetrare temporalmente la natura dei rapporti sociali e famigliari, i tempi dei matrimoni e della nascita dei figli, il succedersi delle responsabilità sociali e del rapporto stratificato con l'autorità politica ora in veste di autorità sanitaria.

Per questo coacervo di emozioni, primariamente emozionale è stata la mia reazione a questa discussione, emozioni dalle quali solo secondariamente emerge lo sforzo della lettura antropologica del fenomeno, una sorta di concrezione intellettuale che rimane là, sospesa nel panorama dei doveri dell'efficacia assunti dal mio ruolo di project manager, ho raccolto le riflessioni di Mzee Sarume con parsimonia, rinunciando ad investirlo di domande e controdomande, interviste individuali e di gruppo, senza assalirlo con gli strumenti funzionali alla mia necessità di iscrivere la sua storia in una gabbia teoretica a lui estranea.

Ho tenuto le sue osservazioni come un'architrate costante nella continua indagine con altri comitati di anziani, in altri villaggi, in altri contesti, interrogando la mia duplicità di antropologo e project manager con la categoria di faglia, di cesura storica rappresentata da eventi legati a epidemie ed al manifestarsi delle istituzioni di sviluppo nella Tanzania rurale come un momento storico.

Da questo tratteggio, quando i community health workers del progetto TubadiLishe si presentano a casa di Maria - il giorno della visita è stato concordato proprio dai leaders di kitongoji - che hanno avvisato le gravide e le mamme di rimanere disponibili in casa in un giorno determinato -la Mhudumu donna, Mama Elizabeth, persona matura, madre di cinque figli cresciuti, persona che in ragione della credibilità di cui gode all'interno del villaggio è stata selezionata per acclamazione dalla comunità quando si è proposta per la carica di mhudumu wa afya, Mama Elizabeth si acciglia, si incupisce, rimbrotta immediatamente nel vedere Suleya.

E' evidente che la bimba stia male, ha quasi due anni e da sola cammina stentatamente, è emaciata, i capelli radi, premendo il pollice sul piedi gonfio è l' « edema da fame » permane per addirittura qualche secondo. Brutti sintomi.

Mama Elizambeth interroga Maria sulle condizioni della figlia, le chiede se fosse andata all'ospedale recentemente e Maria appare incerta, riluttante, recitante. E' consapevole che la bimba non stia bene da diverse settimane, è irritevole, dorme male,

mangia a fatica. Una pena per lei, che da sola deve seguirla oltre a contribuire a lavorare nei campi, occuparsi dei lavori domestici e poi Maria – ricordiamo – è una ragazza di diciotto anni, è forse in parte indispettita nei confronti di quella bimba arrivata troppo presto, che le impedisce di continuare a frequentare il suo innamorato, di andare a vivere altrove, di trovare un posto per sè lontano – magari anche in un quartiere di Mapanda differente, una distanza psicologica ed esistenziale, le permetta di rivendicare un suo spazio. Pensieri taciuti, ma presenti, vivi, che premono sulla sua quotidianità e sulle sue speranze.

Ma Suleya non sta bene, Mama Elizabeth consiglia a Maria di portarla subito all'ospedale, ha riconosciuto i sintomi preoccupanti della malnutrizione grave, è consapevole che non si debba perdere ulteriore tempo per dare cure alla bimba.

Maria non ha portato la figlia a visitare, aveva troppo da fare e poi comunque non avrebbe potuto comprare le medicine (perchè l'ospedale di Mapanda è privato, e sebbene i servizi per la salute materno infantile in Tanzania siano gratuiti, vi è comunque un costo per la visita, e solo alcuni farmaci di base sono gratuiti, quando sono disponibili, mentre molti altri, quasi tutti, in realtà, si lamenta la popolazione, hanno un costo che Maria e sua madre non avrebbe potuto affrontare).

A Mapanda tira vento, la loro capanna non è tra le più solide, il tetto di nyasi non è intrecciato strettamente, di notte fa freddo..la bambina avrà una « mafua » comune, una semplice influenza che scomparirà del tutto non appena tornerà la stagione calda.

Ma Elizabeth si impone, lei ha cresciuto cinque figli sani, che sono a scuola e fuori di casa, rivendica il proprio ruolo e convoca la madre di Maria, anziana silente, per spiegarle la situazione e ottenere il permesso di portare la bimba subito con sè in ospedale. – Mama Elizabeth conosce queste famiglie fragilissime, dolenti, che generano pena in lei che pur ha vissuto tutta la vita nel medesimo contesto.

“La bimba ha bisogno di andare all'ospedale”, ha una « utapiamlo/malnutrizione » grave, se la facciamo vedere dai medici, rischia di morire, non possiamo perdere altro tempo ».

Maria prova vergogna e rabbia, vorrebbe allontanarsi con la sua bimba e andare dal padre, rivolgersi ad un guaritore, come è abituale fare, senza esporre la sua bimba malata alla vista di tutti. Sa che non appena la bimba entrasse in ospedale, tutto il villaggio e quelli vicini saprebbero che lei non è stata in grado di occuparsi di sua figlia, ulcerando ulteriormente la sua reputazione all'interno della comunità, proprio lei che ancora non aveva raggiunto il riconoscimento sociale di donna che è capace di formare e sostenere una famiglia stabile e accettata.

Elizabeth accompagna Maria e la sua bimba, ritrose, all'ospedale, sa che se le lasciasse andare da sole, probabilmente non ci andrebbero e sarebbe e potrebbe essere gravissimo per la bimba, infatti diagnosticata « malnutrita grave con complicanze » appena arrivata al reparto di malnutrizione, dove lavora personale sanitario formato

ed equipaggiato dal progetto TubadiLISHE al trattamento dei bambini malnutriti gravi e severi, che richiedono competenze cliniche, latti terapeutici, antibiotici ed altro che ancora il sistema sanitario tanzaniano non è in grado di fornire adeguatamente e costantemente.

La cooperazione internazionale sanitaria, della quale il lavoro del Cuamm rappresenta ed incarna un contributo autorevole, ad oggi ancora può e dovrebbe essere un elemento cardine con la funzione non di rimpiazzare o sostituirsi ai sistemi locali o alla autonomia decisionale dei paesi, ma implementando programmi di qualità documentando i risultati, facendo emergere le evidenze scientifiche qualitative e quantitative necessarie ad informare i policy makers, i ministeri, i « grandi donatori ».

Mettere al servizio delle popolazioni e della resilienza dei sistemi sanitari africani le competenze acquisite nel corso di più di settanta anni di lavoro CON l’Africa.

Una congiunzione che indica un percorso, un atteggiamento, una predisposizione al lavoro nei villaggi, in sala operatoria, nei ministeri, consapevoli se « nessuno si salva da solo » allora l’impegno diretto per il diritto alla salute dei popoli africani diventa un passo fondamentale sul percorso della ricostruzione di un pianeta con meno diseguaglianze, meno guerre, meno sofferenze.

Analisi qualitativa e interpretazione

Pur richiamando i limiti di questa ricerca antropologica (le principali e manifeste essendo la dualità dimensionale e ibrida di manifestarsi nel contesto strutturato di un intervento di cooperazione sanitaria e per gli ineludibili dispositivi di potere impliciti nella relazione mia personale e del team di supporto con le comunità coinvolte dalla ricerca in qualità di “beneficiari di progetto”), gli elementi emersi dall’adozione della metodologia di osservazione ed analisi propria della antropologia culturale e sociale hanno permesso di raccogliere e definire sufficienti indizi per tracciare una lettura circoscritta del fenomeno della malnutrizione infantile nelle regioni meridionali della Tanzania, nonché dei determinanti che limitano la possibilità per la popolazione di immaginare e attuare opportuni meccanismi di resilienza. In questa sezione, vorremmo dunque presentare le note di significato, le sfere di senso prioritarie emerse così come sono state presentate e restituite a suo tempo durante la mia presenza in Tanzania ai rappresentanti delle comunità interessate, ai colleghi di Unicef e ai membri del Nutrition Technical Group del Ministero della Sanità tanzaniano del quale ero parte sino a quando ho lasciato il paese nel novembre del 2019.

Si presentano quindi i determinanti emersi in risposta ai quesiti individuati nei termini di riferimento della ricerca, al fine di fornire, per ciascuna area di intervento, anche indicazioni e suggerimenti operativi e attuativi su cui lavorare.

Riteniamo che e ribadiamo che la priorità di questa ricerca fosse anch’essa duplice quanto i suoi elementi costitutivi, ossia fornire elementi di interpretazione e

comprensione delle istanze sociali e culturali della malnutrizione in Tanzania anche e principalmente in funzione di una rinnovata pianificazione per futuri interventi di cooperazione sanitaria, condotti da CUAMM o da attori differenti.

La responsabilità sociale della ricerca antropologica e dell'auspicabile connubio con con le strategie di cooperazione trovano la propria giustificazione esattamente dall'analisi di esperienza pilota, condotte sul campo, che si pongano a servizio della ridefinizione di linguaggi comuni, di revisione dello statuto epistemologico stesso di entrambi gli ambiti, per rivendicare la funzione politica dell'antropologia nella vita pubblica e per criticare e problematizzare la evidente deriva della cooperazione affetta dalla necessità della creazione di evidenza quantitative come dimensione prioritaria per la valutazione d'impatto e di performance dei progetti di cooperazione, declinata con criteri massimalistici del "costo-efficacia".

Se la Salute della persona e delle popolazioni trovano nella definizione di Alma Ata del 1978 la propria radice ineludibile (*.... la salute, stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di [malattia](#) o infermità, è un [diritto umano](#) fondamentale...*), questa non deve e non può permettersi di restare ad esergo dei report prodotti dalla agenzie di sviluppo, ma riappropriarsi del suo più intimo significato, quell' "**euntes, curate infirmos**" che dalla sua Fondazione guida l'operato di Medici con l'Africa CUAMM.

Ben oltre l'accezione escatologico-religiosa, il movimento di "andare verso", atto embrionale della stessa antropologia, il CON di Medici con l'Africa CUAMM, preposizione che intimamente definisce la natura dell'organizzazione per cui mi onoro di lavorare, fa della ricerca continua della comprensione delle dinamiche sociali un elemento cardine ed insostituibile del proprio operato.

L'ultimo miglio, raggiungere i villaggi e le aree più remote dell'Africa, portando servizi sanitari e inevitabilmente la propria cultura e se stessi, l'ultimo miglio espressione che identifica una vicinanza sommersa ma esplicita tra la salute come priorità e diritto fondamentale ed il portato storico e politico dell'antropologia, disciplina perennemente intenta a ridefinire se stessa, il proprio statuto, la propria ragion d'essere.

Vi è questa per noi che l'abbiamo agita e vissuta sul campo una circolarità rivendicata tra i "mestieri" del cooperante e dell'antropologo, quasi che la presunta opacità della duplice funzione componga e completi i differenti ruoli, quasi che il "cooperante" e l'"antropologo" mancassero di pienezza e legittimità quando non compenetrati e chiasmaticamente discussi e vissuti.

Calandosi nuovamente nella ridefinita e paga di sé "funzionalità" del lavoro di antropologo-che-applica, ricordiamo quanto le indicazioni programmatiche proposte vadano nella direzione di una risposta alle istanze emerse dalla testimonianza diretta dei beneficiari nonché dall'analisi delle condizioni sociali implicite espresse dai diversi attori politici, istituzionali e informali interpellati.

Le condizioni di possibilità per le popolazioni rurali di integrare e praticare meccanismi di resilienza e miglioramento complessivo delle condizioni alimentari e quindi - sia nutrizionali che sanitarie, sono necessariamente il risultato di un lavoro congiunto tra strategie di sostegno attuate da programmi umanitari e di riflessione interna alla popolazione stessa su alcuni presupposti culturali e sociali di base, che devono consentire di innestare i programmi in un contesto pronto e appropriato per sfruttare gli stimoli pratici e terapeutici offerti.

Nel complesso, la ricerca evidenzia come il programma di Unicef e condotto da CUAMM, strategicamente fondato e saldamente ancorato a una teoria del cambiamento, rischi di vedere limitato il suo impatto e sostenibilità sulla popolazione principalmente a causa di elementi esterni alla composizione del progetto stesso, elementi di natura stessa del patrimonio culturale, che dovrebbero essere approfondite per essere meglio affrontate in modo efficace.

La questione centrale attorno alla quale si è sviluppata la metodologia di ricerca è:

“Quali sono i meccanismi impliciti ed espliciti della riproduzione sociale che hanno un impatto sulle possibilità di cambiamento dei comportamenti negli ambiti della nutrizione, dell'accesso alle risorse, della risoluzione di questioni sanitarie all'interno delle famiglie e delle comunità?”

a cui possiamo rispondere ricordando la complessità dei fenomeni trattati che richiedono risposte che tengano conto dell'interconnessione di diverse dimensioni, tra le quale l'intervento sanitario rimane apicale per affrontare situazioni acute e nel fornire appoggio concreto alla popolazione, ma che devono necessariamente calarsi in una lettura altra rispetto al dato epidemiologico o sanitario, che sempre rappresenta un indicatore di condizioni sociali, di comprensione di significati che si traducono in comportamenti, divieti, legittimazione culturale e politica.

La ricerca ha evidenziato e rivelato appunto come malnutrizione e arresto della crescita siano il risultato della interdipendenza e circolarità di sfere esistenziali ampie, che definiamo culturale, socio-economica e ambientale.

Lo sviluppo di meccanismi di resilienza sostenibile richiede strategie che agiscano contemporaneamente su più fattori al fine di rompere la confusa circolarità di questi fattori.

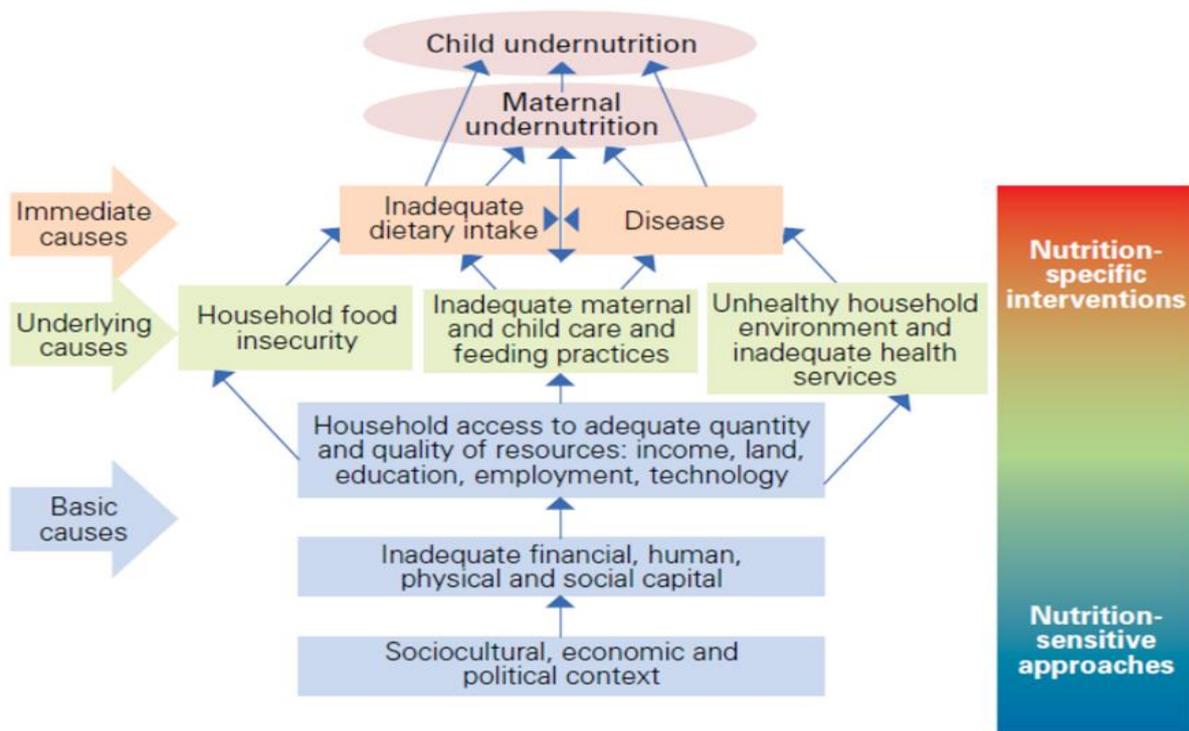
La cultura di comunità (realtà) e i suoi meccanismi (dinamiche) devono essere i driver di programmi (attività, strategie), che a loro volta devono generare evidenze per la popolazione e fungere da stimolo per l'attuazione di pratiche e comportamenti resilienti che siano sia culturalmente e socialmente riprogettato e guidato dalla comunità

Il contributo delle pratiche e delle conoscenze dell'antropologia può essere fondamentale per individuare la complessità di un fenomeno come la malnutrizione nelle aree rurali, in particolare nei programmi di contrasto alla malnutrizione cronica,

per la quale come abbiamo osservato i cui determinanti sono prevalentemente di natura comportamentale.

Osservare, raccogliere dati da prospettive ampie, che coinvolgano aspetti della cultura e della struttura sociale e politica del contesto, mettendo così in relazione elementi apparentemente estranei alla disponibilità di cibo, permette di aprire la definizione di “nutrizione”, di ridurre il macro- fenomeno sociale della Nutrizione non alla semplice disponibilità di cibo e strumenti produttivi, ma alla complessità dell'universo politico, simbolico e valoriale dei singoli contesti.

Pertanto, attraverso una lettura multifocale delle determinanti, si vogliono evidenziare gli aspetti meno evidenti delle relazioni sociali che, però, incidono con seria evidenza sulle dinamiche intrafamiliari e sulla qualità e quantità degli alimenti che compongono il pasto quotidiano per famiglie che vivono nelle regioni meridionali della Tanzania.



Osservando il diagramma adottato nella letteratura scientifica in tema di malnutrizione (riportato all’inizio del presente lavoro e ancora qui sopra), per ribadirne la centralità per una lettura, seppur schematica, ma pertinente e fondata su decenni di contrasto alla malnutrizione da parte di organizzazioni internazionali, l'analisi dell'antropologia permette di focalizzare l'attenzione sui macro fenomeni alla radice della piramide, leggerli contestualizzandoli nell'ovvia matrice di senso e proponendo una ricomposizione di alcuni gangli sociali tematici, per incidere su queste categorie di valori che si traducono in istituzioni politiche e simboliche che a loro volta si esprimono in fatica quotidiana, disparità di trattamento e accesso alle

risorse tra generi e generazioni ricordando i meccanismi di riproduzione sociale che un unico programma umanitario, anche di media durata, rischia di non poter scardinare o quantomeno squadernare se non li riconosce adeguatamente.

Il messaggio centrale su cui si basa la nostra analisi è che l'organizzazione interna delle comunità, basata sulla rigida gerarchia istituzionale politico-sociale parallela formale ed informale composta dalla struttura governativa ufficiale e dalla gerarchia legata all'età, impedisce l'accesso alle risorse fondamentali (la terra, ma anche l'eredità di) al principale soggetto produttivo delle comunità, le donne adulte.

Le comunità sono in una situazione di fissità sociale che legittima la disparità decisionale tra i sessi e impedisce una necessaria dinamizzazione dei ruoli tra gli attori produttivi di beni e significati.

I -fondamentali- contributi suggeriti e resi dall'intervento proposto da Unicef, vengono quindi assorbiti, a beneficio della popolazione, senza tuttavia riconoscere pienamente e agire sui presupposti impliciti di base che governano le economie di scala e la possibilità di rivendicare emancipazione delle categorie vulnerabili ma produttive della popolazione.

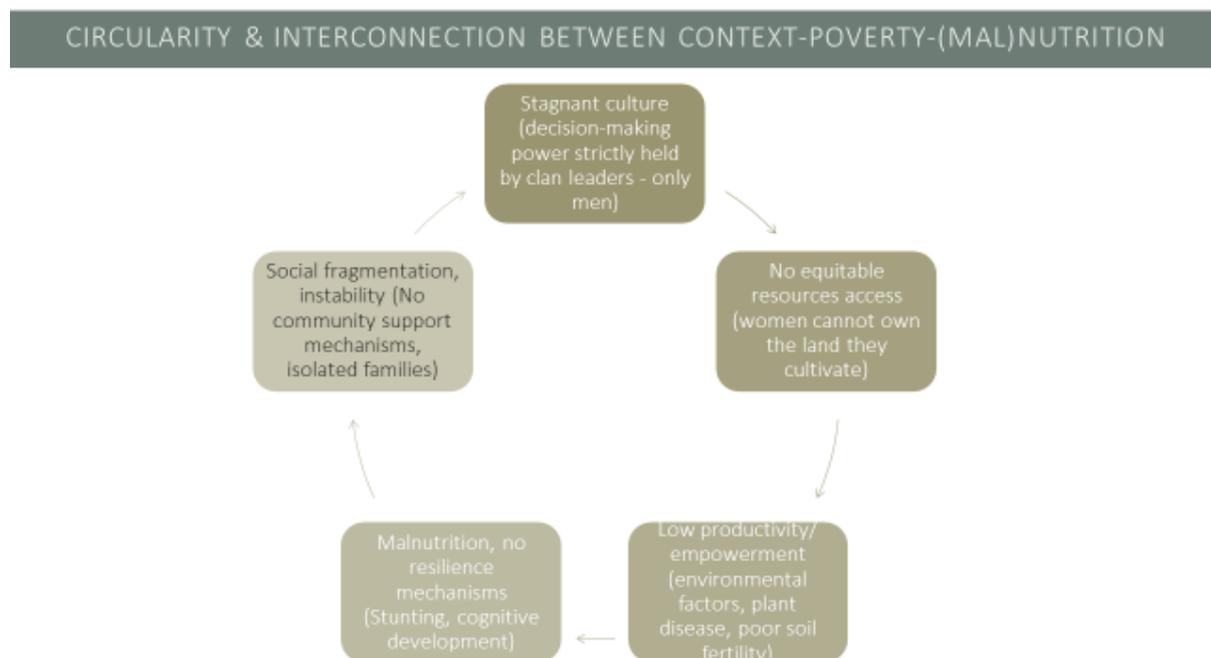
Abbiamo disegnato in forma prismatica gli elementi che intendiamo analizzare e che hanno portato a questioni secondarie (ramificate, parallele e contigue, di diverso "tipologico", non certo di secondaria importanza) del progetto di ricerca, un progetto di ricerca in progress che ha l'ambizione e il dovere di fornire chiavi interpretative più efficaci per i decisori politici e gli strateghi dei programmi di contrasto alla malnutrizione.

Permetteteci un'ulteriore sottolineatura metodologica; il supporto ribadito e convinto al dato quantitativo, alla componente statistico-performativa dei risultati di progetto risponde alla necessità di aprire alla lettura del dato quantitativo come di uno strumento potenzialmente fondamentale a supporto della analisi sociale e culturale. Un apporto che auspichiamo possa svilupparsi scevro da imperiture e forse "ontologiche" reciproche perplessità, incomprensioni e inadeguatezze, al fine di far emergere l'evidenza del qualitativo proprio dell'indagine antropologica e della pratica etnografica puntellata da riferimenti che forniscano le coordinate sociali che consentano di circoscrivere i fenomeni nell'alveo della singolarità di una comunità

Al fine di proporre un rinnovamento metodologico affermiamo che il dato quantitativo, rappresentativo, verificato e di qualità possa e debba essere letto non come una deriva di "audit delle culture" ma bensì un elemento fondante dell'analisi stratificata che l'antropologia è chiamata ad offrire in particolare nell'ambito degli interventi di cooperazione e sanitaria.

Nel nostro approccio, l'osservazione antropologica è accompagnata da una particolare attenzione agli aspetti strategici, programmatici e attuativi. L'esperienza personale del ricercatore principale nel campo della progettazione, gestione e

monitoraggio del progetto fornisce quindi le competenze e la visione trasversale sul livello di interazione ed efficacia della strategia progettuale e delle componenti e sintesi basi culturali che possono supportare o comunque limitare il impatto dell'intervento sul territorio.



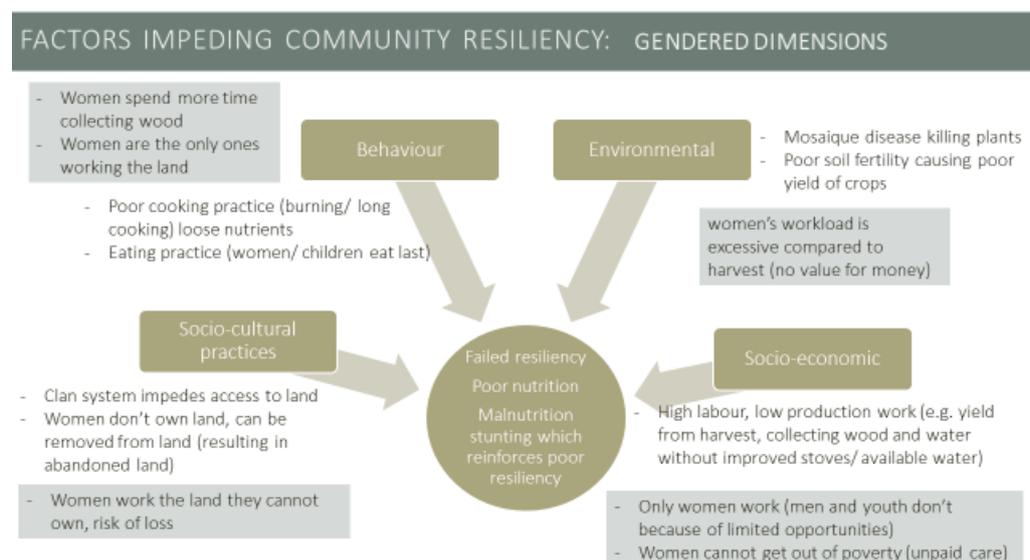
Il portato del dato quantitativo e della conoscenza che osserva, incontra, si interroga e nel corpo a corpo con la popolazione ci conduce ancora più saldamente ad intuire che la circolarità ermeneutica del tema della malnutrizione, qui declinata con il semplice diagramma qui riportato, che si propone di illustrare come le cause siano interdipendenti e autoconvalidanti e non conseguenti.

Questa lettura permette di sottolineare dal lato programmatico come azioni e strategie di contrasto non debbano essere pianificate in modo da stimolare i risultati "a cascata" attesi, ma agire contemporaneamente per interrompere e minare la circolarità delle cause sulle diverse dimensioni che ci ha definito: culturale, socio-economico, ambientale.

L'area che attraversa e permea trasversalmente le successive dinamiche è quella legata alla disparità tra i sessi in termini di potere decisionale sulle risorse familiari nonché di accesso alle risorse naturali della comunità stessa. Ci sembra quindi fondamentale sottolineare quanto, dal punto di vista programmatico-operativo, lavorare con gli enti locali per rileggere criticamente i presupposti culturali che determinano questa situazione come una delle priorità di intervento a medio e breve termine .

Se il ricorso ai guaritori tradizionali rappresenta un fattore costitutivo delle culture locali, come la ricerca da parte della comunità del significato sociale della malattia, tale pratica dovrebbe essere ulteriormente approfondita attraverso l'intervento umanitario al fine di coinvolgere i guaritori nella creazione di un percorso di cura che, pur convalidando e legittimando l'autorità sociale riconosciuta ai guaritori, evita i conflitti tra il sistema sanitario informale e quello formale e richiede anzi il sostegno di questi attori locali come sentinelle sociali. I guaritori possono e devono svolgere un ruolo fondamentale nella definizione di una rete di identificazione sanitaria e di riferimento della comunità - non solo nei casi di malnutrizione, ma nella segnalazione di emergenze e follow-up - ed è quindi auspicabile che l'intervento possa rafforzare la relazione su il territorio con queste figure chiave della coesione e dell'immaginario sociale delle comunità beneficiarie dell'intervento.

La questione del genere, dunque, come una sorta di grammatica sociale implicita, come terreno fertile per la mancanza di equità che colpisce la salute dei bambini e delle categorie fragili.



Il diritto consuetudinario - che prevale nell'uso e nella pratica quotidiana sul diritto civile, prevede ancora che le donne non possano disporre della proprietà della terra.

Resta quindi prerogativa del marito/ capofamiglia identificato - maschio- e si trasmette per via ereditaria ai figli (maschi), che possono disporre in termini di vendita senza dover necessariamente consultare la madre. Questo fenomeno abbiamo notato variare in base alla "remoteness" di alcuni villaggi e si distribuisce dunque in modo non uniforme tra le culture osservate. Le aree dove il diritto consuetudinario e forme di pressione per esercitare l'istituzione del levirato sono presenti e documentate

nelle aree a nord della regione di Iringa, dove per caratteristiche ambientali la presenza di comunità pastorali e seminomadi (Maasai, Barabaig, Wamang'ati) è rilevante, così come in aree particolarmente distanti dal centro distrettuale nelle aree montagnose dei distretti di Ludewa e Makete nella regione di Njombe.

I focus group hanno inoltre evidenziato che non è raro che il marito agisca influenzando i figli maschi adulti in modo che in caso di conflitti interni alla famiglia, la moglie possa essere allontanata per consentire la vendita di terreni coltivati al fine di monetizzare, quindi da guadagno immediato in situazioni di difficoltà. Si vede come le disuguaglianze di trattamento e di accesso, anche se portano a manifestare situazioni di abuso, sono la norma in un contesto in cui la presenza fisica e simbolica delle istituzioni statali, seppur costantemente ribadita attraverso una capillare suddivisione del controllo territoriale in comitati gestionali e apparentemente partecipativi, demandano però la gestione dei conflitti al diritto consuetudinario a causa di fragilità operative e carenza di risorse. In questo contesto, se dunque formalmente il codice civile rappresenta la guida nel dirimere questioni legate all'eredità, possesso e utilizzo della terra, nella quotidianità sono gli anziani di villaggio che godono di legittimità a farsi garanti della soluzione di conflitti operando e decidendo sulla base di pratiche volte a riprodurre e mantenere l'assetto politico e sociale della comunità.

Senza poter qui indagare prioritariamente il diritto tradizionale (negoziale, mutevole nei singoli procedimenti, ma volto a ribadire la sperequazione di accesso a mezzi produttivi e simbolici tra i generi) in termini comparati con il diritto civile, impegnandosi in una questione di legittimità delle istituzioni formali e informali, vogliamo solo mostrare attraverso la nostra analisi l'immagine fattuale di ciò che sta accadendo nei contesti interessati, consentendo una comprensione dell'analisi delle istituzioni culturali e politiche e del loro rapporto con un'eventuale successiva fase progettuale, nella quale dedicare attenzione alle procedure di distribuzione e lavorazione della terra diventa a nostro avviso elemento centrale per impattare sui comportamenti e dunque a cascata sulla gestione delle risorse domestiche e quindi sulle pratiche quotidiane legate alla nutrizione.

L'adozione del diritto consuetudinario risponde infatti ad un'esigenza della società di autodefinirsi e di definire i propri codici di condotta. Così, se l'adozione di codici consolidate storicamente da una comunità garantisce una sorta di omeostasi sociale - fondamentale in un contesto in cui la società è minacciata dall'insicurezza alimentare quotidiana, ciò ribadisce dinamiche che aggravano senza conoscere le situazioni critiche della comunità, compromettendo l'omeostasi e la sicurezza che intendevano tutelare. La nostra, quindi, non è una valutazione del valore sui sistemi di diritto consuetudinario (che ricordiamo, va approfondito) ma di evidenziare l'incidenza che hanno nel reiterare quelle debolezze interne dalle quali la comunità non è in grado di disimpegnarsi, non riconoscendo tra i suoi presupposti di base le regole che delimitano lo spazio di decisione politica di ciascuno.

I dati quantitativi raccolti durante la vita del progetto tra le madri di bambini sotto i cinque anni presentano una situazione preoccupante per quanto riguarda la condizione delle donne in gravidanza e in allattamento, che mostra come la struttura sociale descritta e l'imparzialità dei rapporti e dei carichi di lavoro tra uomini e donne rappresentino ostacoli e fattori di rischio fondamentali per la salute delle gestanti e dei neonati.

Se I dati di accesso alle strutture sanitarie per quanto concerne le visite prenatali, l'accesso ai protocolli di prevenzione del passaggio del virus HIV tra madre e figlio sono incoraggianti, così come il tasso molto elevato (circa il 90%) di parti che avvengono all'interno di strutture sanitarie (parto istituzionalizzato), rimangono preoccupanti gli indicatori relativi alla qualità della gravidanza e dei mesi successivi al parto, sia in termini di carico di lavoro domestico che di portato psicologico per la donna e madre non appena partorito torna a ricoprire la sua funzione produttiva nel ciclo di produzione agricolo fondamentale per soddisfare I fabbisogni familiari.

Quasi tutte le donne affermano di non aver avuto abbastanza tempo per riposare durante la gravidanza o per allattare entro sei mesi dal parto a causa delle eccessive faccende domestiche.

In parte direttamente correlata a questo elemento primario, circa sette donne su dieci affermano di non aver allattato esclusivamente al seno nei primi sei mesi di vita del loro bambino, ma di aver introdotto al bambino alimenti complementari durante i primi mesi di vita. Questo elemento è solo in parte dovuto alla mancanza di conoscenza dell'importanza dell'exclusive breastfeeding per la salute del bambino (il progetto TubadiLISHE ha lavorato molto sulla diffusione di conoscenze specifiche in tal senso), ma in realtà riflettono le urgenze della vita quotidiana della madre nel contesto in questione. L'allattamento esclusivo al seno implica la necessità della madre di doversi spostare con il bambino durante tutte le faccende quotidiane. L'introduzione anticipata dell'alimentazione complementare significa che il bambino può essere lasciato ad altri membri della famiglia allargata in modo che la madre possa dedicarsi più liberamente ai compiti faticosi che si trova a svolgere quasi esclusivamente da sola.

Ancora una volta un provvedimento comportamentale che risponde alla struttura sociale e politica della comunità giustifica un outcome sanitario che vede nel bambino alimentato con cibo complementare prima dei sei mesi di età un bambino esposto al rischio di molteplici patologie e complicazioni sanitarie (diaree, gastroenteritis, etc), disturbi che andranno ulteriormente ad impattare sullo scenario economico-sociale della famiglia a causa della necessità di tempo e risorse per le cure, alimentando e ribadendo la circolarità e interconnessione tra I fenomeni culturali e sanitari.

Una condizione derivante dall'organizzazione sociale e quindi culturale interna incide drasticamente sulla qualità delle cure affidate al bambino con gravi ripercussioni sul

futuro stato di salute, sulla comparsa di patologie derivanti da un'alimentazione inadeguata, ecc. Nelle aree supportate dal progetto, è dunque drammaticamente comprensibile quanto le principali patologie che portano a ricovero ospedaliero I bambini siano essere infezioni respiratorie e diaree.

Un altro criterio clinico per dare validità statistica all'analisi che proponiamo riguarda l'analisi culturale della percentuale di bambini nati sottopeso nelle strutture sanitarie assistite. Mentre quasi tutte le donne riferiscono di non aver avuto abbastanza tempo per riposarsi a sufficienza durante la gravidanza, il loro stato nutrizionale durante la gravidanza, il loro apporto di ferro e acido folico, l'accesso alle visite prenatali prescritte dai protocolli dovrebbe essere studiato una correlazione diretta tra comportamenti - culturali codici - e risultati sanitari.

La letteratura scientifica ci informa che i bambini sottopeso sono i più esposti allo sviluppo di forme di malnutrizione e in particolare di ritardo della crescita, con un conseguente impatto sullo sviluppo cognitivo del bambino. Come si ricorderà tra i suggerimenti operativi, lavorare per superare un problema di questa portata aggiungendo a quanto già in atto interventi di sostegno alla stimolazione sensoriale e alla cura attenta del bambino durante i primi due anni, stimolando la cooperazione comunitaria e quindi facendosi carico anche degli aspetti emotivi e cognitivi parallelamente a quelli relativi alla sicurezza e nutrizione, rappresenta una delle priorità programmatiche su cui investire energie e risorse.

Dall'orientamento dato all'analisi della malnutrizione e della possibilità di generare meccanismi di resilienza dei "piccoli agricoltori o agricoltori di sussistenza" come fenomeno stratificato e multidimensionale, si approfondiranno ora i temi che ne sono emersi. L'osservazione specifica dei singoli aspetti e, quindi, rispondendo alle domande poste nei termini di riferimento di questo studio, comporranno la concezione generale sommando i diversi tasselli che compongono il puzzle sociale.

L'esigenza di un'identità culturale definita e storicamente circoscritta è emersa come elemento rivendicato rintracciabile nelle aree coinvolte, in particolare nella regione di Iringa dove la struttura lignatica è ancora profondamente avvertita e rivendicata.

Non solo gli anziani e i capi villaggio, che fanno del patrimonio storico-simbolico del loro villaggio l'elemento fondante della loro legittimità politica, ma più della metà delle donne intervistate ha affermato di conoscere la storia fondante del villaggio e le principali direttrici di parentela tra lignaggi

Lavorare su una concezione ampia del potere simbolico delle famiglie, sottolineando il dovere di responsabilità che alcuni soggetti (anziani, leaders religiosi e guaritori) hanno all'interno della comunità, nonché una campagna sulla mascolinità positiva che vede prosperità - anche e soprattutto dello stato di salute - della propria famiglia, l'elemento centrale su cui riconfermare la rilevanza politica del "capofamiglia" potrebbe rappresentare una strategia fondamentale per ribaltare alcuni presupposti

incistati di base e mettere in scena meccanismi di cambiamento e resilienza della comunità.

I fattori socio-economici determinanti che contribuiscono in larga misura alla condizione precaria di donne e bambini e, a lungo termine, ai preoccupanti tassi di malnutrizione osservati sono ancora riconducibili all'organizzazione socio-politica interna della comunità e dei suoi leader.

Quasi tutte le donne intervistate affermano e lamentano soprattutto l'assenza di meccanismi interni al villaggio volti a migliorare le opportunità di business e l'accesso ai mercati al fine di rilanciare l'economia di sussistenza che travolge la popolazione.

I villaggi difficilmente vi hanno accesso e i loro leader politici e religiosi non incoraggiano forme di cooperazione, condivisione e/o cooperativismo. Ogni famiglia si trova quindi nella misera condizione di poter contare solo sul reddito dei propri campi e sugli scambi primari tra famiglie contigue.

Quando vi è eccedenza nella produzione alimentare, come ribadito, il surplus viene venduto per monetizzare e acquistare beni accessori nella decidere I quali la donna ha limitato poter decisionale.

I mercati all'interno dei villaggi o tra villaggi limitrofi sono circuiti chiusi dove è possibile ritrovare le culture che quasi tutte già possiedono, fattore che ovviamente limita la creazione e l'incoraggiamento allo sviluppo degli scambi tra paesi limitrofi. Prima dell'inizio dell'intervento di CUAMM, più del 70% delle famiglie dichiarava di dover acquistare da fuori-villaggio beni di prima necessità, comportando dunque la necessità di denaro contante.

Il circuito economico interno chiuso dei villaggi limita inoltre fortemente la disponibilità a monetizzare e quindi a poter acquistare questi stessi beni primari, qualora fossero disponibili.

La maggioranza delle famiglie non gode di alcuna forma di cooperazione interna in caso di emergenza sanitaria o di estrema povertà. L'assistenza alle famiglie in grave crisi e bisognose è affidata alla sola volontà e alle possibilità dei circuiti parentali. Va notato che in queste situazioni l'appartenenza a famiglie con maggiori disponibilità e con parenti che lavorano nelle città e possono contribuire con rimese riaffiora come elemento determinante nella possibilità di destinare le risorse minime disponibili a sostegno dei vicini in difficoltà.

Si esamina inoltre se e fino a che punto l'assenza di meccanismi di cooperazione sia una decisione e una scelta sistematica e consapevole da parte dei capi villaggio, come una sorta di dispositivo politico di controllo delle dinamiche sociali interne, ovvero in quale attribuito alle limitate capacità manageriali e all'interpretazione verticistica del ruolo di leader da parte di chi lo ricopre. L'eredità della politica di villaggizzazione di Nyerere ad oggi è vista con scetticismo se non con ostilità, non nei suoi principi

ispiratori ma nell'attuazione non funzionale a causa soprattutto di scarse competenze e malversazioni da parte dei leaders preposti ad attuare le disposizioni governative

D'altra parte, circa la metà delle donne intervistate parla in modo appropriato e positivo del banco di sostegno al risparmio denominati SACCOS (Savings and Credit Co-Operative Society), agenzie a gestione pubblica/ privata che si occupano di microcredito e stimolo alla diversificazione della produzione agricola.

Le possibilità concrete offerte da questi gruppi organizzati, seppur limitate, sono estremamente apprezzate e di fortissimo stimolo soprattutto per le donne che devono affrontare da sole i risparmi domestici e familiari.

La proattività delle persone interrogate per discutere nel dettaglio il sostegno offerto dai gruppi, che si concretizza attraverso il sostegno a gruppi di microrisparmio, la distribuzione di piccoli animali destinati al consumo di proteine e/ per la riproduzione e la vendita, o al sostegno l'acquisto di strumenti volti a migliorare la resa agricola, dimostrano le risorse positive dormienti esistenti nella comunità.

Creare e sostenere l'organizzazione di gruppi di donne e giovani per l'aiuto reciproco e la condivisione, sulla base di schemi di contribuzione e allocazione delle risorse, potrebbe diventare non solo una concreta attività di aiuto per aumentare la disponibilità di risorse immediate per le famiglie al fine di migliorare il reddito, ma anche diventare una pratica virtuosa i cui benefici potrebbero avere un effetto moltiplicatore sulle comunità limitrofe e definire quindi una metodologia socialmente accettabile, compatibile e riproducibile.

Pertanto, rafforzare la collaborazione (o crearla dove in realtà non esiste) con i gruppi VSLA attraverso un'ampia condivisione con tutti gli attori sociali è necessario per dimostrare le possibilità di nuove pratiche positive già accettate e apprezzate culturalmente dalla comunità. Laddove le condizioni socio-economiche iniziali impediscono la nascita spontanea di meccanismi di resilienza, la legittimità degli interventi di aiuto umanitario si realizza anche nel supporto a definire gli spazi e le sinergie necessarie sfruttando tutte le possibilità esistenti.

Le ipotesi comportamentali che contribuiscono a peggiorare la situazione di un'alimentazione infantile di scarsa qualità sono state rilevate e documentate sia quantitativamente che qualitativamente.

Le risposte culturali alle condizioni socio-economiche e politiche descritte diventano quindi le azioni quotidiane a cui attribuire un'importanza apicale nella giustificazione degli esiti di salute.

L'abitudine di cucinare in casa, anche per rimediare al clima rigido delle zone visitate, porta alla diffusione del fenomeno dell'inquinamento indoor (indoor pollution), responsabile di diverse malattie, soprattutto - ma non solo - i bambini. Nelle aree di progetto i dati sanitari riguardanti infezioni respiratorie acute, polmoniti e congiuntiviti costituiscono ad oggi le cause principali numericamente per ricoveri

ospedalieri (insieme alla malaria e a malattie diarroiche), malattie ampiamente documentate in letteratura in molti paesi dell'Africa sub-sahariana che adottano tecniche di preparazione di pasti simili.

Cucinare dentro casa è anche conseguenza della necessità, da parte della donna - soggetto produttivo e responsabile dell'economia familiar- di ridurre e risparmiare l'uso della legna, unico combustibile naturale disponibile.

La raccolta della legna da ardere è un compito quotidiano delle donne, a volte sostenuto solo dai bambini più grandi, e richiede un notevole dispendio di tempo ed energie. Più di un'ora al giorno in media per ogni donna per raccogliere legna da ardere significa, oltre al tempo, un notevole investimento in energia, da sommare alle ore necessarie per ottenere l'acqua e preparare il pasto una volta raccolte tutte le materie prime.

Evitare sia la fatica che lo spreco di legna (una valutazione, anche sommaria, dell'impatto ambientale di questa pratica non fa parte di questo studio ma fornirebbe dati fondamentale per ampliare la prospettiva della lettura complessa delle cause della malnutrizione cronica nei paesi dell'Africa SubSahariana ed in Tanzania in particolare) rappresenterebbe un supporto concreto non solo per la qualità del pasto stesso, ma nella ristrutturazione del quotidiano vita della donna riequilibrando il peso dei suoi doveri.

Sollecitare e promuovere l'uso di pentole a basso consumo di legna (o "improved stoves") è altamente raccomandato in quanto potrebbe diventare una pratica sostenibile in grado di accendere la produzione locale che può a sua volta diventare un'attività generatrice di reddito.

Ancora una volta, troviamo la distribuzione del potere decisionale a livello del nucleo familiare e di genere, anche nel gesto apparentemente più elementare, ma in realtà più simbolicamente connesso e riflettente la disparità sociale, quello del consumare un pasto.

L'uomo, il marito, il padre consumano generalmente il pasto (l'unico pasto sostanzioso della giornata) in solitudine, con le porzioni più ricche e nella quantità desiderata, senza tener conto del numero degli altri membri della famiglia che aspettano. da condividere (nel 90% dei casi) l'unico piatto composto da ugali (polenta di mais bianco) e legume disponibili.

Quando vi è carne disponibile, il capofamiglia si ciba per primo accedendo a quantità e parti a suo piacimento. Finito il pasto dell'uomo, la madre dispone e suddivide il cibo con i figli, tecnicamente il pasto si consuma condividendo un unico grande piatto dove viene adagiata la polenta.

Consideriamo quindi la modalità e la quantità di cibo che resta a disposizione dei più piccoli (in particolare quelli non completamente autonomi, dai 2 ai 4 anni) quando

devono condividere le già scarse risorse con fratelli e sorelle più grandi, affamati e non sono più in grado di nutrirsi.

Il modo in cui viene consumato un pasto rappresenta spesso una specificità culturale e comportamentale che ha un impatto significativo sulla qualità della nutrizione dei bambini piccoli. Supportare la mamma nell'adozione di semplici ma necessari accorgimenti nella preparazione del pasto, far sì che i più piccoli possano avere la loro parte da consumare in completa autonomia diventa quindi un imperativo programmatico da stimolare con la creazione di gruppi di donne supportati dalla sanità comunitaria lavoratori, presenti quasi ovunque nelle tre zone.

Vanno inoltre suggeriti e promossi seminari pratici di preparazione dei pasti al fine di evitare la dispersione di nutrienti (soprattutto vegetali) come spesso accade nella realtà quotidiana (la donna cucinando deve dedicarsi ad altri compiti, lasciando dunque che le varie componenti del pasto cuociano per il medesimo tempo, ossia per il tempo necessario alla cottura della polenta / ugali, di fatto cuocendo troppo a lungo le verdure con conseguente dispersione e perdita dei principi nutritivi).

In una prospettiva più ampia, interventi di sostegno e sanificazione degli ambienti di preparazione dei pasti -interventi WASH- considerando che circa la metà della popolazione intervistata dichiara di avere una latrina esterna, tuttavia in circa il 70% dei casi senza strumenti adeguati per lavarsi le mani) sono una priorità riconosciuta.

Nell'ambito di una strategia volta a supportare le azioni "Nutrition Sensitive", la componente igienico-sanitaria deve rientrare negli interventi volti a migliorare la quantità e la qualità del pasto quotidiano e la sua diversificazione al fine di offrire quanto più possibile una dieta equilibrata e varia.

Come osservato, non rientrava nelle prerogative di questa ricerca studiare in modo specifico i fattori ecologico-climatici legati all'alimentazione. Il contesto osservato, i dati raccolti e le testimonianze, però, hanno necessariamente portato a focalizzare l'attenzione su diversi fattori centrali che sono emersi inequivocabilmente come prioritari nell'analisi delle determinanti della malnutrizione e tra gli ostacoli per le comunità da definire. sistemi.

Chiaramente non potevamo tecnicamente indagare l'impatto delle fitopatie, ma è fondamentale sottolineare che in tutti i villaggi delle aree osservate, la malattia della manioca da vari soggetti di età e mansioni diverse come una delle principali cause della scarsa resa dei campi.

Lasciamo in via prioritaria l'indicazione e il suggerimento agli enti preposti all'agricoltura per indagare e comprendere se e in che misura sia possibile inserire nel programma misure di controllo della/e malattia/e (percepite e/o fattori ad esse associati) nominata dalla popolazione.

Insieme alle cosiddette malattie delle colture, l'infertilità del suolo è la chiave per interpretare o giustificare la popolazione per dare un senso alla bassa resa del suolo e quindi alla povertà diffusa e all'insufficienza alimentare.

Il suolo si è impoverito per l'assenza di rotatività e per l'incostanza dei programmi governativi di distribuzione dei fertilizzanti impattando sulla scarsità della resa produttiva agricola; il tema operativo centrale pertiene alla diversificazione e all'investimento in politiche agricole efficaci da parte del ministero preposto (e solo successivamente ai programmi di aiuti internazionali) volti al miglioramento della quantità e qualità della produzione, tema che portiamo all'attenzione di altri esperti.

Dare risposte concrete alla popolazione, sulla base di studi documentati, non è solo parte del dovere di un processo di sensibilizzazione comunitaria, ma consente anche l'emergere di queste dinamiche di osservazione interna che oggi possono essere le comunità non possono permettersi data la rigida gerarchia sociale.

Dimostrare, con dati evidenti e validati, che i problemi produttivi dipendono solo in parte da fattori direttamente agronomici sarebbe un valido supporto per stimolare riflessioni a livello di leadership comunitaria e consentire alla popolazione di rivendicare spazi di emancipazione.

Attendiamo con impazienza la possibilità di approfondire i collegamenti tra i fenomeni legati al cambiamento climatico e l'impatto sulla vita quotidiana, e quindi sulla cultura, della popolazione interessata. L'antropologia ambientale è sempre più destinata a diventare una disciplina cardine nell'analisi della malnutrizione e a considerarne l'importanza metodologica nella progettazione di interventi umanitari e può costituire anche un asset decisivo in termini di economicità.

Discutendo con le donne beneficiarie dell'intervento che hanno ricevuto semi diversificati di colture compatibili dal progetto, le testimonianze raccolte ci informano in che misura questa attività sia stata apprezzata anche in termini di riconoscimento e coinvolgimento; resta da rilevare che in circa la metà dei soggetti attivamente sollecitati al riguardo, i beneficiari hanno una conoscenza insufficiente delle colture proposte e delle tecniche necessarie per ottenerne una resa attesa dagli indicatori di progetto. In alcuni casi - riportiamo solo testimonianze- sono state proposte sementi di colture che richiedono notevoli quantità di fertilizzanti, in contesti, come abbiamo visto, dove la bassa resa è il problema prioritario, ovvero culture conosciute ma non sufficientemente introdotte alla popolazione, che quindi si trova nella impossibilità di sfruttarne appieno le proprietà nutritive nonostante i seminari pratici di "cooking demonstration" implementati più volte presso ognuna delle "farmer school" supportate dal progetto.

Incentivare ulteriormente la creazione di campi modello a livello comunitario - replicabili poi a livello familiare- potrebbe rappresentare una buona pratica utile anche per stimolare l'accettabilità sociale delle colture proposte. Gli ambiti del modello comunitario, pur presenti nella strategia di intervento, non sono noti a tutte le donne

intervistate, sia per la lontananza che per la scarsa circolazione delle informazioni all'interno della comunità sulle attività progettuali. La promozione di campi modello potrebbe consentire di monitorare in modo rapido ed efficiente la fruibilità delle colture proposte e stimolare la domanda e la partecipazione di altre famiglie ad adottare spontaneamente le innovazioni proposte.

L'agricoltura di sussistenza legata alla stagionalità delle piogge, e quindi a fattori ambientali, non consente alla popolazione di sviluppare una prospettiva di sviluppo endogeno che vada oltre la circolarità dei tempi ciclici dell'agricoltura. Diversificare le fonti di reddito e gli stimoli per la coesione e l'emancipazione comunitaria, compreso l'ampliamento delle fonti di stimolo intellettuale, da parte dei soggetti produttivi è quindi un postulato essenziale affinché le comunità riconoscano e definiscano in modo autonomo processi accettabili di prevenzione dei conflitti e di gestione delle risorse familiari.

Identificando i fattori che possono richiedere la sostenibilità degli interventi e la loro efficacia, rimane fondamentale la percezione e il feedback che la popolazione sente nei confronti degli interventi proposti. I meccanismi di feedback sono strumenti imprescindibili in qualsiasi intervento di cooperazione, tanto più se mirano a stabilizzare situazioni di sofferenza cronica nel medio e lungo termine. Non solo il coinvolgimento della popolazione e dei soggetti sociali è un requisito imprescindibile (e su questi aspetti l'intervento ha mostrato una capacità di attivazione capillare su base comunitaria), ma diventa fondamentale la costanza della presenza sul territorio e la condivisione dei risultati intermedi caratteristiche per dare consistenza e solidità all'intervento.

Dai dati quantitativi e qualitativi raccolti si evince quanto la fase preparatoria di diffusione sul territorio degli scopi e della metodologia del progetto abbia richiesto un notevole sforzo informativo per presentare la strategia gli obiettivi alla popolazione e alle autorità locali ai diversi livelli. L'approccio ha richiesto uno sforzo notevole per la creazione sul territorio di una rete capillare di soggetti in grado di interloquire criticamente con i rappresentanti in loco dell'intervento - I community health workers - permettendo uno scambio costante e proficuo in merito alla percezione e ricezione delle attività proposte da parte della popolazione.

Tra i molteplici suggerimenti emersi dalle comunità, veicolate dagli operatori o dalle autorità locali formali o informali, sono spesso stati richiesti incontri periodici per restituire alla popolazione azioni e risultati del progetto, in modo che i beneficiari abbiano accesso a piattaforme di aggiornamento definite, per monitorare l'impatto che le azioni del progetto hanno sulla vita quotidiana delle persone. Data la stagionalità del ciclo agricolo, le comunità interessate si confrontano con problematiche diverse con cadenza almeno trimestrale, problematiche che dovrebbero poter essere condivise con gli enti attuatori al fine di consentire una correzione delle azioni programmate e, in caso di emergenza, di le risposte rapide a situazioni concrete.

Pertanto, l'istituzione di meccanismi di feedback costanti e strutturati risponde non solo ai bisogni percepiti ed espressi dai beneficiari, ma un ulteriore passo verso la coesione e la creazione di fiducia tra i programmi umanitari (spesso orientati dall'alto) e gli attori coinvolti, determinante per moltiplicare gli effetti positivi dell'intervento perché basato sul sentimento di appartenenza e di rielaborazione culturale.

Proposte, suggerimenti programmatici, spunti di riflessione futura

Come indicato nel titolo di questo rapporto, l'obiettivo di questa ricerca, nonostante la complessità del contesto e i limiti che abbiamo esposto, è fornire ulteriori elementi di analisi riguardanti le determinanti culturali della malnutrizione e che impediscono l'affrancamento da una riconosciuta priorità sanitaria a livello planetario.

Gli elementi prettamente antropologici sottolineati si inseriscono, come abbiamo detto, in una prospettiva di interpretazione olistica che si compone di diverse dimensioni.

Per agire contemporaneamente sulle diverse componenti, alla luce dell'esperienza pluriennale passata e attuale nella gestione di programmi di lotta alla malnutrizione nell'ambito delle popolazioni degli altipiani meridionali della Tanzania, si ripropongono ai decisori strategici alcune misure tecniche che abbiamo condiviso alle comunità stesse, suggerimenti da tradurre in azioni concrete, convinti che gli elementi risultanti dall'analisi antropologica debbano essere affinati in interventi applicati.

Interventi per favorire lo sviluppo cognitivo.

La malnutrizione cronica che affligge i nostri contesti è anche il risultato della deleteria pratica per cui le madri hanno l'abitudine, durante la stagione agricola, di lasciare che i bambini più grandi si occupino dei più piccoli, spesso senza (non avendo i mezzi per farlo).) un approvvigionamento alimentare adeguato. Ciò si traduce non solo in carenze alimentari, ma allo stesso tempo in una mancanza di attenzione che può portare a problemi sostanziali come abusi o sfruttamento in contesti instabili anche dal punto di vista della tutela dell'essere umano.

Lavorare strutturalmente sul tema dello Sviluppo Cognitivo (ECD -Early Child Development) a livello dell'unità familiare e comunitaria rappresenta a nostro avviso una componente centrale di un intervento di contrasto all'arresto della crescita.

In pratica, ci proponiamo di affiancare la famiglia attraverso la promozione di gruppi di donne per favorire la stimolazione sensoriale nei primi mesi di vita del bambino e un focus più ampio sulla stimolazione cognitiva nei primi anni di vita (con particolare attenzione ai primi due anni, considerando quando lo stato di malnutrizione cronica e i suoi effetti dannosi sono irreversibili).

La creazione/rivitalizzazione di istituzioni comunitarie come gli 'asili nido comunitari' (angolo ECD) attraverso l'identificazione di una persona riconosciuta come autorevole dalle madri (e magari supportata da un piccolo incentivo del progetto nelle fasi iniziali) per garantire che i bambini non siano lasciati soli per lunghi periodi di lavoro sul campo porterebbe immediato beneficio sia alla salute dei bambini sia alla coesione e al senso di solidarietà interna della comunità, fattore fondamentale per stimolare la resilienza condivisa.

Interventi per promuovere la mascolinità positiva

Il coinvolgimento attivo della componente maschile della società è una carta essenziale per qualsiasi processo di sviluppo nelle società bantu sedentarie che vivono di agricoltura di sussistenza. Il metodo di approccio deve necessariamente tenere conto delle dinamiche storico-sociali descritte, evitando così di esacerbare i contrasti o inscenare processi colpevolizzanti nei confronti degli uomini, che rischierebbero di avere un impatto deleterio nei rapporti tra genere e generazioni.

L'attività di sensibilizzazione, destinata ai capifamiglia ma anche ai giovani, da realizzare magari attraverso attività sportive in grado di attirare l'attenzione di un vasto pubblico, deve veicolare messaggi volti a non destabilizzare lo status quo (sarebbe addirittura ingenuo pensarlo) ma decostruendo la rigidità del significato simbolico e politico che la figura maschile ricopre. Evidenzia come una comunità con problemi di salute di malnutrizione, una comunità che rischia di perdere la vita dei propri figli ancora piccoli, delle proprie mogli durante il parto, ecc. è una società fragile, dove la figura maschile non sembra in grado di tutelare ed esercitare sufficientemente il suo ruolo preponderante.

Diventa quindi fondamentale il lavoro con i comitati sanitari e di villaggio. Sarebbe auspicabile definire una sorta di piano di lavoro, con obiettivi pratici basati sull'osservazione della realtà e dei dati disponibili (quanti morti evitabili abbiamo avuto nel villaggio l'anno scorso? Quanti casi di malnutrizione? grave? o colera?) e supportare i leader di comunità per discuterne e prendere decisioni per la gestione interna della comunità volte a migliorare la situazione e, indirettamente, a ri-legittimare la figura maschile, lesa nella sua funzione a causa della manifesta fragilità sanitaria/sociale/economica del comunità che rappresentano.

Con l'orizzonte temporale della vita del progetto, sarebbe quindi possibile mettere in scena dinamiche positive di controtendenza, lavorando sui presupposti culturali impliciti della mascolinità, al fine di riequilibrare i diritti e il potere di decisione a livello comunitario e familiare tra uomini e donne e impatto sulle scelte e sui comportamenti adottati nei confronti dei minori e delle categorie vulnerabili.

Interventi per migliorare le tecniche di alimentazione

Oltre ai presupposti comportamentali sopra citati, in merito alle tecniche di cottura con pentole ad alta efficienza energetica, alla suddivisione dei piatti assicurando che i più piccoli possano avere le proprie quantità di cibo, incentivare seminari pratici per proporre diverse modalità di cottura, l'adozione di campi modello a livello familiare e una strategia per garantire l'approvvigionamento di ortaggi durante tutto l'anno e non solo subito dopo il raccolto. L'arresto della crescita si combatte con una dieta equilibrata ed equilibrata, che deve comunque essere costante; a causa della mancanza di strumenti per la conservazione degli alimenti freschi, ciò che viene prodotto viene venduto o consumato nelle settimane successive. Lo stimolo e l'innovazione portata dal progetto TubadiLISHE per l'adozione e la costruzione di essiccatoi (realizzabili dalla comunità con risorse molto limitate) consentirebbe la conservazione degli ortaggi da consumare durante tutto l'anno; inoltre, la prevista condivisione dell'essiccatoio incoraggerebbe l'organizzazione interna e le forme di cooperazione che non esistono o comunque non strutturate nelle tre zone interessate dall'intervento.

Dimensioni antropologiche degli interventi di cooperazione da investigare : a « way forward »

Le riflessioni presentate, corroborate dalle esperienze elaborate sul campo in Mozambico, vissute più recentemente (dal 2019 ad oggi ancora in corso) ci hanno portato ad ampliare il paniere dei temi che l'approccio antropologico applicato agli interventi di cooperazione potrebbe rivendicare.

In Mozambico, ho lavorato quasi due anni come supporto tecnico alla Task Force del Ministero della Salute mozambicano per la Risposta Comunitaria all'Emergenza Covid-19. Si è trattato di una esperienza efficace di interazione e scambio multisettoriale, dove accanto a medici ed epidemiologi hanno lavorato rappresentanti delle associazioni riconosciute dei medici tradizionali, rappresentanti delle maggiori fedi e confessioni religiose, rappresentanti della società civile, psicologi, esperti di comunicazione e, appunto, antropologi.

Ne è scaturito un documento di policy volto ad indirizzare alcuni comportamenti fondamentali nella riduzione dei fattori di rischio di trasmissione del virus, comportamenti a notevole valenza culturale quali le ritualità legate alla nascita ed alla sepoltura, le celebrazioni quotidiane che comportano l'incontro - e quindi l'assembramento - di popolazione. La definizione congiunta di tecniche di comunicazione appropriata delle varie specificità culturali e la definizione di alternative -ritualità parallele- concrete fonite alla popolazione al fine di mantenere la valenza simbolica del rito ma rispettando le norme imposte dalla necessità sanitarie.

Questo per sottolineare come andrebbe indagata la presenza e rilevanza - o l'assenza di tali elementi - dell'analisi antropologica in materia di definizione di policy di salute pubblica internazionale (in particolare penso alla salute materno-infantile, alla salute mentale, alla nutrizione, ai modelli comportamentali e culturali responsabili di alcune malattie croniche), intuirne le possibilità , far emergere le lacune e sottolineare - per

differenza – l’impatto di tali carenze sulle scelte ed i comportamenti della popolazione in materia di salute.

Andrebbe certo perimetrato con attenzione, ma riteniamo che concentrarsi sulla qualità degli assunti impliciti e spesso inconsapevoli che sostengono il delinarsi di documenti di policy sanitarie potrebbe comportare indirizzi non solamente più generalmente compatibili con le sensibilità varie della popolazione, ma anche proposte strategiche più efficaci e meno costose per i sistemi sanitari.

La ricerca operativa rappresenta un ambito privilegiato per l’interazione tra antropologia e cooperazione sanitaria. Una metodologia di ricerca mista che integri strumenti qualitativi e quantitativi permette l’emersione di dati e feedback che permettono una comprensione dei fenomeni studiati comprensiva e aperta. Gli studi condotti negli ultimi anni in Mozambico con un’equipe multidisciplinare ha « prodotto » conoscenza e valore aggiunto permettendo di bilanciare i limiti di approcci eccessivamente rigidi e generando una dialettica tra dati e prospettive di interpretazione dei problemi che raramente si legge in ambito di cooperazione sanitaria. Considerando quanto i determinanti socioculturali siano centrali nei fenomeni sanitari, sarebbe opportuno che chi progetta strategie di intervento sul lungo periodo o anche solamente singoli progetti abbia la sensibilità di includere risorse per effettuare ricerche operative che coinvolgano – con una funziona non unicamente ancillare – le pratiche ed i metodi dell’antropologia.

Questo permette anche una più partecipe condivisione con le autorità locali – a tutti i livelli, dai tavoli tecnici ministeriali ai village leaders delle piattaforme comunitarie informali e quindi un passo verso la celebrata « ownership » dei risultati di progetto da parte della popolazione e dei suoi rappresentanti.

L’ambito di risposta emergenziale, per quanto apparentemente distante e stridente – date le tempistiche necessariamente compatte del lavoro richiesto e quelle – altrettanto necessariamente – più ampie della riflessione antropologica, rappresenta invece un ambito dove abbiamo sperimentato la rilevanza della nostra disciplina nel fornire strumenti e risposte concrete e applicabili.

L’antropologia in contesto di conflitto e quindi con popolazione colpita da traumi e bisognose di tutti i servizi primari, comporta inevitabilmente il fenomeno della forzata interazione tra comunità autoctone ospitanti e popolazione sfollata interna o rifugiata.

La potenzialità di conflitti latenti per l’accesso alle risorse è evidente ; in questi termini aver definito pratiche di negoziazione derivanti anche dai saperi dell’antropologia circoscrive il campo di azione e mette in relazione le risorse positive presenti tra le comunità. Incontri comuni, condivisione di regolamenti sull’accesso alle risorse, partecipazione attiva sulle decisioni in merito alla suddivisione delle risorse disponibili, meccanismi di feedback appropriati, supporto alle piattaforme esistenti

di negoziazione e risoluzione non conflittuale delle dispute, sono passaggi obbligati per i quali l'antropologia deve poter essere legittimata a operare.

Il Mozambico è tragicamente un caso-limite di esposizione agli eventi estremi della crisi climatica, avendo subito sei tra cicloni e tempeste tropicali negli ultimi quattro anni, che hanno comportato centinaia di vittime decine di migliaia di sfollati interni, case e strutture distrutte con danni enormi in un contesto già decisamente fragile.

Le comunità sono spesso impreparate sia a prevenire e rispondere all'impatto di tali eventi in termini di organizzazione della quotidianità e messa in sicurezza delle persone e delle abitazioni ; l'impreparazione emerge anche in quanto a elaborazione e lettura di impatto sulle dinamiche sociali ed economiche a lungo termine. La crisi ecologica comporta un necessario adattamento ai mutati cicli delle piogge e dunque dei raccolti, degli scambi commerciali e della nutrizione su larga scala, coinvolge spostamenti di popolazioni, riallocamenti forzosi con inevitabili traumi psicologici, ridisegna il rapporto tra generazioni e territorio.

Lo stato e le agenzie umanitarie, parallelamente e di conseguenza, devono essere consapevoli di rinnovati schemi interpretativi delle emergenze e delle necessità a seguire, pianificare risorse per fronteggiare eventi che da « catastrofi naturali » divengono una nuova tragica normalità annuale, ridefinire strumenti per mitigare l'impatto della crisi sulle aree maggiormente esposte e sulle comunità vittime.

Investire sugli interventi di « climate health » deve abbracciare le riflessioni che l'antropologia ambientale, sviluppatasi enormemente negli ultimi anni, al fine di accompagnare le comunità nella ridefinizione di significati e pratiche quotidiane, per essere consapevolmente partecipi di un processo di adattamento che deve considerarle come parte attiva di possibili processi di resilienza.

Crediamo che l'antropologia, nelle sue accezioni sociali, culturali e mediche, possa e debba sempre più divenire la disciplina fondante di interventi umanitari a medio e lungo termine, al fine non solo di disegnare progetti compatibili capaci di generare coinvolgimento attivo e partecipativo per le comunità e dei loro rappresentanti, ma anche al fine di definire programmi che siano immediatamente efficaci e che possano quindi avere un valido ritorno in termini di qualità della gestione e uso appropriato delle limitate risorse disponibili.

Desidero ringraziare con pudore la Professoressa Alice Bellagamba, per il costante sostegno e per ricordare sempre con viva emozione i luoghi, i popoli e le lingue di cui qui si tratta

Ibarikiwe, Inshallah



Il paesaggio degli altipiani della regione di Iringa, luoghi a cui penso quando cerco di immaginare cosa e dove sia, per me e la mia famiglia, casa.

Attività scientifica e pubblicazioni.

Nel corso del lavoro sul campo in Mozambico da 2019 ad oggi, in qualità di Responsabile dei Programmi di Salute Comunitaria per Medici con l’Africa CUAMM mi sono occupato diffusamente di ricerca operative.

Qui di seguito presento le pubblicazioni generate dal lavoro sul campo e la partecipazione a congressi internazionali, al fine di avvalorare l’impegno in ambito di ricerca e produzione di evidenze.

Gli studi realizzati si definiscono metodologicamente per l’integrazione tra analisi quantitativa propria della salute pubblica internazionale, con una riflessione in merito alla lettura antropologica del dato statistico, in sinergia con la componente qualitativa realizzata attraverso attività di carattere etnografico come focus groups, interviste singole e interazione quotidiana con rappresentanti di gruppi di popolazione coinvolti dal progetto.

Qui la lista delle pubblicazioni peer -review e dei congressi a cui ho partecipato durante il periodo della Scuola di Dottorato.

Articoli

“Scenari possibili e strategie per garantire servizi minimi essenziali nel conflitto a bassa intensità nella provincia di Cabo Delgado, Mozambico. L’esperienza in corso di Medici con l’Africa CUAMM”, Human Security n.13, Torino World Affairs Institute, UniTo, luglio 2020 <https://www.twai.it/journal/human-security-13/>

- “Mozambican Adolescents and Youths in COVID-19 Pandemic: knowledge and awareness gaps in the provinces of Sofala and Tete” <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/3/321> HealthCare, March 2021

- “Work with the community or go home”: Engaging the local community in addressing the healthcare needs of IDPs in Cabo Delgado, Mozambique Forced Migration Review, July 2021 <https://www.fmreview.org/issue67>

- “High prevalence of mental health disorders in adolescents and youth living with HIV (AYHIV).: an observational study from 8 health services in Sofala Province, Mozambique” on AIDS Patient Care and STDs, March 2022 - <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35438520/>

- “Don’t forget the mental health needs of adolescents and youth living with HIV (AYHIV) in Africa: experience from Mozambique. The Lancet HIV, May 2022 [https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(22\)00130-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(22)00130-8/fulltext)

- “The impact of Covid-19 pandemic on access to HIV services at urban context-based health facilities supported by CUAMM in collaboration with UNICEF, in Beira city,

Mozambique” Abstract book – Italian Conference on AIDS and Antiviral Research, ICAR June 2022

- “An outreach intervention against loss to follow-up among HIV-positive adolescents and youth: data from Mozambique” Abstract book, MSF Scientific Days, Harare, October 2022

- “Applied anthropology in the area of prevention, preparedness and response to environmental disasters in the context of health programs in Mozambique”, Abstract Book of SIAA Congress, Società Italiana di Antropologia Applicata, Verona, Dicembre 2022

- “Knowledge, attitudes and practices on Cholera and Water, Sanitation, Hygiene (WASH) Water, Hygiene and Sanitation (WASH) among Internally Displaced People (IDPs) in Cabo Delgado Province, Mozambique”, American Journal of Tropical Medicine & Hygiene doi:10.4269/ajtmh.22-0396

- “Malaria, HIV and malnutrition among internally displaced people in Mozambique during COVID-19 pandemic: results from a community-based intervention in Sofala and Cabo Delgado Provinces” Annals of Global Health, December 2022, <https://annalsofglobalhealth.org/articles/10.5334/aogh.3969/>

- “Integrated health response to the humanitarian crisis in Cabo Delgado Province, addressing primary health, GBV and MHPSS for both IDPs and host communities” WHO Compendium on Refugees and Migrants Health, March 2023 <https://www.who.int/news/item/03-03-2023-new-compendium-showcases-positive-examples-in-refugee-and-migrant-health>

- Perception of Services and Barrier to Retention in Care for Girls and Young Women in Beira, Mozambique. Doctors With Africa CUAMM INGO, INTEREST Congress, Maputo, May 2023 <http://interestworkshop.org/> Abstract Book

- A Good Start in Life: An Investigation on Basic ECD Knowledge and Practices in Two Districts of Zambezia Province, INTEREST Congress, Maputo, May 2023 <http://interestworkshop.org/> Abstract Book

- Implementação da Linha de Base de Pré-intervenção do Programa Governamental Família Modelo para Adoção de Comportamentos Preventivos da Cólera e outras Doenças Transmissíveis, em seis Distritos da Província de Cabo Delgado

Revista Moçambicana de Ciências de Saúde, vol.9, no 1, 2023 | ISSN 2311-3308

-A percepção da qualidade do atendimento das gestantes nos centros de saúde apoiados pela Médicos com África CUAMM –

Revista Moçambicana de Ciências de Saúde, vol.9, no 1, 2023 | ISSN 2311-3308

Congressi

-EASA European Association of Social Anthropology congress, April 2020 – abstract, oral presentation

-Dia Científico de Moçambique, Ministry of Health, Mozambique, September 2020 poster and slides, oral presentation

- ASA Association of Social Anthropology of UK, University of St. Andrews, UK April 2021, Abstract, oral presentation

-Broadening Humanitarianism; shifting perspectives, realities, theorizations, University of Manchester, Anthropology of Humanitarianism Network, June 2021, oral presentation

- International HIV Paediatrics – University of Toronto – July 2021, Abstract, poster and slides

- IAS International AIDS Society, Maputo, Mozambique, September 2021 . Slides, oral presentation

- European Congress on Tropical Medicine and International Health, University of Bergen, October 2021, abstract, oral presentation

- ICAR Italian Conference on HIV and Antiviral Research, Verona, June 2022, Abstract book Italian Conference on AIDS and Antiviral Research, ICAR June 2022

- PhD Student Congress – University of Milano Bicocca, Istituto di Mario Negri, IRCCS Humanitas Research Hospital, Istituto Nazionale dei Tumori, istituto scientifico San Raffaele – June 2022, abstract, oral presentation

- ESREA European Society for Research on the Education of Adults, University of Milan, Italy Sept, 2022, Slides, oral presentation

- The Global Health Network Conference, University of Cape Town, SA, October 2022, abstract, oral presentation

- Congress of Italian Society of Applied Anthropology, University of Verona, Italy December 2022, Abstract Book of SIAA Congress, Società Italiana di Antropologia Applicata, Verona, Dicembre 2022

- ASA Association of Social Anthropologist UK 2023, abstract and slides, oral presentation

-Interest Workshop HI 2023 <http://interestworkshop.org/>

Perception of Services and Barrier to Retention in Care for Girls and Young Women in Beira, Mozambique. Doctors with Africa CUAMM INGO, poster and slides

-EASA Anthropology of Humanitarianism Network (AHN), accepted paper for July 2023 congress, online oral presentation

- Conference of Public Health in Africa CPHIA 2023, Africa CDC / African Union, Lusaka, Zambia, November 2023
- Convegno della Società Italiana di Antropologia Applicata, Università di Perugia, Dicembre 2023

Bibliografia

Qui si riportano I testi e le opere lette, rilette, studiate e consultate appositamente per definire lo studio presentato. Nel corso di nove anni di lavoro in Tanzania ho appreso da materiale di vario tipo, a volte informale o non in mio possesso, che non mi è possibile citare correttamente. Ho deciso inoltre di non includere i documenti di natura tecnica, relativi ai programmi di cooperazione internazionale o le linee guida ministeriali utilizzati per lavoro, se non quelli che considero essenziali

- AAVV, *Honest to my country*, TMP Book Department, 1973
- AAVV, *Malnutrition in Tanzania*, CUAMM, 1986
- AAVV, *Studies on language and African linguistics in honour of Marcello Lamberti*, Quaderni Di Lingua E Storia, 2011
- Acland, J.D., *East African crops*, Longman Press, 1989
- Adam. C, Collier. P, Ndulu. B, *Tanzania a path to prosperity*, Oxford University press, 2017
- Allovio, S. *La foresta di allenze. Popoli e riti in Africa Equatoriale*, Laterza, 1999
- Allovio, S. *Pigmei, europei e altri selvaggi*. Laterza, 2010
- Aminzade. R, *Race, Nation and Citizenship in post-colonial Africa*, Cambridge University Press, 2013
- Amselle. J-L, M'Bokolo. E, *L'invenzione dell'etnia*, Meltemi, 2008
- Amselle, J-L. *Islam africani*. Bollati Boringhieri, 2013
- Andersen. P, *The african food system and its interaction with human health and nutrition*, cornell university press, 2010
- Arens, W., *A century of change in Eastern Africa*. Mouton Publishers, 1976
- Arioti. M, *Introduzione all'antropologia della parentela*, Editori Laterza, 2006
- Augé, M., Herzlich, C., *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*. Il Saggiatore, 1983
- Balandier, G. *Antropologia politica*, Armando Editore
- Barnard. A, *Storia del pensiero antropologico*, Societa' editrice Il Mulino, 2002
- Bateson. G, *Naven, un rituale di travestimento in Nuova Guinea*, Einaudi, 1988
- Bateson, G. *Mente e natura*. Adelphi edizioni, 1984

- Bellagamba, A., *L'Africa e la stregoneria*, Laterza Editori, 2008
- Bellagamba, A., *Migrazioni. Dal lato dell'Africa*. Edizioni Altravista, 2011
- Bellagamba, A., Greene, S., Klein, M., *African slaves, African masters*, Africa World Press, 2017
- Beneduce. R, *Etnopsichiatria*, Carocci editore, 2007
- Bjerk. P, *Building a peaceful nation*, University of Rochester Press, 2015
- Brennan, J., Lawi, Y., *Dar es Salaam. Histories from an emerging African metropolis*. Mkuki na Nyota Publisher, 2007
- Brigati. R, Gamberi. V, *Metamorfosi. La svolta ontologica in antropologia*, Quodlibet, 2019
- Boesen. J, Madsen. B, Moody. T, *Ujamaa socialism from above*, Scandinavian Institute Of African Studies, 1977
- Calchi Novati, G. *Il socialismo africano*. CUAMM Quaderni, 1998
- Cappelletto. F, *Vivere l'etnografia*, SEID, 2009
- Cardona, G.R., *I sei lati del mondo. Linguaggio ed esperienza*. Laterza Editori, 2017
- Cardona, G.R., *I linguaggi del sapere*, Laterza Editori, 2006
- Chachage. C, Cassam. A, *Africa's liberation The legacy of Nyerere*, Pambazuka, 2010
- Chakrabarty. D, *Provincializzare l'Europa*, Biblioteca Meltemi, 2004
- Comodo, N., Maciocco, G., *Igiene e sanità pubblica. Manuale per le professioni sanitarie*. Carocci Editore, 2012
- Comunità di Sant'Egidio, *DREAM. Curare l'AIDS in Africa*, Leonardo International, 2003
- Crema, E., *Wahehe. Un popolo bantu*. EMI, 1987
- Crudo, A., *Ripensare la malattia*. Argo Editore, 2004
- Declich. F, *Il mestiere dell'antropologo*, Carocci editore, 2018
- Deen. K, *The acquisition of Swahili*, John Benjamin's Publishing Company, 2005
- De Vere Allen, J., *Swahili origins*, Ohio University Press, 1993
- Dill. B, *Fixing the African state recognition, politics and community-based development in Tanzania*, Palgrave Macmillan, 2013
- Dumont, R., *Democrazia per l'Africa*, Eleuthera, 1992
- Easterly, W. *La tirannia degli esperti. Economisti, dittatori e diritti negati dei poveri*, Bruno Mondadori, 1998

- Emma. H, Political thought and the public sphere in Tanzania, Cambridge University Press, 2015
- Englund. H, Prisoners of freedom, University Of California Press, 2006
- Fabietti. U, Middle East, social and cultural studies, Peter Lang, 1997
- Fabietti. U, Elementi di antropologia culturale, Mondadori Università, 2004
- Fabietti, U. Matera, V. Etnografia. Scritture e rappresentazioni dell'antropologia, Carocci editore, 1999
- Fabietti, U. Materia sacra. Corpi, oggetti, immagini, feticci nella pratica religiosa, Raffaello Cortina editore, 2015
- Farmer, P., To Repair the World, University of California Press, 2013
- Fassin, D. Ragione umanitaria. Una storia morale del presente. DeriveApprodi editore 2018
- Federspil. G, Giaretta. P, Rugarli. C, Scandellari. C, Serra. P, Filosofia della medicina, Raffaello Cortina, 2008
- Ferguson. J, Give a Man a Fish, Duke University Press, 2015
- Fiamingo, C., Ciabbari, L., Van Aken, M., I conflitti per la terra, Edizioni Altravista, 2014
- Fortes, M., Fortes, S., Food in the domestic economy of the Tallensi, Journal of the International African Institute, Vol. 9, N.2,
- Fouéré, M.A, Remembering Nyerere in Tanzania. History, memory, legacy. Mkuki na Nyota Publisher, 2015
- Geertz, C., Antropologia e filosofia, Il Mulino, 2000
- Geertz, C. Interpretazione di culture, Il Mulino, 1998
- Geertz, C. Works and Lives. The Anthropologist as Author. Stanford University Press, 1988
- Gellner, E. Language and solitude. Wittgenstein, Malinowski and the Habsburg Dilemma, Cambridge University Press, 1998
- Gentili. M. A, Il leone e il cacciatore, Carocci, 1995
- Giarelli, G., Medicina Africana e sviluppo professionale, EMI, 1995
- Giarelli, G. Medicine, culture e sviluppo. CUAMM Quaderni 1992
- Giblin, J., A history of the excluded, Mkuni na Nyota Publisher, 2005
- Gledhill. J. Power and its disguises, Pluto Press, 1994
- Green. M, Priests, Witches and Power, Cambridge University Press, 2003
- Homewood, K. M., Rodgers, W. A. Maasailand Ecology, Cambridge University Press, 1991
- Hunter, E., Political thought and the public sphere in Tanzania, Cambridge University Press, 2015
- Ianni. V, Lo sviluppo nel XXI secolo, Carocci editore, 2017

- Iliffe, J., Africans the history of a continent, Cambridge University Press, 1995
- Iliffe, J., A modern history of Tanganyika, Cambridge University Press, 1999
- Iliffe, J., The emergence of African capitalism, The Macmillan Press LTD, 1983
- Illich, I. Nemesi medica. Eleuthera edizioni, 1996
- Ingold, T. Antropologia. Ripensare il mondo. Meltemi editore, 2020
- Iona, H. Contro il mercato della salute. Bollati boringhieri, 2016
- Jonas, H. Tecnica, medicina ed etica. Einaudi, 1997
- Latour. B, La scienza in azione, Edizioni di comunita', 1998
- Lévi-Strauss, C. Antropologia Strutturale, Il Saggiatore, 2015
- Lévi-Strauss, C. Antropologia, Alfabeto Treccani, 2000
- Kimambo, I.N., Temu, J., A history of Tanzania, Kapsel Educational Publications, 1997
- King, C., La riscoperta dell'umanità. Einaudi, 2019
- Mabilia, M. Antropologia e nutrizione. CUAMM Quaderni, 1993
- Maciocco, G., Santomauro, F., La salute globale. Determinanti sociali e disuguaglianze. Carocci Editore, 2014
- Maconi, V. Il concetto di malattia nella cultura tradizionale Africana. CUAMM Quaderni, 1982
- Maconi, V. La cultura dei popoli nomadi dell'east africa, CUAMM Quaderni 1985
- Malangalila, F., Mwamuyinga. Mtawala wa Wahehe. Benedictine Publications Ndanda, 1987
- Malighetti, R., Molinari, A., Il metodo e l'antropologia, Raffaello Cortina Editore, 2016
- Malighetti, R., Il Quilombo di Frechal, Raffaello Cortina Editore, 2004
- Malinowski, B. Giornale di un antropologo, Armando editore, 2016
- Marlowe. F, The Hadza, hunter gatherers of Tanzania, University of California Press, 1954
- Mattalucci- Ylmaz, C., I nomi di Dio. Alla ricerca del monoteismo Haya nella Tanzania Nord Occidentale, in Cuturi, F., In nome di Dio. L'impresa missionaria di fronte all'alterità. Meltemi Editore, 2004
- Mbogoni, L., Aspects of colonial Tanzania History, Mkuki na Nyota Publisher, 2013
- Medici con l'Africa CUAMM, La strada per l'Africa. La vita di Anacleto Dal Lago al CUAMM. Publistampa, 2017
- Medici con l'Africa CUAMM Baseline survey and context of community health workers in Iringa and Njombe regions. Project report not published
- Meek, C., Brief Authority. A memoir of colonial administration in Tanganyika, The Radcliffe Press, 2011
- Meillassoux, C. Donne, granai e capitali. Uno studio antropologico dell'imperialismo contemporaneo, PiGreco editore, 2022

- Meredith, M., *The state of Africa. A History of fifty years of independence.* The Free Press, 2006
- Mittelman. J, *Underdevelopment and the transition to socialism,* Academic Press, 1981
- Monasta, G. *Mortalità infantile e sviluppo integrato nelle aree rurali.* CUAMM Quaderni, 1991
- Moyo, D., *Dead aid. Why aid is not working.* Penguin Books, 2009
- Mudimbe, V.Y., *The invention of Africa,* Indiana University Press, 1988
- Mukanda, R., Othman, S.Y., *Justice, Rights and Worship. Religion and politics in Tanzania,* Redet Limited, 2006
- Nuoscio. E, *Il mestiere dello scienziato sociale,* Liguori Editore, 2006
- Nurse. D, Philipson. G, *The Bantu languages,* Routledge Language, 2003
- Nurse. D, Spear. T, *The Swahili,* University of Pennsylvania Press, 1985
- Nyerere, J., *The rationale choice,* Tanzania Government Printer, 1972
- Nyerere, J., *Essays on Socialism,* Oxford University Press, 1968
- Pagnini. A, *Filosofia della medicina,* Carocci, 2010
- Parodi, A., *Storie della medicina. Edizioni di Comunità,* 2002
- Patel. V, *Where There Is No Psychiatrist,* Gaskell, 2003
- Pennacini, C., *La ricerca sul campo in antropologia,* Carocci editore, 2012
- Piasere. L, *L'etnografo imperfetto,* Editori Laterza, 2002
- Pratt, C., *1945-1968 Nyerere and the emergence of a socialist strategy.* Cambridge University Press, 1976
- Procesi, L., Nkemnkia, M. N., *Prospettive di filosofia Africana,* Edizioni Associate, 2001
- Remotti. F, *Fare umanità' I drammi dell' antropo-poiesi,* Editori Laterza, 2013
- Remotti, F. *Per un'antropologia inattuale.* Eleuthera edizioni, 2014
- Resnick. I, *The long transition,* Monthly Review Press, 1981
- Rumiz, P. *Il bene ostinato,* Feltrinelli, 2011
- Quaranta, I., *Antropologia medica,* Raffaello Cortina, 2006
- Roberts, A., *Tanzania before 1900,* East African Publishing House. 1968
- Rossetti, G., *Terra incognita. Antropologia e cooperazione; incontri in Africa.* Rubbettino Editore, 2004
- Sardan. De O, *Antropologia e sviluppo,* Raffaello Cortina Editore, 1995
- Taliani, S., *Il bambino e il suo doppio. Malattia, stregoneria e antropologia dell'infanzia in Camerun.* Franco Angeli Editore, 2019

- The United Republic of Tanzania Ministry of Health and Social Welfare. National Community Based Health Program Policy Guidelines, Tanzania Government Publisher, 2014
- Tommasoli, M., Nel nome dello sviluppo. Politiche di reinsediamento e conflitti in Africa orientale, 2014, Carocci
- Trostle. J, Epidemiology and culture, Cambridge University Press, 2005
- United Republic of Tanzania, Tanzania National Nutrition Survey, 2018
- Van Aken, M., Campati per aria, Eleuthera, 2020
- Viazzo. P, Introduzione all'antropologia storica, Editori Laterza, 2000
- Vilby, K., Independent? Tanzania's challenges since Uhuru. E & D Vision Publishing, 2007
- Virno, P. E così via all'infinito. Logica e antropologia, Bollati Boringhieri, 2010
- Volpini, D., Antropologia e sviluppo. Linee epistemologiche per un'antropologia dello sviluppo, CUAMM, 1992
- Volpini, D., Dal Lago, A., Wood, L., Participatory action research in primary health care programme, CUAMM Quaderno n.3 Antropologia e Sviluppo, 1988
- Volpini, D., Dal Lago, A., Autosviluppo medico-sanitario e ricerca antropologica partecipata, CUAMM Quaderno n.2 Antropologia e Sviluppo, 1986
- Werner. D, Thuman. C, Maxwell. J, Where there is no doctor, The Hesperian Foundation, 1992
- Wilkinson, R., Pickett, K., La misura dell'anima, Feltrinelli, 2009
- Zampolini. C, Giochi Africani, Sansoni Editore, 1984

Siti internet di riferimento

- www.cuamm.org Medici con l'Africa CUAMM
- https://www.youtube.com/playlist?list=PLNuZMuMnhgB5WPGjT_JCggi7BpYSGPqP9 pagina YouTube al documentario realizzato sul progetto TubadiLISHE, intitolato "Not Only Food. Ten Objects Against Malnutrition"
- <https://www.unicef.org/tanzania/> Unicef Tanzania
- <https://www.moh.go.tz/> Ministero della Salute della Tanzania