



**MEDICI
CON L'AFRICA**
CUAMM



SALUTE E SVILUPPO

rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
dicembre 2012 — n° 65

BRIDGING THE GAP



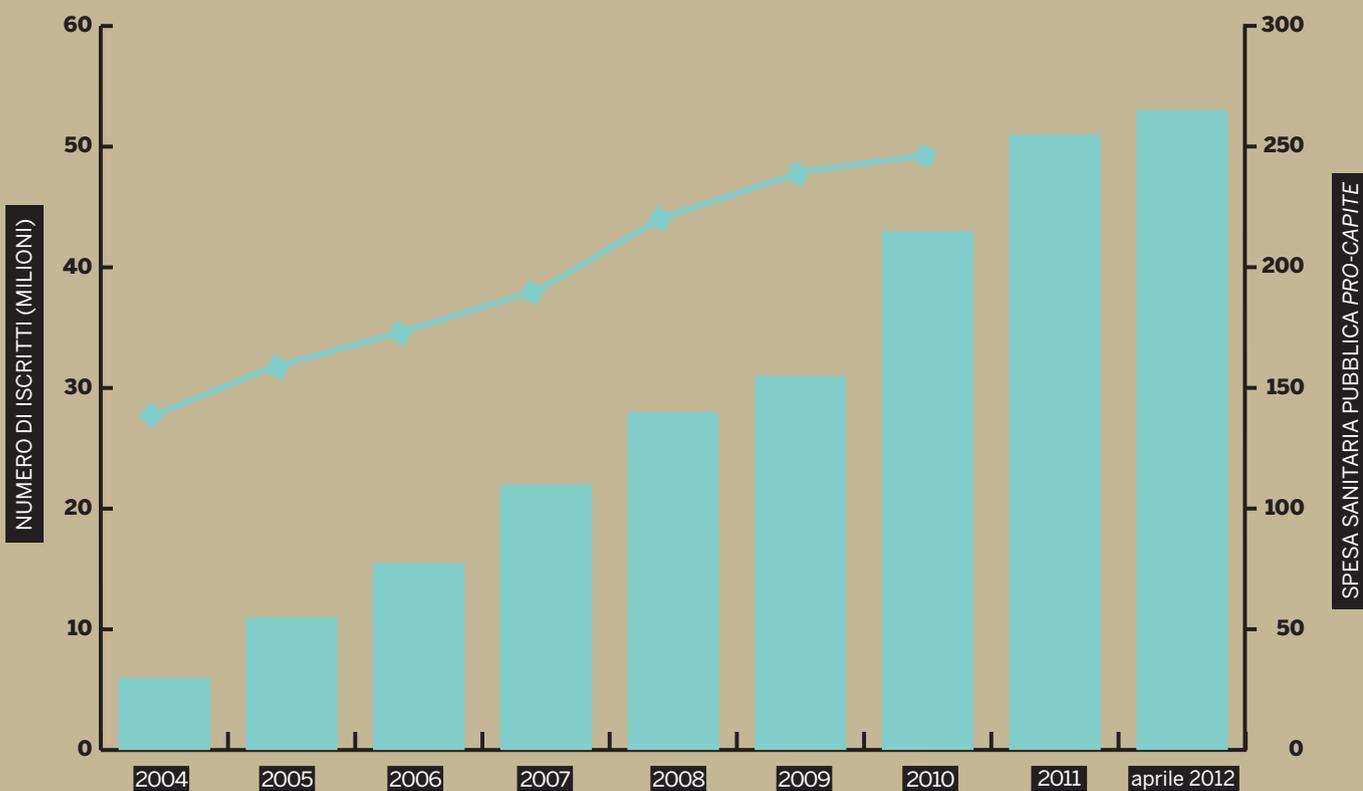


LA NOTIZIA

Salute per tutti in Messico

Il 2012 rappresenta una data importante per la storia della sanità messicana e per l'intera nazione: il raggiungimento della copertura sanitaria universale. Nove anni prima, nel 2003, metà della popolazione messicana (oltre 50 milioni di persone, per lo più con redditi bassi) era priva di copertura assicurativa e quindi esposta a spese catastrofiche in caso di malattia oppure costretta a rinunciare alle cure per mancanza di soldi. Nella figura le colonne indicano l'evoluzione della copertura (milioni di persone), la linea indica l'evoluzione della spesa sanitaria pubblica *pro-capite* (dollari).

FIGURA / EVOLUZIONE NELL'ISCRIZIONE A *SEGURO POPULAR* E DELLA RELATIVA SPESA SANITARIA PUBBLICA *PRO-CAPITE*. ANNI 2004-2012



INDEX



DIALOGO

PAG. 2

LA RIVINCITA DI **ALMA ATA**

Testo di / Gavino Maciocco

PAG. 3

IN CAMMINO CON L'UOMO

Testo di / don Dante Carraro



FORUM

PAG. 6

SALUTE GLOBALE **IN POLONIA**

Testo di / Alice Perfetti, Davide Ciringione, Valentina Gambino e Maria Rosaria Acquaro - Sism, Segretariato italiano studenti di Medicina Dagna Chwarścianek - Ifmsa Poland

PAG. 7

FORMARE NUOVI MEDICI

PAG. 8

IL SISTEMA SANITARIO **IN BULGARIA**

Testo di / Angelika Velkova e Annie Antonova - Dipartimento di Salute pubblica, Università di Medicina - Pleven, Bulgaria

PAG. 9

UNA RETE DI **SALUTE GLOBALE**



ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 12

TECNOLOGIE "FRUGALI" PER LA SALUTE GLOBALE

Testo di / Massimo La Raja

PAG. 14

SIERRA LEONE

Testo di / Serena Brusamento



APPROFONDENDO

PAG. 17

UN MODELLO **MULTISETTORIALE INTEGRATO**

Testo di / Donata Dalla Riva



RASSEGNA

PAG. 18

ALLE PORTE **IL VACCINO ANTIMALARICO**

Testo di / Silvio Donà

PAG. 19

COPERTURA SANITARIA UNIVERSALE: **IL CASO DEL MESSICO**

Testo di / Gavino Maciocco

DIRETTORE

Gavino Maciocco

COMITATO DI REDAZIONE

Maria Rosaria Acquaro, Andrea Atzori, Dante Carraro, Adriano Cattaneo, Donata Dalla Riva, Silvio Donà, Serena Foresi, Fabio Manenti, Luigi Mazzucato, Giovanni Putoto, Angelo Stefanini, Anna Talami

DIRETTORE RESPONSABILE

Anna Talami

PROPRIETÀ

Medici con l'Africa Cuamm

AMMINISTRAZIONE

Via S. Francesco, 126 - 35121 Padova
t 049 8751279-8751649
f 049 8754738
e-mail cuamm@cuamm.org

COORDINAMENTO DI REDAZIONE

Chiara Di Benedetto

SEGRETARIO DI REDAZIONE

Elisa Bissacco

IDEA CREATIVA E ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA

Ramon Pezzarini

IMPAGINAZIONE E STAMPA

Publistampa, Via Dolomiti, 36 - 38057 Pergine Valsugana (Trento)

COPYRIGHT

Medici con l'Africa Cuamm, Via S. Francesco, 126 - 35121 Padova.
È consentita la riproduzione totale o parziale degli articoli e del materiale contenuto nella rivista purché venga citata la fonte.

REGISTRAZIONE E AUTORIZZAZIONE

presso il tribunale di Padova n. 1129 del 6.5.1989
e successiva modifica del 9.11.1999.

SPEDIZIONE

Poste italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003
(convertito in Legge 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 1, NE/PD

Illustrazione di copertina di Ramon Pezzarini.

Bridging the gap, creare ponti che mettano in contatto paesi e società, colmando disuguaglianze e lacune strutturali. Costruire questi ponti significa per noi realizzare progetti in Africa, in Italia, in Europa che stimolino il dialogo tra attori diversi e permettano di avvicinare le culture.





DIALOGO

LA RIVINCITA DI ALMA ATA

Thailandia e Brasile, paesi con tradizioni e culture profondamente diverse, hanno in comune la scelta di investire in cure primarie per garantire a tutti i cittadini il diritto a essere assistiti. Una lezione per tutti, a distanza di 34 anni dalla Dichiarazione di Alma Ata. Mentre in Europa i sistemi sanitari universalistici rischiano di essere spazzati via dalle politiche liberiste.

TESTO DI / GAVINO MACIOCCO / DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA, UNIVERSITÀ DI FIRENZE

Mentre in Europa, la culla del *welfare state*, i sistemi sanitari universalistici rischiano di essere spazzati via dalle politiche liberiste e dai drastici tagli alla spesa pubblica, in altre parti del mondo (un tempo il "terzo mondo") si scopre il fascino della copertura sanitaria universale e si investe nell'assistenza sanitaria di base, nella "*primary health care*" promossa dalla Conferenza di Alma Ata nel 1978, da parte dell'Oms. È il caso del Brasile e della Thailandia: due paesi, due diversi continenti, con storie politiche e contesti socio-culturali completamente differenti.

La Thailandia è stato uno dei pochi paesi ad applicare integralmente, subito dopo Alma Ata, le strategie di *primary health care*¹. A partire dalle fine degli anni '80 l'organizzazione sanitaria rurale si è basata sul modello di distretto: un'area geografica con una popolazione di circa 50 mila abitanti dotata di 10-12 centri di salute (*health centre*) e di un ospedale di riferimento (*district hospital*). Le figure centrali del sistema sanitario rurale sono state, e tuttora rimangono, gli infermieri e gli operatori di sanità pubblica che, con capillari attività preventive e cliniche di base, sono riusciti a ridurre la mortalità infantile dal 70 per mille nati vivi del 1970 all'8 per mille del 2010. Anche la mortalità materna è bassa (110 morti per 100 mila nati vivi) in confronto ad altri paesi della regione. Va aggiunto che il servizio nelle aree rurali è obbligatorio per tutte le figure professionali, medici compresi. Prima del 2001, anno della riforma, il sistema assistenziale thailandese si basava su una complessa articolazione di assicurazioni pubbliche e private, che lasciava fuori dall'ombrello assicurativo il 25% della popolazione. Nel 2001 il Parlamento approva una riforma sanitaria che si pone l'obiettivo di fornire uguale accesso ad assistenza sanitaria di qualità, in accordo con i bisogni degli individui, a prescindere dal loro reddito e stato socio-economico. Una riforma universalistica denominata *dei 30 baht* (pari a 0,60 euro), perché nessuno avrebbe dovuto pagare più di 30 *baht* per prestazioni di assistenza sia intra- (30 *baht* per giornata di degenza) che extra-ospedaliera (30 *baht* per visita), farmaci inclusi. Ciascuna persona deve iscriversi presso un'unità sanitaria pubblica (cioè un centro di salute o l'ospedale distrettuale) nel suo distretto di residenza; questa diventa il punto d'accesso all'assistenza sanitaria di base e anche il punto di riferimento per accedere all'assistenza specialistica di secondo livello (presso un ospedale provinciale). Questa unità di assistenza primaria funziona quindi da filtro, da *gatekeeper*, e aiuta a controllare i costi dell'assistenza medica.

In Brasile² nel 1994 viene approvato il programma Salute per la famiglia (*Programa Saúde da Família - Psf*). Il programma prevedeva la costituzione di *team* di cure primarie composti da un medico, un infermiere, un infermiere ausiliario e 4-6 *Agentes Comunitarios de Saúde*. Ogni *team* lavora all'interno di un centro di salute e copre i bisogni di cure primarie per un'area geografica ben definita, per una popolazione di 600-1.000 famiglie. Il Psf all'inizio viene considerato uno strumento di assistenza agli indigenti, la cui adozione era facoltativa (e infatti prima del 1998 solo 12 Stati su 27 lo avevano introdotto, con finanziamenti peraltro molto scarsi). Il grande balzo in avanti della Psf è avvenuto sotto la presidenza di Luis Inacio Lula da Silva, iniziata nel 2002. Con il suo governo i finanziamenti per il Psf sono aumentati costantemente, fino a quasi quadruplicare nel 2010, così come è aumentato il numero di *équipes* di Psf e il numero di municipi coperti dalla *Estratégia Saúde Família* (5.251 su un totale di 5.564). La popolazione coperta è circa 98 milioni di abitanti (il 52% del totale, rispetto al 32% del 2002). Tale modello assistenziale comunitario prevede anche l'accesso alle cure secondarie e terziarie fornito da strutture pubbliche o private convenzionate. Il modello ha migliorato l'accesso della popolazione alle cure e ha anche incrementato le attività di prevenzione e promozione della salute a favore dei gruppi sociali più vulnerabili, soprattutto nelle aree più povere del paese, quelle del Nord e Nord-est. La strategia di rafforzamento delle cure primarie ha riguardato sia il settore del personale (in meno di dieci anni è raddoppiato il numero di medici, infermieri e operatori comunitari di salute impegnati nel Psf), sia quello delle strutture sanitarie di base, dei centri di salute. A ciò è corrisposto un parallelo incremento dell'accesso e dell'utilizzo dei servizi di cure primarie, con una significativa riduzione del ricorso all'ospedale.

NOTE

¹ W. Patcharanarumol et al., *Why and how did Thailand achieve good health at low cost?* in: 'Good Health at Low Cost' 25 years on. What makes

a successful health system? London School of Hygiene & Tropical Medicine (Editors: Dina Balabanova, Martin McKee and Anne Mills).

² J. Paim et al., *The Brazilian health system: history, advances, and challenges*, Lancet 2011; 377: 1778-97.



DIALOGO

IN CAMMINO CON L'UOMO

4 ottobre 1962: Papa Roncalli parte per un viaggio in treno che lo porterà nelle Marche e in Umbria per chiedere la benedizione della Madonna a Loreto e di Francesco ad Assisi, in vista dell'apertura del Concilio Vaticano II, sette giorni più tardi. Un Papa si rimette in viaggio, in treno, dopo oltre un secolo, per incontrare, ascoltare, farsi vicino. Il viaggio ricomincia da qui.

TESTO DI / DON DANTE CARRARO / DIRETTORE DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Il Papa buono si mette in viaggio e con lui la Chiesa. Anziano e stanco, già ammalato, prende il treno e parte. Esce dal palazzo e si fa pellegrino. Va a chiedere e cercare luce uscendo dalle mura rassicuranti e protette della Città santa. «Non voleva creare una fede diversa, bensì comprenderla in modo più profondo e quindi davvero rinnovarla» scrive Papa Ratzinger ne L'Osservatore Romano nel numero speciale dedicato al cinquantesimo dell'evento che ha marcato la vita della Chiesa del XX secolo. E per far questo parte e si mette in viaggio, verso Loreto e Assisi, ma più ancora verso le nuove sfide affascinanti e terribili che l'uomo vive e affronta. Nel discorso di apertura del Concilio, l'11 ottobre 1962, Papa Giovanni XXIII parla della necessità per la Chiesa dell'“aggiornamento”. Afferma: «È necessario che la dottrina certa e immutabile sia approfondita e quindi presentata in modo che risponda alle esigenze del nostro tempo». È l'ansia del pastore e di una Chiesa che vuole camminare con l'uomo e la sua storia. Una Chiesa desiderosa di “essere parte” della storia degli uomini, intimamente solidale con il mondo, in dialogo sincero con tutti, nessuno escluso. Sa di avere molto da dare, ma anche molto da ricevere da tutti. Per questo è necessario partire e uscire, incontrare, ascoltare, mettersi in questione, andare oltre le mura del tempio per farsi vicina a tutti, là dove l'uomo vive e lavora, costruisce il futuro, soffre e muore. A distanza di cinquant'anni dal Concilio abbiamo il dovere e il bisogno di riprendere il viaggio.

Oggi, come cinquant'anni fa, abbiamo la necessità più che mai di esempi concreti, quotidiani, silenziosi, tenaci, “minori”. La parola, come le prediche o i documenti ufficiali, hanno perso credibilità perché spesso sconfessati dalla vita. Oggi come allora è il tempo dell'esempio fatto di servizio, dedizione, compimento esigente e “normale” del proprio dovere. Abbiamo bisogno di esempi minori, ma tangibili.

Papa Roncalli è stato incollato al finestrino lungo tutto il viaggio, così almeno riferiscono le cronache e l'immensa folla a gremire le stazioni. Gente modesta, semplice, povera. Era la prima volta che un Papa concedeva un'udienza collettiva non dall'alto di un palazzo, lontano e distaccato, ma viaggiando tra la gente, in mezzo e dentro le loro vite, i loro territori, le loro ansie e attese. La gente ha sentito il treno come qualcosa di familiare, alla sua portata e il Papa vicino e amico, compagno di viaggio. Anche la gente più povera si è finalmente sentita considerata e accolta. Una Chiesa attenta ai poveri e che usa mezzi poveri.

Un mese prima dall'inizio del Concilio, Papa Giovanni nel radiomessaggio ai fedeli di tutto il mondo indicava con chiarezza: «la Chiesa si presenta qual è e vuol essere, come la Chiesa di tutti e in particolare la Chiesa dei poveri».

Non a caso, sempre Papa Giovanni, ha posto il Concilio Vaticano II sotto la protezione di san Giovanni Crisostomo. È il padre della Chiesa (344-407) che si è distinto per un'appassionata cura verso i poveri. L'arcivescovo di Costantinopoli, proclamato in seguito pastore e dottore della Chiesa, dedicò le sue ingenti entrate a erigere ospedali e a soccorrere i poveri. Era chiamato “avvocato dei poveri” per la sua incessante attività per una più giusta ed equa partecipazione di tutti alle ricchezze. In quasi tutte le sue omelie difendeva in modo ardente il diritto dei bisognosi all'aiuto e il dovere dei ricchi di devolvere ai poveri ciò che è stato loro concesso; non mancava di richiamare la loro mancanza di coscienza sociale, i loro lussi e sprechi.

Ora, di fronte alle ingiustizie sociali che vediamo e viviamo ogni giorno, il treno possa essere un buon paradigma anche per l'oggi della Chiesa: perché in modo concreto sostenga e combatta al fianco di chi ne ha bisogno.

E l'esempio del Papa buono in viaggio tra i più umili possa continuare a esserci da guida accompagnandoci nel nostro percorso fino all'ultimo miglio. Desideriamo continuare a portare il nostro messaggio e il nostro sostegno concreto, avventurandoci nelle strade meno battute, nelle zone dimenticate di un continente lacerato, ma silenzioso, qual è quello africano. Desideriamo continuare a farlo perché i valori in cui crediamo diventino progetti e fatti concreti e per riaffermare, in qualunque angolo di mondo, il valore del diritto alla salute.



FEBBRE GIALLA IN DARFUR

È stata avviata lo scorso novembre, nel Darfur, una campagna contro la febbre gialla, che ha provocato la morte di 116 persone, su 459 casi segnalati. L'obiettivo è vaccinare 2,4 milioni di persone in 12 dei 57 centri abitati dello Stato del Sudan. Lo ha annunciato l'Ufficio Onu per il Coordinamento degli affari umanitari (Ocha). Un primo quantitativo di 800 mila dosi di vaccino è già stato consegnato nei giorni scorsi al ministero della Salute sudanese dal Gruppo Internazionale di Coordinamento sui vaccini.







SALUTE GLOBALE IN POLONIA

Gli studenti del Sism italiano si confrontano con quelli polacchi sulla Salute globale. Un modo per condividere gli obiettivi e per far sì che il cambiamento dell'insegnamento della medicina sia davvero sinergico e concertato in ogni parte del globo. La sfida principale è quella di coinvolgere il maggior numero di giovani su questo tema.

TESTO DI / ALICE PERFETTI, DAVIDE CIRINGIONE, VALENTINA GAMBINO E MARIA ROSARIA ACQUARO / SISM SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI DI MEDICINA
DAGNA CHWARŚCIANEK / IFMSA POLAND INTERNATIONAL FEDERATION OF MEDICAL STUDENT'S ASSOCIATIONS

L'insegnamento della Salute globale non è un tema caro solo agli studenti di medicina italiani. Oltre al Sism, infatti, fanno parte del progetto *"Equal opportunities for health: action for development"* altre associazioni studentesche europee, tra cui quella polacca Ifmsa-Poland.

In questo articolo noi studenti del Sism abbiamo deciso di intervistare i colleghi polacchi per cercare di capire in che modo si siano avvicinati alle tematiche di Salute globale, come abbiano deciso di portarle avanti nella propria realtà e quali siano le prospettive future. Crediamo, infatti, sia fondamentale il confronto costante tra studenti, in un'ottica di aiuto reciproco e di comune condivisione degli obiettivi, per far sì che il cambiamento dell'insegnamento della medicina sia davvero "globale", ovvero sinergico e concertato in ogni parte del globo.

COME SIETE ENTRATI IN CONTATTO CON LE TEMATICHE DI SALUTE GLOBALE?

Crediamo che nell'era della globalizzazione sia davvero difficile trovare uno studente di medicina che non abbia mai sentito parlare dei cambiamenti del mondo contemporaneo, come ad esempio la crisi dei sistemi sanitari o le emergenze sanitarie nei Paesi in via di sviluppo; ancor di più facendo parte, come associazione studentesca, dell'*International Federation of Medical Student Associations* (Ifmsa), che unisce moltissimi futuri medici da tutte le parti del mondo. Abbiamo sentito per la prima volta il termine Salute globale nel momento in cui siamo entrati a far parte del progetto *"Equal opportunities for health: action for development"* e abbiamo pensato a un concetto di salute più ampio. Inoltre, contemporaneamente, ci siamo resi conto che durante le Assemblee generali dell'Ifmsa – il *meeting* più importante della Federazione – le tematiche di Salute globale diventavano ormai all'ordine del giorno e che l'interesse intorno a esse si faceva sempre più vivo.

COME AVETE PENSATO DI TRATTARE QUESTE TEMATICHE ALL'INTERNO DELLA VOSTRA ASSOCIAZIONE DI STUDENTI?

Ci è sembrato un compito difficile incoraggiare altri studenti ad avere uno sguardo più attento su ciò che è la Salute globale. Per

molti anni, all'interno dell'Ifmsa-Poland e più in generale in Polonia, non c'è stato molto spazio per una discussione sui problemi globali perché eravamo focalizzati sui nostri problemi nazionali. Apparentemente, nell'ultimo anno c'è stato un cambiamento nel sistema economico polacco, oltre a un ampliamento dei nostri interessi molto più in là dei confini polacchi. Una nuova questione è apparsa nelle nostre menti: l'aiuto internazionale. Nelle facoltà di medicina polacche, tuttavia, il problema della Salute globale non è ancora molto presente e gli studenti tendono a sottostimare gli elementi della Salute internazionale che sono stati insegnati loro, dando maggiore importanza alle conoscenze cliniche. La nostra sfida principale è stata quella di convincere gli altri studenti che l'educazione nel campo della Salute globale e la comprensione della complessità dei processi che influenzano la salute nel mondo siano, oggi, elementi essenziali nell'insegnamento medico.

E IN CONCRETO?

In Polonia ci sono 12 università di medicina, pertanto il compito cruciale era provare a trovare un "responsabile nazionale del progetto sulla Salute globale" all'interno dell'Ifmsa-Poland che coordinasse il lavoro delle sedi locali. Il progetto è stato presentato durante il *meeting* nazionale dell'Ifmsa-Poland e in tale occasione è stato distribuito del materiale sul progetto stesso.

Il 30 maggio, a Poznan, Mike Rowson del Centro di Salute internazionale e sviluppo dell'*University College London* ha tenuto una lettura aperta e un *workshop* sulla Salute globale a cui sono stati invitati gli studenti di medicina provenienti da tutta la Polonia.

CONCLUSIONI

L'intervista mette l'accento su alcuni "corsi e ricorsi" che fanno parte della storia della Salute globale. Da un lato, l'emergente e sempre più sentita esigenza degli studenti di medicina di pensare e agire in modo globale, rendendo imprescindibile la propria formazione dalla conoscenza della più profonda etimologia politica ed economica della parola "salute". Dall'altro lato, ci si scontra con la difficoltà di rendere ordinarie queste tematiche all'interno dei *curricula* universitari. Anche la risposta trovata è comune nelle



FORMARE NUOVI MEDICI

Le riflessioni di un giovane studente polacco che desidera essere preparato ad affrontare le sfide di un mondo globale anche nella cura della salute in Europa.

TESTO DI / DAGNA CHWARŚCIANEK / IFMSA POLAND

Il mondo è sempre più denso di scambi, relazioni, connessioni. La crescita di questo flusso di persone, di prodotti, servizi e informazioni ha iniziato ad avere un impatto anche sulla possibilità di portare la salute in angoli del mondo lontani e ha fatto sì che chi decide le politiche sanitarie, spesso laureati in medicina, maturassero maggiore responsabilità nei confronti della salute del pianeta e maggiore consapevolezza delle disuguaglianze.

In un contesto simile, una formazione in Salute globale è un elemento fondamentale, che non dovrebbe essere omesso dal curriculum formativo delle università di medicina e che dovrebbe includere questi insegnamenti: determinanti sociali di salute, malattie tropicali, epidemiologia globale, malattie infettive emergenti, salute pubblica internazionale, economia della Salute globale ed elementi interculturali.

Capire il ruolo dei determinanti sociali della salute è fondamentale non solo nei Paesi in via di sviluppo, ma anche nei paesi ad alto reddito, per comprendere al meglio i bisogni di chi, a causa di specifici contesti, non ha accesso facile alla salute.

D'altro lato, la crescita costante di viaggi e migrazioni porta con sé il diffondersi di malattie endemiche che arrivano anche in regioni nuove, a pazienti di gruppi etnici diversi, con abitudini culturali diverse. Come futuro medico, vorrei poter anticipare questa situazione, con una conoscenza delle malattie tropicali e un approccio capace di tener conto anche delle differenze culturali. Inoltre, come molti altri studenti di medicina, penso che sarebbe un passo importante fare un'esperienza all'estero in un Paese in via di sviluppo, da studente o dopo la laurea.

Al momento posso solo immaginare quanto un'esperienza del genere potrebbe arricchire le mie abilità personali e professionali, aumentando la mia sensibilità e rendendomi più consapevole del mondo in cui vivo.

esperienze italiana e polacca: partire dal basso, partire da noi. La necessità di questa intervista è nata proprio dalla curiosità di capire come altri paesi, con situazioni politiche, economiche e sociali differenti dalla nostra, stiano prendendo parte a questo fondamentale progetto. È stato straordinario vedere come in Polonia, pur con un inizio più rallentato a causa delle difficoltà interne, stiano lavorando in maniera molto simile a noi, affinché la questione sollevata sulla Salute globale sia prima di tutto conosciuta e riconosciuta da tutte le nazioni, ponendo le basi per un movimento che porti a un'azione concreta nei prossimi anni.

Questo ambizioso obiettivo può essere raggiunto solo con l'adeguata formazione di coloro che saranno i nuovi medici, futuri protagonisti di una realtà con problematiche più complesse rispetto alle precedenti generazioni, professionisti consapevoli nel sentire la Salute globale come responsabilità. La situazione può cambiare e dipende anche dall'azione di ognuno di noi.

CARTINA 1 / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM E LE COLLABORAZIONI CON LE UNIVERSITÀ ITALIANE ED EUROPEE.





IL SISTEMA SANITARIO IN BULGARIA

Nonostante gli indicatori della salute della popolazione siano migliorati negli anni recenti, la Bulgaria continua a essere tra i paesi in coda dell'Unione Europea per la salute. A maggio 2012, secondo l'*Euro Health Consumer Index*, era al penultimo posto tra 34 paesi e all'ultimo posto per la *performance* sanitaria. A seguire alcune riflessioni sulla situazione.

TESTO DI / ANGELIKA VELKOVA E ANNIE ANTONOVA / DIPARTIMENTO DI SALUTE PUBBLICA, UNIVERSITÀ DI MEDICINA - PLEVEN, BULGARIA

IL PAESE

La Bulgaria è un paese del sud-est europeo con una popolazione di 7,3 milioni di abitanti e un tasso molto alto di popolazione anziana. L'aspettativa di vita è di 70 anni per gli uomini e 77 per le donne; la mortalità infantile ha raggiunto la soglia più bassa di sempre con 8,5 su 1.000 nati vivi nel 2011; la mortalità prematura (prima dei 65 anni) rimane tra le più alte dei paesi europei e riguarda il 23,3% della mortalità totale. La spesa sanitaria totale stimata è del 6,9% del Gdp (*Gross Domestic Product*).

LA RIFORMA DEL SISTEMA SANITARIO

Durante il periodo della transizione socio-economica, la Bulgaria ha intrapreso profondi cambiamenti per favorire l'accesso ai servizi sanitari e migliorare la qualità di vita e la salute della popolazione, ristrutturando i servizi e migliorando le condizioni di lavoro e retribuzione dei professionisti della sanità.

Come accadde nella maggior parte di paesi dell'Europa centrale e orientale, anche la Bulgaria passò dal modello di Semashko a un sistema assicurativo di base nel 1990: fu istituito un fondo assicurativo nazionale sanitario (Nhif) e nel 1999 venne istituita un'assicurazione sanitaria obbligatoria per l'intera popolazione. La spesa pubblica per la salute è di circa il 4% del Gdp, in calo nell'ultimo decennio. I servizi sanitari sono finanziati principalmente da Nhif. Mensilmente il costo dell'assicurazione sanitaria è detratto dal reddito personale secondo i principi di giustizia e solidarietà. Il contributo personale dei lavoratori era inizialmente il 6% del proprio reddito, aumentato poi all'8% nel 2010, diviso in una percentuale del 60 : 40 tra datore di lavoro e dipendente.

I dipartimenti regionali di Nhif sono responsabili di incaricare e finanziare i fornitori di servizi sanitari; il Ministero della Salute, invece, provvede a finanziare direttamente i servizi di emergenza, i centri trasfusionali, gli ospedali psichiatrici, i centri fisiatrici e la costituzione di centri di cura medica e sociale. Finanzia, inoltre, i programmi e i piani nazionali di prevenzione.

Esistono anche le assicurazioni sanitarie private volontarie, regolate ora da recenti leggi conformi alla normativa vigente in Europa, ma la loro percentuale di contributo alla spesa sanitaria è solo dell'1-1,5%. I pagamenti "out of pocket" per servizi sanitari

costituiscono circa il 20% della spesa totale per la salute e, invece, il contributo delle amministrazioni locali è considerato molto basso.

I SERVIZI SANITARI

La riforma del sistema sanitario mette al centro le cure primarie e attribuisce un nuovo ruolo ai medici di medicina generale. Sono loro il principale snodo di servizi sanitari, indirizzando i propri pazienti dallo specialista in caso di bisogno. Inoltre, loro compito è integrare la prevenzione alla cura.

I medici di medicina generale sono pagati da Nhif in base al numero di pazienti e ai programmi preventivi di cui si occupano. L'accesso diretto allo specialista, senza passare dal medico generale, è possibile solo con pediatri, ostetriche e dentisti. Gli specialisti sono disponibili in centri ambulatoriali e privati e sono pagati per il servizio da Nhif oppure dai pazienti in caso di consulenza diretta senza mediazione del medico di base. L'accettazione in ospedale avviene su invio del medico curante oppure direttamente dal pronto soccorso. I pazienti hanno libero accesso a ogni ospedale di loro scelta. Gli ospedali sono finanziati con il pagamento di un *ticket* a compimento del percorso clinico.

Il nuovo sistema sanitario prevedeva di rendere più facile il diritto all'accesso e la libera scelta dei servizi per migliorare la qualità delle cure, la competizione tra centri di salute e per stimolare le persone a uno stile di vita più sano e a comportamenti preventivi. Dodici anni dopo la sua attuazione, il sistema sanitario ha ancora notevoli problemi da risolvere e manca di riforme necessarie: nonostante gli indicatori della salute della popolazione siano migliorati negli anni recenti, la Bulgaria continua a essere tra i paesi in coda dell'Unione Europea per la salute. A maggio 2012, secondo l'*Euro Health Consumer Index*, era al penultimo posto tra 34 paesi e all'ultimo posto per la *performance* sanitaria.

Il sistema sanitario è stato fortemente sotto-finanziato per un periodo lungo di tempo. Circa 2 milioni di bulgari non pagano i contributi della propria assicurazione sanitaria, dei quali una grande fetta è costituita dalla popolazione Rom, costantemente senza lavoro, e da altri gruppi ai margini della povertà. Considerando che la Bulgaria ha il reddito *pro-capite* più basso in Europa (con la Romania), è chiaro che la spesa sanitaria è molto indietro rispetto al livello degli altri paesi membri.



UNA RETE DI SALUTE GLOBALE

L'8 settembre 2011 è nato un *network* bulgaro sulla Salute globale. Le venticinque realtà coinvolte hanno un unico obiettivo: diffondere e consolidare la salute per tutti.

TESTO DI / ANGELIKA VELKOVA / UNIVERSITÀ DI PLEVEN, BULGARIA

La comunità medica si trova spesso a fronteggiare sfide crescenti collegate alla società multiculturali, alla presenza crescente nei paesi europei di immigrati e di rifugiati politici, alla popolarità e diffusione di un turismo internazionale e agli effetti sulla sanità di diseguaglianze demografiche, ambientali, tecnologiche, socio-economiche. I professionisti della sanità sono anche frequentemente coinvolti in attività di cooperazione sanitaria internazionale che richiedono competenze adeguate, aggiornamenti continui, sensibilità. Di fronte a un quadro simile, una formazione adeguata rivolta al personale sanitario risulta fondamentale.

D'altro lato, per raggiungere maggiore equità in salute, è necessario anche un miglioramento della consapevolezza dell'opinione pubblica, mobilitando e motivando la società a sostegno delle politiche di sviluppo e incoraggiando un cambiamento di attitudini verso il tema della Salute globale e una migliore comprensione delle interdipendenze globali, che coinvolgono e riguardano tutti i settori della società.

La Bulgaria, come nuovo membro dell'Ue, deve adottare e sviluppare politiche e azioni per la Salute globale. In questo contesto l'Università di Medicina di Pleven ha deciso di entrare a far parte del *network* europeo "Equal opportunities for health: action for development" rappresentando la Bulgaria.

L'attività principale svolta finora nell'ambito del progetto è stata la creazione del *network* bulgaro di Salute globale, avvenuta l'8 settembre 2011 e a cui hanno aderito 25 organizzazioni tra istituzioni sanitarie, enti pubblici, università, ordini professionali, ong di diverse parti del paese. Il *network* ha come obiettivo la diffusione e consolidamento di azioni per la Salute globale sia nel percorso accademico sia post-accademico e agirà come motore per divulgare il significato della Salute globale nella società. Inoltre, proporrà corsi in Salute globale per professionisti sanitari e accademici che possano poi trasmettere queste conoscenze ai propri studenti, ai colleghi e nelle proprie organizzazioni professionali. La salute globale va condivisa!

I pagamenti "out of pocket" sono molto diffusi tra la popolazione per accedere a servizi ambulatoriali e ospedalieri di miglior qualità. La vasta proporzione di persone non assicurate pone la domanda sull'accesso alla cura sanitaria. Gli abitanti di zone rurali e soprattutto gli anziani hanno accesso limitato ai servizi diagnostici e specialistici. Inoltre, i medici di medicina generale non sono stati sufficientemente preparati per il ruolo fondamentale nel sistema e per dare tutti i servizi definiti nel "pacchetto" pagato da Nhif: i programmi preventivi per adulti hanno una copertura solamente del 30%.

I servizi ospedalieri affrontano costanti problemi sia di risorse finanziarie sia di risorse umane. Pessime condizioni di lavoro e personale sottopagato nei servizi pubblici causano la fuga del personale altamente qualificato al settore privato oppure all'estero, mettendo a repentaglio la qualità sanitaria dell'intero paese. La maggioranza della popolazione bulgara (75%) è convinta così che il sistema sanitario nazionale non funzioni a dovere e che siano necessarie delle riforme.

Riguardo alle priorità di cambiamento, la prima è garantire finanziamenti più consistenti provenienti da fonti diverse e la seconda migliorare la gestione delle risorse disponibili.

Il sistema sanitario della Bulgaria ha ancora un lungo cammino da percorrere per raggiungere gli *standard* di cura e assistenza europei e per contribuire in modo efficace al miglioramento della salute della sua popolazione.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- National Statistical Institute. *Data on demography and health*, 2011 (in Bulgarian).
- Ministry of finance. *Financial analysis of health sector expenditure*, 2011.
- European Observatory on Health systems and Policies. *Health systems in transition*. Bulgaria. Health system review. 2007.
- Ministry of health. *The National Health report*, 2011 (in Bulgarian).
- National Social report of Republic of Bulgaria, 2011-2012 (in Bulgarian).
- Health Consumer Powerhouse. *Euro Health Consumer Index Report 2012*.



LA SIERRA LEONE AL VOTO

Le elezioni del 17 novembre scorso hanno confermato il presidente uscente, Ernest Bai Koroma, eletto con il 57% dei voti. Nonostante i timori pre-elettorali, il voto si è svolto in un'atmosfera pacifica e serena. La gente si è presentata in massa ai seggi fin dalle prime luci dell'alba (tant'è che gli stessi seggi sono poi rimasti semideserti dall'ora di pranzo fino alla chiusura delle cinque). Gli inviti alla serenità giunti dai due maggiori partiti, Congresso del popolo (Apc) e Partito del popolo della Sierra Leone (Slpp), sono stati rispettati e gli episodi di violenza sono stati sporadici.







ESPERIENZE DAL CAMPO

TECNOLOGIE “FRUGALI” PER LA SALUTE GLOBALE

Un articolo pubblicato su *Lancet* e redatto da una qualificata e nutrita commissione di esperti riporta l'attenzione sul tema delle tecnologie per la Salute globale. Parola d'ordine: frugalità. È un atteggiamento che chiunque abbia avuto il privilegio di frequentare i servizi sanitari dei paesi più poveri ha già sperimentato e imparato proprio da loro.

TESTO DI / MASSIMO LA RAJA / ULSS5 OVEST VICENTINO, VOLONTARIO DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Il *Lancet*, la più prestigiosa rivista medico scientifica al mondo, ha di recente dedicato un lungo articolo (29 pagine, bibliografia compresa) alle “tecnologie per la salute globale”, redatto da una qualificata e nutrita commissione di esperti facenti capo all'*Imperial College* di Londra¹. L'*incipit* dell'articolo non è musica nuova: «la disponibilità di tecnologia per la salute è inversamente relazionata al bisogno di salute». Nelle restanti 28 pagine, poi, gli autori cercano di presentare strategie ed esempi nel tentativo di proporre un modello diverso da quello che ha guidato l'intero 20° secolo: abbiamo visto finora una concentrazione progressiva delle nuove tecnologie per la salute, dalla “flush toilet” (la nostra tazza con sciacquone) alla risonanza magnetica, diffusa esclusivamente in contesti ad alta intensità di risorse umane, materiali ed economiche.

La gran parte di queste recenti innovazioni per la salute (*technologies for health*) però, siano esse grandi e piccole, recenti o più datate, non sono né disponibili né utilizzabili nella gran parte dei contesti impoveriti, dove vive la maggioranza delle popolazione mondiale, che ne potrebbe beneficiare maggiormente. I motivi di tutto ciò sono molteplici: il loro costo, la complessità di utilizzo, i problemi legati agli approvvigionamenti e alla manutenzione.

Un po' presuntuosamente, qualche anno fa, nelle pagine di questa rivista avevamo coniato il termine di “*health technology gap*”² che come operatori sanitari ci preoccupava un po' di più del “*digital gap*” tra paesi ricchi e paesi poveri e la cui riduzione stava a cuore a molte agenzie internazionali. Quello che è successo negli ultimissimi anni è che il “*digital gap*” si è rapidamente ridotto grazie alla capillare estensione delle reti di telecomunicazioni digitali, ovvero il telefono mobile in tutte le sue versioni successive, che è riuscito a penetrare nei mercati “poverissimi”, mettendo progressivamente in rete, con una tecnologia avanzata, miliardi di persone altrimenti escluse da gran parte dei benefici della “modernità”. Ciò è avvenuto, e questa è la seconda notizia, con un enorme impegno di investimenti privati “*for profit*”, mettendo così contemporaneamente in crisi la visione di un “terzo mondo” culturalmente refrattario alle innovazioni e inerte alle dinamiche “virtuose” del mercato.

Quello che è successo negli ultimi anni, inoltre, è che il modello della “crescita infinita” dell'Occidente si è inceppato, a fronte di una crescita costante e sostenuta di tutti i paesi del “secondo e terzo” mondo. Questa crescita appare peraltro, in questa fase storica, molto iniqua all'interno degli stessi paesi e ripropone, su scala locale, la polarizzazione delle risorse globali. Rimanendo nel

settore sanitario, questo “doppio *standard*” di sviluppo socio-economico ha permesso la comparsa nelle aree urbane di un numero crescente di cliniche private che offrono servizi, competenze e apparecchiature estremamente sofisticati, ma accessibili solo alla minoranza abbiente dei residenti. Le stesse cliniche confinano, adeguatamente protette, con gli enormi *slums* delle periferie urbane dei paesi a basso reddito che sono dotati, se lo sono, di pochi e scadenti servizi sanitari e infrastrutture per la salute (acqua, sistema fognario, smaltimento dei rifiuti).

A differenza della rapida diffusione delle tecnologie Ict (*information and communication technologies*) lo scenario “medio” dell'armamentario disponibile nelle unità sanitarie pubbliche e *non profit* di questi paesi non si è evoluto con la stessa velocità. Persistono i problemi pre-esistenti di disponibilità, approvvigionamento, manutenzione e, quando disponibili e funzionanti, di corretto e appropriato utilizzo delle tecnologie sanitarie, gran parte delle quali non sono per nulla nuove né sofisticate.

Ma in un'epoca post-ideologica è rischioso sedersi su certezze, speranze o pessimismi precostituiti, e così gli autori dell'articolo del *Lancet*, firmato come primo co-autore da Peter Howitt, accettano la sfida di tuffarsi nella corrente piuttosto imprevedibile di un mondo plurale e, nostro malgrado, dinamico dove, per capirci, le sempre autorevoli opinioni degli esperti dell'*Imperial College* contano sempre meno.

Nelle pagine del saggio, è lungo e dettagliato l'elenco ragionato delle tecnologie per la salute emergenti, emerse e riemergenti, inclusi farmaci, vaccini e protocolli clinici, che hanno raggiunto o hanno le carte in regola per raggiungere la maggioranza delle persone che ne possono trarre beneficio. Una particolare attenzione e simpatia viene dedicata a quelle metodologie e a quegli strumenti, non moltissimi per la verità, concepiti o valorizzati dagli operatori dei paesi poveri e che hanno avuto il privilegio di fare il percorso contrario per diventare uno *standard* anche nei paesi più ricchi, come per esempio il metodo Ponseti per la correzione del piede torto.

Tornando al *boom* delle telecomunicazioni digitali, l'articolo del *Lancet*, a margine di altri argomenti forse più importanti, dedica un'intera appendice (ovviamente disponibile solo nella versione digitale) al capitolo completamente nuovo delle *mobile health technologies – m-health*. Le *m-health* sono le applicazioni e accessori utilizzati negli ultimi modelli di telefoni *smartphone* in supporto alla pratica sanitaria che, per quanto recenti, sono già diffusi. Ad esempio, sono già disponibili accessori per l'esecu-

zione e interpretazione dell'elettrocardiogramma e del cardiocardiogramma, per la microfotografia, per il pulsossimetro³, e per l'ecografia nonché un vasto numero di *software* per la raccolta e gestione di dati sanitari nonché la gestione clinica dei pazienti. Queste periferiche e "apps" permettono, oltre alla esecuzione e interpretazione delle indagini a costi bassi e in condizioni estreme, l'invio telematico dei *file* permettendo una "second opinion" in telemedicina in tempo reale.

Le tecnologie elettroniche "usa e getta" (chi è in grado di riparare uno *smartphone*?) fatte di *microchip*, schede elettroniche e *software* nonché, nel settore di laboratorio, di consumabili assemblati in *kit* a scatola chiusa, rappresentano il punto di arrivo di una deriva che finora aveva rallentato e non favorito la fruibilità delle nuove tecnologie. Nelle periferie del mondo, infatti, mancano i servizi di manutenzione altamente specializzati *full service h 24* e di approvvigionamento rapido senza i quali anche nei nostri ospedali la metà delle apparecchiature biomediche sarebbe ferma, situazione questa non rara, ad esempio, in Africa.

È chiaro che sarà solo grazie a un ulteriore abbattimento dei prezzi, dovuto alla manodopera dei paesi a medio e basso reddito, e grazie alla semplificazione spinta della componentistica – vedi la *m-health* o strumenti innovativi quali *gene-Xpert* – che le nuove tecnologie biomediche potranno essere fruibili e facilmente sostituite in caso di guasto, anche in contesti remoti e con risorse molto limitate.

La riflessione centrale su cui gravita il lodevole lavoro degli esperti dell'*Imperial College* è che la tecnologia, piccola o grande, complessa o semplice, per avere un utilizzo e un impatto positivo sulla salute deve rispondere in maniera comprensibile a un bisogno percepito oltre che essere gestibile con quanto (personale e infrastrutture) è disponibile *in loco* e, non ultimo, sostenibile economicamente. Insomma una tecnologia sviluppata anche "con" gli operatori e gli utenti dei paesi poveri e non solo "per". Fino a qualche anno fa per descrivere qualcosa di simile si parlava di tecnologie appropriate. Howitt et al. in 29 pagine cercano di convincerci che l'aggettivo migliore per descrivere questo nuovo, o antichissimo, filone di sviluppo tecnologico è "frugale", inaugurando pertanto il nuovo capitolo delle "*frugal*" *health technologies*.

Chiunque ha avuto il privilegio di frequentare i servizi sanitari dell'Africa negli ultimi decenni ha avuto la percezione che, anche se l'innovazione tecnologica è stata lenta e il bisogno resta alto,

siano comunque già disponibili da anni un numero di apparecchiature, metodologie, protocolli, farmaci che possiamo definire "frugali" ed efficaci secondo molte delle caratteristiche descritte. La ventosa ostetrica manuale, per fare un esempio, antica ferramenta del secolo passato, è una di queste. Purtroppo ancor oggi in molte maternità dell'Africa non può essere dato per scontato avere a disposizione, quando serve, una ventosa ostetrica completa di tutti gli accessori, che sia perfettamente funzionante e adeguatamente sterilizzata nelle componenti che lo richiedono. Se poi ci aggiungiamo l'appropriatezza, la tempestività e la correttezza del suo utilizzo al momento del parto lo scenario diventa ancora meno scontato.

Su una cosa non si può che essere d'accordo con Howitt et al. ovvero che per capire di più bisogna uscire dalle accademie, scendere sul campo e imparare dalle "*success stories*" di innovazione tecnologica nei contesti a risorse limitate. Si scoprirebbe così che, in molti casi, il processo di innovazione, a differenza dei telefoni cellulari, è senza scorciatoie, ed è il prodotto dell'impegno protratto, a volte testardo, di operatori che con competenza, pazienza e credibilità hanno saputo accompagnare il radicamento di nuove conoscenze, di nuovi comportamenti e pratiche. Nel corso di quelle storie "positive" gli innovatori probabilmente sono un po' cambiati insieme agli "innovati" e si sono ritrovati alla fine del percorso meno giovani, ma con più di quanto avevano da lasciare.

Howitt conclude con un appello affinché vi siano più investimenti per le tecnologie frugali, che forse meglio potrebbero essere chiamate intermedie. È lecito dubitare che questo avverrà fuori dalle dinamiche del mercato, ovvero senza una prospettiva a breve-medio termine non di frugalità, ma di utili certi per le imprese che investano in questo settore.

Lo sciacquone ha fallito e Bill Gates, nella sua veste di filantropo, sta spendendo milioni di dollari per premiare il brevetto del W.C. globale del terzo millennio, se questa è la strada giusta, e abbiamo qualche dubbio, lo sapremo nei prossimi anni.

In conclusione, è verosimile che i più poveri sappiano essere frugali senza bisogno che glielo insegniamo, sta quindi a noi sedere sui banchi di quella che Zanotelli ha chiamato «la scuola dei poveri», per capire assieme come può migliorare e con che strumenti la loro, ma anche la nostra, qualità e quantità di vita nei prossimi decenni. È bello pensare che questo sia anche il pensiero sottotraccia della commissione dell'*Imperial College* di Londra.

NOTE

¹ *Technologies for global health*. Lancet. 2012 Aug 4;380(9840):507-35.

² *Tecnologie appropriate in Africa*. Salute e Sviluppo. N. 58 ottobre 2009.

³ WHO. *Compendium of new and emerging health technologies*.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_HSS_EHT_DIM_11.02_eng.pdf



ESPERIENZE DAL CAMPO

SIERRA LEONE

Avviato nel corso del 2011, l'intervento di Medici con l'Africa Cuamm in Sierra Leone mira a rafforzare l'ospedale e il sistema sanitario.

In questo articolo, i primi dati raccolti compongono un quadro della situazione di partenza e presentano i risultati ottenuti dopo alcuni mesi di lavoro.

TESTO DI / SERENA BRUSAMENTO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

IL CONTESTO

La Sierra Leone è un piccolo paese dell'Africa occidentale con una popolazione di quasi 6 milioni di abitanti, che ha vissuto una guerra civile devastante, iniziata nel 1991 e che ha causato circa 50.000 morti. Considerata dalle Nazioni Unite come uno dei paesi meno sviluppati, è stata classificata nel 2011 al 180° posto su 187 paesi¹ secondo lo *Human Development Index*. Nelle statistiche mondiali, il paese risulta avere il tasso più alto di mortalità dei bambini al di sotto di 1 anno (114 per 1.000 nati vivi), è al quarto posto per la mortalità infantile (174 ogni 1.000 nati vivi) e al terzo per la mortalità materna (890 per 100.000)². Nel 2007 è stata intrapresa una politica per la salute materna e infantile, seguita da un piano strategico per il settore sanitario nel 2010³. L'obiettivo di entrambi questi programmi è quello di migliorare l'accesso e quindi l'equità a servizi sanitari di qualità, soprattutto in relazione al problema della maternità sicura. Nel 2010, inoltre, è stata lanciata un'iniziativa di Sanità gratuita (*Free Care*)⁴, che garantisce la gratuità ai servizi sanitari per tutti i bambini sotto i 5 anni, per le donne incinte e le donne in allattamento.

Nonostante queste iniziative, la Sierra Leone è ancora molto distante dal raggiungere, anche in parte, gli obiettivi 4 e 5 del Millennio. Gli ostacoli principali sono costituiti da: carenza di personale sanitario

CARTINA 1 / SIERRA LEONE CON IL DISTRETTO DI PUJEHUN



qualificato, mancanza di capacità manageriali, inadeguatezza delle infrastrutture e inefficienza del sistema di approvvigionamento dei farmaci e del materiale di consumo.

Particolarmente grave è la situazione del personale sanitario. Numerosi medici fuggiti dal paese durante la guerra non sono più rientrati. Oltre l'80% di quelli presenti e quasi il 50% degli infermieri disponibili in Sierra Leone lavorano nella capitale, Freetown. Nel resto del paese c'è un medico ogni 100.000 abitanti e un infermiere ogni 7.500. In risposta a questa carenza di personale sanitario è stata istituita una nuova figura professionale, il "MCH aid" (*Mother and child health, assistente di salute materna e infantile*). Si tratta di figure di base formate a livello distrettuale, che vengono impiegate nelle stesse zone dopo un praticantato di 18 mesi.

L'INTERVENTO DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

A inizio 2012 Medici con l'Africa Cuamm ha iniziato un progetto in Sierra Leone, sostenuto da Unicef, nel distretto rurale di Pujehun che, con una popolazione di poco meno di 300.000 abitanti, è tra i meno serviti del paese. L'obiettivo è migliorare l'accesso, l'utilizzo e la qualità dei servizi materni, neonatali e infantili nel distretto. L'intervento prevede il supporto all'ospedale e ai sei centri sanitari periferici. La strategia da perseguire è quella proposta da Who che raccomanda un ospedale capace di erogare tutte le prestazioni per le emergenze ostetriche e neonatali (*Comprehensive emergency Obstetric Care-CEmOC*)⁵. Chiede poi che, in rapporto alla popolazione, ci siano da tre a più centri sanitari periferici in grado di risolvere la maggior parte delle emergenze che possono insorgere durante la gravidanza, il parto e la fase *post-partum*, sia per la madre sia per il bambino, provenienti direttamente dalla comunità (*Basic emergency obstetric care-BEmOC*). In ogni momento i centri devono essere capaci di riferire all'ospedale i casi che richiedono il cesareo e la trasfusione. Fino al termine del 2011 questo sistema integrato di servizi non era funzionante nella zona.

I PROBLEMI DA AFFRONTARE

L'ospedale di Pujehun è provvisto di due complessi, uno dedicato agli adulti e uno nuovo, costruito nel 2010, dotato di un reparto di Mater-

nità, una sala operatoria e un reparto di Pediatria. La situazione iniziale delle attività si è mostrata molto più fragile rispetto alle aspettative. Rilevanti le limitazioni strutturali. Emblematica la situazione della sala operatoria, rimasta inagibile per mancanza di fornitura regolare di acqua ed elettricità. Gravemente carente la preparazione dello *staff* sanitario, aggravata inoltre da alti tassi di assenteismo. Caotica e inefficiente la gestione finanziaria. Le entrate dell'ospedale erano basate su un sistema di finanziamento a prestazione. Con i fondi ricavati dai *ticket* ospedalieri si doveva provvedere al funzionamento dell'ospedale stesso, dalla fornitura di strumentazione e farmaci ai materiali di pulizia di base. Inevitabilmente, gli scarsi introiti comportavano un'inadeguatezza generale di tutti i servizi e una bassa qualità delle prestazioni stesse. Diffusa, infine, tra gli infermieri la pratica di vendere i farmaci ospedalieri all'esterno, per arrotondare uno stipendio magro e irregolare. A livello distrettuale i centri di salute (*BEmONC*) erano ancora in costruzione o in ristrutturazione, mentre il personale forniva le cure in contesti fortemente disagiati. Oltre alla carenza di acqua ed elettricità, nessun centro disponeva di ostetriche o di infermieri; a gestire la cura dei pazienti e l'organizzazione dei centri stessi provvedeva l'assistente di salute materna e infantile (*MCH aid*).

Di fronte a un contesto così destrutturato, si è inserito il progetto di Medici con l'Africa Cuamm che ha puntato al rafforzamento del sistema sanitario distrettuale. Da un lato ha cominciato a sostenere le cure ospedaliere fornendo assistenza clinica e formazione per lo *staff* sanitario, dall'altro ha avviato un processo di miglioramento delle cure primarie con il rafforzamento gestionale del distretto e delle risorse umane. Si tratta di un approccio e di uno stile nuovi per la Sierra Leone, dove in genere le ong lavorano con progetti verticali o gestendo in proprio i servizi.

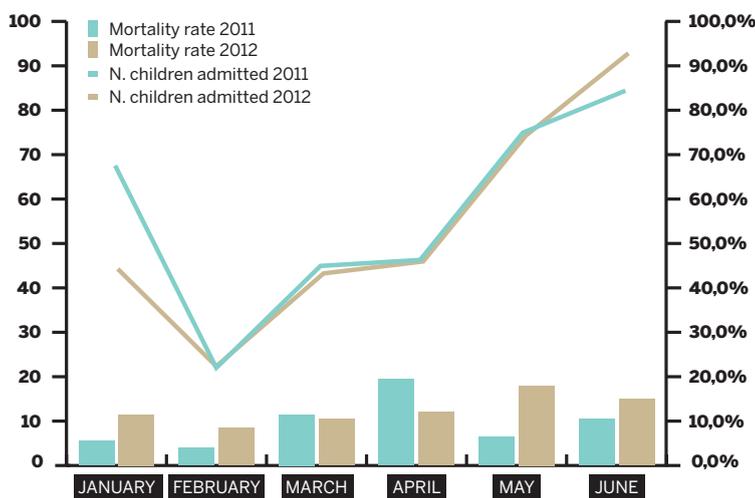
RISULTATI PRELIMINARI

A un anno di distanza dall'avvio delle attività si possono registrare alcuni significativi risultati: i reparti della maternità e della pediatria sono diventati pienamente funzionanti, la sala operatoria è ora operativa. A integrare il lavoro degli infermieri sono stati impiegati dei volontari, non pagati, ma comunque sostenuti dalla formazione sul campo. La presenza costante di medici ha permesso di guadagnare la fiducia della comunità locale e di aumentare il numero di pazienti in accettazione e in cura. I dati di utilizzazione, sia pure gradualmente, cominciano a salire. Per quanto riguarda i ricoveri in maternità, confrontando il primo semestre del 2011 con il primo semestre del 2012 le pazienti sono aumentate del 38% (246 gravide nel primo semestre 2011, 339 nel 2012). Durante il primo semestre del 2011 si erano registrati 143 parti, il 15% dei quali assistiti e il 13% cesarei. Nel primo semestre del 2012 i parti sono saliti a 206 (incremento del 44%), dei quali il 33% assistiti e il 21% cesarei, come evidenziato nella **figura 1**. La mortalità per cause ostetriche dirette è scesa dal 2,8% (*Standard Deviation* – SD - 3,2%) del 2011 all'1,9% (SD 1,9%) del 2012; la mortalità dei nati morti, invece, è salita dall'8,6% del 2011 al 14,4% del 2012. L'ospedale è l'unico luogo dell'intero distretto dove si esegue il parto cesareo: la proporzione dei cesarei sul numero totale di parti

FIGURA 1 / NUMERO TOTALE DEI PARTI E DEI PARTI ASSISTITI DURANTE IL PRIMO SEMESTRE 2011 E IL PRIMO SEMESTRE 2012



FIGURA 2 / REPARTO PEDIATRICO: NUMERO DI AMMISSIONI E MORTALITÀ REGISTRATA NEL PRIMO SEMESTRE 2011 E PRIMO SEMESTRE 2012



attesi nel distretto è salita da una media dello 0,5% del primo semestre 2011 all'1,1% nel primo semestre 2012 (standard dell'Oms dal 5 al 15%).

La **figura 2** presenta i dati del reparto pediatrico mettendo a confronto il primo semestre del 2011 con lo stesso periodo del 2012. I numeri dei pazienti che si sono rivolti all'ospedale, pur variando in base alla stagione, raggiungono picchi più alti durante la stagione delle piogge, senza però mostrare variazioni significative tra il 2011 e il 2012. Il grafico mostra che la mortalità mensile, nei due periodi, appare in

TABELLA 1 / DISTRIBUZIONE DELLE CAUSE DI MORTALITÀ E DEI TEMPI DI DECESSO NEL REPARTO PEDIATRICO, PRIMO SEMESTRE 2012

COD	NUMBER OF DEATH	PROPORTION OF DEATHS OCCURRED WITHIN 48 HOURS FROM ADMISSION
SEVERE MALARIA	25	96%
MALNUTRITION	4	25%
PNEUMONIA	3	67%
SEPSIS	3	67%
INTOXICATION	2	100%
TYPHOID	2	100%
ANAPHYLACTIC SHOCK	1	100%
ANAEMIA	1	0%
BURN	1	100%
DEHYDRATION	1	100%
LASSA FEVER	1	100%
TOTAL	44	84%

leggero aumento. È probabile che questo incremento sia dovuto a una maggiore qualità della registrazione dei dati. Uno sforzo in tal senso è stato fatto durante i primi mesi del progetto, poiché dal registro dell'anno 2011 emergeva chiaramente che le morti erano sottostimate e le diagnosi non erano definite secondo criteri internazionali.

La **tabella 1** mostra la distribuzione delle cause di morte dei bambini ammessi al reparto pediatrico nel primo semestre 2012. La prima causa di morte è stata la malaria, seguita da malnutrizione, polmonite e sepsi. L'84% delle morti è avvenuta entro 48 ore dal ricovero, fatto dovuto più alla carenza di cure efficaci a livello di comunitario o di centro di salute periferico che alla qualità dell'assistenza ospedaliera. Da notare, infine, che la malaria contribuisce a oltre il 50% delle cause di morte. È necessario capire quindi qual è la reale disponibilità di zanzariere a livello comunitario e quella di antimalarici.

Gli obiettivi e i primi risultati delle attività di progetto sono stati presentati ai rappresentanti del ministero della Salute, alle autorità amministrative e sanitarie del distretto e ai *leader* della comunità locale in un seminario tenutosi nella sede del municipio di Pujehun, nel corso del 2012.

È stata un'opportunità per far conoscere alle autorità le limitazioni del sistema sanitario e per dare voce alla comunità stessa. Questo incontro ha suscitato l'attenzione del ministero della Salute sulla scarsità di risorse e sulla mancanza di una capacità di gestione ospedaliera e ha prodotto come risultato l'invio di nuove infermiere. Solo una minima parte di queste, però, si è fermata a causa della lontananza e dell'isolamento del distretto. Un altro effetto di tale incontro è stato quello di un maggior supporto finanziario all'ospedale e l'inizio di un maggior e più trasparente controllo amministrativo.

In conclusione, la sfida per garantire l'accesso e la qualità dei servizi materno e infantili alla popolazione di Pujehun resta molto alta e si giocherà, da una parte, sul rafforzamento della capacità gestionali dell'ospedale e, dall'altra, su una maggiore efficacia dei servizi periferici curativi e preventivi, dove risulterà essenziale il coinvolgimento della comunità a supportare e controllare gli agenti sanitari comunitari.

BIBLIOGRAFIA

1 UNDP 2011. *International Human Development Indicator*. <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/SLE.html>

2 WHO. <http://www.who.int/research/en/>

3 Government of Sierra Leone Ministry of Health and sanitation National Health Sector Strategic Plan 2010-1015 Nov 2009.

4 Sierra Leone announces free health care for mothers and children. Available at: http://www.unicef.org/childsurvival/sierraleone_53435.html

5 Monitoring emergency obstetric care, 2009, WHO.



APPROFONDENDO

UN MODELLO MULTISETTORIALE INTEGRATO

Uno studio pubblicato su *Lancet* dimostra che attraverso un approccio integrato multisetoriale e una modesta allocazione di *budget* si riescono a ottenere risultati significativi in termini di riduzione della mortalità dei bambini sotto i cinque anni e rispetto agli Obiettivi del Millennio.

TESTO DI / DONATA DALLA RIVA / SETTORE PROGETTI DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Nel mese di luglio 2012 è stato pubblicato sulla rivista *The Lancet* un interessante articolo di Paul Pronyk et al. che dimostra i risultati ottenuti dal “*Millennium Village Project*” in termini di riduzione della mortalità dei bambini sotto i cinque anni¹.

L'iniziativa è nata dopo il *Summit* delle Nazioni Unite di settembre 2000 nel quale i capi di Stato hanno adottato gli Obiettivi di sviluppo del Millennio². Il progetto decennale, commissionato dal segretario generale delle Nazioni Unite e guidato dall'*Earth Institute della Columbia University*, dall'*United Nations Development Programme* e da un'ong, prevede una serie d'interventi, dimostrati essere singolarmente efficaci, applicati su nove villaggi rurali dell'Africa sub-Sahariana (Nigeria, Mali, Senegal, Ghana, Uganda, Kenya, Rwanda, Tanzania e Malawi)³. Il 29 agosto scorso, inoltre, è stata resa pubblica la decisione di aggiungere ai villaggi già selezionati un altro villaggio nel nord rurale del Ghana⁴.

Agricoltura, ambiente, sviluppo dell'imprenditoria, educazione, infrastrutture e sanità sono i settori all'interno dei quali singoli pacchetti d'intervento sono stati adottati, in modo simultaneo, in ciascun villaggio. Lo studio ha analizzato i risultati del progetto dopo tre anni, sia comparando indicatori misurati pre e post intervento in ciascun villaggio, sia comparando i valori con gli stessi indicatori misurati in villaggi simili, dove l'iniziativa non è stata realizzata. La spesa complessiva è stata di 116 dollari americani *per capita*, dei quali 25 dollari sono stati allocati specificatamente per il settore sanitario; una spesa inferiore a quanto previsto inizialmente (120 dollari *per capita* dei quali 40 dollari per ambito sanitario). La mortalità nei bambini sotto i cinque anni è diminuita del 22%, rispetto al livello iniziale, e del 32% rispetto al villaggio-simile dove l'iniziativa non è stata implementata. Sono significativamente progrediti sia lo stato di “povertà” delle famiglie (da 41% a 60,3%) sia l'accesso all'acqua potabile (da 12,7% a 77,4%) e alle latrine di tipo migliorato (da 1,9% a 28,6%); in riduzione i livelli d'insicurezza alimentare (da 68,8% a 40,1%) e la proporzione dei bambini denutriti cronici (*stunted*) (da 36% a 28,2%).

Nel settore sanitario, lo studio ha evidenziato miglioramenti importanti: aumentata la copertura vaccinale (da 72,9% a 92%), il numero dei parti assistiti da personale qualificato (da 32,6% a 57,2%), la percentuale dei neonati che effettua il controllo *post partum* (da 6,9% a 14,3%), il numero dei test dell'Hiv effettuati durante le visite prenatali (da 28,8% a 70,1%) e l'utilizzo della rete zanzariera (da 7,6% a 43,2%). Sono diminuite la prevalenza di malaria (da 18,8% a 2,7%) e di diarrea (da 19,5% a 16,4%).

Nonostante lo studio non fosse mirato a ciò, si evince che i maggiori risultati che contribuiscono alla riduzione della mortalità dei bambini sotto i cinque anni, hanno riguardato soprattutto il primo mese di vita e il periodo compreso tra i sei e i 23 mesi. In conclusione, lo studio dimostra che, attraverso un approccio integrato multisetoriale e con un'allocazione di *budget* per persona aggiuntiva relativamente “modesta” che, per quanto riguarda il settore sanitario, è in linea con quanto mediamente già allocato presso i paesi coinvolti nello studio (43 dollari americani *per capita*), si riescono a ottenere dei risultati importanti rispetto agli Obiettivi di sviluppo del Millennio. Sebbene la sostenibilità futura dei risultati ottenuti, dopo la conclusione del progetto e la replicabilità di questo tipo d'intervento, siano oggetto di discussione – il progetto, infatti, si basa su un forte contributo esterno che non promuove delle vere e proprie modifiche di sistema e forse incoraggia un'accettazione passiva dell'aiuto – i risultati dimostrati rimangono importanti⁵. Innanzitutto, si conferma l'intersectorialità della dimensione dello sviluppo, confermando l'efficacia degli approcci integrati. Infine, l'aver dimostrato che, con un'allocazione di *budget* non distante da quanto già è allocato mediamente presso i paesi considerati (43 dollari per la sanità *per capita* annui, che comprendono sia il contributo del governo che dei *partner* di sviluppo), si possono ottenere importanti risultati, dovrebbe stimolare la riflessione critica, presso i governi dei paesi dell'Africa sub-Sahariana e presso la comunità dei “donatori”, sull'efficacia dell'utilizzo e dell'allocazione delle risorse.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

¹ Paul M Pranyk et al. “*The effect of an integrated multisector model for achieving the Millennium Development Goals and improving child survival in rural Sub-Saharan Africa: a non-randomised controlled assessment*”, *The Lancet*, vol. 379, 9 giugno 2012.

² http://www.millenniumcampaign.it/mc_08/

³ <http://www.millenniumvillages.org/>

⁴ <http://www.millenniumvillages.org/>

⁵ Grace Malenga et al. “*The Millennium Villages project*”, *The Lancet*, vol. 376, 9 giugno 2012.



RASSEGNA

ALLE PORTE IL VACCINO ANTIMALARICO

Tra poco più di tre anni potrebbe essere disponibile il primo vaccino contro la malaria. Che cosa significa questo vaccino per il controllo e l'eradicazione della malaria? E, soprattutto, come potranno essere sostenuti gli investimenti nell'attuale contesto di recessione globale?

TESTO DI / SILVIO DONÀ / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Tra poco più di tre anni potrebbe essere disponibile il primo vaccino contro la malaria¹ da *Plasmodium Falciparum*, il RTS,S/AS01. Il Who ha già annunciato l'intenzione di diffonderlo, a partire dal 2015, una volta conclusa la fase tre della sperimentazione. Il vaccino è frutto di una "public-private partnership" tra Glaxo-Smith-Kline e il programma "Path Malaria Vaccine Initiative", sostenuto dalla Bill & Melinda Gates Foundation.

RTS,S/AS01 è un ibrido di fusione tra una parte della proteina circumsporozoita (l'involucro proteico dello sporozoite, lo stadio del parassita che viene inoculato dalla zanzara e che poi invade gli epatociti, prima di entrare in circolo) e l'antigene di superficie dell'epatite B. L'immunogenicità del vaccino è legata alla sua natura polimerica e all'adiuvante AS01.

Il lavoro citato² è la relazione intermedia della fase tre di un grande trial multicentrico (15.460 bambini arruolati; due fasce d'età: 6-12 settimane e 5-17 mesi), che riporta l'efficacia del vaccino nei primi 6.000 (su 8.923) bambini di età maggiore e la valutazione dei primi 250 casi di malaria grave.

Pubblicare i risultati di una sperimentazione, quando i risultati della sua efficacia sono ancora incompleti, è una pratica poco abituale nel mondo scientifico: le pressioni politico-commerciali hanno probabilmente giocato un ruolo importante. La popolazione "target" ideale di questo vaccino è quella dei bambini più piccoli, 6-12 settimane di età, che lo potrebbero ricevere insieme alle vaccinazioni di routine; i risultati sull'efficacia in questo sottogruppo non sono ancora disponibili; quando lo saranno, si tratterà di risultati a breve termine, insufficienti per valutare il reale impatto del vaccino. Alcuni osservatori suggeriscono che la pubblicizzazione anticipata sia stata una scelta politica: i risultati sono stati resi noti al forum sulla malaria, tenutosi a Seattle dalla Bill & Melinda Gates Foundation, che già nel 2007 aveva annunciato la possibile futura eradicazione della malattia³.

I risultati intermedi sono sostanzialmente in linea con quelli rilevati

nella fase 2⁴⁻⁶: il vaccino garantisce una protezione del 55% (percentuale inaccettabile nella prospettiva occidentale, ma che nella realtà africana rappresenterebbe un grande risultato).

In questo studio, si sono registrati casi di meningite, tra i vaccinati, in percentuale significativamente maggiore rispetto ai controlli. Non sembra esservi alcuna spiegazione plausibile per questo, che potrebbe rivelarsi un risultato casuale, ma non può essere ignorato. Il maggiore rischio di reazioni febbrili o convulsioni tra i vaccinati con RTS,S/AS01 può essere reale, riflettendo le potenzialità "irritative" di questo vaccino, altamente immunogeno. Tali dubbi giustificano l'importanza della fase 4, sulla sicurezza e sull'efficacia, e impongono la sorveglianza attiva, una volta che il vaccino sarà distribuito.

Una domanda ancora senza risposta riguarda la durata della copertura immunitaria: la valutazione di efficacia di una dose di richiamo, a 18 mesi, non sarà disponibile fino al 2014. Non si conosce, inoltre, il prezzo del vaccino. Tutti questi fattori sono essenziali per la valutazione di costo-efficacia, la base per le future decisioni di politica sanitaria, sia globale sia nazionale.

Che cosa significa questo vaccino per il futuro controllo e per l'eradicazione di malaria?

Il notevole aumento dei finanziamenti globali sta portando risultati tangibili nella lotta alla malattia.

Nei luoghi in cui gli interventi efficaci (zanzariere trattate con insetticidi, bonifica ambientale, diffusione dei derivati dell'artemisinina) sono stati applicati, la morbilità e la mortalità per malaria sono in calo. La stessa bassa mortalità per malaria, documentata nello studio (solo 10 decessi), testimonia i benefici derivanti da una diagnosi precoce e da un trattamento efficace. Come potranno essere sostenuti gli investimenti per il nuovo vaccino, nell'attuale contesto di recessione globale e con la minore "pressione politica" che la riduzione della mortalità per malaria inevitabilmente provocherà?

BIBLIOGRAFIA

1 White N J A vaccine for malaria. N Engl J Med 2011;365:1926-7.

2 The RTS,S Clinical Trials Partnership. First results of phase 3 trial of RTS,S/AS01 malaria vaccine in African children. N Engl J Med 2011;365:1863-75.

3 Lancet edit. 2011; 378: 1528

4 Bejon P, Lusingu J, Olotu A, et al. Efficacy of RTS,S/AS01E vaccine against malaria in children 5 to 17 months of age. N Engl J Med 2008;359:2521-32.

5 Asante KP, Abdulla S, Agnandji S, et al. Safety and efficacy of the RTS,S/AS01(E)

candidate malaria vaccine given with expanded-programme-on-immunisation vaccines: 19 month follow-up of a randomised, open-label, phase 2 trial. Lancet Infect Dis 2011; 11:741-9.

6 Olotu A, Lusingu J, Leach A, et al. Efficacy of RTS,S/AS01E malaria vaccine and exploratory analysis on anti-circumsporozoite antibody titres and protection in children aged 5-17 months in Kenya and Tanzania: a randomised controlled trial. Lancet Infect Dis 2011;11:102-9.

COPERTURA SANITARIA UNIVERSALE: IL CASO DEL MESSICO

Mentre in Europa vengono messi in discussione consolidati sistemi di *welfare* e i servizi sanitari nazionali sono sottoposti a drastici tagli, altrove – tra i paesi “emergenti” – torna in auge la copertura sanitaria universale. Il caso del Messico.

TESTO DI / GAVINO MACIOCCO / DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA, UNIVERSITÀ DI FIRENZE

Il 2012 è stato un anno di svolta per il Messico in termini di accessibilità alla salute: è stata infatti raggiunta la copertura sanitaria nazionale¹. Nove anni prima, nel 2003, metà della popolazione messicana (oltre 50 milioni di persone, per lo più con redditi bassi) era priva di copertura assicurativa, e quindi esposta a spese catastrofiche in caso di malattia oppure costretta a rinunciare alle cure per mancanza di soldi.

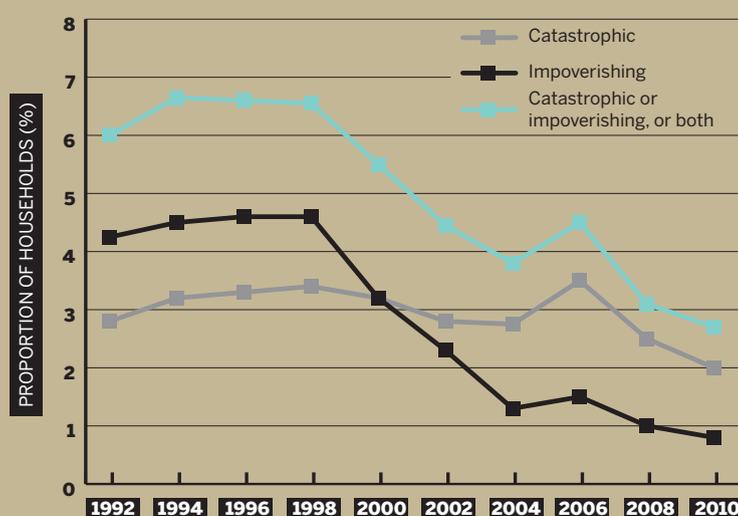
La riforma sanitaria che ha consentito questo successo è del 2003 (entrata in vigore il 1° gennaio 2004) e si basa sull'introduzione di un'assicurazione sanitaria popolare, denominata *Seguro Popular*, che offre un accesso gratuito a un pacchetto di prestazioni sanitarie essenziali ed è destinata alle persone non assicurate: lavoratori autonomi, disoccupati e tutti coloro che non godono di un lavoro formale e continuativo. L'iscrizione è su base volontaria. Il *Seguro Popular* è finanziato attraverso la tassazione federale, il contributo statale e i contributi familiari calcolati in base al reddito, al netto delle spese per il cibo con un tetto massimo del 5% del reddito familiare (le famiglie più povere sono esenti da qualsiasi contributo).

Il pacchetto delle prestazioni garantite da *Seguro Popular* è stato progressivamente esteso e aggiornato ogni anno sulla base delle priorità, tenendo conto del profilo epidemiologico, dello sviluppo tecnologico e della disponibilità di risorse. Gli iscritti al *Seguro Popular* nel 2004 erano poco più di 5 milioni, circa 20 milioni nel 2007, 52,6 milioni nell'aprile 2012. Anche il pacchetto delle prestazioni si è notevolmente allargato: si è passati dalle 85 prestazioni dell'anno 2004 alle 472 del 2012. Recentemente è stata introdotta una nuova serie di interventi preventivi, rivolti in particolare alla promozione della salute nel campo delle malattie croniche. I servizi per gli iscritti al *Seguro Popular* sono offerti principalmente da strutture pubbliche.

Per migliorare la qualità dei servizi sanitari pubblici sono stati sviluppati dei piani di investimento per le infrastrutture, le tecnologie, le risorse umane e sono state definite procedure per l'accredita-

mento. Dal 2001 al 2011 sono stati costruiti 12 centri di alta specialità, 200 ospedali e 2.000 centri di salute. A ciò si è aggiunta una notevole crescita del numero di medici e infermieri che ha consentito un maggiore utilizzo delle strutture pubbliche: ad esempio, la percentuale di parti effettuati nelle maternità pubbliche è passata dal 32% del 2003 al 48% del 2012. Di conseguenza, la spesa sanitaria è progressivamente cresciuta: come percentuale del Pil (dal 5,1% del 2000 al 6,3% del 2010), come spesa sanitaria totale *pro-capite* (da 508 a 959 dollari) e come spesa sanitaria pubblica *pro-capite* (da 237 a 469 dollari). D'altro canto, si è ridotta la percentuale delle famiglie esposta a spese catastrofiche a causa di malattie e – in misura maggiore – la percentuale di famiglie trascinate al di sotto della soglia di povertà a causa delle spese mediche (**figura 1**)².

FIGURA 1 /



NOTE

1 J. Frenk et al, *The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico*, Lancet 2012.1; 380:1259-79.

2 E. Vance, *Mexico chalks up success in health-care reforms* Nature doi:10.1038/nature.2012.11222.



MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Nata nel 1950, Medici con l'Africa Cuamm è la prima ong in campo sanitario riconosciuta in Italia (in base alla Legge della cooperazione del 1972) e la più grande organizzazione italiana per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni africane.

Realizza progetti a lungo termine in un'ottica di sviluppo, intervenendo con questo approccio anche in situazioni di emergenza, per garantire servizi di qualità accessibili a tutti.

STORIA

In **60** anni di storia:

- **1.330** sono le persone inviate nei progetti: di queste 367 sono ripartite una o più volte. Il totale complessivo degli invii è stato quindi di 1.908;
- **4.330** gli anni di servizio effettuati, con una media di 3 anni per ciascuna persona inviata;
- **950** gli studenti ospitati nel collegio;
- **279** i medici veneti partiti in quasi 60 anni;
- **211** gli ospedali serviti;
- **40** i paesi d'intervento;
- **150** i programmi principali realizzati in collaborazione con il ministero degli Affari Esteri e varie agenzie internazionali.

IN AFRICA

Oggi siamo presenti in Angola, Etiopia, Mozambico, Sierra Leone, Sud Sudan, Tanzania, Uganda con:

- **80 operatori:** 47 medici, 4 paramedici, 29 amministrativi e logisti
- **37 progetti** di cooperazione principali e un centinaio di micro-realizzazioni di supporto, con i quali appoggia:
 - 15 ospedali
 - 25 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, formazione)
 - 3 centri di riabilitazione motoria
 - 4 scuole infermieri
 - 3 università (in Uganda, Mozambico ed Etiopia).

IN EUROPA

Medici con l'Africa Cuamm è attiva da anni nella realizzazione di progetti e nella costruzione di *network* su scala europea, con l'obiettivo di sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema dell'equità di accesso alle cure e ai sistemi sanitari. In particolare, dal 2011 al 2014 è capofila del progetto europeo "*Equal opportunities for health: action for development*", a cui lavora con altre 18 organizzazioni *partner* di 7 paesi europei: università, associazioni studentesche, organizzazioni non governative di Italia, Polonia, Lettonia, Bulgaria, Romania, Malta, Ungheria lavorano assieme per dare spazio e voce alla formazione in Salute globale e promuovere maggiore consapevolezza delle relazioni tra la salute e lo sviluppo, sia individuale sia collettivo.

AVVISO AI LETTORI

Sostieni e partecipa al nostro impegno in Africa, attraverso una di queste modalità:

- **c/c postale** n. 17101353 intestato a Medici con l'Africa Cuamm
- **bonifico bancario** IBAN IT 91 H 05018 12101 000000107890 presso Banca Popolare Etica Padova
- **carta di credito** telefonando allo 049.8751279
- **online:** www.mediciconlafrica.org
- **5x1000:** con la tua firma e il nostro codice fiscale 00677540288

Medici con l'Africa Cuamm è onlus ong. Le offerte inviate sono quindi deducibili nella dichiarazione dei redditi, allegando la ricevuta dell'offerta eseguita.

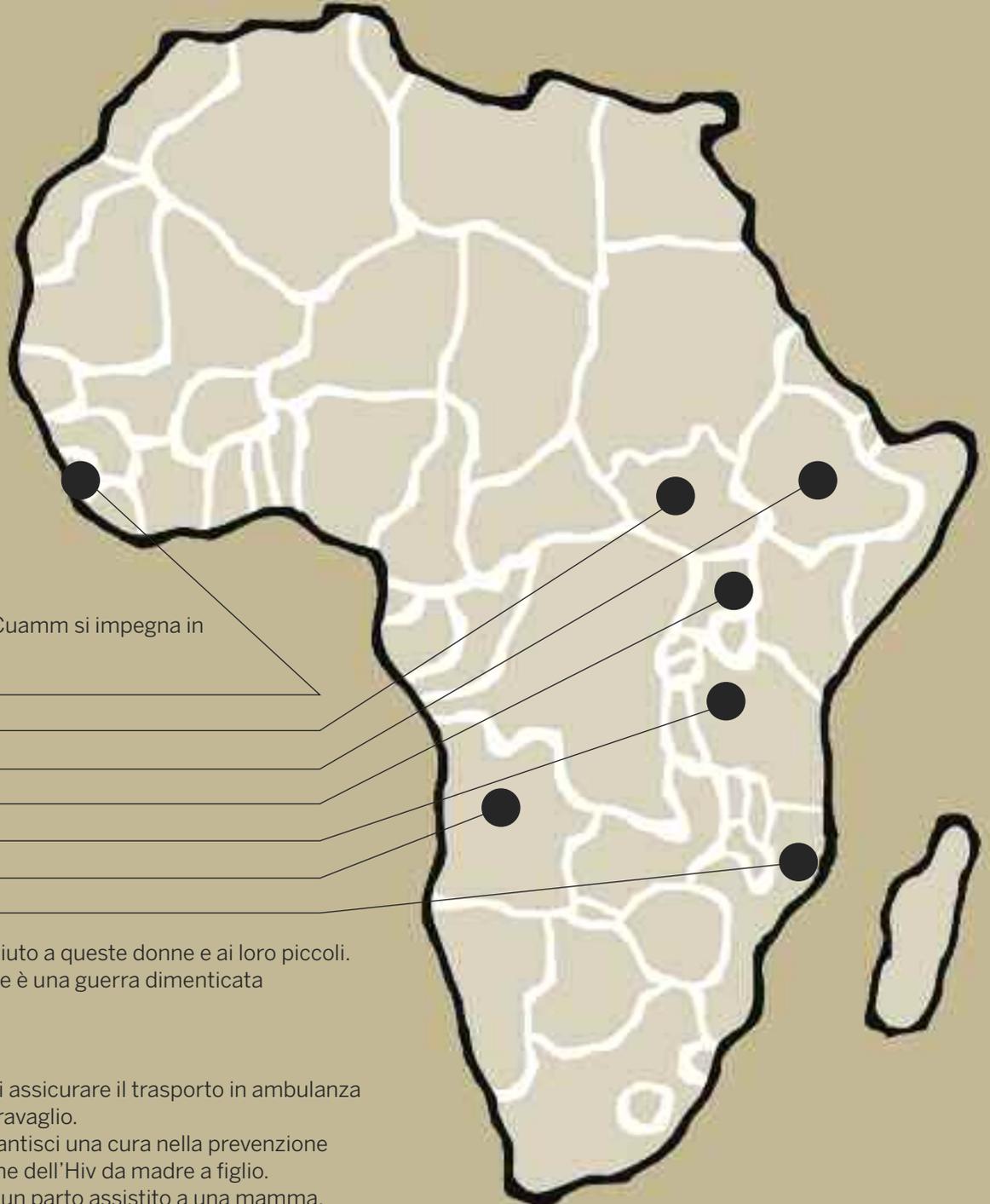
SALUTE E SVILUPPO offre studi, ricerche e documentazione unici nel panorama editoriale italiano. La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.



L'AFRICA DEI BISOGNI

OGNI ANNO NELL'AFRICA A SUD DEL SAHARA:

- 4,5 milioni di bambini muoiono prima di aver compiuto cinque anni, per malattie prevenibili e curabili a basso costo;
- 1,2 milioni di neonati muoiono nel primo mese di vita per mancanza di cure;
- 265mila donne perdono la vita per cause legate alla gravidanza e al parto.



Medici con l'Africa Cuamm si impegna in

SIERRA LEONE

SUD SUDAN

ETIOPIA

UGANDA

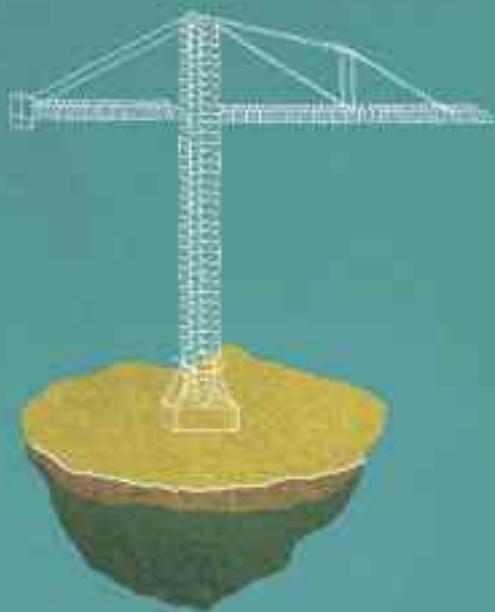
TANZANIA

ANGOLA

MOZAMBICO

per portare cura e aiuto a queste donne e ai loro piccoli. Aiutaci in questa che è una guerra dimenticata e silenziosa.

- Con 15 euro puoi assicurare il trasporto in ambulanza a una donna in travaglio.
- Con 25 euro garantisci una cura nella prevenzione della trasmissione dell'Hiv da madre a figlio.
- Con 40 euro dai un parto assistito a una mamma.
- Con 80 euro finanzia un corso di formazione di una settimana per un'ostetrica.



**MEDICI
CON L'AFRICA**
CUAMM



rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
dicembre 2012 — n° **65**
www.mediciconlafrica.org



**EQUAL OPPORTUNITIES
FOR HEALTH**
ACTION FOR DEVELOPMENT



Questa pubblicazione è stata prodotta con il supporto dell'Unione Europea. La responsabilità dei contenuti è esclusivamente di *Medici con l'Africa Cuamm* e non esprime in alcun modo il punto di vista dell'Unione Europea.