

Il ruolo delle missioni e strutture *faith-based* nel miglioramento della salute in Kenya: il caso della contea del Meru

Il contributo presenta una riflessione sulla relazione tra missioni, filantropia, cooperazione allo sviluppo e sviluppo locale in Kenya focalizzandosi sulla relazione tra sistemi faith-based per il miglioramento della salute, soprattutto quella materno-infantile. In particolare, il lavoro presenta gli esiti di studio della prima parte di ricerca sul caso del Kenya analizzano la relazione tra presenza di missioni, dati demografici e sanitari per comprendere se e come la presenza delle missioni abbia supportato lo sviluppo umano nella sua dimensione di salute infantile e materna. La ricerca coniuga l'approccio in indagine sul campo attraverso dati primari raccolti con analisi visuale ed interviste, a partire dal caso dell'area del Meru, con quello spaziale-quantitativo basato sui dati secondari delle inchieste demografiche e di salute (DHS) e del National Health Insurance Fund (JHIF) del Kenya. I risultati del lavoro evidenziano che le iniziative faith-based svolgono servizi essenziali in tutta la gerarchia dei livelli delle strutture sanitarie keniate dai dispensari all'emergenza e forniscono servizi fondamentali a supporto della salute materna e infantile. Tendenzialmente sono le strutture maggiormente concentrate su attività di rango elevato e sono localizzate in aree dove insistono missioni radicate ante e post la riforma missionaria prevista dal Concilio Vaticano II.

The Missionary Path and Faith-based Structure of Salvation in Kenya: Cooperation, Missionary Work, Philanthropy and Local Development

The paper presents an analysis on the relationship between missions, philanthropy, development cooperation and local development in Kenya focusing on the relationship between faith-based systems for improving health, especially maternal and child health. In particular, the paper presents the study outcomes of the first part of the Kenya case study on the relationship between mission presence, demographic and health data to understand whether and how mission presence has supported local development, in the broader terms of human development and particularly in terms of child and maternal health. The research combines the in-field survey approach through visual analysis and interviews, beginning with the case of the Meru area, with the spatial-quantitative approach based on data from the Demographic and Health Surveys (DHS) and Kenya's National Health Insurance Fund (JHIF). The results highlight that faith-based initiatives perform essential services throughout the hierarchy of levels of Kenyan health facilities from dispensaries, to emergency, and provide core services to support maternal and child health. They tend to be more focused on high-ranking activities and are located in areas where entrenched missions insisted on before and after the missionary reform envisioned by the Second Vatican Council.

Parole chiave: cooperazione, missioni religiose, Kenya, salute, Meru

Keywords: cooperation, religious missions, Kenya, health, Meru

Silvia Grandi, Università di Bologna, Dipartimento di Scienze Statistiche P. Fortunati – s.grandi@unibo.it

Lucia Ferrone, Università di Firenze, Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa – lucia.ferrone@unifi.it

Nota: i paragrafi 1, 2, 4 e 6 sono stati scritti congiuntamente. Il paragrafo 3 è da attribuirsi a Silvia Grandi, il paragrafo 5 a Lucia Ferrone.

1. Introduzione

I flussi di aiuto allo sviluppo per la cooperazione internazionale hanno visto negli anni un considerevole cambiamento della loro composizione, obiettivi e governance (Bini, 2017; Bini e altri, 2023; GeCo, 2016; Grandi, 2013). Uno dei fenomeni più

rilevanti è la presenza crescente di attori privati, incluse organizzazioni non-governative e fondazioni. I flussi filantropici sono ancora modesti in termini di volume rispetto all'aiuto pubblico allo sviluppo (APS) rappresentando solo il 5%, ma in settori chiave come quello della salute si posizionano al terzo posto in termini di flussi finanziari (OECD,



2018). Tuttavia, le definizioni tecniche dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) e gli studi sul ruolo degli attori non governativi nella cooperazione, non indagano eventuali sinergie o disallineamenti tra obiettivi degli APS e degli aiuti dei soggetti privati *profit* o *non profit*.

Una presenza costante, e contemporaneamente in evoluzione, che svolge un ruolo diffuso è quella delle organizzazioni religiose (*faith-based*) (Ter Haar e Ellis, 2006), in particolare negli aspetti legati alla salute, il cui ruolo è spesso tralasciato dagli studi sulla cooperazione internazionale. D'altra parte, queste organizzazioni non usano un linguaggio strettamente uguale a quello della cooperazione allo sviluppo, per quanto affine. Ad esempio, il Servizio per interventi caritativi per lo sviluppo dei popoli della Conferenza Episcopale Italiana sintetizza il suo obiettivo nel «realizzare la solidarietà e la cooperazione tra le Chiese a favore dei Paesi inseriti nella lista fornita dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico – Comitato per l'Aiuto allo Sviluppo (OCSE-DAC) e promuovere lo sviluppo integrale delle persone e delle comunità locali, secondo la dottrina sociale della Chiesa» (CEI, 2023).

Se da un lato la natura confessionale di questi attori li rende controversi o marginali nelle politiche e nelle statistiche, dall'altro sono spesso stati i fornitori iniziali di servizi essenziali (cure mediche, istruzione) in molti contesti (Cogneau e Moradi, 2014; Doyle e altri, 2020; Frankema, 2012). Nel tempo queste funzioni si sono radicate e sviluppate integrandosi con le politiche pubbliche di molti paesi del *Global South*. La presenza di missioni religiose è stata correlata al miglioramento sociale in diversi aspetti: nella salute (Calvi e Mantovanelli, 2018), mobilità intergenerazionale (Alesina e altri, 2021), diminuzione del matrimonio precoce e della poligamia (Kudo, 2017), miglioramento dell'istruzione e diminuzione della povertà (Dimico, 2014), finanche alla diffusione dei mezzi d'informazione (Woodberry, 2012), nonché alla gestione della salute mentale (Lewis Hall e altri, 2006). Pur partendo dall'obiettivo di evangelizzazione e una diffusione avvenuta attraverso il colonialismo che ne hanno messo in evidenza punti controversi e critici (Ananyev e Poyker, 2021; Connor, 2011; Manji e O'Coill, 2002), si ritiene interessante analizzare l'azione delle congregazioni religiose nel *Global South* in una prospettiva post Concilio Vaticano II (Grandi e Ferrone, 2024), coniugando un approccio di indagine qualitativa sul campo con quello quantitativo.

L'eterogeneità degli effetti delle missioni è an-

che dovuta alla loro doppia natura: da un lato rappresentano un approccio *top-down* che viene da un'istituzione piramidale, dall'altro la loro lunga presenza sul territorio le rende fortemente integrate nelle comunità locali, dove diventano punti di riferimento e motori di sviluppo *bottom-up* proprio in virtù della loro peculiare natura e del riconoscimento della cura e persistenza rispetto ad altri attori del sistema della cooperazione allo sviluppo. Sono, inoltre, nodi di reti di flussi filantropici di risorse materiali e finanziarie provenienti da altre aree del mondo, agendo quindi come *donors* che interagiscono sul campo. Rimane tuttavia aperta una domanda fondamentale, ossia la comprensione della relazione tra missioni e obiettivi di sviluppo (Hovland, 2008; Jedwab e altri, 2022; Manji e O'Coill, 2002).

In questo quadro il contributo presenta una riflessione sulla relazione tra missioni, filantropia, e cooperazione allo sviluppo. In particolare, sul contributo dei sistemi *faith-based* allo sviluppo umano in termini di salute materno-infantile, coniugando l'approccio di indagine sul campo e qualitativo con quello spaziale-quantitativo di dati demografici e sanitari. Il lavoro indaga il caso del Kenya per comprendere se e come la presenza delle missioni abbia supportato il miglioramento della salute infantile e materna. L'analisi empirica si basa su diverse fonti di dati raccolti sul campo, dati sulla presenza e posizione di strutture sanitarie *faith-based* odierne, e micro-dati sulla salute materna e infantile tratti dalle inchieste demografiche e di salute (DHS) del Kenya.

2. Metodo di ricerca

L'obiettivo di questa ricerca è l'analisi della relazione tra missioni e cooperazione internazionale allo sviluppo quale spazio non esplicito nella letteratura geografica, pur potendo rientrare più ampiamente negli studi coloniali, post-coloniali e neo-coloniali (Bignante e altri, 2024; Grandi, 2018; Ter Haar e Ellis, 2006). Al fine di giungere ad una prima analisi esplorativa si è scelto di adottare un'ipotesi semplificante, ossia di trascurare l'obiettivo di evangelizzazione, anche se naturalmente esplicito nel caso delle missioni, per enucleare quello di evidenziare gli obiettivi di metodo ed azione operativa nelle dimensioni della «riduzione della povertà» altresì nel linguaggio cristiano tendenzialmente sostituito con carità, sviluppo integrale, più precisamente sull'obiettivo di sviluppo sostenibile (SDG) dedicato alla salute e al benessere per tutti dell'Agenda 2030 (UN, 2015).

Dopo una fase di inquadramento teorico generale sulla dimensione religiosa e la cooperazione allo sviluppo a partire dalla parabola evolutiva della Compagnia di Gesù riportato in Grandi, 2018, (pp. 42-44), si è scelto di fare un'indagine sul campo su un caso meno vasto per poter aver potenzialmente un controllo più preciso dell'estensione dell'attività missionaria nei luoghi d'azione e della sua evoluzione in un contesto contemporaneo o comunque successivo alla riforma delle missioni avvenuta con il Concilio Vaticano II¹. A tal fine è stata scelta il caso delle missioni in Kenya della congregazione religiosa delle Piccole Suore di Santa Teresa del Bambin Gesù (Little Sisters of St. Therese of the Child Jesus – LSSTCJ) specializzate nella cura e salute materno-infantile ed attive nei territori del Meru dal 1965, anno del primo viaggio sul campo per la definizione del luogo di insediamento. Questo primo viaggio ha permesso di osservare alcune azioni sul territorio e raccogliere interviste per meglio enucleare le categorie di indagine nel caso di analisi del rapporto missioni e sviluppo, da cui è emerso proprio un primo livello di possibile relazione positiva fra la localizzazione di missioni, servizi sanitari *faith-based* per la salute materno-infantile e indicatori di sviluppo.

Per una verifica quantitativa si è proceduto all'analisi spaziale, utilizzando i sistemi informativi geografici (GIS) per combinare i dati estratti da un database geo-localizzato sulle strutture sanitarie in Africa, che riporta l'entità che gestisce ogni struttura², da cui sono state selezionate le strutture riportate come gestite da *faith-based organizations*, ed i dati sulla salute materna e infantile rilevati dall'inchiesta demografica e di salute (Demographic and Health Surveys, DHS: <https://dhsprogram.com>) del 2022. L'inchiesta DHS è un'indagine campionaria *multi-country* che viene svolta con cadenza di quattro o cinque anni. I dati raccolti sono rappresentativi a livello nazionale e di Admin2, ossia le contee nel caso del Kenya.

3. Missioni e strutture sanitarie in Kenya e nella contea del Meru

Il primo piano strategico nazionale del Kenya risale al 1999-2004. L'investimento nelle cure sanitarie di base è cresciuto significativamente, con il risultato di una espansione e miglioramento nella qualità dei servizi sanitari (Chen e altri, 2014). Tuttavia, la politica di *devolution* in atto dal 2010, demandando alle contee la gestione della sanità e riducendo il contributo del governo centrale, ha portato, fra le altre cose, a una scarsità di personale (Keats e altri, 2017; Masaba e Mmusi-Phetoe, 2020) e inefficienze e priorità diverse da parte delle regioni (Oraro-Lawrence e Wyss, 2020).

Ad oggi il sistema sanitario del Kenya è caratterizzato principalmente da tre categorie di attori: quello pienamente pubblico, quello *faith-based* e quello privato, questi ultimi con la possibilità di essere convenzionati al sistema sanitario nazionale che prevede un contributo minimale per poter accedere alle cure.

Un sistema articolato per livelli che tendenzialmente ripercorre le articolazioni territoriali, che vede quindi le località centrali di Nairobi e Mombasa come i luoghi dove si trovano i livelli ospedalieri più elevati. Il *pattern* dell'articolazione, tuttavia, sembra seguire anche la localizzazione delle missioni, in ragione della loro profondità di permanenza nei luoghi e quindi dei relativi sviluppi, come nel caso dell'ospedale di Kiirua, nato nel 1967 come primo presidio ostetrico-sanitario della congregazione delle LSSTCJ, che nei decenni si è evoluto e negli anni duemila ha raggiunto il livello di ospedale *faith-based* di livello 5.

In base al *dataset* del National Health Insurance Fund (NHIF, 2023)³, l'istituto parastatale istituito dal Ministero della salute del Kenya nel 1966, in Kenya nel 2023 sono presenti: (a) 8806 strutture sanitarie, di cui 6006 governative, (b) 2579 strutture private e (c) 301 *faith-based* che nella regione

Tab. 1. Strutture sanitarie in Meru articolate per livello e tipologia proprietaria.

Tipologia proprietaria della struttura	Level 2	%	Level 3, 3a, 3b	%	Level 4	%	Level 5	%	Level 6	TOTALE	%
Governativo	203	90%	32	48%	16	47%	1	20%	0	251	76%
Privato	20	9%	29	43%	2	35%	1	20%	0	52	19%
<i>Faith-based</i>	3	1%	6	9%	6	18%	3	60%	0	18	5%
Totale	226		67		24		5		0	332	

Fonte: elaborazione su dati NHIS, 2023.



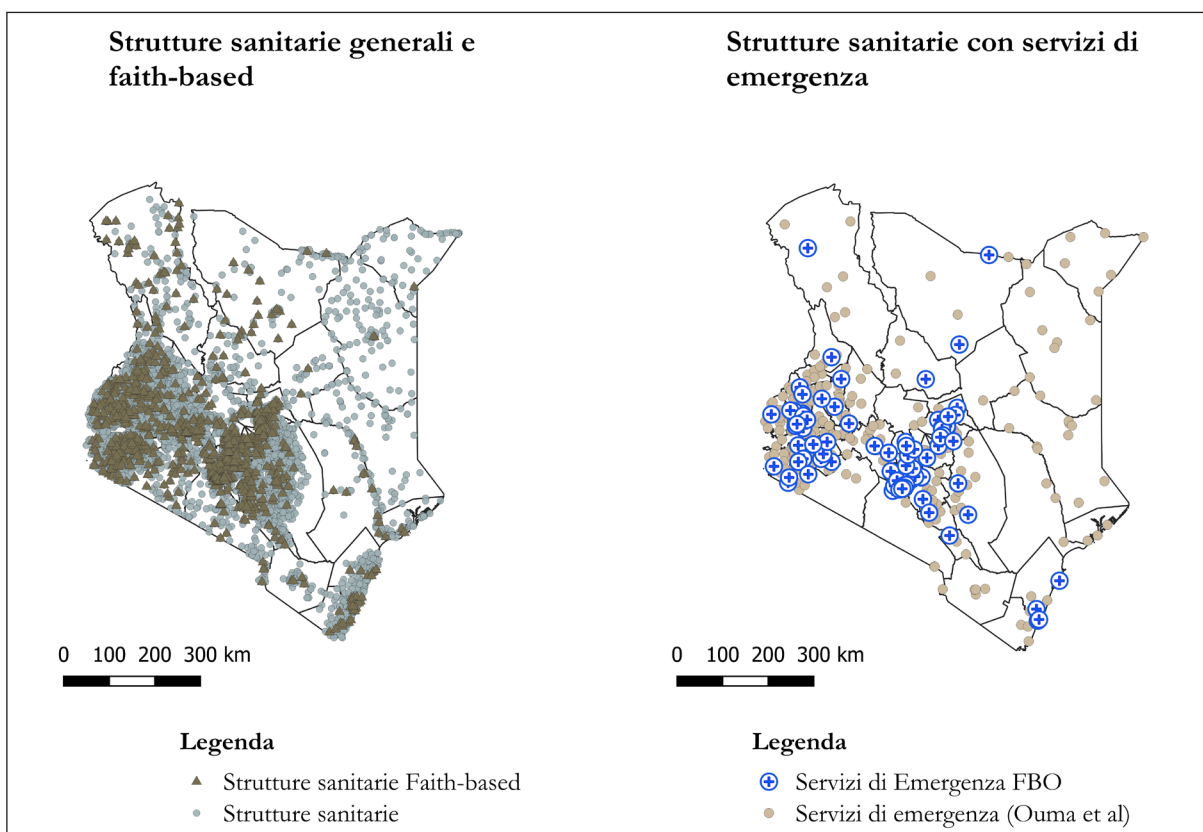


Fig. 1. Strutture sanitarie in Kenya.

Fonte: Elaborazione propria su database pubblico Health Facilities in Africa.

del Meru si declinano come rappresentato nella seguente tabella.

Attualmente, gli ospedali *faith-based* svolgono varie funzioni che spaziano dalle cure di base a quelle più avanzate. Tra le attività sono incluse la formazione del personale infermieristico, i servizi di ricovero e ambulatoriali, l'assistenza prenatale e postnatale, l'esecuzione di ecografie, la gestione di emergenze ostetriche, inclusi il taglio cesareo e la terapia occupazionale. Questi ospedali ben consolidati offrono anche servizi di laboratorio e prestazioni mediche di tecnologia avanzata; offrono consulenze e test volontari per l'HIV e AIDS, diabete e l'ipertensione, oltre a servizi di fisioterapia, ortopedia, oncologia e chirurgia. Inoltre, organizzano incontri per la sensibilizzazione all'educazione alimentare e per la sensibilizzazione agli screening preventivi.

La fig. 1 mostra a sinistra le strutture sanitarie *faith-based* e tutte le strutture sanitarie, mentre a destra le strutture sanitarie con servizi di emergenza, evidenziando di nuovo quelle *faith-based*. Si può notare come le strutture *faith-based* costituiscano una buona parte delle strutture sanitarie kenyote.

Inoltre, si evince chiaramente che la maggior parte delle strutture *faith-based* si trova nella parte sud-occidentale e centrale del paese, dove storicamente si sono insediate le prime missioni, e che corrisponde alla parte attualmente più popolosa del paese.

4. Salute materna e infantile in Meru e nel Kenya

Dalle interviste sul campo nell'area del Meru (Timau, Kiirua, Machacka) emerge che l'area, nella fine degli anni Sessanta e Settanta, rappresentava una regione non centrale rispetto al sistema sanitario sia per la distanza da Nairobi sia per le condizioni del sistema di connessione stradale. L'approvvigionamento dell'acqua, essenzialmente legato al sistema idrico del Monte Kenya e delle sue foreste, non raggiungeva direttamente la maggior parte delle comunità del territorio con effetti nella dieta e nella salute degli abitanti con particolare effetto su donne e bambini. Essenzialmente malnutrizione, mortalità infantile e materna presentavano dati molto alti anche a causa di patologie relativamente semplici derivanti da pratiche igieniche quotidiane

Tab. 2. Luogo del parto dell'ultima gravidanza per le donne 15-49 anni.

	Frequenza	Percentuale
Casa	2.277	19,42
Struttura Pubblica	7.426	63,32
Struttura Privata	1.381	11,78
ONG	29	0,25
Faith-based	551	4,70
Altro	63	0,54
Totale	11.727	100,00

Fonte: elaborazione su dati DHS, 2022.

di uso promiscuo degli spazi per cucinare, svolgere le attività artigianali, agricole, di allevamento e personali, nonché di sepoltura. La mortalità infantile in Kenya alla fine degli anni Sessanta, infatti, si attestava su un tasso di 119 morti ogni 1000 nascite; un decennio dopo, nel 1978, era passata all'88 per mille (Kenya Ministry of Health, 2013; Pebley, 1992) ed è diminuita a ritmi costanti fino alla fine degli anni Ottanta, quando vi è stata un'inversione di tendenza che è proseguita per tutto il decennio successivo (Ikamari, 2004; Pebley, 1992). Nel rapporto demografico e sulla salute del 1989 la mortalità alla nascita nel periodo 1974-1978 è del 64 per mille e quella infantile è del 44 per mille. Inoltre, le testimonianze raccolte dalle missionarie delle LSSTCJ sul campo suggeriscono che l'accesso alle cure mediche e alla formazione in materia di salute e igiene avesse una distribuzione molto diseguale sul territorio. Ad esempio, nel distretto del Meru al tempo del loro primo insediamento (anni 1967-1968) emerge che non vi fossero strutture, medicinali e un siste-

ma medico-sanitario accessibili al di fuori del capoluogo stesso, soprattutto verso nord-est; probabilmente nulla a parte i sistemi di cura e di maternità delle culture locali tradizionali. La mortalità materna, la malnutrizione e la morbidità infantile legate alle condizioni igieniche sono i fattori che furono identificati come criticità principali a cui fare fronte nell'azione di insediamento delle prime strutture. Per la salute materno-infantile nel nord della Contea del Meru l'arrivo di cure basate sulla medicina e ostetricia europea furono significativamente incrementate dalla presenza delle missionarie infermiere e ostetriche nel caso di Kiirua delle LSSTCJ che, appoggiate inizialmente alla struttura parrocchiale locale⁴, svilupparono prima un ambulatorio da campo, poi un dispensario, seguito da una struttura ambulatoriale in grado di gestire anche attività d'emergenza ospedaliera di base e una maternità di circa 70 letti nel 1978. Nel 2002 l'ospedale ha aperto anche la struttura operatoria stabile, nel 2011 ha raggiunto i 120 posti letto diventando livello 4 ed infine 5 dal 2022 con 235 posti letto⁵.

A scala nazionale c'è stata una diminuzione costante dei tassi di mortalità infantile (dei bambini minori di un anno e di cinque anni) che sono passati rispettivamente da oltre il 50 per mille a meno del 30, e da oltre l'85 per mille a meno al 37 fra il 2003 e il 2021. La mortalità materna non è invece diminuita allo stesso ritmo, e anzi è aumentata dal 2010, riportandosi su livelli simili al 2003. La mortalità materna risulta più difficile da eliminare, poiché ha cause più complesse che richiedono pronto accesso, per esempio, a servizi di emergenza (Buor e Bream, 2004, Say e altri, 2014), ancora non largamente raggiungibili. Per quanto riguarda invece gli altri indicatori rilevanti per la salute materna e infantile, la percentuale di nascite assistite da personale qualifi-

Tab. 3. Livello di ricchezza (in quintili) delle donne secondo il luogo del parto.

Quintile di Ricchezza					
Luogo del parto	Quintile più povero	2 Quintile	Quintile medio	4 Quintile	Quintile più ricco
Casa	76,42	11,11	6,28	4,66	1,54
Struttura Pubblica	24,87	19,45	20,78	21,95	12,95
Struttura Privata	7,75	12,31	16,22	24,91	38,81
ONG	37,93	3,45	17,24	27,59	13,79
Faith-based	17,79	18,15	20,69	23,41	19,96
Altro	63,49	25,40	7,94	3,17	0,00
Totale	32,77	16,92	17,34	18,92	14,04

Fonte: elaborazione su dati DHS, 2022.

cato è aumentata considerevolmente dal 41.6% nel 2003 a oltre il 70% del 2016⁶. Tuttavia, permangono forti disparità regionali che i miglioramenti non sono riusciti ad appianare (Keats e altri, 2017; Macharia e altri, 2021).

Le cure e la sensibilizzazione all'igiene attraverso le madri, fornite essenzialmente in modo gratuito, nel caso di questi sistemi *faith-based* hanno creato un senso di solidarietà nel luogo e nelle città di provenienza dei missionari, di comunità a cui la popolazione locale ha riconosciuto e riconosce qualità, fiducia e solidità che si è sviluppato nei decenni di permanenza in uno stile sobrio. La scelta localizzativa delle missioni e delle attività di supporto sanitario è piuttosto erratica, ma una volta stabilitesi, le missioni sono persistite (Jedwab e altri, 2022), come dimostrano anche le storie delle principali missioni e centri sanitari missionari del Meru.

I dati raccolti attraverso le interviste delle religiose ostetriche o infermiere che hanno agito nell'area di Kiirua negli anni fanno emergere un ruolo significativo nel migliorare le condizioni igienico-sanitarie e nell'accompagnamento di infermiere ed ostetriche delle nascite, soprattutto nei casi di parti complessi. Questo è avvenuto attraverso campagne di sensibilizzazione rivolte alle madri volte a trasmettere alcune indicazioni su pratiche sanitarie che rendessero consapevoli di elementi di base relative alla maternità nonché riducessero la proliferazione batterico-virale o migliorassero la composizione della dieta, quali ad esempio: l'uso del sapone e dell'acqua bollita; la segregazione delle aree di cucina, allevamento e defecazione nelle abitazioni, pratiche per la preparazione del cibo, etc.

La presenza costante, la gratuità del servizio e il passa-parola legato ai risultati di successo nel fornire cure adeguate ha creato il rapporto di fiducia territoriale che ha portato ad un potenziale impatto significativo nei numeri di parti accompagnati da personale esperto. La stima raccolta attraverso le interviste, tra gli anni Settanta e Novanta, è quantificata in una media di circa sette bambini al giorno nel bacino della popolazione di Kiirua del Meru, con provenienze da aree ancora più marginali del nord. In 40 anni di presenza del presidio ostetrico-sanitario, questo significa aver assistito circa 100.000 nascite.

Nel 2013 il governo ha varato una riforma per garantire l'accesso gratuito alla salute materna e neonatale, chiamata *Free Maternity Service* (FMS), che prevede che tutti i costi associati alla maternità, dalla gravidanza alle cure post-natali effettuate in una qualunque struttura pubblica siano a carico del governo (Bourbonnais, 2013; Kenya Ministry of Health, 2015). Dopo due anni dall'inizio del provve-

dimento si è verificato un sostanziale aumento delle cure prenatali, incluse le tempistiche e il numero delle visite di controllo, e il parto assistito da personale qualificato (Dennis e altri, 2018; Lang'at e altri, 2019). Questi risultati suggeriscono che i costi siano una delle maggiori barriere all'utilizzo di assistenza medica qualificata da parte delle donne, e quindi influenzano direttamente la salute materna e neonatale. Inoltre, è aumentato anche l'uso di servizi ostetrici di emergenza (Lang'at e altri, 2019). Secondo uno studio recente (Ouma e altri, 2018) il Kenya è fra i 10 Paesi con la maggior copertura di servizi di emergenza, e solo il 7% delle donne in età riproduttiva (15-49 anni) vive a più di due ore di distanza da un ospedale.

Nel 2022, circa il 5% delle donne del campione rilevato ha partorito in una struttura *faith-based* (tab. 2). Guardando alle caratteristiche economiche, la distribuzione fra le varie tipologie di strutture sanitarie è simile per donne appartenenti ai diversi quantili di ricchezza, con una maggiore percentuale di donne abbienti che partoriscono in strutture private (39%), mentre il 76% delle donne che partoriscono in casa sono fra le più povere. Delle donne che partoriscono in strutture *faith-based*, il 17.8% appartengono al quantile più povero, mentre il 20% a quello più ricco (tab. 3).

5. Risultati dell'analisi spaziale

Usando i dati dell'inchiesta DHS del 2022, opportunamente analizzati con un sistema GIS, si è osservata la distribuzione spaziale, a livello regionale, di alcuni indicatori fondamentali relativi alla salute materna e infantile volti a trovare eventuali correlazioni tra la presenza di missioni, strutture *faith based* e condizioni medico-sanitarie.

La fig. 2 e la fig. 3 mostrano i livelli medi regionali di due importanti indicatori: la percentuale di nascite che avviene in strutture sanitarie adeguate, e il numero di visite prenatali effettuato durante la gravidanza, che dovrebbero essere almeno quattro, secondo le linee guida dell'OMS (World Health Organization, 2016). L'accesso alle strutture sanitarie e a personale sanitario adeguatamente formato durante la gravidanza e il parto, così come la cura post-natale, prevengono la mortalità materna per cause direttamente collegate alla gravidanza e al parto, così come la mortalità neonatale e infantile (Alvarez e altri, 2009; Nimi e altri, 2016).

I dati non permettono di scendere a un livello geografico minore, ma già a livello regionale è possibile notare come le regioni meridionali e sud-occidentali, dove in generale sono più concentrate le

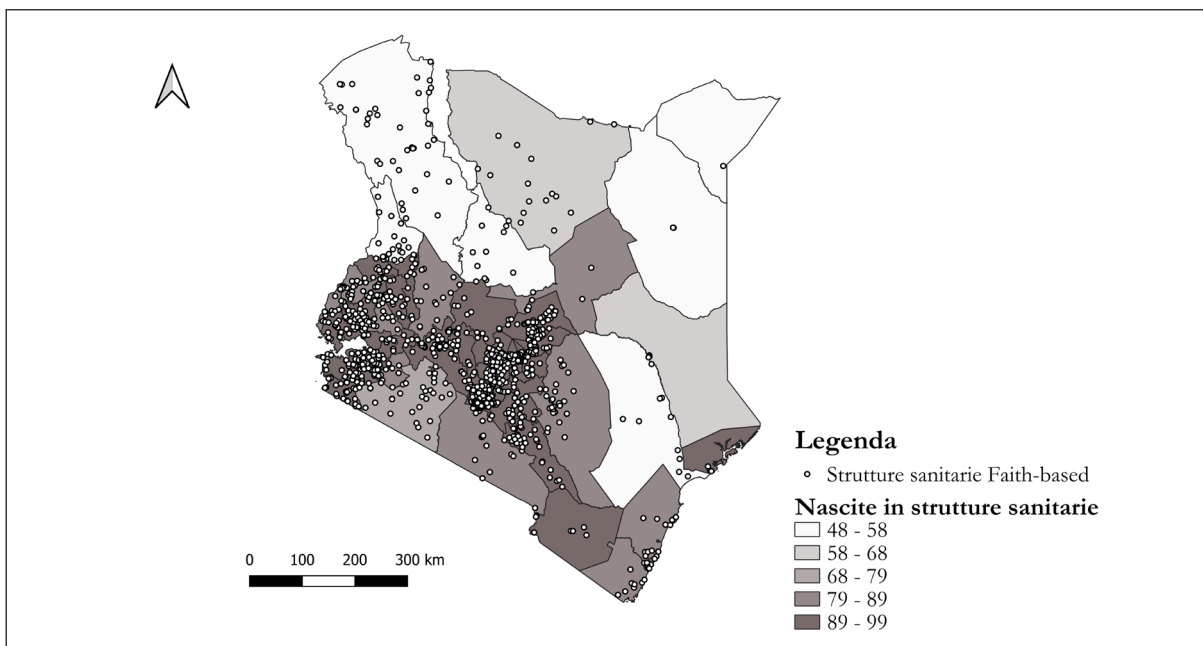


Fig. 2. Percentuale di nascite avvenute in strutture sanitarie adeguate.
Fonte: elaborazione propria su dati DHS2022.

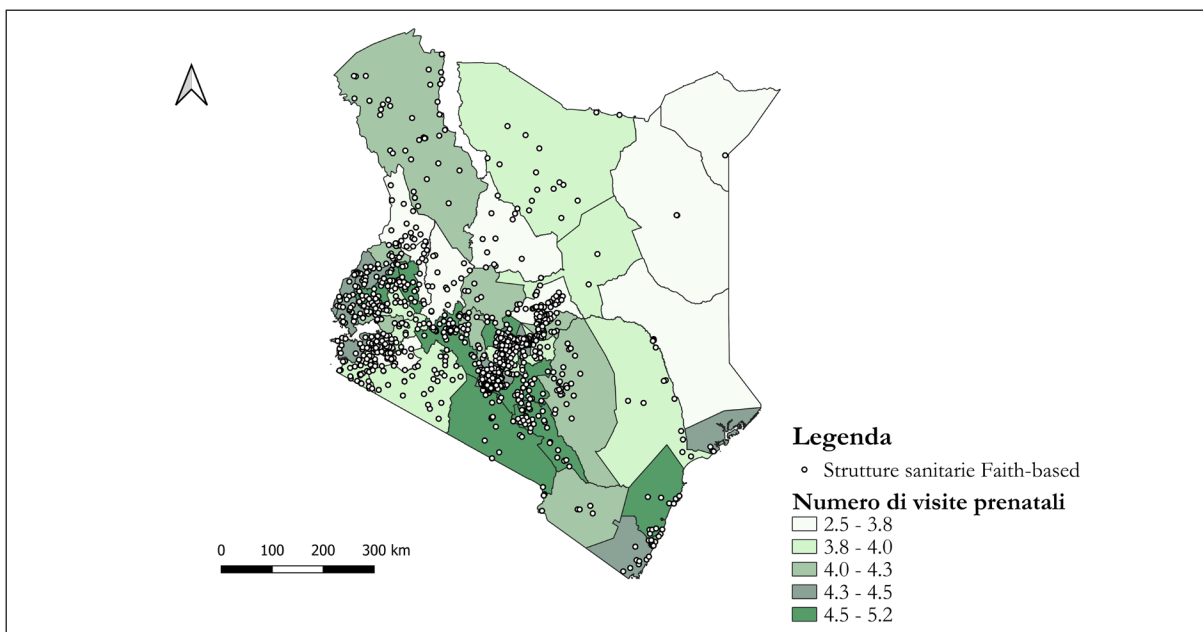


Fig. 3. Numero di visite prenatali.
Fonte: elaborazione propria su dati DHS2022.

strutture sanitarie comprese quelle *faith-based*, abbiano risultati migliori in entrambi gli indicatori. Per quanto riguarda la percentuale di nascite avvenute in strutture sanitarie, la distribuzione spaziale dei livelli più alti segue molto da vicino la distri-

buzione delle strutture sanitarie *faith-based*. Mentre per il numero di visite prenatali, la relazione con la presenza di strutture *faith-based* è meno marcata, anche se sempre presente.

6. Conclusioni

L'analisi del caso del Kenya e della regione del Meru, sia da un punto di vista di indagine sul campo sia attraverso l'analisi geografica spaziale, mette in evidenza una potenziale relazione strutturale tra missioni, filantropia, cooperazione allo sviluppo e miglioramento della salute materno-infantile.

Pur ancora ad un primo stadio di approfondimento, la raccolta di informazioni qualitative, visuali e l'analisi quantitativo-spaziale confermano che le iniziative ospedaliere *faith-based* sono parte integrante del tessuto e della rete dei servizi sanitari in Kenya (NHIF, 2023). Le iniziative *faith-based* svolgono servizi essenziali in tutta la gerarchia dei livelli delle strutture sanitarie keniate dai dispensari, all'emergenza e forniscono servizi fondamentali a supporto della salute materna e infantile. Questo è specialmente vero nelle regioni meridionali e sud-occidentali del Paese, dove storicamente si insediarono le missioni religiose già all'inizio del Novecento, nonché le aree relativamente più demograficamente popolate del Kenya.

Osservando regioni più periferiche, come emerge dal caso del Meru, basandosi su dati raccolti sul campo o risalenti al periodo post Vaticano II, emerge anche un possibile trend: ossia un'evoluzione delle strutture *faith-based* più rapida di quella governativa verso strutture ospedaliere di rango più elevato a fronte di un servizio nazionale che tende a garantire soprattutto i livelli essenziali e questa evoluzione può essere legata a dinamiche di cooperazione internazionale codificata come *non-for profit* e filantropica legata ai flussi di volontariato missionario. In particolare, per quanto riguarda la salute materna ed infantile, la distribuzione spaziale per contea di alcuni indicatori fa emergere che questi siano considerevolmente migliori nelle zone con una maggiore concentrazione non solo di strutture sanitarie, ma di strutture *faith-based*.

In conclusione, anche se a questo primo stadio della ricerca non si può tracciare un nesso causale fra la presenza delle missioni religiose, le iniziative *faith-based* e la salute materna e infantile, si può affermare che queste ultime possono aver beneficiato nel tempo dalla presenza diffusa di iniziative *faith-based* e che questa relazione abbia ancora spazi per ulteriori approfondimenti nella ricerca. In particolare, nella seconda fase della ricerca, si intende aumentare la base di dati spaziale sulle strutture sanitarie e sulle congregazioni religiose attive e sui progetti finanziati grazie alla cooperazione privata *non-for profit* legata alle donazioni per le azioni missionarie – riconducibile al caso di *faith-based private philanthropy* – oltre al caso delle LSSTJC e il Meru,

e rafforzare il sistema informativo geografico con una mappatura dei siti missionari attuali non disponibile in letteratura.

Riferimenti bibliografici

- Alesina Alberto, Sebastian Hohmann, Stelios Michalopoulos e Elias Papaioannou (2021), *Intergenerational Mobility in Africa*, in «Econometrica», 89, 1, pp. 1-35.
- Alvarez Jose L., Gil Ruth, Hernández Valentin e Gil Angel (2009), *Factors Associated with Maternal Mortality in Sub-Saharan Africa: An Ecological Study*, in «BMC Public Health», 9, 1, p. 462.
- Ananyev Maxim e Michael Poyker (2021), *Christian Missions and Anti-gay Attitudes in Africa*, in «Journal of Economic Behavior and Organization», 184, pp. 359-374.
- Bignante Elisa, Valerio Bini, Isabella Giunta e Paola Minoia (2024), *Geografie Critiche della cooperazione internazionale*, Torino, UTET.
- Bini Valerio (2017), *La cooperazione internazionale oltre lo sviluppo? Opportunità e opportunismi*, in «JUNCO | Journal of Universities and international development COoperation», 1, 2, articolo 2.
- Bini Valerio, Lucia Ferrone e Silvia Grandi (2023), *Narrazioni dello sviluppo sostenibile: Povertà, conflitti ambientali, transizioni energetiche e Agenda post-2030*, in Valeria Albanese e Giuseppe Muti (a cura di), *Oltre la globalizzazione. Narrazioni/Narratives*, Società di Studi Geografici, pp. 711-712.
- Bourbonnais Nicole (2013), *Implementing Free Maternal Health Care in Kenya*, Kenya National Commission on Human Rights (KNCHR).
- Buor Daniel e Kent Bream (2004), *An Analysis of the Determinants of Maternal Mortality in Sub-Saharan Africa*, in «Journal of Women's Health», 13, 8, pp. 926-938.
- Calvi Rossella e Federico G. Mantovanelli (2018), *Long-term Effects of Access to Health Care: Medical Missions in Colonial India*, in «Journal of Development Economics», 135, pp. 285-303.
- CEI (2023), *Comitato per gli interventi caritativi per lo sviluppo dei popoli*, in «Chiesacattolica.it», <https://www.chiesacattolica.it/lac-conferenza-episcopale-italiana/organismi-istituzioni-incarichinazionali/cei-comitato-per-gli-interventi-caritativi-a-favore-del-terzo-mondo/>; (ultimo accesso: 30.IV.2025).
- Chen Annie, Arin Dutta, Thomas Maina (2014), *Assessing the Quality of Primary Healthcare Services in Kenya. Evidence from the PETS-PLUS Survey 2012 [Brief]*, Health Policy Project, https://www.healthpolicyproject.com/pubs/479_Kenya-PETSSDIBriefFINAL.pdf; (ultimo accesso: 30.IV.2025).
- Cogneau Denis e Alexander Moradi (2014), *Borders That Divide: Education and Religion in Ghana and Togo Since Colonial Times*, in «The Journal of Economic History», 74, 3, pp. 694-729.
- Connor Jonathan (2011), *Development for Whom? Homosexuality and Faith-based Development in Zimbabwe*, in «Development in Practice», 21, 6, pp. 860-869.
- Dennis Mardie L., Timothy Abuya, Oona M. R. Campbell, Lenka Benova, Angela Baschieri, Matteo Quartagno e Benjamin Bellows (2018), *Evaluating the Impact of a Maternal Health Voucher Programme on Service use Before and After the Introduction of Free Maternity Services in Kenya: A Quasi-experimental Study*, in «BMJ Global Health», 3, 2, e000726.
- Dimico Arcangelo (2014), *Poverty Trap and Educational Shock: Evidence from Missionary Fields*, in «QUCHE Working Paper Series», Working Paper 14-07.
- Doyle Shane, Felix Meier zu Selhausen e Jacob Weisdorf (2020), *The Blessings of Medicine? Patient Characteristics and Health*

- Outcomes in a Ugandan Mission Hospital, 1908–1970*, in «Social History of Medicine», 33, 3, pp. 946–980.
- Frankema Ewout H. P. (2012), *The Origins of Formal Education in Sub-Saharan Africa: Was British Rule More Benign?*, in «European Review of Economic History», 16, 4, pp. 335–355.
- GeCo (2016), *Lasciarsi provocare dal mondo. Geografia e cooperazione allo sviluppo: Una relazione antica, un dibattito attuale*, in «Rivista Geografica Italiana», 123, 3, pp. 347–358.
- Grandi Silvia (2013), *Sviluppo, geografia e cooperazione internazionale. Teorie, politiche e mappamondi*, Imola, La Mandragora.
- Grandi Silvia (2018), *Viaggio tra le concezioni dello sviluppo*, Imola, La Mandragora.
- Grandi Silvia e Lucia Ferrone (2024), *Iniziativa faith-based in Kenya per un'analisi della relazione tra sviluppo e missionarietà dopo il Concilio Vaticano II e i processi onusiani*, in Giovanni Messina, Enrico Nicosia e Carmelo Maria Porto (a cura di), *Oltre la globalizzazione – Sud/South*, Memorie geografiche, NS 26, pp. 207–214.
- Hovland Ingie (2008), *Who's Afraid of Religion? Tensions between «Mission» and «Development» in the Norwegian Mission Society*, in Gerard Clarke e Michael Jennings (a cura di), *Development, Civil Society and Faith-Based Organizations: Bridging the Sacred and the Secular*, Londra, Palgrave Macmillan, pp. 171–186.
- Ikamari Lawrence D. (2004), *An Upsurge in Early Childhood Mortality in Kenya: A Search for Explanations*, in «African Journal of Health Sciences», 11, 1, articolo 1.
- Jedwab Remi, Felix Meier zu Selhausen e Alexander Moradi (2022), *The Economics of Missionary Expansion: Evidence from Africa and Implications for Development*, in «Journal of Economic Growth», 27, 2, pp. 149–192.
- Keats Emily C., Anthony Ngugi, William Macharia, Nadia Akseer, Emma N. Khaemba, Zaid Bhatti, Adeel Rizvi, Jonh Tole e Zulfiqar A. Bhutta (2017), *Progress and Priorities for Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health in Kenya: A Countdown to 2015 Country Case Study*, in «The Lancet Global Health», 5, 8, pp. e782–e795.
- Kenya Ministry of Health (2013), *Kenya Service Availability and Readiness Assessment Mapping*, <https://africacheck.org/sites/default/files/media/documents/2021-11/Kenya%20service%20availability%20and%20readiness%20mapping%202013%20report.pdf>; (ultimo accesso: 30.IV.2025).
- Kenya Ministry of Health (2015), *Status of Implementation of Free Maternity Services (FMS) Program in the Devolved Health System in Kenya*, https://publications.universalhealth2030.org/uploads/free_maternal_health_services_report_feb_2015_final1_doc.pdf; (ultimo accesso: 30.IV.2025).
- Kudo Yuya (2017), *Missionary Influence on Marriage Practices: Evidence from the Livingstonia Mission in Malawi*, in «Journal of African Economies», 26, 3, pp. 372–431.
- Lang'at Evaline, Lillian Mwanri e Marleen Temmerman (2019), *Effects of Free Maternity Service Policy in Kenya: An Interrupted Time Series Analysis*, in «The Lancet Global Health», 7, p. S21.
- Lewis Hall M.E., Keith J. Edwards e Todd W. Hall (2006), *The Role of Spiritual and Psychological Development in the Cross-cultural Adjustment of Missionaries*, in «Mental Health, Religion e Culture», 9, 2, pp. 193–208.
- Macharia Peter M., Noel K. Joseph, Robert W. Snow, Benn Sartorius, Emelda A. Okiro (2021), *The Impact of Child Health Interventions and Risk Factors on Child Survival in Kenya, 1993–2014: A Bayesian Spatio-temporal Analysis with Counterfactual Scenarios*, in «BMC Medicine», 19, 1, p. 102.
- Manji Firoze e Carl O'Coill (2002), *The Missionary Position: NGOs and Development in Africa*, in «International Affairs», 78, 3, pp. 567–584.
- Masaba Brian Barasa e Rose Mmusi-Phetoe (2020), *Free Maternal Health Care Policy in Kenya: Level of Utilization and Barriers*, in «International Journal of Africa Nursing Sciences», 13, p. 100234.
- Messina Giovanni, Enrico Nicosia e Carmelo Maria Porto (2024) (a cura di), *Oltre la Globalizzazione – Sud/South*, in *Memorie geografiche*, NS 26, Firenze, Società di Studi Geografici.
- NHIF (2023), *Hospital Listing—National Health Insurance Fund [dataset]*, <https://www.nhif.or.ke/hospital-listing/>; (ultimo accesso: 30.IV.2025).
- Nimi Tazi, Silvia Fraga, Diogo Costa, Paulo Campos e Henrique Barros (2016), *Prenatal Care and Pregnancy Outcomes: A Cross-sectional Study in Luanda, Angola*, in «International Journal of Gynecology e Obstetrics», 135, pp. S72–S78.
- OECD (2018), *Private Philanthropy for Development, Organisation for Economic Co-operation and Development*, https://www.oecd-ilibrary.org/development/private-philanthropy-for-development_9789264085190-en; (ultimo accesso: 30.IV.2025).
- Oraro-Lawrence Tessa e Kaspar Wyss (2020), *Policy Levers and Priority-setting in Universal Health Coverage: A Qualitative Analysis of Healthcare Financing Agenda Setting in Kenya*, in «BMC Health Services Research», 20, 1, p. 182.
- Ouma Paul O., Joseph Maina, Pamela N. Thurair, Peter M. Macharia, Victor A. Alegana, Mike English, Emelda A. Okiro e Robert W. Snow (2018), *Access to Emergency Hospital Care Provided by the Public Sector in Sub-Saharan Africa in 2015: A Geocoded Inventory and Spatial Analysis*, in «The Lancet Global Health», 6, 3, pp. e342–e350.
- Pebley Anne R. (1992), *Child Mortality since the 1960s: A Database for Developing Countries*, in «Population and Development Review», 18, 4, p. 760.
- Say Lale, Doris Chou, Alison Gemmill, Özge Tunçalp, Ann-Beth Moller, Jane Daniels, A. Metin Gülmezoglu, Marleen Temmerman e Leontine Alkema (2014), *Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis*, in «The Lancet Global Health», 2, 6, pp. e323–e333.
- STMH-K (2023), *STRATEGIC PLAN 2023–2027, St. Theresa Mission Hospital – Kiirua*, <https://sttheresahosp-kiirua.com/strategic-plan-2023-2027>; (ultimo accesso: 30.IV.2025).
- Ter Haar Gerrie e Stephen Ellis (2006), *The Role of Religion in Development: Towards a New Relationship between the European Union and Africa*, in «The European Journal of Development Research», 18, 3, pp. 351–367.
- Vedovato Giuseppe (1975), *Decolonizzazione e sviluppo*, Roma, Istituto Italo-Africano.
- Woodberry Robert D. (2012), *The Missionary Roots of Liberal Democracy*, in «American Political Science Review», 106, 2, pp. 244–274.
- World Health Organization (2016), *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*, World Health Organization, <https://iris.who.int/handle/10665/250796>; (ultimo accesso: 30.IV.2025).

Note

¹ Per un approfondimento sulla riforma, gli obiettivi e la governance delle missioni ai sensi del Concilio Vaticano II si veda Grandi e Ferrone, 2024.

² *Health Facilities in Sub-Saharan Africa*: <https://data.humdata.org/dataset/health-facilities-in-sub-saharan-africa?>; (ultimo accesso: 30.IV.2025).

³ *National Health Insurance Fund*: <https://www.nhif.or.ke/hospital-listing/>; (ultimo accesso: 30.IV.2025).

⁴ La localizzazione di queste strutture segue essenzialmente la governance prevista nei decreti del Concilio Vaticano II, ossia le scelte sono coordinate dal vescovo della diocesi locale e dal più generale coordinamento a Nairobi.



⁵ Un'evoluzione che ha visto la sempre maggiore integrazione di personale non religioso locale dagli anni Ottanta con un salto significativo negli ultimi vent'anni. Lo sviluppo avvenuto nel primo ventennio XXI secolo può essere ricondotto anche a due fattori principali: le modalità manageriali professionalizzate in modo strategico delle religiose keniane della congregazione e alcune donazioni filantropiche avvenute per il tramite associazioni italiane *non for profit* particolarmente riuscite (STMH-K, 2023) che hanno reso possibile anche l'attivazione di finanziamenti bancari, quest'ultimo a fronte, tuttavia di un nuovo sistema di *pricing* delle prestazioni allineando la struttura ai sistemi di cura basate sulle assicurazioni sanitarie pubbliche o private.

⁶ I valori per la serie temporale della mortalità materna sono stimati dalla OMS usando dati provenienti da diverse agenzie ONU. I dati relativi alla mortalità infantile provengono dal gruppo inter-agency dell'ONU (formato da UNICEF, WHO, World Bank, UN DESA Population Division) www.childmortality.org; (ultimo accesso: 30.IV.2025). I dati sull'assistenza al parto sono presi da UNICEF, *State of the World's Children, Childinfo, and Demographic and Health Surveys*.