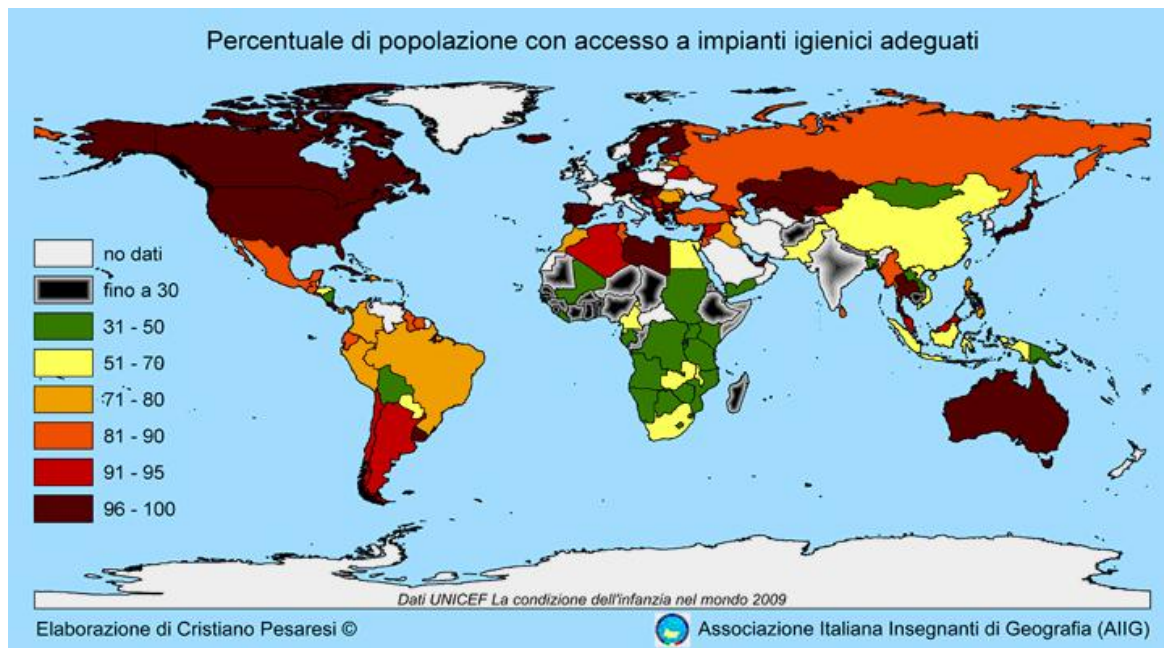


PERCENTUALE DI POPOLAZIONE CON ACCESSO A IMPIANTI IGIENICI ADEGUATI



La percentuale di popolazione con accesso a impianti igienici adeguati è calcolata come rapporto percentuale tra il numero di persone che possono usufruire di confacenti servizi igienici e il totale della popolazione. È un indicatore di salute che consente di riflettere sulle condizioni socio-sanitarie ed economiche di un Paese e sull'esposizione a rischio di malattie infettive con trasmissione oro-fecale¹.

La percentuale di popolazione con accesso a impianti igienici adeguati nel Mondo, secondo i dati del 2006 riportati nel Rapporto UNICEF (fonte UNICEF, OMS, Joint Monitoring Programme), è pari al 62%. Ingenti sono le disomogeneità a livello internazionale, giacché si passa dal 100% dei Paesi industrializzati, al 53% dei Paesi in via di sviluppo, al 33% dei Paesi meno sviluppati. Ciò significa che ci si sposta drasticamente da una copertura totale, a una riguardante all'incirca metà della popolazione, fino a una che è circoscritta ad appena un terzo della popolazione.

Con riferimento alle ripartizioni territoriali, è evidente la drammaticità dell'Africa subsahariana (30%) e se, al suo interno, l'Africa orientale e meridionale (34%) presenta alcuni casi di estrema preoccupazione, l'Africa occidentale e centrale (27%) denuncia una diffusa "condizione cronica", in cui la quota di popolazione con accesso a impianti igienici adeguati scende addirittura a poco più di un quarto. In Africa orientale e meridionale risaltano soprattutto l'Eritrea (5%), il Paese con la minore copertura al Mondo, e l'Etiopia (11%). In Africa occidentale e centrale spicca un esteso blocco di Paesi, rientranti nella classe dei valori minimi, che parte dal Ciad (9%) e si sviluppa verso ovest, fino in Mauritania (24%), con una serie di Paesi che si aggirano attorno al 10% (Ghana, Sierra Leone, Togo, Burkina Faso), tra cui il Niger (7%), al penultimo posto al Mondo. In generale, ci si trova di fronte a contesti in cui la carenza o la quasi totale assenza di adeguati servizi contribuisce in maniera decisiva all'insorgere di malattie infettive, all'innalzamento della mortalità infantile e all'abbassamento della speranza di vita. Ovviamente, le condizioni sono ancora più fatiscenti nelle aree rurali, dove la percentuale di popolazione con accesso a impianti igienici adeguati è considerevolmente inferiore rispetto a quella delle aree urbane. Testimonianze esemplificative sono offerte da Niger (3% e 27%), Togo (3% e 24%) e Burkina Faso (6% e 41%).

Nei Paesi dell'Africa subsahariana, in cui sussistono caratteri di estrema arretratezza radicati in profondità, diviene dunque prioritaria la necessità di rendere concrete specifiche misure, volte a risollevere contesti

“apatici” e a favorire processi di sostegno assistiti. Occorrono, cioè, iniziative che concorrano per lo meno a: un effettivo miglioramento delle strutture sanitarie;

- o una maggiore sensibilizzazione ai problemi igienici;
- o una più solida istruzione delle giovani donne che accudiscono i bambini;
- o un ampliamento dei canali di informazione, per diffondere, a livello comunitario, le corrette pratiche da seguire e gli accorgimenti con cui ridurre i fattori di rischio;
- o garantire l’assistenza sanitaria di base;
- o aumentare, quantitativamente e a livello di distribuzione territoriale, il personale qualificato nei reparti infermieristico e di ostetricia.

Il quadro di insieme non è tanto più confortante in Asia meridionale (33%), dove si trovano Paesi in gravi difficoltà, quali Nepal (27%),

India (28%) e Afghanistan (30%). I livelli complessivi subiscono, infatti, l’influenza negativa dei ridottissimi valori delle zone rurali, in corrispondenza delle quali il gap rispetto alle realtà urbane è persino più pronunciato di quello registrato in Africa subsahariana. Nelle aree rurali dell’Asia meridionale, in effetti, la percentuale di popolazione con accesso a impianti igienici adeguati è pari appena al 23%, per salire al 57% nelle aree urbane. In Africa subsahariana si passa, invece, dal 24% al 42% e, in particolare, dal 28% al 48% in Africa orientale e meridionale e dal 20% al 37% in Africa occidentale e centrale. In un simile contesto, fortemente soggetto alla propagazione di malattie infettive connesse alla mancanza di igiene, lo Sri Lanka (86%) rappresenta, al contrario, un caso isolato degno di nota, poiché da tempo è impegnato in politiche per l’adeguamento del sistema sanitario rivolte verso direzioni multiple, a partire dal basso, cioè dal diretto coinvolgimento della popolazione più bisognosa.

Sensibilmente migliore è la condizione che si rileva nelle altre ripartizioni territoriali, tutte al di sopra del valore registrato a livello mondiale. Poco oltre questo tetto si colloca la macroarea formata da Asia orientale e Pacifico (66%), che mostra uno spaccato alquanto policromo, dove ai bassissimi valori della Cambogia (28%) si affiancano quelli molto elevati della Malaysia (94%) e, ancor più, della Thailandia (96%), che dagli anni Ottanta del Novecento ha promosso una serie di iniziative per il miglioramento delle pratiche igieniche e delle abitudini alimentari.

A un gradino superiore, con una copertura maggiore al 70%, si pone la ripartizione costituita da Nord Africa e Medio Oriente (73%). Nello specifico, la Libia (97%), l’Algeria (94%) e, a seguire, anche la Tunisia (85%), la più penalizzata dalla stentatezza delle zone rurali, si staccano completamente dal resto del Continente africano, con valori di tutt’altra entità. Sebbene la situazione di Nord Africa e Medio Oriente appaia incoraggiante, specialmente se confrontata con quella dell’Africa subsahariana e dell’Asia meridionale, i valori complessivi celano la forte dicotomia tra le aree rurali (53%), con condizioni igieniche precarie e servizi inefficaci e poco fruibili, e le realtà urbane (87%), che acquisiscono connotati ben differenti.

Sfiorano la soglia dell’80% America latina e Caraibi (79%), dove Bolivia (43%) e Nicaragua (48%), oltre al drammatico caso di Haiti (19%), rappresentano gli anelli deboli di un sistema in cui diversi Paesi – tra cui si distinguono Uruguay (100%), Costa Rica (96%), Cuba (98%) e altre isole – hanno compiuto passi importanti. Si è, pertanto, di fronte a un contesto contrassegnato da notevoli disomogeneità, sia tra le varie compagini, sia tra aree rurali e urbane (rispettivamente 52% e 86%).

Si apprestano, poi, a una copertura del 90% i Paesi dell’ECO e della CSI (89%)². Sussistono, tuttavia, alcuni casi che richiedono misure ad hoc, come quello della Romania (72%), il Paese che negli ultimi anni ha più contribuito all’immigrazione straniera in Italia e che, malgrado l’annessione nell’Unione Europea, il 1° gennaio 2007, fatica a uniformarsi agli standard qualitativi degli Stati membri.

Cristiano Pesaresi

1 La trasmissione oro-fecale è tipica dei Paesi in via di sviluppo e meno sviluppati, dove spesso, a causa delle gravi condizioni di arretratezza, della scarsa attenzione per l'igiene domestica e dell'inadeguatezza dei servizi igienico-sanitari e per lo smaltimento dei rifiuti, l'acqua e gli alimenti vengono a contatto diretto con sostanze fecali che provocano la contaminazione.

2 L'ECO o Organizzazione di Cooperazione Economica è un'organizzazione internazionale fondata nel 1985. Attualmente è costituita da dieci Paesi, sette asiatici e tre europei, che condividono l'obiettivo di individuare linee guida con cui favorire uno sviluppo corale e proficue attività economico-commerciali. La CSI o Comunità di Stati Indipendenti è una Federazione risalente al 1991, quale risultato della divisione dell'ex Unione Sovietica. Attualmente è composta da 12 Paesi e tra gli obiettivi vi è quello di favorire una certa cooperazione e un maggiore coordinamento, ad esempio commerciale e legislativo, tra gli Stati membri.