



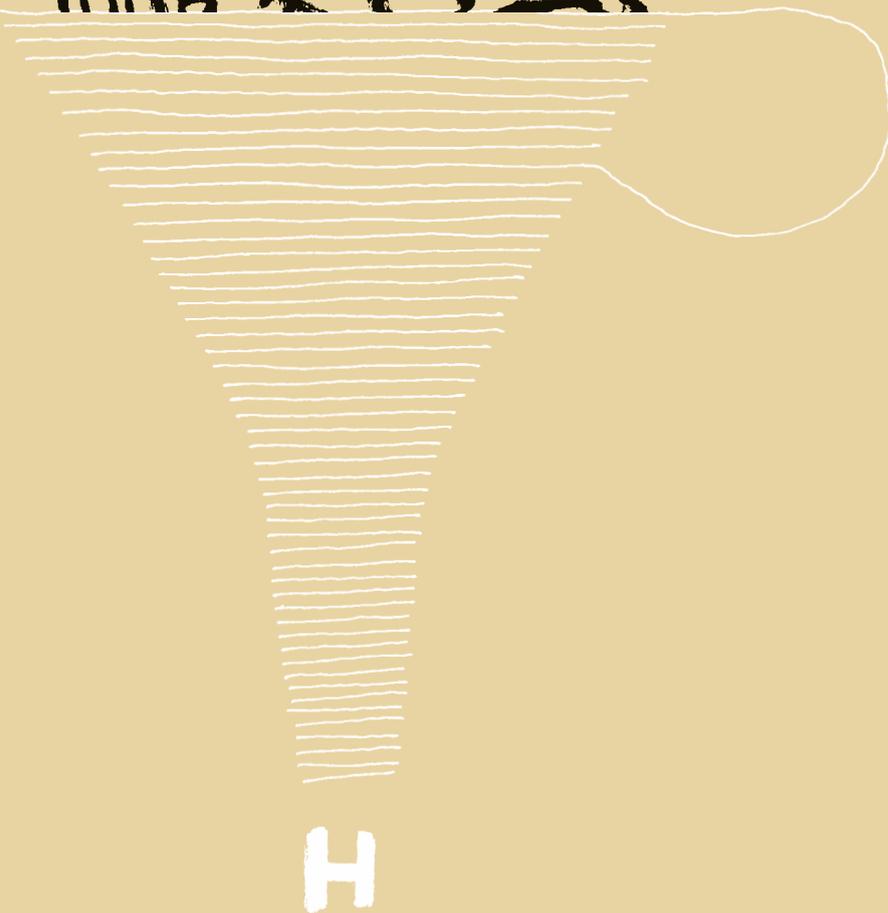
**MEDICI
CON L'AFRICA**
CUAMM

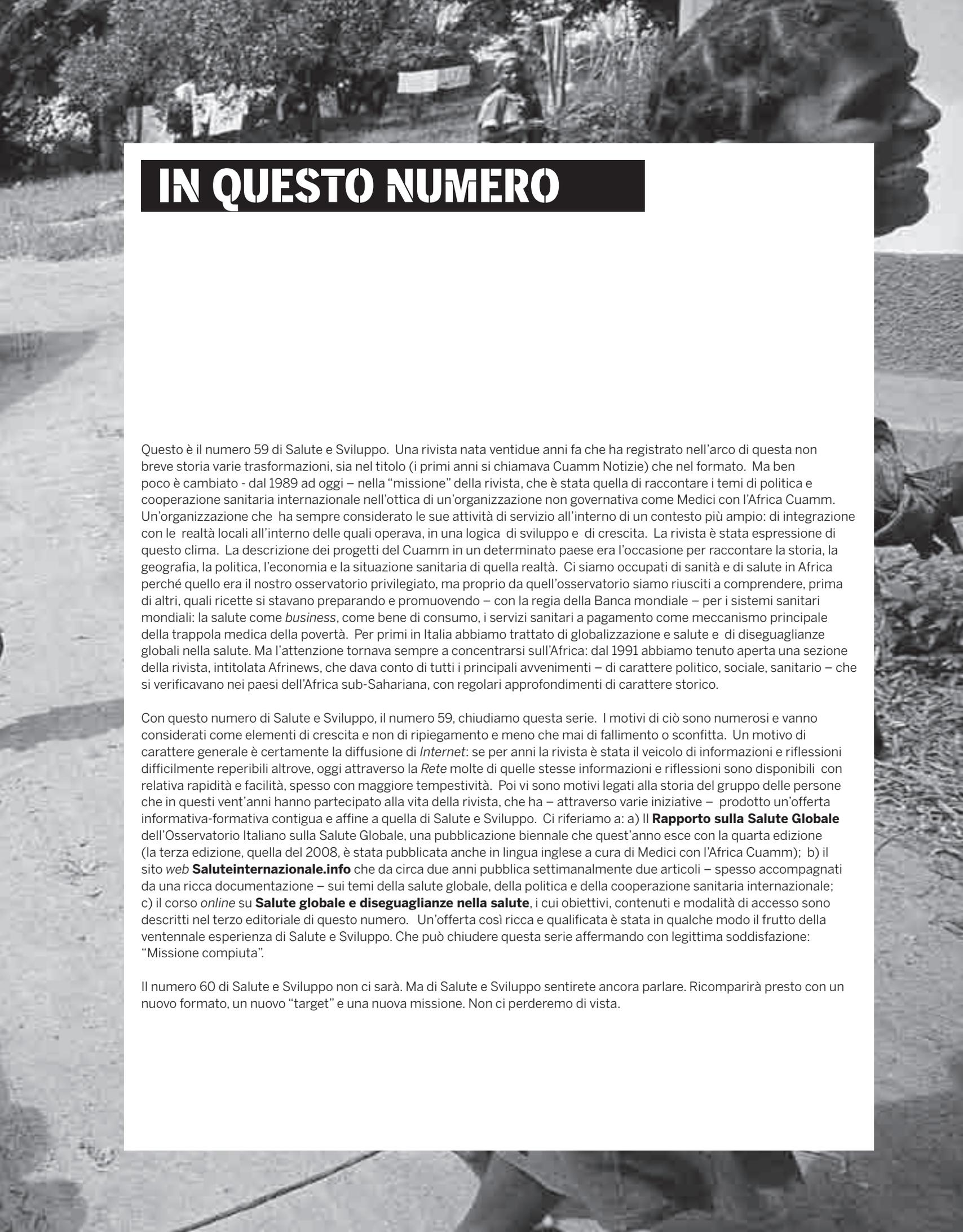


SALUTE

E SVILUPPO

rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
novembre 2009/ n° 59





IN QUESTO NUMERO

Questo è il numero 59 di Salute e Sviluppo. Una rivista nata ventidue anni fa che ha registrato nell'arco di questa non breve storia varie trasformazioni, sia nel titolo (i primi anni si chiamava Cuamm Notizie) che nel formato. Ma ben poco è cambiato - dal 1989 ad oggi - nella "missione" della rivista, che è stata quella di raccontare i temi di politica e cooperazione sanitaria internazionale nell'ottica di un'organizzazione non governativa come Medici con l'Africa Cuamm. Un'organizzazione che ha sempre considerato le sue attività di servizio all'interno di un contesto più ampio: di integrazione con le realtà locali all'interno delle quali operava, in una logica di sviluppo e di crescita. La rivista è stata espressione di questo clima. La descrizione dei progetti del Cuamm in un determinato paese era l'occasione per raccontare la storia, la geografia, la politica, l'economia e la situazione sanitaria di quella realtà. Ci siamo occupati di sanità e di salute in Africa perché quello era il nostro osservatorio privilegiato, ma proprio da quell'osservatorio siamo riusciti a comprendere, prima di altri, quali ricette si stavano preparando e promuovendo - con la regia della Banca mondiale - per i sistemi sanitari mondiali: la salute come *business*, come bene di consumo, i servizi sanitari a pagamento come meccanismo principale della trappola medica della povertà. Per primi in Italia abbiamo trattato di globalizzazione e salute e di disuguaglianze globali nella salute. Ma l'attenzione tornava sempre a concentrarsi sull'Africa: dal 1991 abbiamo tenuto aperta una sezione della rivista, intitolata Afrinews, che dava conto di tutti i principali avvenimenti - di carattere politico, sociale, sanitario - che si verificavano nei paesi dell'Africa sub-Sahariana, con regolari approfondimenti di carattere storico.

Con questo numero di Salute e Sviluppo, il numero 59, chiudiamo questa serie. I motivi di ciò sono numerosi e vanno considerati come elementi di crescita e non di ripiegamento e meno che mai di fallimento o sconfitta. Un motivo di carattere generale è certamente la diffusione di *Internet*: se per anni la rivista è stata il veicolo di informazioni e riflessioni difficilmente reperibili altrove, oggi attraverso la *Rete* molte di quelle stesse informazioni e riflessioni sono disponibili con relativa rapidità e facilità, spesso con maggiore tempestività. Poi vi sono motivi legati alla storia del gruppo delle persone che in questi vent'anni hanno partecipato alla vita della rivista, che ha - attraverso varie iniziative - prodotto un'offerta informativa-formativa contigua e affine a quella di Salute e Sviluppo. Ci riferiamo a: a) Il **Rapporto sulla Salute Globale** dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, una pubblicazione biennale che quest'anno esce con la quarta edizione (la terza edizione, quella del 2008, è stata pubblicata anche in lingua inglese a cura di Medici con l'Africa Cuamm); b) il sito web **Saluteinternazionale.info** che da circa due anni pubblica settimanalmente due articoli - spesso accompagnati da una ricca documentazione - sui temi della salute globale, della politica e della cooperazione sanitaria internazionale; c) il corso *online* su **Salute globale e disuguaglianze nella salute**, i cui obiettivi, contenuti e modalità di accesso sono descritti nel terzo editoriale di questo numero. Un'offerta così ricca e qualificata è stata in qualche modo il frutto della ventennale esperienza di Salute e Sviluppo. Che può chiudere questa serie affermando con legittima soddisfazione: "Missione compiuta".

Il numero 60 di Salute e Sviluppo non ci sarà. Ma di Salute e Sviluppo sentirete ancora parlare. Ricomparirà presto con un nuovo formato, un nuovo "target" e una nuova missione. Non ci perderemo di vista.



PAG. 6

LA STORICA VITTORIA DI OBAMA

Testo di / Gavino Maciocco

PAG. 8

CONFLITTO D'INTERESSI TRA MEDICI E INDUSTRIA FARMACEUTICA

Testo di / Alice Fabbri, Federica Ciminelli,
Luisella Grandori



PAG. 14

ESPERIENZE DI CONTRACTING NELL'AFRICA SUB-SAHARIANA

Testo di / D. Boulenger, B Keugoung, B Criel



PAG. 24

LA QUALITÀ E L'USO DELL'ASSISTENZA SANITARIA MATERNA NEL DISTRETTO DELL'OYAM, UGANDA

Testo di / Sixtus Birungi, John Odaga, Stefano Santini,
John Peter Lochoro, Emmanuela De Vivo,
Vincent Owiny



PAG. 38

AGENDA / GUINEA
EQUATORIALE NIGERIA
SUDAFRICA SUDAN

Testo di / Maurizio Murru



PAG. 54

**WORLD HEALTH
STATISTICS
2010**



PAG. 44

**DUE ENCICLICHE A
CONFRONTO.
LO SVILUPPO UMANO
INTEGRALE**

Testo di / Luigi Mazzucato



PAG. 58

**DIRITTO DI
CITTADINANZA E
ACCESSO ALL'E CURE**

Testo di / Elena Ostanel

PAG. 62

**GLOBALIZZAZIONE
E DISEGUAGLIANZE
SOCIO-ECONOMICHE**

Testo di / Marisa Pacchin

PAG. 66

**PREVALENZA DI
TB LATENTE IN UN
CAMPIONE DI
PAZIENTI DI HIV CLINIC
DEL NORD UGANDA**

Testo di / Luca Sarti, Luca Iaboli, Ronald Wadria,
Stella Akello, Mario Marsiaj





LA STORICA VITTORIA DI OBAMA

“Abbiamo sancito il principio essenziale che ogni cittadino ha diritto a una sicurezza di base per la sua salute”

La riforma sanitaria di Obama non è una riforma radicale e non corregge tutto ciò che non funziona nel sistema sanitario americano, ma si muove nella direzione giusta in termini di efficienza e equità. Non introduce un sistema sanitario universalistico, ma risolverà il problema di molti milioni di americani privi di assicurazione, perché poveri o ammalati.

Testo di / Gavino Maciocco / Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

Il 23 marzo 2010 può essere considerata a ragione una data storica: il giorno in cui il presidente Barak Obama ha firmato la legge di Riforma sanitaria (denominata *Patient Protection and Affordable Care Act*) approvata due giorni prima dalla Camera. «Abbiamo sancito il principio essenziale – ha affermato il presidente – che ogni cittadino ha diritto a una sicurezza di base per la sua salute». «La legge che sto firmando – ha continuato – mette in moto delle riforme per le quali generazioni di americani si sono battuti e che hanno ardentemente desiderato di vedere. Oggi noi affermiamo questa essenziale verità, una verità che ogni generazione di americani è chiamata a riscoprire: che noi non siamo una nazione che rinuncia alle sue aspirazioni».

La legge approvata dal Congresso Americano non riforma radicalmente il sistema sanitario americano, né risolve tutto ciò che non funziona al suo interno. Non ha neppure l'ambizione di raggiungere l'universalità della copertura ed, essendo il frutto di estenuanti negoziazioni, è lontana dalla versione originaria: la principale rinuncia è stata l'accantonamento del progetto di istituire un'assicurazione sanitaria pubblica (*New National Health Plan*).

Tuttavia – pur con limiti e contraddizioni – molte cose cambieranno in meglio fin da subito, altre si realizzeranno nel corso dei prossimi anni: il tutto nella logica incrementale con cui si evolve la sanità americana dalle sue origini.

Il sistema sanitario americano rimane fondato su i due fondamentali pilastri delle assicurazioni private e dei programmi assicurativi pubblici. Riguardo al primo pilastro si introduce l'obbligo di assicurare (rivolto ai datori di lavoro) e di assicurarsi (rivolte alle persone) e si prevedono rilevanti sussidi per incentivare i datori di lavoro ad assicurare e le persone ad assicurarsi. Riguardo al secondo è previsto il rafforzamento della rete di protezione di *Medicaid*.

L'impegno finanziario complessivo (in dieci anni) è fissato in 940 miliardi di dollari; alla fine di questo periodo la copertura assicurativa sanitaria interesserà il 95% degli americani con l'estensione di detta copertura a 32 milioni di nuovi assicurati (mentre 22 milioni di persone continueranno a rimanere prive di assicurazione).

La parte della riforma più impegnativa dal punto di vista finanziario sarà attuata a partire dal 2014 (in vista dell'atteso recupero dell'economia americana), mentre da subito vengono introdotte importanti innovazioni, ritenute molto popolari e quindi in grado di contrastare, sul piano del consenso, le campagne degli oppositori della riforma (anche in vista delle elezioni di medio termine del novembre 2010).

Le immediate innovazioni riguardano:

- due provvedimenti che puntano diretti al cuore degli interessi dell'industria assicurativa: il primo vieta alle assicurazioni di negare l'iscrizione a coloro che hanno malattie preesistenti (es: diabete) o di rescindere il contratto per gravi patologie sopravvenute (es: tumori); il secondo vieta alle assicurazioni di stabilire un tetto massimo ai rimborsi, tetto che danneggiava i pazienti portatori di malattie particolarmente gravi e costose.
- La possibilità di includere nell'ambito dell'assicurazione familiare giovani fino a 26 anni (prima il limite era 18 anni), per consentire la copertura delle persone che continuano a studiare, che sono disoccupate o in cerca di prima occupazione.
- La riduzione della compartecipazione alla spesa farmaceutica per gli assistiti di *Medicare*.

Decorrono invece dal 2014 le seguenti parti della riforma:

1. Espansione di Medicaid (il programma pubblico che attualmente assicura solo alcune categorie di poveri). Potranno essere arruolati in *Medicaid* tutti coloro che hanno un reddito inferiore a 29.327 dollari (per una famiglia di 4 persone). Ciò comporterà un incremento della copertura assicurativa di 16 milioni di persone.

2. Obbligo di assicurare (per le imprese) e di assicurarsi (per le persone). Imprese: l'obbligo di assicurare i propri dipendenti vale per le imprese con 50 e più lavoratori. In caso di mancata osservanza è prevista l'erogazione di una multa di 2.000 dollari a

dipendente all'anno, con l'esenzione dei primi 30 dipendenti; es: un imprenditore inadempiente con 53 dipendenti pagherà una multa di 46.000 dollari. **Persone:** le persone che non godono della copertura assicurativa pagata dall'impresa (che è la forma più diffusa di copertura assicurativa) sono tenute ad assicurarsi con le proprie risorse. Chi non si attiene pagherà una multa di 95 dollari (o l'1% del reddito) nel 2014, di 325 dollari (o il 2% del reddito) nel 2015, di 695 dollari (o il 3,5% del reddito) nel 2016 (fino a un massimo di 2.085 dollari l'anno). Saranno esentate le persone con un reddito inferiore ai 9.350 dollari (singoli) o 18.700 dollari (coppie). Sono esentati anche gli indiani americani.

3. Sussidi alle imprese e alle persone. Imprese. Le imprese con 25 o meno dipendenti che assicurano i lavoratori godranno di crediti di imposta che saranno particolarmente elevati nel caso di imprese con 10 o meno dipendenti dove è previsto un rimborso pari fino al 50% del costo delle polizze. **Persone.** Per le famiglie (4 persone) con un reddito inferiore a 88.200 dollari sono previsti dei sussidi crescenti man mano che si scende nei livelli di reddito. Così il costo della polizza non dovrà superare il 9,5% del reddito (per i redditi più alti) o il 3% del reddito (per i redditi più bassi). Inoltre è stabilito che il contributo *out-of-pocket* (pagamento diretto) non potrà superare annualmente i 5.950 dollari per un singolo o i 11.900 dollari per una famiglia.

La legge esclude da ogni beneficio federale gli immigrati irregolari. La legge inoltre proibisce la copertura dell'aborto nelle assicurazioni sussidiate da fondi federali.

4. Insurance Exchange. Con questo termine (una sorta di borsa delle assicurazioni) s'intende la possibilità che a livello di Stato si creino dei consorzi tra assicurati (incluse anche imprese con un massimo di 100 dipendenti) in grado di contrattare da una posizione di maggiore forza con le assicurazioni. Dal 2017 tale possibilità sarà offerta anche a imprese con più di 100 dipendenti. Questa componente della riforma avrebbe certamente avuto maggiore efficacia se fosse rimasta in gioco la "*public health insurance option*", un'assicurazione pubblica in grado di competere con le assicurazioni private. Ma tale opzione, come abbiamo già scritto, fu cancellata nel passaggio al Senato e non è stata ripresentata alla Camera. La copertura finanziaria della legge è assicurata in parte con nuove tasse, vedi incremento del prelievo fiscale alle famiglie con un reddito superiore ai 250.000 dollari, o imposte (del 40%) sulle polizze assicurative del costo superiore ai 23.000 dollari. Sono previsti inoltre prelievi di miliardi di dollari all'industria farmaceutica, all'industria di prodotti biomedicali e all'industria assicurativa. Sono previsti infine dei tagli a *Medicare* e una tassazione delle polizze integrative per anziani particolarmente costose.

CONFLITTO D'INTERESSI TRA MEDICI E INDUSTRIA FARMACEUTICA

Un'iniziativa nata da un gruppo di ragazzi (studenti di medicina, specializzandi, dottorandi e giovani medici) interessato ad approfondire il tema del conflitto d'interessi in campo medico (una "tematica dimenticata" soprattutto in ambito accademico).

Testo di / Alice Fabbri / Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale

Federica Ciminelli / Gruppo Prometeo

Luisella Grandori / Gruppo Nograziepagio

1. L'IDEA DEL CONGRESSO

Le prime parole che chiunque assocerebbe al termine "congresso", ancora più se questo è di argomento medico, sono: albergo di lusso, pranzo gratis, *buffet*, cartelline patinate. Forse non penserebbe mai alle parole: studenti, cambiamento sociale, lavoro volontario.

Il congresso "Eziopatogenesi, terapia e prevenzione del conflitto d'interessi tra medici e industria" svoltosi il 27 novembre 2009 presso l'Aula Magna di Nuove Patologie del Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna è stato organizzato proprio grazie al lavoro volontario di un gruppo di ragazzi (studenti di medicina, specializzandi, dottorandi e giovani medici) del "Gruppo di autoformazione sul conflitto d'interessi" di Bologna. Il Gruppo è nato all'inizio del 2009 dalla volontà di approfondire il tema del conflitto d'interessi, che potremmo considerare una "tematica dimenticata" soprattutto in ambito accademico, e in questi mesi si è mosso sui due fronti paralleli dell'autoformazione e dell'organizzazione di iniziative con lo scopo di favorire una forte presa di coscienza collettiva a riguardo.

Il congresso è stato un momento importante per approfondire i principali ambiti in cui il conflitto d'interessi si manifesta. I relatori che vi hanno preso parte hanno cercato non solo di descrivere il problema e le sue criticità, ma anche di illustrare possibili vie alternative per ripensare ad un'informazione scientifica rivolta ai medici, a una ricerca e a una formazione *pre e post-lauream* che siano il più possibile indipendenti da interessi secondari che non guardino al benessere dei pazienti.

Un'analisi così approfondita non è stata realizzata con l'obiettivo di "demonizzare" le multinazionali del farmaco, ma di illustrare come la commissione dell'interesse primario dell'industria, cioè il profitto, con l'interesse primario del medico, cioè proteggere la salute delle persone, porti ad aberrazioni lesive della funzione stessa del medico. Questo anche nell'ottica che il conflitto d'interessi tra medico e industria non è che uno dei tanti conflitti in cui l'operatore sanitario si può venire a trovare (non vi sono solo interessi economici, ma anche interessi politici, istituzionali, personali), ma è forse quello di cui si hanno a disposizione più evidenze e che può essere più facilmente aggredibile.

Numerose sono infatti le proposte, per affrontare il problema, emerse nel corso degli interventi¹. Nella sessione dedicata all'informazione rivolta ai medici, è stata sottolineata l'importanza di formare adeguatamente studenti e specializzandi sulla promozione farmaceutica e la necessità di sperimentare nuove modalità di informazione. Un esempio positivo in questo senso è stato offerto proprio dall'Asl di Bologna. Grazie infatti a un nuovo progetto finanziato dalla Regione con i fondi Aifa per la farmacovigilanza, è stata recentemente istituita una nuova figura professionale: l'informatore indipendente che aggiornerà i medici per conto dell'Asl.

2. LA RICERCA E LA FORMAZIONE MEDICA

Nella seconda sessione, dedicata al conflitto d'interessi nella ricerca, l'analisi si è concentrata soprattutto sulle conseguenze, sulla ricerca e sulla salute, degli accordi sulla proprietà intellettuale, che hanno stabilito una durata del brevetto di vent'anni. Uno degli effetti collaterali di questo sistema è che le case farmaceutiche ricercano

nei settori dove vi è maggior ritorno sull'investimento e non dove vi è realmente necessità. Questo spiega fenomeni come il *disease mongering* (invenzione delle malattie e produzione di farmaci per persone sane), il fenomeno dei *me too drugs* (farmaci fotocopia che rientrano in una logica di borsa più che di ricerca e innovazione) e quello delle malattie dimenticate (meno del 10% dell'investimento nella ricerca di nuovi farmaci viene destinato alle malattie tropicali). Proprio per porre rimedio a tali disfunzioni nel campo della ricerca medica, è indispensabile sviluppare nuove strategie (ne è già un esempio la *patent pool initiative*) per utilizzare la proprietà intellettuale in maniera più equa, più orientata alle logiche della salute piuttosto che a quelle del profitto e del ritorno sull'investimento.

La terza sessione, dedicata alla formazione medica, è partita dall'analisi dell'attuale scenario (nei Paesi industrializzati oltre il 50% della formazione continua è finanziato dall'industria) che solleva numerosi dubbi in quanto le evidenze dimostrano che

una formazione sponsorizzata può distorcere messaggi e favorire comportamenti e prescrizioni inappropriati. Se non si partisse sempre dall'assunto che non è possibile una formazione Ecm senza il sostegno dell'industria privata, si potrebbe iniziare a sviluppare nuove strategie per creare un piano di formazione utile e specifico. Tra le strategie proposte vi sono: la creazione di un *blind trust* per la formazione, la richiesta ai medici di finanziare autonomamente il proprio aggiornamento e la realizzazione di incontri di formazione in piccoli gruppi. Questo permetterebbe di tagliare i costi connessi all'organizzazione di grandi convegni e di realizzare attività quali l'*audit* clinico e le sessioni interattive che si sono dimostrati più efficaci rispetto alle lezioni tradizionali.

Il Congresso del 27 novembre ha rappresentato anche l'occasione di dimostrare come sia possibile organizzare un evento formativo per medici e studenti con un *budget* limitato (il Congresso è stato realizzato grazie a un contributo finanziario da parte dell'Azienda Universitario-Ospedaliera Sant'Orsola-Malpighi e del Gruppo Prometeo, gruppo studentesco della Facoltà di Medicina di Bologna), puntando ai contenuti più che alla forma. Si è deciso di evitare spese superflue, scegliendo come sede un'aula universitaria piuttosto che una costosa sala congressuale di un albergo; non è stato conferito nessun compenso ai relatori, che hanno sostenuto autonomamente anche le spese di viaggio; ai partecipanti non è stato offerto nessun pranzo di gala, ma solo un *coffee-break* a metà pomeriggio, mentre i relatori e gli organizzatori hanno pranzato nella mensa del Policlinico. Una scelta di serietà e sobrietà che non pensiamo abbia compromesso in alcun modo la funzione formativa dell'evento.

3. CONCLUSIONI In conclusione il congresso ha rappresentato un tentativo di aprire un serio dibattito sul problema del conflitto d'interessi, portando questa tematica all'attenzione dei medici, dei professori e degli organi istituzionali. La presenza al Congresso del prof. Fabrizio De Ponti, in rappresentanza della Facoltà di Medicina, del dott. Augusto Cavina, Direttore dell'Azienda Universitario-Ospedaliera Sant'Orsola-Malpighi, del dott. Eugenio Cosentino dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna e del dott. Amedeo Bianco, presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri è stato un chiaro segnale dell'attenzione delle istituzioni al problema del conflitto d'interessi.

L'evento ha riscosso notevole successo anche tra i medici, bolognesi e non, e tra gli altri operatori sanitari, permettendo di arrivare a più di 150 partecipanti. Unica nota negativa è stata la scarsa partecipazione da parte dei professori della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Bologna, segno che molta strada deve essere ancora fatta, soprattutto in ambito universitario, affinché questo tema entri ufficialmente a far parte del *curriculum* formativo del futuro medico.

NOTE

1 Tutte le relazioni e i filmati del congresso sono disponibili al seguente indirizzo:
http://csiunibo.org/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=99&Itemid=68

CORSO ONLINE "SALUTE GLOBALE ED EQUITÀ IN SALUTE"

Il corso è rivolto principalmente agli studenti della facoltà di medicina e chirurgia (futuri medici, infermieri, etc.) e di altre facoltà che a vario titolo e con diverse angolazioni si occupano di salute e di diritto alla salute

Testo di / Gavino Maciocco e Francesca Santomauro / Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

Lo stato di salute di una popolazione è il risultato dell'azione di (e dell'interazione fra) differenti fattori che possiamo raggruppare in tre grandi categorie:

- 1 / I determinanti sociali di salute.
- 2 / I sistemi sanitari e le politiche per la salute.
- 3 / L'offerta, l'utilizzazione e la qualità dei servizi sanitari.

La figura scelta per rappresentare le tre diverse categorie – una piramide – indica una sorta di percorso logico che si muove dal basso verso l'alto.

1 / Alla base dello stato di salute di una popolazione (dei suoi sottogruppi e alla fine dei singoli individui) **stanno i determinanti sociali di salute:** a) il contesto politico-economico che crea e distribuisce ricchezza e potere; b) il contesto comunitario e di *welfare* che ne regola e mitiga gli effetti; c) la posizione sociale, e la conseguente disparità di risorse, che influenza la probabilità di esposizione e la dose di esposizione ai fattori di rischio per l'insorgenza di un problema di salute: fattori psico-sociali, stili di vita insalubri, fattori di rischio esterni, condizioni di suscettibilità/fragilità clinica.

2 / Parte del contesto comunitario e di *welfare* è rappresentata dal sistema sanitario e dalle politiche per la salute, che insieme stanno a indicare il livello di tutela del diritto alla salute in una determinata realtà. Da ciò dipenderà l'universalità e l'equità (o meno) nell'accesso ai servizi sanitari, le conseguenze economiche sulle famiglie delle scelte di cui sopra, l'entità delle risorse assegnate al sistema sanitario e la distribuzione di queste tra settore pubblico e settore privato, l'accentramento o il decentramento nel governo del sistema e il livello di partecipazione dei cittadini, le politiche di inclusione (o di esclusione) delle minoranze etniche. Le politiche per la salute riguardano ovviamente anche l'accesso a risorse non strettamente sanitarie, ma che hanno un impatto diretto sulla salute delle persone come, ad esempio, la disponibilità di acqua potabile.

3 / Parte del sistema sanitario è rappresentata dall'organizzazione sanitaria che esprime il livello dell'offerta e dell'erogazione dei servizi, della relativa equità, appropriatezza e qualità. Di questo settore ci interessano gli "*input*" (le risorse umane, la formazione, il *know-how*, le strutture, etc), i processi assistenziali, gli "*output*" (ricoveri, visite, accertamenti, vaccinazioni, *screening*, etc), gli "*outcome*", i risultati di salute (la riduzione della mortalità, della morbosità, etc).

Nel progettare il corso *online* "Salute globale ed equità in salute" abbiamo seguito questo percorso logico (lo stesso adottato per definire il *curriculum standard* elaborato nell'ambito del progetto *Equal opportunities for health*)¹. Un percorso decisamente nuovo rispetto alle basi concettuali (tipicamente bio-riduzioniste) su cui si fonda il corso di studi della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Per questo riteniamo che un corso del genere sia utile non solo per l'approfondimento di tematiche generalmente non trattate nel corso di Medicina e Chirurgia (e, ancor più grave, spesso neppure all'interno della Sanità pubblica), ma anche per iniettare sia pur piccole (ma indispensabili) dosi di approccio bio-psico-sociale in una Facoltà dominata dall'approccio bio-medico.

Il corso di articola in quattro moduli (raggruppamenti di lezioni, basate su testi animati, letti da uno *speaker* fuori campo). Il primo modulo è dedicato ai determinanti di salute e alle disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria. Il secondo modulo è dedicato all'evoluzione dei sistemi sanitari, con il *focus* sugli ultimi trent'anni di storia (da Alma Ata all'egemonia del neo-liberismo) e su globalizzazione e salute. Il terzo modulo è dedicato alla descrizione dei sistemi sanitari internazionali: in evidenza

Cina e Usa. Il quarto modulo è dedicato al tema del diritto alla salute della popolazione immigrata. Il corso è corredato di approfondimenti e aggiornamenti. Questi vengono periodicamente inviati a tutti gli iscritti al corso (oltre 1.000 ad aprile 2010), sotto forma di link al sito web www.saluteinternazionale.info. Al momento in cui scriviamo sono in preparazione tre nuovi moduli: a) cambiamenti climatici e salute; b) cooperazione sanitaria internazionale; c) malattie croniche e salute globale, che saranno disponibili *online* a dicembre 2010.

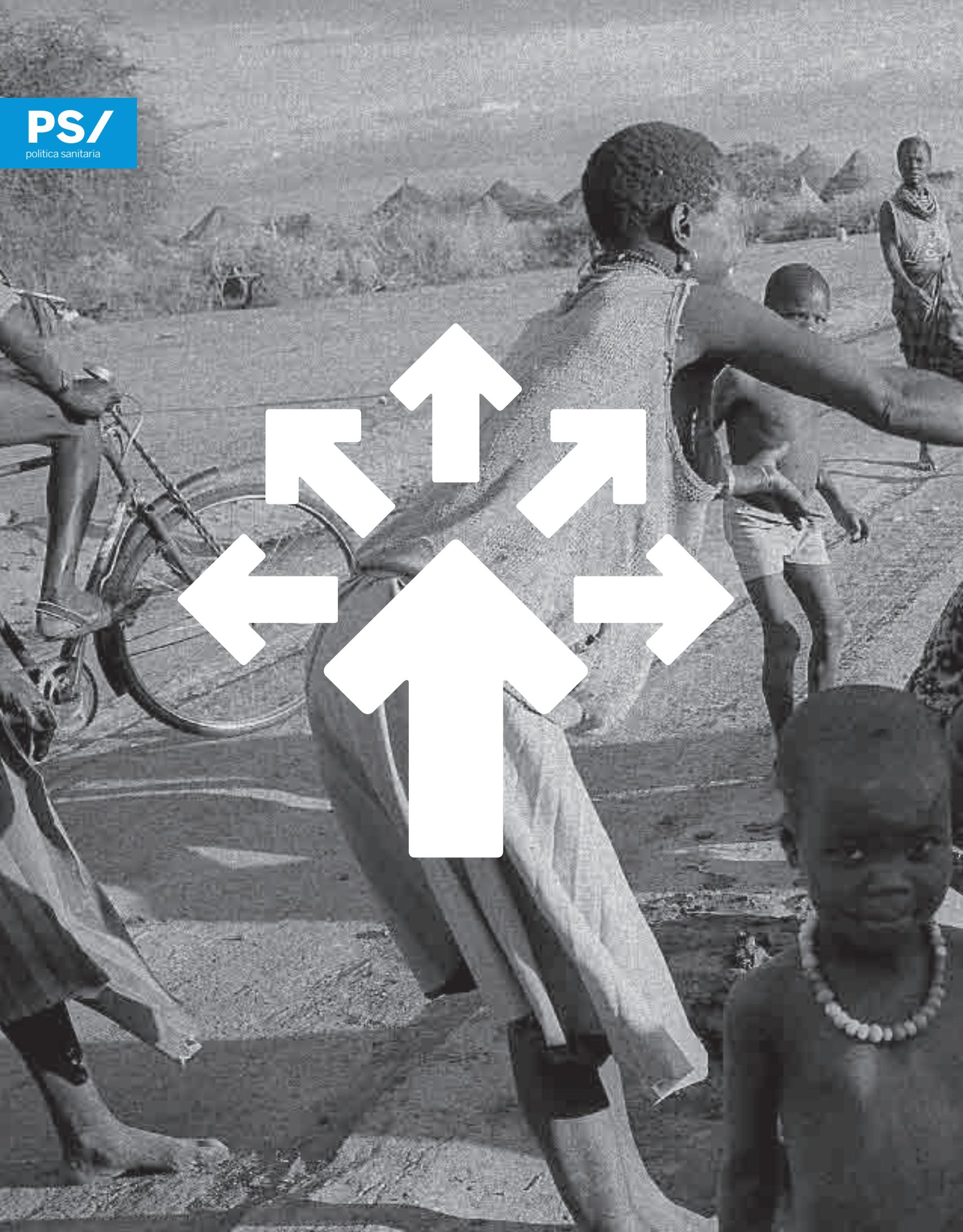
Il corso, della durata di circa sei ore – la registrazione è gratuita – è rivolto principalmente agli studenti della facoltà di medicina e chirurgia (futuri medici, infermieri, etc.) e di altre facoltà che a vario titolo e con diverse angolazioni si occupano di salute e di diritto alla salute (giurisprudenza, scienze politiche, economia, sociologia, etc). Il corso è rivolto anche a tutti coloro che, per motivi di studio, di lavoro, di interesse culturale o politico, appartenenti a organizzazioni non governative e di volontariato, intendono approfondire i temi della salute globale in un mondo in rapida trasformazione.

Il corso è stato accreditato con due Crediti formativi universitari (Cfu) come Attività didattica elettiva (Ade) presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Firenze.

Per accedere al corso: http://www.mediciconlafrica.org/globalhealth/elearning/salute_globale/accesso.asp

NOTE

1 Equal opportunities for health: action for development, <http://www.mediciconlafrica.org/globalhealth>





ESPERIENZE DI CONTRACTING NELL'AFRICA SUB-SAHARIANA

I casi di Camerun, Tanzania, Ciad e Uganda

In questo testo si presentano i principali risultati di uno studio di Medicus Mundi International (Mmi) ¹ sulla base dell'attuazione degli accordi stipulati tra i distretti ospedalieri di tipo religioso (faith-based, FB nel testo) dell'Africa sub-Sahariana e le autorità di salute pubblica.

Testo di / D. Boulenger, B Keugoung e B Criel ² / Istituto di Medicina Tropicale / Anversa*

INTRODUZIONE

Il *contracting* (la stipula di accordi) si può definire come "un'alleanza volontaria tra *partner* autonomi o indipendenti che si assumono un impegno con reciproci obblighi e doveri e si aspettano dei benefici da questa relazione" (Perrot & de Roodenbeke 2003). Il *contracting* è un possibile modello di politica sanitaria che ben si inquadra nel tentativo di superare il divario esistente tra assistenza sanitaria pubblica e privata. Alcuni lo collocano nel quadro di un *trend* in costante crescita a livello internazionale di "marketizzazione" dell'erogazione dei servizi sanitari, con l'introduzione di una gamma selettiva di meccanismi del mercato all'interno del sistema sanitario pubblico (Oecd – Organizzazione per la cooperazione e lo Sviluppo economico – 1992, World

Bank 1993, McPake and Ngalande Banda 1994, Mills 1997). Il *contracting* si allinea con l'affermarsi di correnti di pensiero a livello di gestione del settore pubblico che individuano nei meccanismi tipici del settore privato una soluzione agli attuali problemi del settore pubblico in diverse parti del mondo (Palmer & Mills). È diventato uno degli strumenti principali utilizzati nell'integrazione dei sistemi sanitari, quale mezzo per attuare il miglioramento delle *partnership* tra il settore pubblico e quello privato *non profit*, aumentando in ultima analisi il livello di prestazione dei sistemi sanitari.

Parallelamente, numerosi paesi africani hanno adottato politiche di *partnership* e/o di *contracting*, e ancor più, hanno implementato accordi formalizzati, questi ultimi spesso precedentemente ai primi.

MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL

Mmi è costituito da una rete internazionale di 11 organizzazioni private *non profit* ³, che operano nel settore della promozione e della cooperazione sanitaria internazionale. Mmi aspira a migliorare la qualità e l'efficacia del lavoro svolto dai suoi membri e dai suoi *partner*, attraverso la condivisione del reciproco *know-how* e mediante l'unione delle rispettive forze. La strategia chiave della rete si basa sul rafforzamento del sistema sanitario inteso nel suo complesso. Il rafforzamento del settore sanitario privato *non profit* (Pnfp) rappresenta un aspetto essenziale di questa strategia ⁴; esso è ulteriormente supportato dalla stretta collaborazione esistente tra la maggior parte dei membri con le organizzazioni Pnfp a livello distrettuale. A questo riguardo, da anni Mmi dimostra il proprio interesse nel *contracting* e ha contribuito a inserire la questione del *contracting* tra le autorità pubbliche e le organizzazioni Pnfp all'interno dei programmi internazionali. In effetti Mmi aveva lanciato un

dibattito avente come tema il riposizionamento delle strutture sanitarie Fb nei sistemi sanitari nazionali ⁵, già alla fine degli anni '90. Una più stretta collaborazione con i governi locali è apparsa subito come una delle possibilità per raggiungere questo obiettivo, utilizzando il *contracting* come strumento chiave e come priorità strategica ⁶ per la rete. L'attenzione di Mmi verso la politica del *contracting*, si è concretizzata in diverse pietre miliari: innanzitutto, l'organizzazione di un *meeting* tecnico sul *contracting* e le organizzazioni Pnfp nel maggio del 1999, che ha posto le basi per la Dichiarazione della Wha (Assemblea Mondiale della Sanità) del 2001 sul ruolo degli accordi contrattuali; il costante patrocinio tra le più alte cariche ecclesiastiche (ad es. i vescovi cattolici) nelle Conferenze delle associazioni sanitarie cristiane ed episcopali ⁷; e la pubblicazione delle linee guida operative relative al *contracting* (2003) per i servizi sanitari a livello distrettuale.

* www.itg.be/itg

Considerando il loro coinvolgimento storico nella fornitura di assistenza sanitaria, una solida reputazione ben radicata nella qualità dei trattamenti, e una partecipazione (in termini di organizzazioni basate o meno sui servizi) ancora rilevante nei sistemi di assistenza sanitaria locali, le chiese hanno spesso rappresentato dei *partner* privilegiati dell'*African Ministries of Health* (Moh) (Ministeri della sanità africani) nei loro indubbi sforzi tesi a sviluppare la collaborazione, attraverso accordi formali, con il settore sanitario Pnfp. Questi si sono concretizzati nell'attuazione di accordi quadro a livello centrale e, a livello distrettuale, nel decentramento delle funzioni pubbliche verso ospedali oppure organizzazioni Fb. L'effetto previsto di tali politiche, dal punto di vista delle autorità sanitarie pubbliche, era quello di arrivare a un miglioramento della copertura del settore sanitario pubblico e alla capacità di controllo e di applicazione delle Politiche sanitarie nazionali. L'aspettativa da parte del settore Pnfp, invece, era quella di ottenere un esplicito riconoscimento dell'importante contributo⁸ da loro fornito al settore sanitario, e di trovare una soluzione alla crescente necessità di collaborazione con il settore pubblico, inteso come mezzo per compensare la loro crescente mancanza di risorse.

Al momento, tuttavia, non ci sono a disposizione molte prove che attestino l'impatto degli accordi contrattuali "classici", basati sull'*input*, esistenti tra i due settori. In realtà, i dati disponibili si applicano per lo più a valutazioni di singoli paesi o di casi individuali (Palmer & Mills, 2006). Il *contracting* al giorno d'oggi è inserito come uno dei punti significativi dei programmi internazionali (scientifici e politici), ma presenta, com'è ovvio, una recente svolta verso accordi innovativi – ad esempio contratti di finanziamento basati sulle prestazioni (*output*) (Pbf)⁹ – che tendono a porre la basi verso esperienze in nuovi settori¹⁰ in Africa –, lo sviluppo di linee guida e politiche, la raccolta e l'analisi dei dati e la produzione di letteratura scientifica. Fino ad ora, non era stata condotta nessuna analisi generale su esperienze di *contracting* specifiche che collegassero il settore pubblico e il settore sanitario Pnfp, di ispirazione religiosa, in Africa. Lo scopo dello studio di Mmi era precisamente quello di contribuire a colmare tali lacune. La scarsità delle testimonianze disponibili ha lasciato Mmi con una domanda cruciale, rimasta senza risposta: le esperienze di *contracting* attuali tra i servizi Pnfp di tipo religioso e le autorità sanitarie pubbliche, funzionano effettivamente? E se funzionano, cos'è che le fa funzionare? Se non riescono nel loro compito, quali sono i motivi o i meccanismi che spiegano questa mancanza di successo? Quale posizione futura deve assumere Mmi rispetto al *contracting*? Deve essere perseguito il suo coinvolgimento nella promozione degli accordi contrattuali tra le Pnfp e il settore pubblico? Se sì, in quali termini?

Messa di fronte alla necessità di valutare la validità della propria promozione strategica, la rete di Mmi ha commissionato all'Istituto di medicina tropicale di Anversa (Itm) uno studio che dovrebbe far comprendere maggiormente le esperienze di *contracting* attuali tra settore pubblico e organizzazioni Pnfp nel settore sanitario africano, ed, eventualmente, aggiornarne la linea politica. Sin dall'inizio, era ovvio che i risultati dello studio potevano, e dovevano, anche essere significativi per i responsabili politici locali – sia del settore sanitario pubblico che Pnfp – assieme agli *stakeholder* internazionali e alla comunità scientifica, come strumento per generare conoscenza e migliorare la situazione laddove fosse necessario.

Lo studio di Mmi è stato condotto dall'Itm tra settembre del 2007 e marzo 2009. I risultati sono stati resi pubblici con il lancio ufficiale del *report* finale a Ginevra, nel maggio del 2009. Il presente articolo mira a condividerne le principali conclusioni con gli attori sociali e le organizzazioni che dimostrano una familiarità, e un interesse, verso le attività e le questioni di Medici con l'Africa Cuamm quale uno dei membri più vecchi e più attivi della rete di Mmi. Rappresenta anche un trampolino nella politica attuata da Mmi di una più ampia diffusione dei risultati dello studio all'interno della comunità di *stakeholder* sia locali sia internazionali.

METODOLOGIA¹¹

La base metodologica di questo studio è costituita da un'analisi di *case studies* multipli. Sono stati selezionati 5 casi in 4 diversi paesi: Camerun, Tanzania, Ciad e Uganda. La scelta degli specifici *case studies* all'interno dei paesi è stata effettuata con l'obiettivo di ottenere una selezione, che potesse essere sufficientemente rappresentativa della diversità delle esperienze di *contracting* attuali tra i Ministeri della sanità e le strutture sanitarie Fb a livello distrettuale.

I casi selezionati in Camerun, Tanzania e Ciad formano un campione di esperienze di *contracting* dirette, tra le autorità sanitarie pubbliche e le organizzazioni Fb:

- il caso del *contracting out* (esternalizzazione della produzione di servizi sociali) dei servizi ospedalieri distrettuali a una struttura Fb, su una base *one-to-one* (selettiva): la situazione dell'ospedale distrettuale cattolico di Tokombéré, nel Camerun settentrionale;
- il caso dei *district designated hospitals* (Ddh = ospedali di riferimento per l'intero distretto) in Tanzania, rappresentati dall'esempio del Ddh luterano di Nyakahanga: un caso di *contracting* di servizi ospedalieri distrettuali a una struttura Fb all'interno di un ambito di una politica nazionale sistemica;
- l'esempio della delega, stipulata mediante contratto, della gestione del distretto e dell'ospedale distrettuale a un'organizzazione Fb decentralizzata: la situazione del distretto di Moissala all'organizzazione cattolica Belacd¹² di Sarh (Ciad meridionale). In Uganda sono stati selezionati due casi che si occupano degli accordi a livello di servizi, che collegano gli ospedali Fb con i beneficiari Pefar¹³, sulla base del finanziamento dipendente dall'*output*. La loro inclusione nello studio complessivo è stata motivata dall'elevato potenziale di apprendimento che essi possono offrire ai partecipanti attivi del settore pubblico e Fb, messi a confronto con l'imminente tendenza del *contracting* basato sui risultati, focalizzato sulla malattia, con le strutture a livello distrettuale. Un confronto con i contratti più tradizionali finanziati dall'*input*, inoltre, era probabile che ci fornisse un'ulteriore comprensione delle modalità di successo o di fallimento degli esperimenti di *contracting*.

Il processo di selezione alla fine ha dato come risultato il seguente campione:

- innanzitutto, gli accordi contrattuali che legano l'ospedale St. Joseph (cattolico) a Kitgum (Uganda del nord) con 3 principali beneficiari Pefar: i *Catholic Relief Services* (CrS, Usa), l'*Uganda Programme for Human and Holistic Development* (Uphold, Usa) e *The Aids Support Organisation* (Taso, Uganda).
- Come secondo è stato scelto l'ospedale Kabarole (protestan-

te) a Fort-Portal (distretto di Kabarole) e il suo contratto unico con i Crs.

La struttura metodologica generale dello studio si ispira al metodo di valutazione realistico. L'analisi dei dati è stata effettuata in due fasi: in una prima fase ci si è concentrati su ciascun *case-study* considerato singolarmente; la seconda fase è stata costituita invece da un'analisi *cross-country* (trasversale/internazionale), avente come scopo l'identificazione di fattori costanti, che potessero alimentare la riflessione teorica sulle modalità generali di successo o di fallimento degli esperimenti di *contracting*.

Lo studio si fonda sull'osservazione rigorosa e dettagliata delle esperienze sul campo. Si basa sull'analisi di dati per lo più qualitativi, facendo uso di metodi ampiamente descrittivi e induttivi. Più specificatamente, lo studio si basa su due pilastri. Primo, un vasto insieme di interviste, condotte a tutti i livelli dei sistemi sanitari con i settori pubblico e Fb¹⁴. Secondo, è stata condotta un'analisi documentaria dettagliata, a livello nazionale, di documenti contrattuali e di *follow-up* contrattuale, di documenti di politica pubblica e Fb e di altri documenti storici.

Ultimo, ma non meno importante da un punto di vista metodologico, Mmi ha proposto una valutazione della diffusione, dell'uso e dell'utilità percepita delle linee guida relative al *contracting*, che sono state redatte e pubblicate nel 2003. Questa parte dell'analisi era inserita nello studio complessivo di Mmi ed è stata condotta mediante un questionario rivolto agli individui che si presumeva costituissero il pubblico *target* delle linee guida.

RISULTATI

CASE STUDIES PER OGNI PAESE

CAMERUN

Il settore privato detiene il 40% della totale fornitura di assistenza sanitaria nazionale; il settore Pnfp nel paese è costituito per lo più da fornitori Fb, collegati a tre diverse organizzazioni (Ocas, Cepca, Falc¹⁵). I processi di *contracting* sono "decollati" nei primi anni 2000, con casi pilota isolati: ospedali Fb che ottenevano uno stato di riferimento a livello distrettuale, il riconoscimento del ruolo delle chiese nella fornitura dell'assistenza sanitaria, e l'interesse concentrato (pubblicamente) sulle aree sotto-servite. Gradualmente, a partire dal 2001 in poi, sono state intraprese azioni verso la formalizzazione delle politiche di *contracting de facto*. Un importante evento è stato il progetto C2d¹⁶ lanciato nel 2003, che ha introdotto le necessarie risorse finanziarie, per dare un contenuto reale agli accordi contrattuali. Successivamente è stata sviluppata una strategia di *partnership* (2003-2006) e sono stati stabiliti dei documenti campione a partire dal 2007.

Lo scenario esaminato nello studio di Mmi è l'ospedale di Tokombéré. Si tratta di un ospedale cattolico con 160 letti (rete Ocas), in una zona rurale situata nella provincia all'estremo nord del paese. La proprietà dell'ospedale è nelle mani della diocesi di Maroua-Mokolo. L'ospedale di Tokombéré è caratterizzato da una forte *leadership*, proveniente dai dirigenti dell'ospedale espatriati, che portano con sé risorse esterne. La buona reputazione dell'ospedale di Tokombéré e l'assistenza sanitaria che fornisce vanno ben oltre i confini del distretto. L'ospedale di fatto gioca il ruolo di ospedale distrettuale sin dai primi anni '90, cosa

che poi è stata formalizzata con un contratto tra la diocesi e il Moh nel 2002.

Gli obiettivi del contratto sono rimasti tuttavia vaghi, con una scarsa definizione dei rispettivi obblighi e delle rispettive responsabilità. Ad esempio, non vi è stata alcuna specificazione dei meccanismi di allocazione dei fondi all'ospedale, nessun riferimento ad alcuna autorità dell'ospedale sui centri sanitari pubblici, e nessun riferimento alla specifica natura Fb dell'ospedale di Tokombéré.

I meccanismi M&E (*Monitoring & evaluation*: controllo e valutazione) sono stati scarsamente sviluppati, la comunicazione tra gli *stakeholder* non è stata ben organizzata, e non è stata attuata alcuna struttura operante come organo funzionale, addetto alla risoluzione dei problemi.

Inoltre, si verificato un ovvio fallimento del Moh rispetto ai suoi impegni in termini di sussidi da pagare, l'assegnazione del personale, il riconoscimento ufficiale dell'ospedale quale ospedale distrettuale, nonostante le regolari richieste da parte del direttore medico dell'ospedale stesso. Si è verificato un basso livello di collaborazione tra la rete del centro sanitario e l'ospedale, che ha seriamente pregiudicato il funzionamento del sistema distrettuale locale in una modalità integrata.

Questo caso mette in luce un ruolo dell'ospedale Fb di parziale sostituzione, piuttosto che uno di complementarità. L'ospedale operava soprattutto basandosi sulle proprie risorse, e il contratto formale principalmente riconduceva alla situazione preesistente, senza significativi cambiamenti in termini di rapporti reciproci. È evidente che il livello di conoscenza delle tecniche contrattuali e dei meccanismi istituzionali, necessari per agevolare tali accordi, era insufficiente, soprattutto a livello periferico. I contratti avrebbero avuto bisogno di una revisione e di un aggiornamento che prendessero in considerazione le esperienze esistenti nel paese. Infine c'è la questione della sostenibilità: cosa succederà al termine del progetto C2d?

TANZANIA

Il settore Fb – o volontario – della Tanzania è il secondo *provider* di assistenza sanitaria più grande in Tanzania, dopo il settore governativo¹⁷. La collaborazione tra il settore Fb e il governo iniziò la sua ascesa sotto il mandato del presidente Nyerere, immediatamente dopo l'indipendenza. Aumentò così il controllo del governo sul settore Fb, che non si realizzò senza creare tensioni, mentre la libertà religiosa veniva mantenuta, portando al cosiddetto "modello tanzanese" di collaborazione pubblica-Fb. Nel settore dell'assistenza sanitaria, questo si tradusse nel riconoscimento del ruolo fondamentale giocato dalle strutture sanitarie Fb (rurali, isolate), in termini di copertura. La collaborazione governo-Fb venne formalizzata nel 1972, con l'adozione di un sistema sanitario piramidale, decentralizzato: un certo numero di ospedali Fb acquisì quindi lo stato di Ddh, sigillato da un contratto formale. Questo consentì allo stato di compensare alla mancanza di servizi pubblici, evitando allo stesso tempo una duplicazione. I contratti garantivano il finanziamento pubblico delle spese ricorrenti dei Ddh.

Dopo la morte di Nyerere, venne negoziato dalle chiese un *Memorandum of understanding* (MoU) (= *Accordo di collaborazione*), e si perseguì la collaborazione, offrendo allo stesso tempo mag-

giore protezione al settore Fb nei confronti dell'assorbimento pubblico (nazionalizzazioni forzate, come si verificavano a volte secondo le regole di Nyerere) e consentendo l'accesso a fonti di finanziamento esterne.

Altre azioni hanno gradualmente condotto all'adozione di una *Public private partnership* (Ppp) (*partnership* pubblica privata) quale politica ufficiale, a cui si fa ancora riferimento nei documenti chiave, e che è rappresentata da diversi organi governativi¹⁸. I precedenti modelli contrattuali Ddh, inoltre, sono stati revisionati nel 2005, in conformità con la politica di decentralizzazione, e nel 2007 è stato creato un nuovo tipo di contratto operativo¹⁹ per i servizi privati (Agenzie Volontarie) e pubblici, escludendo gli ospedali. Il settore sanitario Fb cristiano è ben rappresentato attualmente nell'arena del settore pubblico dalla *Catholic Social Services Commission* (Cssc), vale a dire una piattaforma che gode del riconoscimento ufficiale dello Stato e dei suoi cinque uffici di coordinamento regionale.

Lo studio in Tanzania si è concentrato sul caso del Ddh di Nyakahanga (Nddh), un ospedale luterano situato nella parte nord occidentale del paese, nella remota regione del Kagera. Il Nddh ospita 200 letti ed è di proprietà della diocesi di Karagwe dal 1912. L'ospedale è diventato ufficialmente un Ddh nel 1992. Il contratto del Nddh non differisce dal precedente modello e non è stato revisionato per adeguarsi al documento contrattuale del 2005. Di conseguenza, la controparte pubblica della diocesi rimane il Moh, mentre i Ddh²⁰ creati dal 2005 hanno a che fare con le autorità governative locali. Questo è in ovvia contraddizione con il sistema di decentralizzazione attuale. Al contratto mancano alcuni elementi che sono chiaramente previsti nel nuovo modello: ad esempio un'adeguata definizione della terminologia e dei concetti a cui si fa riferimento nel contratto; l'accordo di base di un sistema M&E per eseguire il *follow-up* delle politiche di *contracting*; la sostituzione del vecchio *Board of Governors* (BoG) (Consiglio dei governatori) da parte del Comitato dell'ospedale, come organo rappresentativo della struttura; il supporto di una solida struttura legale ecc.

L'attuale gestione del rapporto di *contracting* dei Nddh con il Moh ha luogo con il patrocinio del Bog, ma questo organo non funziona in modo ottimale. Il controllo del rapporto contrattuale non viene eseguito nel modo corretto e le supervisioni rimangono non ben definite. In termini di fornitura di farmaci, il sistema pubblico affronta frequenti esaurimenti di scorte, compensate dal Nddh basandosi sul *basket-funding* (meccanismo di finanziamento che implica il trasferimento di tutti i fondi provenienti dai donatori - unilaterali, bilaterali, multilaterali - nelle casse dello stato) e sulle proprie risorse. I fondi disponibili sono quasi completamente assorbiti dalla fornitura di assistenza a spese degli investimenti di capitale. Questi e altri problemi hanno condotto a una percezione negativa del rapporto contrattuale, dal punto di vista sia dell'ospedale sia della diocesi. La fiducia della chiesa nel rapporto contrattuale è profondamente minata e reca in sé il seme della rinuncia - minacciosa - di rafforzare lo sviluppo.

Il modello di *contracting* della Tanzania è significativo per la sua natura longeva e per la vasta copertura offerta. Esiste tuttavia una forte necessità di adattarlo al contesto in evoluzione. Ci sono significativi problemi di informazione e di comunicazione e documenti molti importanti di *policy* semplicemente non sono disponibili, in particolar modo a livello periferico del sistema sanitario. I contratti attuali stipulati con i Ddh²¹ inoltre, sono in contrad-

dizione con la decentralizzazione del sistema sanitario, avendo come conseguenza una gestione compromessa e la mancanza della capacità di risoluzione dei problemi. La decentralizzazione stessa rimane incompleta, con una vaga distribuzione delle responsabilità.

Questo porta a linee di comunicazione confuse e non funzionali. Le strutture Fb della Tanzania affrontano crescenti difficoltà, che risultano dalla diminuzione di sostegno esterno sia finanziario sia tecnico. La limitata capacità degli accordi di *contracting* attuali, di compensare in modo adeguato questa situazione, reca in sé l'embrione di un deterioramento del clima di *partnership* a livello periferico.

CIAD

Le chiese cristiane in Ciad sono ancora giovani, ma le loro strutture provvedono a circa il 20% della copertura sanitaria nazionale, la metà della quale viene fornita dagli ospedali cattolici e dai centri sanitari (*Health Centres* = Hc) sotto la protezione della *Union Nationale des Associations Diocésaines* (Unad). Le strutture cristiane Fb sono per lo più concentrate nella parte meridionale, come conseguenza della guerra civile, quando colmarono il vuoto lasciato dalle autorità pubbliche.

Gli ospedali e i centri sanitari hanno trovato la loro collocazione sulla mappa delle emergenze sanitarie dal 1993 in poi, come risultato dell'implementazione della politica di assistenza sanitaria primaria (*primary health care* = Phc). Come per le strutture cattoliche, la loro integrazione fu anche il risultato di una richiesta attiva da parte delle autorità religiose. La legalizzazione delle strutture ecclesiastiche²², e successivamente la sottoscrizione dei primi contratti, portò gradualmente al cambiamento della collaborazione, inizialmente informale.

Ulteriori passi avanti verso una formalizzazione della *partnership* furono intrapresi già nel 1999, con il *contracting* ormai facente parte degli orientamenti strategici dell'Nhp²³ (*National Health Policy* = Piano sanitario nazionale). Una politica di *contracting* (Cp) è stata elaborata dal 2001 in poi. Questa prende in considerazione sia la delega della funzione dei servizi pubblici agli ospedali, sia la delega della gestione dei distretti sanitari²⁴ alle organizzazioni Pnfp. In pratica, la maggior parte dei contratti esistenti vennero sottoscritti con le organizzazioni Fb²⁵ principalmente con lo scopo di attuare una delega completa della gestione distrettuale, includendo gli ospedali distrettuali pubblici potenzialmente esistenti. Questa interpretazione ambiziosa difficilmente si può osservare altrove²⁶.

Gli esperimenti di *contracting* sono collocati nel contesto della decentralizzazione del settore sanitario il quale, per quanto incompleto, forma il *background* della Cp. Il settore sociale della Chiesa cattolica è organizzato di per sé, conformemente al modello decentralizzato: l'Unad coordina gli uffici tecnici - i Belacd - essi stessi responsabili del coordinamento a livello diocesano. I Belacd hanno la responsabilità delle attività di gestione in caso di delega dell'amministrazione distrettuale sanitaria alla Chiesa cattolica.

Gli organi del settore pubblico, i documenti della *policy* e quelli operativi includono soprattutto: 1) la Direzione del Moh delle ong) (Dong) e la Direzione delle organizzazioni del settore sociale (Doss); 2) l'Nhp e la Cp stessa; e 3) le linee guida di *contracting*

operative. Questi si traducono in accordi quadri a livello centrale e in contratti operativi a livello periferico, i quali solitamente sono il risultato di richieste attive da parte delle chiese. La reazione positiva del settore pubblico si può spiegare con quattro fattori principali: le condizioni precarie del sistema sanitario dopo la guerra civile; la pre-esistenza del dialogo; il riconoscimento del ruolo e le caratteristiche²⁷ del settore sanitario Fb.

I contratti operativi mirano ad assicurare: 1) l'impegno dello Stato verso la fornitura delle risorse umane, le infrastrutture, l'esenzione dalle tasse e il *training* alle controparti del settore Pnfp; 2) l'implementazione e il rispetto del Nhp da parte di quest'ultimo. La partecipazione di entrambe le parti nel processo decisionale attuato da una o dall'altra parte non è prevista formalmente, ma viene osservata comunque in pratica; sono state effettuate inoltre attività di sensibilizzazione e un seminario preliminare di formazione (2004) è stato seguito da tutti gli *stakeholder* principali. Nel complesso, una struttura regolatoria e operativa piuttosto completa, che ha raggiunto molto di più i suoi obiettivi rispetto ad altri paesi esaminati.

A livello centrale è presente una buona intesa e una comprensione reciproca. L'apertura mentale dei partecipanti attivi a livello governativo, la qualità della struttura di *partnership* e di *contracting*, e gli strumenti di sostegno diretto e indiretto forniti dai contratti, sono particolarmente valutati dal settore Pnfp. Tuttavia emerge la concreta debolezza esistente.

Il nostro studio ha preso in considerazione la delega contrattuale della gestione del distretto sanitario di Moïssala al Belacd di Sarh. Il distretto si trova a 200 chilometri di distanza, nella prefettura sanitaria di Mandoul, nel Ciad meridionale. La sua capitale, Moïssala, è la sede dell'ospedale distrettuale. La situazione attuale è il risultato di un processo iniziato nel 1992, con il trasferimento delle apparecchiature e delle risorse umane dell'ospedale cattolico²⁸ all'ospedale distrettuale ormai quasi dismesso di Moïssala. Questo progetto (Trabemo) è stato seguito da tre contratti principali, che hanno gradualmente delegato la gestione del distretto sanitario e l'ospedale distrettuale al Belacd di Sarh. Il supporto finanziario e tecnico di *partner* esterni²⁹ ha sostenuto questa evoluzione. Tali accordi di vasta portata furono resi possibili da un dialogo già pre-esistente tra pubblico e organizzazioni Fb relativo al caso di Béboro, dal consenso dato alle prospettive, agli obiettivi e alle modalità, dalla debolezza della rappresentanza e dalla capacità del settore sanitario pubblico nel sud del paese, dalla documentata esperienza dei *partner* cattolici³⁰ e dalla volontà dei *partner* esterni³¹ di sostenere il progetto. Esistevano poche barriere concrete, se non la grandezza del compito e i rischi, per una organizzazione cattolica, di assumersi l'autorità gestionale nei confronti di altre istituzioni Fb³².

UGANDA

Il settore sanitario Fb in Uganda possiede circa il 30% delle strutture sanitarie del paese, di cui la maggioranza appartenente alle Chiese cattolica e protestanti. Queste reti sono rappresentate da piattaforme sanitarie denominazionali: i "*Medical bureaus*"³³. La pressione risultante dalla diminuzione delle risorse finanziarie³⁴ e delle risorse umane³⁵, ha spinto il settore Pnfp a cercare attivamente una *partnership* formalizzata con il settore pubblico, dopo un lungo periodo di collaborazione informale. I principi basilari

della collaborazione tra pubblico e Pnfp sono stati stabiliti in un *Memorandum of understanding* nel 1998, ma i documenti della politica di *partnership* redatti dai *Medical bureaus* nel 2003, attendono ancora di ricevere l'approvazione legale. Ciononostante, gli ospedali Fb ricevono sussidi pubblici, seppur molto inferiori rispetto al livello di necessità. I *Medical bureaus* collaborano attivamente per sbloccare il processo di riconoscimento legale da parte delle autorità pubbliche e per promuovere lo sviluppo di concrete strutture di *partnership*. Un'ulteriore fonte di preoccupazione per i *Medical bureaus* è rappresentata dalla crescente tendenza degli accordi di finanziamento del *Presidential emergency plan for Aids relief* (Pepfar) a stipulare contratti direttamente con le strutture Fb.

L'Uganda è diventata un paese di interesse per il Pepfar nel 2004. Con un *budget* superiore a 280 milioni di dollari statunitensi nel 2008, l'intervento americano finora rappresenta il maggior donatore per i finanziamenti relativi all'Hiv e Aids e, in senso più ampio, per il settore sanitario ugandese. Prove recenti tuttavia (Oomman, Bernstein & Rosenzweig 2007 & 2008) confermano la debolezza che molti osservatori hanno notato nel modo in cui Pepfar utilizza e incanala i suoi fondi. I soldi rimangono ampiamente fuori dalla vista e dal controllo del *budget* pubblico, danneggiando pertanto la capacità di pianificazione a livello di Moh. Il problema è ulteriormente aggravato da una scarsa *leadership* a livello di Moh. I *Medical bureaus* Fb sono addirittura meno coinvolti. Nel complesso, sia le autorità pubbliche che Pnfp si sentono scavalcate e non sono in possesso delle informazioni necessarie per un controllo adeguato del processo.

Il nostro campo di ricerca in Uganda si è rivolto a due ospedali Fb coinvolti negli accordi di *contracting* con i beneficiari Pepfar. Il *Saint-Joseph's hospital* (Sjh) è una struttura posseduta dalla diocesi di Gulu e situata a Kitgum, nel nord dell'Uganda. Dal 2005, sono stati sottoscritti contratti con tre diverse organizzazioni ugandesi beneficiarie dei fondi Pepfar, per occuparsi delle necessità relative all'Hiv/Aids³⁶: Uphold, Crs e Taso. Gli accordi sono costrittivi: sono estremamente dettagliati, caratterizzati da obiettivi e attività precisi, legati da indicatori, da descrizioni rigide delle rispettive responsabilità e procedure di controllo e di valutazione estremamente elevate. Esistono prove provenienti dal Sjh che tali accordi Pepfar hanno portato a un certo livello di distorsione della fornitura dei trattamenti (e nell'allocazione delle risorse umane disponibili) a favore delle attività relative all'Hiv/Aids. In generale, il coinvolgimento delle autorità sanitarie pubbliche locali in questi accordi contrattuali rimane limitata.

Un lato positivo, tuttavia, è dato dal fatto che questi contratti sono associati a *training* regolari, intense attività di M&E e da opportunità di scambio con altre strutture beneficiarie. I doveri di *reporting* contribuiscono allo sviluppo di un'attitudine riflessiva tra i *provider*. Ultimo, ma non meno importante, i contratti sono rispettati dal donatore. Complessivamente, i contratti con Pepfar sono ben apprezzati dalle autorità locali Fb e da quelle governative, a causa della loro prevedibilità e affidabilità.

Il *Kabarole Hospital* (Kh), proprietà della chiesa anglicana dell'Uganda, è il secondo ospedale esaminato nel nostro studio. Si tratta di una struttura relativamente modesta situata a Fort Portal, nella parte occidentale dell'Uganda. Il primo contratto con Pepfar risale al 2005 e ha incluso attività di prevenzione, trattamento e assistenza dell'Hiv/Aids. È l'unica fonte di supporto esterno del Kh e rappresenta metà del *budget* annuale

dell'ospedale. Molte delle osservazioni fatte in relazione al Sjh si applicano anche al Kh. Le autorità sanitarie locali rimangono molto positive, considerando gli interventi Pefpar come un complemento ben accolto alle risorse limitate attualmente disponibili e fornendo un valido contributo in termini di generazione dei dati sanitari. Le fonti di preoccupazione includono la questione della sostenibilità di questo supporto, l'assenza di strategie di *fall-back* (riserva su cui si può contare in caso di necessità), la rigidità dei donatori, la mancanza di armonizzazione con le procedure e le politiche esistenti e l'incompletezza delle informazioni condivise. Il Kh esprime criticamente il rischio di attività Hiv/Aids che si sviluppano in modo preferenziale, allontanandosi quindi dall'offerta di assistenza e sbilanciando l'allocation del personale³⁷.

Ciò che colpisce nel nostro studio è la differenza nella percezione dei contratti Pefpar tra le autorità sanitarie a livello centrale e periferico, così come dal punto di vista del Moh come settore Fb. Laddove i contratti sono relativamente ben apprezzati a livelli periferici del sistema sanitario, si verifica un'enorme frustrazione a livello centrale. Questo si può spiegare con la mancanza di partecipazione del Moh e dei *Medical bureaus* con base a Kampala delle varie organizzazioni Fb nella progettazione e nel controllo dei contratti. I programmi Pefpar tendono a svilupparsi come strategie autonome, che corrono in parallelo ai programmi esistenti progettati a livello centrale. I problemi di *partnership* debole a livello Moh e il processo di decentralizzazione incompleto, contribuiscono ulteriormente a creare la situazione esistente.

Il rapporto non soddisfacente tra il settore pubblico e Fb potrebbe ben condurre quest'ultimo a favorire politiche che contribuiscono ad assicurare la sopravvivenza immediata, ad es. per le strutture Fb a livello distrettuale a optare sempre di più per gli accordi prevedibili e affidabili con organizzazioni esterne come Pefpar. Questo potrebbe essere di cattivo auspicio per il futuro delle *partnership* tra pubblico e Fb.

CONSIDERAZIONI TRASVERSALI

Un'analisi e una lettura comparativa dei casi di studio ci ha consentito di identificare alcune caratteristiche comuni tra una varietà di pratiche di *contracting*. Questo ci fornisce costantemente una chiave di interpretazione per la valutazione del *contracting* pubblico - Fb nell'Africa sub-Sahariana.

Gli esperimenti di *contracting* attuali tra i settori sanitari Fb e pubblico stanno affrontando grandi difficoltà.

La "crisi" in gioco si basa su un certo numero di elementi comuni. Prima di tutto, una mancanza di preparazione: gli accordi arrivano come novità a livello periferico, non beneficiano dalla capitalizzazione di esperimenti precedenti e sono scarsamente accompagnati da un *training* adeguato. Secondo, la mancanza di documenti di *contracting* stessi, contrassegnata dall'incompletezza³⁸ e dalla scarsa integrazione nelle strutture esistenti³⁹, ulteriormente aggravata dall'assenza di meccanismi di revisione. Quest'ultimo si concretizza in un ambiente di *contracting* eterogeneo – talvolta in contraddizione con le politiche in vigore – dove coesistono tipi di accordi non armonizzati. Terzo, tutti i casi di studio nei vari paesi rivelano una forte dicotomia tra il livello centrale e quello periferico⁴⁰, la quale contribuisce a frammentare ulteriormente lo scenario del *contracting* e a mettere in

luce l'imperfezione dei processi di decentralizzazione del sistema sanitario. Quest'ultimo aspetto influisce negativamente sulle esperienze di *contracting*, danneggiando il *follow-up* degli accordi, il *set-up* delle risposte strutturali per affrontare le difficoltà incontrate e la capitalizzazione complessiva dell'esperienza. In un contesto di disfunzione silente del livello periferico, gli accordi di *contracting* recano in sé il seme del deterioramento degli sforzi generali di *partnership* a livello centrale. Più specificatamente, gli accordi sono danneggiati da flussi di informazioni limitati⁴¹ e asimmetrici e dall'assenza o dall'insufficienza di funzionalità dei meccanismi M&E. Mancano strumenti di controllo e modalità di regolamentazione, lasciando i *partner* con poche garanzie.

In conclusione, la scarsità di risorse finanziarie e umane è difficilmente mitigata dalla sottoscrizione degli accordi. I governi non sempre rispettano i loro impegni, oppure lo fanno solo in misura limitata. Le strutture pertanto necessitano di compensare i *gap* finanziari per conto proprio, o altrimenti devono fare affidamento su risorse esterne. I contratti sono all'altezza delle aspettative quando sono supportati da risorse sufficienti, come dimostrato dagli esempi di Pefpar un Uganda, o dai primi accordi distrettuali di Moïssala in Ciad.

Nel complesso il successo consiste maggiormente nei processi di *partnership* a livello centrale e nella generalizzazione del dialogo tra pubblico e Pnfp, piuttosto che nel *contracting* operativo a livello distrettuale. Per quanto riguarda gli accordi classici, il carattere relazionale degli accordi stessi tende a condurre a un riconoscimento statico di situazioni preesistenti (ad es. una struttura Fb che concretamente esercita il ruolo di ospedale distrettuale), piuttosto che alla creazione di accordi organizzativi innovativi.

Nel migliore dei casi, il formato attuale degli esperimenti di *contracting* sembra quindi offrire una risposta inadeguata alla crisi impellente alla base del settore sanitario Fb. Questo contribuisce alla fine a peggiorarla, in quanto le responsabilità estese si accompagnano alla necessità di una maggiore mobilitazione delle risorse finanziarie e umane. Tali difficoltà influiscono gravemente sul settore sanitario Fb e rimangono ampiamente sottostimate dal settore pubblico. Gli accordi di *contracting* sono considerati – con alcune sfumature – come luogo di rapporti insoddisfacenti, non equilibrati, che danno vantaggi in qualche misura al settore pubblico ma che impoveriscono il settore Fb allo stesso tempo. Questa situazione rivela un rischio reale di disintegrazione della dinamica di *partnership* attuale tra il settore pubblico e settore Fb nell'Africa sub-Sahariana. Si sono già manifestati segni preoccupanti, alcuni *provider* Fb si stanno allontanando dagli accordi esistenti oppure stanno minacciando di farlo (Ciad, Tanzania). La priorità della sopravvivenza immediata e la ricerca di risultati diretti stimolano lo sviluppo di relazioni bilaterali con donatori esterni, potenzialmente alle spese di un'ulteriore integrazione del sistema sanitario. Alcune chiese si spingono oltre e mettono in discussione la nozione stessa di *partnership* e il perseguimento di una partecipazione basata sulle strutture nella fornitura dell'assistenza sanitaria (Uganda).

CONCLUSIONI E SUGGERIMENTI

Il caso particolare dei contratti Pefpar in Uganda fornisce un punto di riferimento valido e contrastante, sebbene non sia privo di

rischi. Questi ultimi sono soprattutto una conseguenza del tipo di programma incentrato sulla malattia, della sua mancanza di adattamento al contesto nazionale, e della sua limitata flessibilità e mancanza di chiarezza complessiva.

Sul versante positivo, il grado di specificità e di prevedibilità dei contratti Pepfar, la qualità del controllo, i meccanismi di regolazione e di valutazione e il rispetto degli impegni da parte del donatore, sono elementi che mancano in troppe altre esperienze di *contracting*. Tali aspetti potrebbero fornire le vie per una rilettura e un miglioramento delle relazioni contrattuali tra le chiese e i governi nell'Africa sub-sahariana.

In generale, una crescente consapevolezza sul relativo fallimento del contratto attuale sembra una priorità, poiché condiziona la ricerca collaborativa di soluzioni adeguate. Questo risponderebbe a una sentita necessità nel settore. Tale risposta coinvolgerebbe definitivamente la comunità di donatori, in quanto un miglioramento della situazione richiederebbe ovviamente un finanziamento complementare. In realtà, la scarsità di risorse a livello governativo e quindi la priorità data spesso alle strutture e al personale del settore pubblico in termini di finanziamento, interviene chiaramente come fattore di indebolimento nel *contracting* pubblico-Fb. Il supporto mirato, sostenibile, internazionale, ai processi di *contracting* e le organizzazioni di gestione e di *follow-up* (pubbliche e Fb) sono entrambi necessari.

Dalla parte del settore Fb, una professionalizzazione ulteriore appare come un requisito obbligatorio per uno sviluppo futuro. L'adattamento e la capacità di occuparsi del cambiamento, e la crescente complessità del sistema sanitario richiede forti competenze amministrative, manageriali e tecniche. Potrebbe anche richiedere una maggiore delega dell'autorità manageriale a livello di struttura e a livello di diocesi.

Il superamento dell'attuale balcanizzazione dello scenario di

contracting dovrà passare per una continua e sistematica ottimizzazione degli accordi esistenti. Questo implica una revisione degli accordi storici per adattarli ai modelli di *partnership*. Si tratta di una fase obbligatoria sulla strada dell'inserimento istituzionale e dell'ulteriore integrazione del sistema sanitario. Una considerazione centralizzata, continua, delle esperienze di *contracting* dovrebbe contribuire allo sviluppo di una memoria istituzionale. Quest'ultima, essenziale per consentire l'adeguata capitalizzazione delle conoscenze, al momento è in larga misura assente.

Ultimo, ma non meno importante, le esperienze analizzate nella ricerca di Mmi dimostrano la necessità di un supporto personalizzato per gestire la varietà delle situazioni particolari. Le politiche e i modelli a livello centrale – per quanto adeguati e completi questi possano essere – non garantiscono l'esito positivo dell'implementazione e del *follow-up*. Lo stesso vale per le linee guida di *contracting* teoriche, come quelle sviluppate da Mmi. Una formazione specifica, il supporto tecnico e il continuo adeguamento sono finora, tra gli strumenti menzionati, quelli più adatti alle necessità correnti. I loro vantaggi sono riconosciuti inoltre dal caso dei contratti Pepfar in Uganda e dall'effetto di meccanismi M&E integrati e funzionali.

Rimane una domanda: se i modelli di *contracting* basati sul risultato (come lo sono gli accordi Pepfar) possano e debbano essere sistematizzati nel caso della collaborazione diretta tra pubblico e Fb a livello distrettuale. Il nostro studio non ha esaminato questa domanda specifica. Né la nostra ricerca ha valutato i dati quantitativi; ci siamo concentrati sui risultati qualitativi. Allo stesso modo il nostro obiettivo non era quello di condurre una ricerca sistemica sull'impatto di contratti specifici su strutture specifiche. Questo importante programma di ricerca deve essere ancora portato a termine.

BIBLIOGRAFIA

- Boulenger, D. Keugoung, B. & Criel, B. (2009). *Contracting between the public and the faith-based sector in sub-Saharan Africa: an ongoing crisis? The case of Cameroon, Tanzania, Chad and Uganda.* 1 & 2. Report. Mmi-ltm. www.medicusmundi.org/contracting
- Mills, A. & Broomberg J. (1998). *Experiences of Contracting Health Services: an Overview of the Literature.* Hefp working paper 01/98, Lshmt.
- Oecd. (1992). *The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries.* Health Policy Series No. 2. OECD, Paris.
- World Bank. (1993). *Investing in health. World Development Report 1993.* Oxford University Press, Oxford.
- McPake, B. & Ngalande Banda, E. (1994). *Contracting out of health services in developing countries.* Health Policy and Planning; 9(1): 25-30
- Mills, A. et al. *Efficiency of district hospitals: is contracting an option?* Tropical Medicine and International Health, 1997; 2 (2): 116-126
- Palmer, N. & Mills, A. (2006). *Contracting-out health service provision in resource- and information poor settings.* In: The Elgar Companion to Health economics. Jones, A. (Ed.) Uk: Edward Elgar Publishing
- Mmi Network (1999). *Contracting NGO's for Health.* Better Health Care by Contracting Not-for-Profit, Public
- *Serving, Non-Governmental Health Care Institutions as an Integral Part of the Health Districts.* Statement. www.medicusmundi.org/en/topics/contracting/milestones/1999-contracting-statement.pdf
- World Health Organization (2003). *The role of contractual arrangements in improving health systems' performance.* WHA56.25, 28 May.
- Cornillot, Pr., Ngoma, A., Galland, B. et al. (1999). *The contractual approach. Guidelines for contract procedures for a healthcare structure within a health district in partnership with a Ministry of Health and an NGO.* 1 & 2, Methodological guidelines, Mmi.
- Perrot, J. & de Roodenbeke, E. (Eds.) (2005). *La contractualisation dans les systèmes de santé. Pour une utilisation efficace et appropriée.* Paris : Karthala.
- Loevinsohn B. (2008). *Performance based contracting for health services in developing countries. A toolkit.* Health, Nutrition and Population Series. Washington DC: World Bank Institute.
- Toonen, J., Canavan, A., Vergeer, P. & Elovainu, R., *Learning lessons on implementing performance based financing.* From a multi-country evaluation, Royal Tropical Institute (KIT), KIT Development Policy & Practice, 2008.
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation.* London: Sage Publications Ltd.
- Gruénais, M. E. (2005). *La séparation de l'Eglise et de l'Etat et la réforme du système de santé au Cameroun.* In: Chiffolleau S. (Ed.), *Politique de santé sous influence internationale, Afrique, Moyen-Orient.* Paris: Maisonneuve & Larose, 2005 :169-182
- Frieder L. (1999). *Church and State in Tanzania: aspects of changing in relationships 1961-1994.* Brill.
- Ucm, Upmb & Ummb (2007). *Facts and Figures of the Pnfp: knowing and understanding the facility-based PNFP Health sub-sector performance in Uganda.*
- Orach, S. (2007). *Preliminary Information on GI Projects in Rcc hospitals in 2006/07.* Ucm Hm TW II, ppt presentation.
- Ssenooba, F. et al. (2007). *Tracking Hiv/Aids Funding in Uganda. Draft report.* Kampala: Makerere University School of Public Health.
- Oonman, N., Bernstein, M. & Rosenzweig, S. (2007). *A Comparative Analysis of Development Assistance and Major Funding Mechanisms of the National AIDS Response.* Kampala: Uganda Aids Commission

NOTE

- 1 www.medicusmundi.org
- 2 Istituto di Medicina Tropicale, Dipartimento di salute Pubblica, (Anversa)
- 3 Medici con l'Africa Cuamm è una delle organizzazioni membro della rete
- 4 www.medicusmundi.org/en/mmi-network
- 5 www.medicusmundi.org/en/topics/strategic-positioning/introduction
- 6 Mmi Network Policy 2008-2010: www.medicusmundi.org/en/intern/ga/mmi-general-assembly-2009/2009-network-policy/draft1/view
- 7 Soesterberg (2000), Kampala (2004), Cotonou (2005), Bangui (2006 & 2008), Bagamoyo e Dar Es Salaam (2007).
- 8 Dal 30 al 70% delle strutture sanitarie in Africa è di proprietà della Chiesa; esse provvedono ad una media del 40% dell'attuale fornitura di assistenza sanitaria (Who, 2006).
- 9 Il 2005 ha visto il Rwanda adottare il Pbf come Politica nazionale
- 10 Rwanda, Burundi, Cambogia, DRC, ecc
- 11 Per maggiori dettagli sulla metodologia, fare riferimento al report di studio di Mmi, nel sito www.medicusmundi.org/contracting
- 12 *Bureau d'études et de liaison des associations caritatives diocésaines:* ufficio per lo studio e il coordinamento delle attività di carità e di sviluppo
- 13 *Presidential Emergency Plan For Aids Relief* (Piano di emergenza del presidente per la lotta all'Aids)
- 14 Per l'Uganda, sono stati intervistati anche gli stakeholder Pefpar e i beneficiari Pefpar.
- 15 *Organisation catholique de la santé au Cameroun; Conseil des églises protestantes au Cameroun; Fondation Ad Lucem.*
- 16 *Contrat de développement et de désendettement*
- 17 Il 17,7% delle strutture ma quasi il 40% degli ospedali
- 18 *Health Sector Strategy, National Partnership Forum, gruppo di lavoro Technical Ppp Moh Partnership Unit*
- 19 *Service Agreement (SA):* accordo di servizio
- 20 O altrimenti detti, *Council Designated Hospitals (Cdh)*, con riferimento all'attuale divisione in zone amministrative
- 21 Al termine del presente studio, documenti contrattuali adattati Cdh stavano appena iniziando a essere applicati a nuove strutture (ad es. Tosamaganga), in quanto l'esperienza era troppo recente per consentire l'apprezzamento di eventuali miglioramenti. Inoltre nessuno dei precedenti contratti Cdh era ancora stato revisionato per adeguarsi a tale modello.
- 22 La legalizzazione, le autorizzazioni per l'importazione, l'esenzione dei dazi doganali, gli accordi quadri firmati con la Direzione delle Ngo (Dong)
- 23 Le chiese hanno partecipato attivamente alle discussioni intersezionali intorno a una tavola rotonda.
- 24 Originariamente era stata pianificata una politica di contracting separata per il settore farmaceutico, ma deve essere ancora sviluppata.
- 25 Unad ma anche Eemet (una rete evangelica)
- 26 La Cambogia costituisce l'altro caso meglio documentato: Lanjouw, Macrae & Zwi, 1999; Meessen et al., 2002
- 27 Qualità del trattamento, competenze manageriali e organizzative, trasparenza
- 28 In realtà un centro sanitario avanzato, situato a Béboro, e che ha servito alla popolazione del bacino distrettuale come struttura di riferimento. Ha colmato il vuoto lasciato dall'ospedale distrettuale di Moissala.
- 29 *Medicus Mundi Navarra (Mmn)* e Misereor.
- 30 Béboro e l'ospedale di Goundi
- 31 Mmn e il programma del *World Bank "Pass" (Programme d'appui au secteur de la santé)*, in seguito Misereor.
- 32 Centri sanitari protestanti, musulmani e Bahai
- 33 Soprattutto: *Uganda Catholic Medical Bureau (Ucm), Uganda Protestant Medical Bureau (Upmb)* e *Uganda Muslim Medical Bureau (Ummb).*
- 34 Compensa il ritiro di donatori tradizionali, di sussidi pubblici bloccati, la diminuzione delle user fees, l'aumento dei costi di esercizio.
- 35 Elevati attriti tra il personale, risultanti da salari scarsamente attraenti e dall'assunzione della concorrenza del settore pubblico.
- 36 Trattamento soprattutto antiretrovirale.
- 37 Programma che assorbe il 21% dello staff di Kh, la maggior parte di essi dedicati; differenze nei salari; ovvie differenze di strumenti disponibili, ecc.
- 38 La vaghezza o la generalità degli obiettivi, l'insufficiente definizione delle responsabilità, meccanismi M&E sottosviluppati ecc..
- 39 *Partnership* e politiche di *contracting*
- 40 Livelli di informazioni e conoscenza, percezione, coinvolgimento ecc..
- 41 Concentrazione di informazioni a livello centrale, gap di informazioni che si verificano da livello a livello, ritardi, scarsa risposta delle autorità pubbliche a livello centrale e intermediario verso i report e le lamentele da parte delle strutture a livello distrettuale ecc..





LA QUALITÀ E L'USO DELL'ASSISTENZA SANITARIA MATERNA NEL DISTRETTO DELL'OYAM, UGANDA

Nonostante la disponibilità di approcci tecnicamente validi, sia in Uganda che in altri Paesi in via di sviluppo, la mortalità materna e altri problemi relativi alla salute riproduttiva persistono. L'uso di servizi sanitari materni rimane molto scarso, specialmente per quanto riguarda i parti assistiti da personale qualificato.

Testo di / Sixtus Birungi, John Odaga e Stefano Santini / Uganda Martyrs University Nkzi / Medici con l'Africa Cuamm

John Peter Lochoro / Emmanuela De Vivo / Medici con l'Africa Cuamm

Vincent Owiny / Dipartimento della Sanità / Oyam District

INTRODUZIONE

A livello globale i problemi della salute riproduttiva restano una piaga aperta agli occhi di medici e governanti. Nonostante la disponibilità di interventi efficaci, la mortalità materna rimane alta, in gran parte a causa del fatto che i metodi prediletti dai beneficiari per la programmazione familiare non sono disponibili e per lo scarso accesso e utilizzo, durante il travaglio, della supervisione di personale qualificato o di servizi ostetrici di emergenza. In Uganda, uno dei più grandi obiettivi del Dipartimento di Salute Riproduttiva (Rhd) del Ministero della Sanità (*Ministry of Health MOH*) è di contribuire al miglioramento della qualità della vita attraverso la riduzione della mortalità e morbidità neonatale, infantile e materna. Tuttavia, mentre la maggior parte degli altri indicatori sanitari sono migliorati durante il primo Piano strategico del Settore sanitario (Hssp I) che è stato condotto tra l'anno 2000/1 e il 2004/5, gli indicatori sulla salute riproduttiva non sono migliorati significativamente, portando a mettere in dubbio il livello dell'impegno nazionale nella soluzione del problema. Di conseguenza nel secondo Piano strategico del Settore sanitario condotto tra il 2005/6 e il 2009/10, il ministero pianifica di ridurre del 30% la mortalità materna, quindi da 506 ogni 100.000 parti nel 2005 a 354 ogni 100.000 parti; di incrementare il tasso di prevalenza dei contraccettivi dal 15% al 30%; di incrementare i parti che vengono supervisionati da operatori sanitari qualificati dal 38% al 50%; di incrementare la copertura di *Tetanus Toxoid* (Tt2) per donne incinta dal 50% all'80% (Moh, 2005). Questi *target* possono essere efficacemente raggiunti attraverso la messa a disposizione di assistenza di qualità durante la gravidanza, il parto e dopo il parto. Questo processo inizia con la messa a disposizione di servizi di assistenza pre-natale (*Ante Natal Care* = Anc) di buona qualità a tutte le madri incinta, questo, infatti, rappresenta il punto di partenza per tutti gli altri interventi. Si è, appunto, notato che l'utilizzo dell'Anc, da parte delle donne con

basso o medio reddito, influenzi la loro propensione a usare assistenti qualificati durante il parto (Bloom e altri, 1999). L'Uganda, però, non prende direttamente in considerazione l'assistenza post-natale (Pnc) come obiettivo da raggiungere, in quanto componente importante della salute materna, c'è infatti ancora ampia evidenza che l'utilizzo del Pnc sia molto scarso. È documentato che solo il 23% delle madri che ha partorito, ha ricevuto assistenza post-parto entro i primi due giorni critici; e in tutto, il 74% delle donne non ha affatto ricevuto assistenza *post-partum* (Ubos e *Macro International Inc.* 2007).

LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA PRE-NATALE NEL PAESE

In generale, secondo il Sondaggio demografico e sanitario dell'Uganda (Udhs 2006), la qualità dell'assistenza pre-natale è scarsa e inadeguata. La percentuale delle madri che ricevono la prima visita di assistenza pre-natale è alta (90%), ma pochissime donne (47%) ricevono il numero minimo previsto delle quattro visite durante l'intera gravidanza. In aggiunta, l'1% delle donne riceve l'Anc da Tba e alcune (il 5%) non lo ricevono affatto. Questo può parzialmente spiegare perché il 23% delle nascite è seguito da un assistente tradizionale, il 25% da parenti o amici, e il 10% non riceve alcuna assistenza durante il parto (Ubos e *Macro International Inc.*, 2007). La qualità dell'Anc sembra variare da unità sanitaria a unità sanitaria e da classe di persone di livello socio-economico diverso. Tann e altri (2007), mentre valutavano la qualità dell'Anc nella municipalità di Entebbe, hanno osservato che i servizi frequentemente a disposizione sono il monitoraggio della pressione arteriosa e la vaccinazione del tetano. Altri servizi del pacchetto dell'assistenza pre-natale come il test delle urine, la misurazione del peso, la sensibilizzazione sui segni di pericolo della gravidanza e gli esami del sangue spesso non sono messi in rilievo (Ubos e *Macro International Inc.*, 2007; Tann e altri 2007).

Il distretto dell'Oyam

Con i fondi dell'Ue due Ong italiane, Medici con l'Africa Cuamm e Coopi, stanno cercando di migliorare i servizi per la salute riproduttiva del distretto dell'Oyam, un distretto nuovo e rurale nel nord dell'Uganda. Il distretto dell'Oyam è stato creato nel 2006 dal distretto Apac. C'è un ospedale di medicina generale (*Pope John XXIII Hospital Aber*), un'unità privata senza fini di lucro (Pnfp), un centro sanitario di IV tipo, cinque centri sanitari di III tipo e nove centri sanitari del II tipo (questi ultimi offrono solo servizi sanitari di base escludendo i parti). È situato in un'area in cui c'è stata la ribellione armata della *Lord's Resistance Army* (Lra) dalla metà degli anni Ottanta che ha causato lo sfollamento di circa due milioni e trecentomila persone. È stimato che 127.357 persone nel solo distretto dell'Oyam sono state dislocate in diciotto campi per *Internal Displaced People* (Who, 2006; Ubos e *Macro International Inc.*, 2007). Il distretto è situato in una zona con la più alta prevalenza di malaria in Uganda e in tutto il mondo. (260 su 100.000 persone rispetto a 90 su 100.000) (Un, 2008). La situazione non è migliore per quello che riguarda la salute riproduttiva nel distretto dell'Oyam. Statistiche istituzionali calcolate nel distretto indicano che 140 donne incinte si sono recate alla clinica per le cure pre-natali ogni mese almeno una volta, ma solo il 25% di queste donne ha ricevuto assistenza per le quattro volte raccomandate durante l'intera gravidanza. I parti che avvengono nei centri sanitari (assumendo che vengano seguiti da assistenti sanitari qualificati) sono quarantanove al mese. Il distretto ha una media di 215 parti al mese che avvengono in sette unità sanitarie e, quindi, una media di circa trentuno parti per unità e di circa settantotto parti seguiti da Tba, (Hmis 2007).

SCOPO E OBIETTIVI DELLO STUDIO

Lo scopo di questo studio è valutare lo stato dei servizi di assistenza sanitaria materna del distretto Oyam con il fine di creare dei dati di riferimento attraverso i quali monitorare l'assistenza sanitaria materna durante il progetto finanziato dall'Ue. Questo studio ha voluto stabilire quale sia il livello di utilizzazione dei servizi sanitari materni; i fattori che influenzano l'uso dei differenti servizi di assistenza sanitaria materna; stabilire l'attuale qualità dei servizi di assistenza sanitaria in relazione agli *standard* nazionali per Anc-plus, della presenza o meno dei requisiti dell'EmOC, della gestione del travaglio e dell'assistenza post-natale e stimare l'esito delle gravidanze a livello comunitario. Un ulteriore obiettivo, stabilire la copertura dell'immunizzazione nei bambini sotto i due anni, è stato aggiunto allo studio su richiesta del distretto. Precedenti studi in Uganda hanno evidenziato che la maggior parte delle donne ha avuto l'Anc solamente una volta invece che le quattro volte minime previste e che la maggior parte di loro non ha poi utilizzato i servizi sanitari per il parto. A livello nazionale, solo il 41% delle nascite ha luogo nelle strutture sanitarie, mentre il 23% delle nascite è seguito da assistenti al parto tradizionale non qualificati (Tba), il 25% da parenti o amici e il 10% non riceve assistenza (Ubos e *Macro International Inc.* 2007). Nel distretto dell'Oyam, solo il 25% delle madri ha ricevuto la visita di Anc quattro volte e solo il 49% dei parti è registrato in unità sanitarie (*Oyam District*, dati ufficiali del 2007). Per quanto riguarda l'assistenza post-parto, il 74% delle donne che ha partorito non cerca affatto assistenza post-natale (Pnc), mentre solo il 23% cerca la Pnc nei primi due giorni critici durante i quali la

maggior parte delle complicazioni hanno la più alta probabilità di manifestarsi (Op. cit.).

METODOLOGIA

Lo studio era composto da tre componenti principali, un sondaggio sui nuclei famigliari che si è focalizzato sul comportamento delle madri nella ricerca di cure sanitarie durante la gravidanza e alle ragioni che influenzano le loro decisioni, un sondaggio sulle risorse umane della comunità che fanno assistenza al parto (Tbas) per confrontare queste con le informazioni ottenute attraverso il sondaggio sui nuclei famigliari e un sondaggio sulle strutture sanitarie per stabilire quale sia la qualità dell'attuale assistenza sanitaria materna che viene messa a disposizione dalle unità sanitarie del distretto.

Il sondaggio sui nuclei famigliari

Il sondaggio sui nuclei famigliari ha riguardato le sette sotto-contee del distretto. Sono stati selezionati trenta villaggi, per ogni sotto-contea, usando il metodo statistico del *probability proportionate to size approach*, che permette ai villaggi, con più nuclei famigliari, di avere una più alta possibilità di essere selezionati. Per ogni villaggio sono stati scelti sette nuclei famigliari in base al criterio per cui un nucleo famigliare poteva essere scelto se al suo interno c'era una madre che aveva partorito o aveva portato avanti una gravidanza almeno una volta nei precedenti cinque anni. In questo modo sono stati prescelti 210 nuclei famigliari in ogni sotto-contea, un totale di 1.472 in tutto il distretto. Due ulteriori nuclei famigliari sono stati aggiunti per equilibrare la mole di lavoro tra gli addetti alla ricerca.

Interviste alle risorse umane nella comunità

Per ognuno dei villaggi identificati, si è cercato, dove c'erano, di intervistare una Tba e un'anziana considerata essere più "esperta" per quanto riguarda i problemi ostetrici della comunità. Alla fine sono state intervistate solo trenta Tbas e nove autorevoli anziane, perché impossibilitati a seguire il criterio per ogni villaggio.

La collezione di dati nelle strutture sanitarie

Sono state selezionate sette strutture sanitarie (un ospedale, un centro sanitario di IV tipo e cinque centri sanitari di III tipo). In ogni struttura abbiamo effettuato interviste alle donne che uscivano dalla clinica prenatale, post-natale e per la pianificazione famigliare per valutare il loro punto di vista sulla qualità dell'assistenza, e per rivedere i loro formulari medici con lo scopo di registrare il tipo di servizio che era stato offerto loro; i dati così ottenuti sono stati comparati con gli *standard* minimi nazionali per quei servizi. Abbiamo intervistato madri che avevano appena partorito nel momento della nostra visita nelle diverse strutture e abbiamo controllato anche i loro formulari medici. Abbiamo osservato le infrastrutture per analizzare l'adeguatezza dell'attrezzatura necessaria per offrire i servizi di assistenza sanitaria materna e abbiamo esaminato l'uso di partogrammi, e la disponibilità di indicatori di farmaci. Abbiamo intervistato informatori chiave (KIs) in relazione alla qualità dell'assistenza nella loro struttura e sull'atteggiamento nei confronti dell'assistenza sanitaria da parte delle madri. In tutto, abbiamo intervistato dieci informatori chiave (i respon-

sabili dei tre centri sanitari di III tipo, due centri sanitari di IV tipo, l'ostetrica responsabile dell'unità di maternità, e altri tre responsabili dei reparti per le cure pre/post-natali dell'ospedale). Abbiamo anche condotto uno studio sullo spostamento nel tempo delle madri attraverso i diversi servizi per determinare il tempo medio di attesa per l'Anc. Tutti i clienti che hanno partorito nelle unità sanitarie, e tutti quelli che sono venuti per l'Anc e Pnc durante il periodo dello studio sono stati intervistati usando domande aperte. Abbiamo intervistato un totale di 492 madri nella clinica dell'Anc, 78 madri che avevano appena partorito e 197 madri nella clinica per la Pnc.

LA GESTIONE DELLA RICERCA E IL COINVOLGIMENTO DEL DISTRETTO

All'inizio della ricerca, abbiamo formato un comitato direttivo, presieduto dal responsabile sanitario del distretto dell'Oyam e avente come vice-presidente il *project manager*. Il comitato era responsabile del monitoraggio e della supervisione dell'avanzamento delle attività di ricerca, facilitando l'accesso alle strutture sanitarie e la comunicazione con le autorità locali e organizzando la diffusione dei risultati della ricerca. Quattro supervisori e quattordici assistenti alla ricerca sono stati reclutati per portare avanti le interviste per il sondaggio sui nuclei famigliari e per le interviste qualitative. Un altro gruppo di quattro assistenti alla ricerca con un *background* medico sono stati reclutati per condurre le interviste dopo l'utilizzo dei servizi sanitari sulla qualità dei servizi e dell'assistenza per le gravide. I dati sono stati registrati in un foglio *Excel* e dopo una sistemazione, sono stati ri-codificati e trasferiti per l'analisi nel *Statistical Package for Social Sciences* (Sps) versione 13.0 di *Windows*. Le trascrizioni delle interviste più approfondite sono state sistemate e le risposte sono state suddivise secondo i temi più importanti dello studio all'interno di un elenco dei dati principale. Alcune risposte riguardanti temi specifici sono state quantificate.

CONCLUSIONI

Caratteristiche socio-demografiche

La maggior parte delle intervistate è generalmente composta da madri giovani, fattore indicativo del fatto che nel distretto dell'Oyam probabilmente il numero di gravidanze durante l'adolescenza è alto. Una ventiquattrenne tipo, infatti, che ha avuto quattro gravidanze, è molto probabile che abbia avuto la prima gravidanza sotto i diciannove anni.

La maggior parte delle madri, che ha partecipato al sondaggio sulle strutture sanitarie, ha avuto un intervallo tra i parti di due anni e mezzo. Mentre l'8% della madri che hanno frequentato il corso post-natale e quello della pianificazione famigliare ha avuto intervalli tra i parti di meno di un anno.

Per quanto riguarda il livello di istruzione più del 90% delle madri che hanno partecipato al sondaggio non è andata a scuola o ha frequentato solamente la scuola primaria e per quanto riguarda l'indipendenza economica il numero di madri con un qualche livello d'indipendenza economica era più alto tra quelle che seguivano il corso di assistenza post-natale e quelle che hanno avuto parti assistiti.

Accessibilità geografica ai servizi

La distanza media che le madri dovevano percorrere alla ricerca di assistenza è stata registrata sia durante il sondaggio dei nuclei famigliari sia durante quello sulle strutture sanitarie. In generale, le strutture sanitarie più vicine potevano essere raggiunte a piedi (5 chilometri) dalle famiglie analizzate specialmente per avere assistenza pre e post-natale. Le madri dovevano però spostarsi di più (6,5 chilometri), per poter partorire in una struttura sanitaria.

Nei sondaggi è stato chiesto alle madri di descrivere (in relazione al tipo di struttura e da chi erano gestite) le strutture sanitarie che erano più vicine a loro, con lo scopo di capire fino a che punto i servizi sanitari materni sono a portata delle madri. Questa distribuzione è descritta nella **tabella 1**. Le strutture governative sono state dette essere le più vicine dalla maggior parte delle madri (84,7 %). La maggior parte (46%) dei nuclei famigliari erano situati vicino ai centri sanitari di II tipo.

C'era una grande consapevolezza di dove fossero disponibili i servizi Anc nel distretto. La maggior parte delle madri sapeva dove poteva ricevere un servizio di assistenza pre-natale. È stato chiesto alle madri anche dove hanno ricercato assistenza pre-natale durante la loro ultima gravidanza e la risposta è stata considerata essere riferita al loro *provider* di servizi prediletto per quella circostanza. Più del 90% delle madri ha detto di aver richiesto Anc in strutture pubbliche e nell'unità Pnfp, ma ancora una percentuale bassa cerca Anc da Tba (3,7%). Meno del 2% delle madri non ha affatto cercato servizi di assistenza pre-natale.

La **tabella 2** evidenzia il numero delle volte che le madri hanno usufruito di servizi di assistenza pre-natale durante la loro ultima gravidanza. Questo dimostra che le madri generalmente hanno usufruito del servizio tre o quattro volte e che le madri che avevano scelto strutture pubbliche hanno riportato un numero più alto di volte. Sia l'Oms sia il Ministero della Salute dell'Uganda raccomandano che le madri si rechino a cliniche per l'Anc almeno quattro volte durante la gravidanza. In tutto, meno della metà delle madri (il 47,3 %) ha rendicontato quattro visite. Le strutture pubbliche hanno registrato un maggior numero (il 30% dei frequentatori) che ha ricevuto le quattro visite minime raccomandate seguite dalle strutture Pnfp (il 16,3% delle madri). Nell'analisi le Tbas sono state considerate *provider* di servizi di Anc nel distretto. Però, se consideriamo solo i *provider* formali (pubblici e Pnfp), troviamo che circa il 46% è andato alle cliniche Anc almeno quattro volte.

Il fattore che influenza maggiormente la decisione sul *provider* del servizio è l'accessibilità geografica. Nel caso del settore formale (pubblico e Pnfp), un'ulteriore considerazione importante era la qualità del servizio, mentre il basso costo era l'elemento chiave per chi utilizzava le Tbas. I problemi in relazione al trasporto sono, a detta delle madri che hanno ricevuto assistenza pre-natale, il più grande ostacolo che hanno dovuto affrontare. Hanno infatti detto di aver dovuto camminare distanze lunghe per raggiungere le strutture dove potevano ricevere servizi di assistenza pre-natale. Anche le Tbas hanno riferito che questo ostacolo era quello maggiormente sentito nella comunità. Altri fattori significativi sono il dolore fisico, la mancanza di soldi e la resistenza dimostrata dal consorte.

TABELLA 1

Gestione	Tipo della struttura sanitaria più vicina					Totale
	Centro Sanitario II	Centro Sanitario III	Centro Sanitario IV	Ospedale	Tutte	
Governativo	44,9%	26,3%	13,5%	.0%	84,7%	1.248
Privato non profit	1,1%	7,5%	.1%	6,6%	15,3%	226
Tutti	46,0%	33,8%	13,6%	6,6%	100%	1.474

IL COMPORTAMENTO NELLA RICERCA DI CURE DURANTE IL TRAVAGLIO E IL PARTO

Tra le madri campione del sondaggio sui nuclei famigliari c'era un alto livello di conoscenza delle strutture che offrono assistenza al parto nel distretto: il 90% di esse era consapevole dei posti dove partorire (N = 1.494)

Abbiamo fatto un'inchiesta sul tipo di *provider* di servizi che erano stati consultati dalle madri all'inizio del travaglio e su quali fossero le ragioni di questa scelta. La maggioranza delle madri (il 63,5%) all'inizio del travaglio ha, per prima cosa, consultato un amico o un parente non qualificato o un Tba. La ragione più importante era la vicinanza. Solo un terzo delle madri (il 31,2%) è andato direttamente in una struttura dove è normalmente presente personale qualificato.

Ulteriori indagini sono state fatte su dove hanno, alla fine, effettivamente partorito le madri (**tabella 3**). Si presume che i parti av-

venuti nelle unità sanitarie siano stati supervisionati da personale qualificato. La maggior parte dei neonati è stato partorito con l'aiuto di personale non qualificato, specialmente da Tba. La gran parte delle madri (30 su 52) ha riferito che i problemi relativi al trasporto rappresentavano il maggior impedimento alla ricerca di assistenza durante il parto. In questo sono inclusi la scarsità di denaro per il trasporto, le poche e malmesse strade e l'assenza di mezzi di trasporto (si poteva raggiungere le strutture sanitarie solo camminando).

L'UTILIZZO DEI SERVIZI DI ASSISTENZA POST-NATALE (PNC)

Le informazioni relative all'utilizzo dei servizi sanitari sono riassunte nelle **tabella 4**. Secondo il sondaggio sui nuclei famigliari, il 73% delle donne era consapevole dei servizi di Pnc nella loro località (N = 1.496). La maggior parte (73,2%) delle madri dice di aver cercato

TABELLA 2

N. di visite pre-natali	Provider di visite prenatali (p=0.000)				Totale
	PNFP	Gov.	TBA	Altri	
1	2,1%	1,8%	0,5%	0,1%	4,5%
2	5,3%	5,7%	1,1%	0,0%	12,0%
3	13,3%	21,1%	1,2%	0,5%	36,1%
4+	16,3%	29,7%	1,0%	0,3%	47,3%
N. totale di persone	540	853	55	14	1.462
Percentuale totale	36,9%	58,3%	3,8%	1,0%	100%

TABELLA 3

Bambini partoriti nelle strutture		47,1%¹
Centro sanitario pubblico	23,1%	
Centro sanitario privato no profit	6,2%	
Ospedale governativo	7,6%	
Ospedale private non profit	4,2%	
Assistenza privata	6,0%	
Personale non qualificato		49,3%
Amico o parente non qualificato	6,8%	
Tba	42,5 %	
Non hanno cercato aiuto		3,2%

TABELLA 4

Dove le madri hanno usufruito di servizi di Pnc	Percentuale (N = 2,008)	
Partoriti in strutture sanitarie		73,2%
Centro sanitario pubblico	42,1%	
Centro sanitario private no profit	12,4%	
Ospedale governativo	9,7%	
Ospedale private no profit	5,2%	
Assistenza privata	3,8%	
Personale non qualificato		8,9%
Amico o parente non qualificato	2,6%	
TBA	6,3 %	
Non ha cercato aiuto		17,6%

servizi di assistenza presso strutture sanitarie che appartengono per la maggior parte al settore pubblico. Solo il 17% delle madri ha detto di non avere mai ricercato nessun servizio di Pnc.

L'UTILIZZO DI SEVIZI PER LA PIANIFICAZIONE FAMIGLIARE

La grande maggioranza delle donne (il 71,2%) ha ammesso di non aver utilizzato nessun metodo di pianificazione familiare. Di quelle che invece li utilizzano, la maggior parte usa tipi di contraccettivi iniettabili (Depo-Provera) e metodi naturali per l'intervallo tra i parti e controlli delle nascite. I metodi meno utilizzati sono quelli di dispositivi intra-uterini (Iud), di schiume vaginali e di vasectomia. La maggior parte delle donne intervistate (il 55%, N = 331) ha ricevuto il servizio di pianificazione familiare da strutture sanitarie del governo. I professionisti sanitari privati (cliniche private) offrono servizi di pianificazione familiare a un quarto delle madri e solo il 13% li ha ricevuti da strutture Pnfp. Il resto delle donne ha ricevuto assistenza per la pianificazione familiare da altri *provider* come le Tbas. Quelli che non utilizzavano alcun metodo di pianificazione familiare hanno detto che il maggior ostacolo era rappresentato dagli effetti negativi di questi metodi e dalla resistenza dimostrata dal *partner*. La maggior parte delle donne ha dimostrato generale apprezzamento per le forme di contraccettivi iniettabili. Anche se i metodi naturali e i preservativi sono stati registrati come i più utilizzati dopo il Depo-provera®, le pillole contraccettive per via orale e i impianti rappresentano il secondo metodo prediletto, evidenziando così bisogni non soddisfatti.

LA QUALITÀ DEI SERVIZI ANC NEL DISTRETTO DELL'OYAM

Questo studio è stato portato avanti seguendo l'opinione delle madri e la valutazione degli aspetti tecnici dei servizi forniti. La dimensione tecnica è stata valutata in base alla cornice degli indicatori chiave di EmoC, che caratterizzano il pacchetto base di servizi e attività, e in base fattori richiesti in relazione ai diversi servizi di assistenza materna.

La qualità dell'ANC secondo le madri

In generale le madri reputano che la qualità dei servizi di Anc nelle strutture sanitarie sia buona. La maggior parte (il 92%, N = 491) di loro la reputa buona, una piccola percentuale (il 4%) la trova molto buona. Solo il 4% giudica mediocre la qualità dell'Anc e solo una persona la trova cattiva. Nessuno l'ha definita molto cattiva. I motivi principali di un giudizio positivo dei servizi di Anc sono l'atteggiamento rassicurante da parte dello *staff* e la disponibilità di medicine. Altri motivi includono la disponibilità di servizi di Pmtct, di informazione sullo *status* del feto, la disponibilità del vaccino Tt e la specificazione delle date di ritorno.

La qualità tecnica dei principali servizi di Anc

È stato osservato che la maggior parte degli indicatori fondamentali di qualità del servizio Anc erano presenti nel distretto. I servizi che vengono offerti quasi universalmente includono la visita generale alla madre, la palpazione dell'addome, il riconoscimento del battito cardiaco del feto, la gestione dell'*Intermittent Presumptive Treatment of Malaria* (Ipt 1) e la decisione per l'incontro per la prossima visita. I servizi che sono stati forniti

senza continuità sono il controllo della pressione arteriosa, della Vdrl e delle urine delle madri. Va notato che la maggior parte delle donne (71%, N = 491) non è stata informata dei segni di pericolo della gravidanza. Tra le poche a cui è stato spiegato quali fossero i segni di pericolo, un numero significativo (il 90%) era in grado di enunciarne almeno uno all'uscita dalla clinica per l'Anc. La **tabella 5** mostra la distribuzione dell'offerta di servizi *standard* di assistenza prenatale. L'opinione del responsabile è stata richiesta in relazione agli scarsi risultati di alcuni indicatori fondamentali. La maggior parte (il 77%) ha denunciato la carenza di fattori importanti come i reagenti per la Vdrl, l'acido Folico e il solfato di ferro; solo il 3% dei *manager* ha detto di avere attrezzatura di laboratorio non funzionante.

LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA DURANTE IL PARTO

Le informazioni sulla qualità dell'assistenza durante il parto sono state ottenute dalle madri che sono andate a partorire i loro bambini all'ospedale di Aber, nel centro sanitario di IV tipo di Anyeke, e nei centri sanitari di III tipo di Agulurude, Iceme, Minakulu, Ngai, e Otwal. 78 di loro sono state seguite per un periodo di tre settimane. Ulteriori informazioni sono state ottenute attraverso l'osservazione e revisione di formulari sui servizi primari, i compiti e le attività più importanti durante il parto. Ulteriori informazioni sulla qualità dell'assistenza percepita durante il parto sono state anche collezionate successivamente durante il sondaggio generale sui nuclei familiari le cui madri hanno partorito in una struttura sanitaria di quella zona durante i precedenti cinque anni. Ulteriori informazioni sulla qualità dei servizi percepita durante il parto sono state ottenute da interviste condotte con le Tba, gli *opinion leaders* e lo *staff* responsabile delle unità di maternità nelle strutture sanitarie.

Il giudizio delle madri sulla qualità dell'assistenza durante il parto nelle strutture sanitarie.

La maggior parte delle madri campionate, dopo il parto, nello studio delle strutture sanitarie erano soddisfatte della qualità dei servizi che hanno ricevuto. Delle 78 madri intervistate, l'82% ha descritto i servizi che hanno ricevuto come "buoni", mentre il 9% li ha classificati come "molto buoni" e il 9% li ha giudicati mediocri. L'atteggiamento dello *staff*, percepito come comportamento amichevole, è stato la ragione principale per la quale le donne hanno detto che i servizi erano buoni (motivo menzionato dal 44%). Altri motivi meno comunemente utilizzati sono la disponibilità di medicine (il 18%) e la disponibilità di staff qualificato nelle strutture sanitarie (12%). Altri motivi sono le attese brevi e l'assistenza tecnica ricevuta durante parti difficili.

Frequenza nell'applicazione di indicatori di funzionamento chiave durante il parto

La **tabella 6** mostra la frequenza con la quale le funzioni di segnalazione previste sono state eseguite durante il parto. Il servizio più frequentemente garantito era quello di misurare il peso dei neonati dopo la nascita, per il quale l'83% delle madri ha avuto il peso del proprio figlio misurato. Il resto dei servizi di segnalazione durante il parto è stato portato avanti in meno del 50% dei casi. Lo *staff* responsabile del reparto di maternità ha attribuito questa cattiva *performance* al fatto che alcune delle madri hanno

TABELLA 5

Amministrazione dei servizi chiave di Anc nelle unità sanitarie	N	Frequenza	Percentuale
Valutazione della condizione fisica (palpazione, riconoscimento del battito cardiaco del feto)	492	482	98
Fornito l'Ipt1	492	471	96
Fissato l'appuntamento per la prossima visita	492	469	95
Ricevuto il test dell'Hiv (a partire dai centri sanitari del III tipo in su) almeno una volta durante questa occasione o nelle visite precedenti	492	420	85
Fornito l'acido folico	492	365	74
Distribuzione del sulfato di ferro	492	363	74
Ricevuto la vaccinazione del tetano	492	289	59
Misurazione del peso	491	257	52
Fornito l'Ipt2	470	215	46
Misurazione della pressione sanguinea	491	193	39
Ricevuto il test del Vdrl almeno una volta durante questa occasione o nelle visite precedenti	492	22	5
Ricevuto il test delle urine	488	3	1
Misurazione del livello dell'emoglobina almeno una volta durante questa occasione o nelle visite precedenti	492	6	1

partorito prima di arrivare alle strutture sanitarie e altre arrivano già a travaglio avanzato.

LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA POST-NATALE

Le informazioni sulla qualità del Pnc che viene percepita nel distretto dell'Oyam sono state estrapolate dalle interviste fatte alle madri in uscita dell'ospedale Aber, nel centro sanitario di IV tipo di Anyeke e nei centri sanitari di III tipo di Agulurude, Iceme, Minakulu, Ngai e Otwal. Un totale di 179 madri è stato intervistato in un periodo di tre settimane. Ulteriori informazioni sulla qualità percepita dell'assistenza post-natale sono state prese dal sondaggio generale sui nuclei familiari con donne che hanno partorito nei precedenti cinque anni e dalle interviste approfondite che sono state portate avanti con le Tbas, con gli *opinion leaders* e con lo *staff* responsabile del reparto di maternità nei rispetti-

vi centri sanitari. La qualità tecnica è stata valutata attraverso l'osservazione di procedure, di attrezzature e di schedari e attraverso la disponibilità di servizi di pianificazione familiare nelle cliniche di assistenza post-natale. È emerso che il motivo principale per il quale la maggior parte delle madri è stata in una clinica post-natale è quello di fare vaccinare il proprio figlio, invece di ricevere loro stesse una visita medica. Durante il processo, la metà di esse è stata informata sulla pianificazione familiare (N = 179) e il 48% di queste ricordava almeno un metodo anticoncezionale.

Qualità tecnica del Pnc

La **tabella 7** mostra la frequenza con la quale gli indicatori di segnalazione previsti nell'assistenza post-natale sono stati forniti. La misurazione del peso dei neonati e la gestione del Dpt1 e della polio sono stati i servizi più spesso garantiti. La valutazione della condizione delle madri è stata raramente effettuata.

TABELLA 6

Servizi chiave durante il parto	N	Percentuale
Misurazione del peso del bambino	78	83
Misurazione della pressione sanguinea della madre	78	46
Registrazione del punteggio di Apgar	77	43
Misurazione del battito cardiaco del feto	77	42
Registrazione del colore del liquido amniotico	77	40
Registrazione delle contrazioni uterine	77	39
Esame degli organi genitali	77	35
Misurazione della pressione sanguinea dopo il parto	77	34
Rilevazione della frequenza cardiaca dopo il parto	77	34
Controllo di anomalie nel bambino	77	32
Misurazione della pressione sanguinea della madre durante il parto	77	31
Madri a cui è stata rilevata la frequenza cardiaca durante il parto	77	30
Misurazione dell'emoglobina della madre	78	10
Madri che hanno ricevuto il test delle urine	70	09

TABELLA 7

Amministrazione dei servizi chiave di Pnc	N	Percentuale
Misurazione del peso del bambino	178	99
Fornito il Dpt1	179	83
Fornito il polio 1	179	82
Valutazione della condizione fisica della madre	179	7
Misurazione del peso	179	3
Misurazione della pressione sanguinea	179	2
Test delle urine	179	1

ESITO DELLA GRAVIDANZA

Modalità del parto, esiti materni e fetali

Più del 95% (N = 2.048) delle madri ha avuto parti normali. Solo il 3% delle madri ha partorito con il taglio cesareo e il 2% ha avuto parti assistiti (con la ventosa o con il forcipe). La **tabella 8** mostra i dettagli dell'esito del parto per la madre e per il bambino. La maggior parte dei bambini (il 94%) è nato vivo e non ha sperimentato nessuna complicazione e l'80% delle madri non ha avuto alcuna complicazione dopo il parto.

Copertura dell'immunizzazione dei bambini sotto i due anni

Il gruppo di studio ha esaminato lo *status* di immunizzazione di 1.283 bambini di età inferiore a due anni. Per il 47% (604) dei bambini questa informazione è stata ottenuta controllando le carte di vaccinazione e per il restante 53% è stata ottenuta da interviste alle madri poiché i documenti non erano disponibili per essere esaminati. La maggior parte dei bambini (il 57%, 730) aveva meno di un anno e il 43% aveva tra uno e due anni. Basandosi sulla copertura della vaccinazione per il morbillo nel distretto, è emerso che la copertura complessiva del Dpt 3 che, nei due anni precedenti al sondaggio era del 75%, era salita al 79%.

DISCUSSIONE

Dallo studio emerge che l'età media delle madri usate come campione era di ventitre anni e mezzo e che queste madri avevano sostenuto tre o quattro gravidanze in un periodo di nove/dodici anni. Questo implica che le madri in genere sono rimaste incinta per la prima volta intorno all'età di tredici/quindici anni. Secondo l'Udhs (2006), nel nord, l'età media al primo parto delle madri di venti/ventiquattro anni è di diciotto anni e mezzo. Se le madri ricordavano la loro età correttamente, questo risultato suggerisce che le donne del distretto dell'Oyam rimangono incinta a un'età molto più precoce delle madri dei paesi sviluppati.

Anche se queste possono essere gravidanze all'interno del matrimonio, questo risultato diventa un elemento essenziale della componente della salute riproduttiva sessuale e adolescenziale del programma nazionale per la salute riproduttiva (se il programma vuole salvaguardare e migliorare lo stato di salute alla prima gravidanza). Sebbene la maggior parte dei nuclei familiari sia situato a una distanza percorribile a piedi dalle strutture che offrono servizi di assistenza materna, la maggior parte delle quali di proprietà governativa, le madri lamentano in particolare la difficile accessibilità a causa della mancanza di fondi per il trasporto durante il travaglio. Infatti il livello di conoscenza dei luoghi che offrono i diversi servizi per l'assistenza materna è molto alto con un utilizzo dell'Anc a oltre il 90% per la prima visita, anche se poi solo il 47% ha continuato ad andare per le quattro volte raccomandate come numero minimo suggerito. Le strutture pubbliche sono state usate più frequentemente probabilmente perché più numerose nel distretto. Una possibile spiegazione per il minor numero di donne che hanno effettuato quattro visite prenatali è che le madri iniziano ad utilizzare il servizio molto tardi (al terzo semestre) non potendo per ovvie ragioni raggiungere prima del parto il numero di quattro visite. Altri studi hanno rivelato che una volta che le madri hanno scoperto che la loro gravidanza non presenta pericoli immediati, interrompono l'utilizzo di tale servizio. Altri studi ancora evidenziano che molte madri hanno utilizzato il servizio di Anc solo per essere registrate e per evitare poi il "rimprovero" degli assistenti sanitari nel caso debbano avere bisogno di partorire nelle strutture sanitarie. Anche se l'uso dell'assistenza pre-natale sembrava essere molto alto, il numero di parti supervisionati da personale sanitario qualificato era solo del 47%. In genere le madri che partoriscono nelle strutture sanitarie tendono a essere le più istruite ed economicamente più autonome, dato confermato anche dal nostro studio. Tendenzialmente sono primipare o multipare, ma l'influenza di questi fattori non è stata analizzata in questo studio. Anche se l'uso delle Tbas è ufficialmente scoraggiato in Uganda, sembra che queste abbiano ancora un ruolo importante nel fornire

TABELLA 8

Esito del parto sul bambino (N = 2.052)	Percentuale
Nati vivi, nessuna complicazione	93,6
Nati vivi, con problemi respiratori per la prima settimana	5,4
Nati vivi, bambino è porto dopo una settimana	0,6
Nati morti	0,4
Esito del parto sulla madre (N = 2.045)	
Nessun problema	80,0
Importante perdita di sangue	9,5
Importanti dolori addominali	8,7
Infezione (presenza di pus)	1,5

assistenza materna, specialmente durante il travaglio e il parto. Sebbene la maggior parte delle madri ha consultato operatori sanitari per l'assistenza pre-natale, la maggior parte di loro si rivolge a Tbas o parenti inesperti durante il parto poiché la madre continuano ad apprezzare le capacità delle Tba e si sentono maggiormente a proprio agio. Senza contare che sono queste sono percepite come economicamente più abbordabili. Anche se si ritiene che le Tbas non possano contribuire alla riduzione della mortalità materna, se ben supervisionate e coordinate, possono essere utili per l'identificazione dei rischi e, quindi, per un adeguato indirizzamento delle madri a rischio. Un caso che può essere utilizzato come esempio è stato il programma del *Bokora* per le Tbas controllate dall'ospedale di Matany nel nord-est dell'Uganda. A questo riguardo sarebbe importante analizzare alcune di queste *best practice* con lo scopo di assicurare una migliore collaborazione tra le Tbas e le altre risorse umane della comunità. Il livello di utilizzo dei servizi di assistenza post-natale (*Post Natal Care*, Pnc) sembra alto (secondo il sondaggio dei nuclei famigliari il 73% delle madri). Sebbene ufficialmente il Pnc riguarda i servizi entro le prime sei settimane dopo il parto, questo studio non prende in considerazione questa definizione di tempo e per cui è possibile che il risultato ottenuto sia significativamente sopravvalutato. È comunque importante notare che la ragione principale per la quale le madri andavano alla clinica di Pnc era perché i loro bambini venissero vaccinati, invece di richiedere loro stesse di essere visitate. Dal confronto con alcuni operatori sanitari è anche emerso che, durante le campagne di educazione sanitaria, il bisogno dell'Pnc è una pratica abbastanza nuova e meno rimarcata rispetto a quella dell'Anc e dell'assistenza durante il parto. Non

è quindi sorprendente che la maggior parte dei servizi ricevuti durante la Pnc è per il bambino più che per la madre. Per tutti i servizi la vicinanza era la determinante principale per la scelta della persona dalla quale ricevere il servizio anche se, per quanto riguarda le strutture pubbliche, la qualità che viene percepita (la presenza di *staff* qualificato e la disponibilità di medicine) rappresentava un'ulteriore motivazione, mentre il basso costo era l'ulteriore motivo per cui molte madri hanno scelto come *provider* le strutture Pnfp (private *not for profit*) e le Tbas. Considerato che l'accessibilità geografica non sembra essere un problema di grande preoccupazione, il punto cruciale dove agire diventa il miglioramento della qualità dei servizi e renderli economicamente più accessibili. L'utilizzo di metodi di pianificazione familiare è molto basso, inferiore al 29%, incluso il 9% delle madri che dicevano di seguire metodi naturali. I metodi di pianificazione familiare erano maggiormente disponibili in strutture pubbliche e private (a scopo di lucro). Le strutture Pnfp hanno giocato un ruolo minore, offrendo probabilmente metodi principalmente naturali. Il concetto di contraccezione è in generale poco accettato dalle madri che vivono in zone rurali, specialmente se deve essere raggiunto attraverso metodi artificiali. Gli effetti collaterali e la resistenza dimostrata dal *partner* sono stati annotati come i principali motivi per i quali la gran parte delle donne non ha usato nessun metodo contraccettivo. Non è chiaro se questo spieghi il perché le madri abbiano espresso una preferenza per metodi con medicine iniettabili o impianti che, al di là degli effetti collaterali, sono normalmente più comodi e non richiedono per l'utilizzo o la somministrazione la presenza del *partner*. Tuttavia, il ruolo del consorte è molto importante per l'incoraggiamento a

utilizzare questi servizi. L'analisi dei servizi degli indicatori di funzionamento dell'EmOC ha fatto emergere che la maggior parte di questi non era gestito con regolarità, specialmente durante il parto. Nella clinica per l'Anc, i servizi meno a disposizione sono la misurazione del peso, della pressione arteriosa della madre e le indagini in laboratorio. Sorprendentemente, all'85% delle madri che ricevono l'assistenza pre-natale in centri sanitari di terzo o più alto livello è stato fatto il test dell'Hiv almeno una volta. Comunque, durante il parto, praticamente tutti i servizi previsti sono stati forniti in modo irregolare, eccetto la misurazione del peso del bambino. Durante l'assistenza post-natale, solamente le attività dove erano direttamente coinvolti i neonati sono state portate avanti regolarmente poiché la maggior parte delle madri si è recata specificatamente alla clinica per la salute del bambino con lo scopo primario di ricevere la vaccinazione. Sebbene questi risultati vengano attribuiti all'inadeguatezza di alcuni importanti fattori, la negligenza e la mancanza di supervisione da parte dello *staff*, possono rappresentare delle importanti spiegazioni. La maggior parte delle madri prese come campione si sono dimostrate soddisfatte della qualità del servizio offerto, anche se i più importanti indicatori di funzionamento (dell'EmOC) mancavano spesso. Questo è il risultato atteso se si prende come campione chi ha utilizzato le strutture sanitarie, ma è anche vero usando chi (attraverso il sondaggio sui nuclei famigliari) non aveva mai cercato questi servizi prima. L'atteggiamento rassicurante da parte dello *staff* era la determinante più importante per il giudizio delle madri campione sulle strutture sanitarie. Questo farebbe ritenere che la popolazione abbia fiducia nei servizi esistenti e che quindi possa essere relativamente facile stimolare la domanda anche per servizi utilizzati con meno frequenza. Con il metodo applicato in questi sondaggi non è stato possibile stimare la dimensione della mortalità materna. Comunque il 20% delle madri ha avuto forme di complicazione post-natale potenzialmente pericolose durante l'ultima gravidanza, e meno del 7% dei neonati, secondo quanto registrato, hanno avuto delle forme di complicazione. La

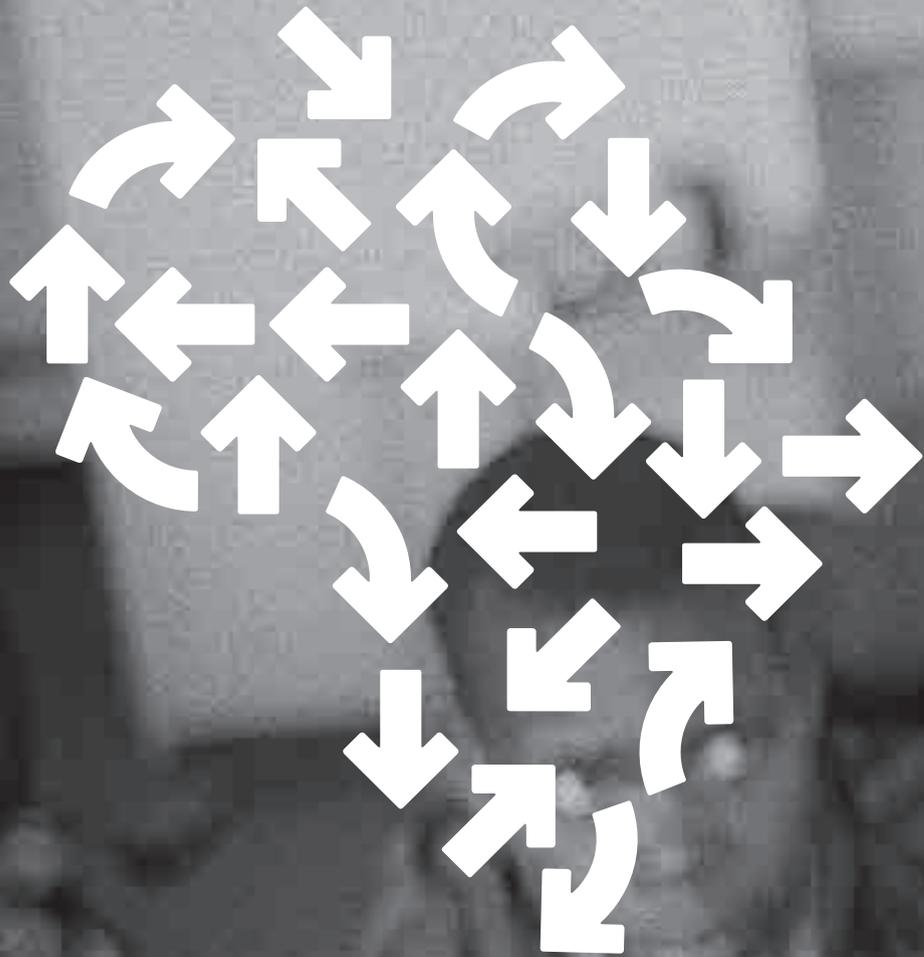
copertura del Dpt 3 nel distretto dell'Oyam è al 79% e quindi minore del *target* nazionale del 90%, ma, considerando la recente pacificazione, dopo oltre vent'anni di guerriglia, questo livello di *performance* supera in realtà le aspettative.

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Lo studio evidenzia che le madri del distretto dell'Oyam si fidano dei servizi sanitari a cui accedono, e questo è l'elemento più importante sul quale capitalizzare nella pianificazione di servizi, attraverso il supporto di progetti finanziati dall'Ue come questo, per stimolare la domanda dei servizi per la salute riproduttiva. I mariti e altri membri della famiglia possono giocare un ruolo importante nell'incoraggiare e promuovere l'uso dei servizi per la salute riproduttiva nel distretto. L'obiettivo primario dell'intervento in corso deve essere quello della qualità dei servizi, specialmente per quanto riguarda l'assunzione del personale, la disponibilità e presenza dello stesso, l'atteggiamento che esso assume, l'aderenza a *standard* di alta qualità e la disponibilità di medicine e ad altre attività di salute riproduttiva. È emerso che i servizi offerti non considerano in realtà importante il valore del servizio di *screening*: per esempio le pratiche o interventi che individuerebbero i fattori di rischio, le condizioni meno manifeste che complicherebbero o che potrebbero essere danneggiate dalla gravidanza stessa. Di conseguenza, il beneficio dell'assistenza ai fruitori è sostanzialmente ridotto. Il progetto, quindi, deve mettere a disposizione meccanismi di *training* per il pacchetto dell'EmOC (l'assistenza ostetrica di emergenza) supportare la supervisione e l'attrezzatura per assicurare la disponibilità di servizi, pratiche e interventi conformi agli standard. L'educazione delle comunità è necessaria per ottenere il supporto dei mariti e delle comunità stesse nei servizi di salute riproduttiva e per ridurre la diffidenza e le paure nei confronti di alcuni servizi come ad esempio gli interventi chirurgici.

BIBLIOGRAFIA

- Bloom SS, Lippe veld T, and Wypij D, 1999: *Does antenatal care make a difference to safe delivery? A study in urban Uttar Pradesh, India*. Health Policy and Planning 1999, 14(1): 38-48
- Lwanga S, Sapirie S, Steinglass R, Stroh G, and Wylie A, 2005: *Immunisation Coverage Cluster Survey - Reference Manual*; Immunisation, Vaccination and Biologicals.
- WHO CH-1211 Geneva 27, Switzerland. (WHO/IVB/04.23)
- MoH Uganda, 2005: *Health Sector Strategic Plan (HSSP) 2005/06 - 2009/2010*
- Odaga J and Cattaneo A, 2004: *Health Needs and Health-Seeking Behaviour in Selected Urban and Rural Areas of Uganda*. Health Policy and Development 2004, 2 (3): 193-197.
- Tann CJ, Kizza M, Morison L, Mabey D, Muwanga M, Grosskurth H and Elliott AM, 2007: *Use of antenatal services and delivery care in Entebbe, Uganda: a community survey*. BioMed Central Ltd. BMC Pregnancy Childbirth, 2007; 7: 23. doi: 10.1186/1471-2393-7-23 Uganda Bureau of Statistics (UBOS) and Macro International Inc. 2007. Uganda Demographic and Health Survey 2006. Calverton, Maryland, USA: UBOS and Macro International Inc.
- Un Integrated Regional Information Networks (IRIN), 2008: *Uganda: Malaria on the rise in Lango*. <http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=81558> (Accessed Nov. 2008)
- Who (reviewed 2009), *Challenges in the implementation of reproductive health: experiences within a sector-wide approach in Uganda*, available at www.who.int/reproductive-health/publication/RHR (reviewed February 2008)





Fonti utilizzate per questo numero (oltre a quelle citate nel testo): All Africa.com / British Broadcasting Corporation / The Economist / Integrated Regional Information Network (IRIN) / International Herald Tribune / Le Monde / Radio France Internazionale / Reuters AlertNet.

A cura di Maurizio Murru

AGENDA /

GUINEA

EQUATORIALE

Obiang Nguema rieletto Presidente del suo stato lager col 95% dei voti



La Guinea Equatoriale è uno dei più piccoli Stati africani: 28.000 chilometri quadrati e circa 660.000 abitanti. Ed è uno dei maggiori produttori di petrolio del continente. Per la precisione, il terzo dopo giganti quali Angola e Nigeria. La produzione e la commercializzazione di petrolio e gas è iniziata da circa 15 anni e, secondo le statistiche, ogni abitante ha un reddito annuo che si aggira attorno ai 37.000 euro. In realtà, la maggior parte della popolazione vive al di sotto della soglia di povertà. Solo una minuscola cricca si spartisce i proventi della bonanza petrolifera, i cui proventi sono stati dichiarati "segreto di stato".

Il paese è dominato da uno dei regimi più dittatoriali, corrotti e sanguinari al mondo. L'attuale presidente, Teodoro Obiang Nguema, ha preso il potere nel 1978 con un colpo di stato, dopo aver ucciso l'allora presidente Macias Nguema, che era suo zio e non era migliore di lui. Nel dicembre scorso il regime ha organizzato elezioni parlamentari e presidenziali. Nell'ipocrita panorama diplomatico-politico internazionale, questa è una foglia di fico della quale non si può fare a meno. Senza sorprese, Teodoro Nguema ha vinto ottenendo il 95% dei voti espressi. Un "progresso" per l'opposizione, rispetto alle elezioni svoltesi nel 1996, quando ottenne il 99% e a quelle svoltesi nel 2002, quando ottenne il 97%. L'opposizione ha dichiarato di non accettare questo risultato ritenendolo "falso e fraudolento". La "comunità internazionale" non ci ha fatto caso e gli investitori stranieri sono stati e sono ben felici di ignorare corruzione, violenza e oppressione.

NIGERIA

Un nuovo presidente (*ad interim*) e vecchie tensioni



Il paese più popolato d'Africa continua a rotolare da una crisi all'altra, da un massacro all'altro. Le ultime uccisioni di massa si sono verificate nel marzo scorso in alcuni villaggi nei dintorni di Jos, la capitale dello Stato del Plateau. Questa volta si è trattato di musulmani della comunità Hausa che hanno ucciso cristiani della comunità Berom. In pochi giorni, agli inizi di marzo, almeno un centinaio di persone, fra cui molte donne e molti bambini, sono stati uccisi a bastonate, fatti a pezzi a colpi di machete o bruciati vivi. Questa area, come molte altre nel paese, ha una lunga storia di scontri classificati come "etnico-religiosi". Nello scorso gennaio e si è trattato di cristiani che hanno ucciso musulmani. Dal 2001, in questo Stato, gli scontri "interetnici" hanno fatto circa 2.000 morti. In realtà, come sempre avviene, gli scontri sono frutto di manipolazioni politiche e sono causati da dispute sulla spartizione e sull'uso delle risorse locali. I cristiani, per lo più, sostengono il partito al potere, il *People's Democratic Party* (Pdp) e i musulmani sostengono il maggior partito di opposizione, l'*All Nigeria People's Party* (App) Lo Stato del Plateau è fertile e ha attirato immigrati per decenni. Oltre all'agricoltura, in un passato recente, c'erano anche fiorenti miniere di colomite e alluminio. La loro chiusura ha peggiorato le condizioni economiche della popolazione e acuito le divisioni fra gli "autoctoni" (Afasare, Anaguta, Berom, Kofyar, Jukum, Piem maggioritariamente cristiani) e immigrati (maggioritariamente Hausa musulmani). La situazione è aggravata dal modo in cui i cittadini dei 36 Stati nigeriani sono classificati: indigeni e immigrati. Vengono classificati come "immigrati" tutti coloro che non hanno le proprie radici nello Stato di residenza, anche se vi risiedono da decenni. Gli "immigrati" non hanno accesso a posti di lavoro nella pubblica amministrazione (uno dei maggiori datori di lavoro nel paese), e lo Stato di residenza non paga per servizi sociali quali educazione e sanità. Non sorprende che gli "immigrati" si sentano discriminati.

LE SCIOCCHESSE DEL COLONNELLO GHEDDAFI

Il 16 marzo il Colonnello Gheddafi ha rilasciato una delle sue tipiche dichiarazioni, tanto infiammatorie quanto insensate. Ha suggerito che la Nigeria venga divisa in due: uno Stato al nord, per le comunità musulmane ed uno al Sud, per quelle cristiane. Non contento, ha citato l'esempio della divisione dell'India che, nel 1947, portò alla nascita del Pakistan, concepito come Stato per i musulmani, mentre gli induisti sarebbero rimasti nel resto dell'India. Gheddafi ha dichiarato che questo "arrangiamento" ha salvato innumerevoli vite umane. Per la verità, questa "spartizione" causò circa un milione di morti, almeno 12 milioni di sfollati, innumerevoli stupri e altri crimini violenti e creò uno stato di tensione gravissima tuttora vivo ed estremamente pericoloso. Forse accortosi dell'inadeguatezza dell'esempio, il 29 marzo, il Colonnello ha avanzato una nuova proposta: questa volta ha suggerito di dividere la Nigeria non già in due paesi ma in diversi paesi, sulla base di criteri etnici. Questa volta ha usato l'esempio dell'ex Jugoslavia. La Nigeria ha circa 130 milioni di abitanti suddivisi in circa 250 diversi gruppi etnici. L'ambasciatore nigeriano in Libia è stato richiamato e il Ministro degli Esteri nigeriano, comprensibilmente, non è stato tenero con il *leader Libico*. Secondo il *Libro dei Proverbi*, "... anche lo stolto, se tace, può essere creduto saggio". Evidentemente, il Colonnello non conosce il Libro dei Proverbi. Oltre a non conoscere la storia.

LA RIPRESA DELLE OSTILITÀ NEGLI STATI PRODUTTORI DI PETROLIO

Gli scontri "etnico-religiosi" sono solo uno dei gravi problemi della Nigeria. Gli Stati del sud, dove è estratto il petrolio che fa del paese il sesto produttore mondiale (e il secondo in Africa), sono in uno stato di costante allarme. Vari movimenti armati, per anni, hanno attaccato impianti petroliferi, sabotato oleodotti, rapito funzionari di varie multinazionali. Si stima che le loro "attività" costino al paese circa un miliardo di dollari al mese. Nell'ottobre 2009 il presidente Yar'Adua era riuscito a convincere il più importante dei movimenti armati, il MEND (Movement for the Emancipation of the Niger Delta) a firmare una tregua. Migliaia di "ribelli" hanno consegnato le armi (almeno alcune) e si sono recati in centri di raccolta. La promessa era quella di dar loro una formazione professionale e un lavoro e di fare investimenti significativi nelle infrastrutture e nei servizi pubblici degli Stati produttori di petrolio. Inoltre, gli Stati

produttori di petrolio avrebbero ricevuto una porzione maggiore dei proventi petroliferi da gestire autonomamente. Fino ad ora, le promesse non sono state mantenute. In dicembre è stato compiuto un attentato contro una installazione petrolifera. Il Mend lo ha rivendicato definendolo un "promemoria" per il governo. In gennaio il Mend (o una delle sue fazioni: la cosa non è chiara) ha dichiarato che la tregua era fallita e che le ostilità sarebbero ricominciate. In febbraio una installazione della Shell è stata sabotata. Il relativo comunicato del Mend è significativo e testimonia dello stato di confusione che regna in questa area vitale del paese: "Il Mend non è direttamente responsabile di questo atto di sabotaggio. Ma non possiamo escludere che esso sia stato compiuto da uno dei gruppi armati autonomi che noi approviamo".

GOODLUCK JONATHAN PRESIDENTE AD INTERIM PER LE GRAVI CONDIZIONI DI SALUTE DI YAR'ADUA

Si è trattato di un grave e pericoloso passo indietro e di una sconfitta personale per il presidente, che della pacificazione degli Stati del Sud ha fatto il perno del suo attuale mandato. Ma il presidente è scomparso dalla scena pubblica dallo scorso novembre. Le sue condizioni di salute non sono buone. Ai suoi cronici problemi renali, si è aggiunta una pericardite che lo ha costretto ad un lungo ricovero in Arabia Saudita. Il conseguente vuoto di potere si è fatto sempre più evidente e sempre più grave. Fino a quando, il 9 febbraio scorso, il potere "ad interim" è stato ufficialmente affidato al vicepresidente Goodluck Jonathan. La situazione è complessa. Umaru Yar'Adua è un musulmano del nord, mentre Goodluck Jonathan è un cristiano del sud. Una regola non scritta vuole che la presidenza venga affidata, alternativamente, ad una personalità del nord e a una del sud. Jonathan ha dichiarato di volersi candidare ma il partito, il Pdp, ha dichiarato che candiderà un politico del nord. Il mandato del presidente Yar'Adua scadrà nel maggio del 2011. Questo è il suo primo mandato; la Costituzione ne consente due alla stessa persona, ma pare evidente che Yar'Adua non si ricandiderà. Da qui, la decisione del Pdp che, automaticamente, esclude Jonathan dalla corsa alla presidenza. Le prossime elezioni presidenziali sono previste per il 2011. Intanto, il presidente, rientrato in Nigeria alla fine di febbraio, non è ancora comparso in pubblico. E il presidente *ad interim* ha operato un rimpasto governativo nel quale solo nove dei 33 ministri precedenti hanno conservato il loro incarico.

SUDAFRICA

Un arcobaleno con pochi colori.
E ancora ben separati



Il 3 aprile scorso Eugene Terreblanche è stato ucciso nella sua fattoria di Ventersdorp, una cittadina agricola a circa 150 chilometri da Johannesburg. Aveva 69 anni ed era giunto alla ribalta politica a metà degli anni 80, a capo di un movimento estremista bianco, conservatore e razzista, l'*Afrikaner Weerstandsbeweging* (*Afrikaner Resistance Movement -Awb-*). Tale movimento, come il suo leader, si è distinto più per i suoi tratti clowneschi, anacronistici, eccessivi che per il suo spessore politico (inesistente) e il suo peso effettivo nella società (trascurabile). All'avvicinarsi delle storiche elezioni del 1994, che misero fine al regime dell'apartheid, l'Awb compì alcuni atti di terrorismo (una bomba all'aeroporto di Johannesburg, il tentativo di prendere il potere con le armi nella homeland del Bophutatswana, altri meno spettacolari) che, pur nella loro gravità, ne confermarono lo scarso peso e l'incapacità. Negli anni seguenti l'ala più dura del conservatorismo bianco ha trovato un interprete più rispettabile (anche se non molto credibile) nell'ex generale Viljoen, che parla di separazione razziale, e non di supremazia bianca, e intende trattare con l'*African National Congress* (Anc) la costituzione di una sorta di *homeland* per soli bianchi.

Nel 2000 Terreblanche fu condannato a tre mesi di carcere per le gravi percosse inflitte ad un benzinaio, ovviamente nero. Nel 2001 fu condannato a sei anni di carcere per le gravissime percosse inflitte (cinque anni prima) ad un operaio della sua fattoria (ovviamente nero). Uscì dal carcere dietro cauzione tre anni dopo.

Terreblanche era una caricatura, un guizzo di periferia, ma la sua uccisione, per mano di due suoi operai (naturalmente neri), per una disputa sulla paga, ha fatto temere lo scoppio di nuovi scontri a sfondo razziale.

Questi timori si sono rivelati infondati e, finora (21 aprile) nessun incidente grave si è verificato. Ma la tensione è rimasta alta. Una

settimana prima dell'uccisione di Terreblanche un tribunale di Johannesburg ha emesso una sentenza che vieta di cantare in pubblico una canzone popolare fra i militanti *anti-apartheid* una delle cui strofe recita "...spara al boero". La canzone era stata intonata dal leader dell'ala giovanile dell'Anc, il controverso Julius Malema, nel corso di un comizio. La Corte ha sentenziato che si tratta di "incitazione all'odio razziale" e alcuni giornali hanno visto un legame fra l'esibizione di Malema e l'uccisione di alcuni agricoltori bianchi nella Provincia di Gauteng. Il 7 aprile la Direzione dell'Anc ha "chiesto" ai sostenitori del partito di non intonare le note di "Shoot the Boer". Ha ribadito che è un loro diritto il farlo, ma ha riconosciuto che questo può ulteriormente aggravare le tensioni interrazziali.

L'uccisione di Terreblanche, le esibizioni di Malema, la sentenza che condanna la canzone "razzista", le conseguenti reazioni di molti attivisti dell'Anc, sottolineano quanto tutti sappiamo da tempo: il Sudafrica è un paese profondamente e pericolosamente diviso fra bianchi e neri, fra ricchi e poveri, fra sudafricani autoctoni e immigrati. Molti bianchi fanno rilevare che, dalla fine dell'apartheid, 3.000 agricoltori bianchi sono stati uccisi. Questo è vero, come è vero il fatto che, nel paese, si verificano, in media, 50 omicidi al giorno. I livelli di criminalità sono fra i più alti al mondo. La disoccupazione, la povertà e una plurisecolare storia di violenza diffusa sono il sottofondo di questa situazione e mettono una pesante ipoteca sul futuro.

SUDAN

Elezioni pluraliste dopo più di 20 anni:
una farsa o un decisivo passo avanti?



Domenica 11 aprile sono iniziate le operazioni di voto nelle prime elezioni pluraliste, in Sudan, da 24 anni a questa parte. Come prevedibile e previsto, ci sono state numerose irregolarità e numerosi ritardi, tanto che la chiusura delle urne è stata rimandata di tre giorni: dal 12 al 15 aprile. Si votava per 450 membri del Par-

lamento nazionale, per i governatori e i parlamenti dei 25 Stati in cui è diviso il paese (di cui 10 nel Sud Sudan), per il presidente del paese e per quello del Sud Sudan. Il cammino verso il voto è stato lungo e accidentato. Le elezioni sono state rimandate a più riprese e, poche settimane fa, i maggiori partiti di opposizione si sono ritirati dalle elezioni nel nord accusando il governo di "brogli preventivi" che avrebbero falsato i risultati elettorali. Anche il candidato alla Presidenza federale dell'ex movimento ribelle del Sud, l'Splm (*Sudan People's Liberation Movement*) si è ritirato dalla competizione. L'Splm ha limitato la propria partecipazione al voto al Sud Sudan. Una conferma indiretta della aspirazione alla secessione.

L'attuale presidente del Sud Sudan, Salva Kiir, è sicuro di essere ricondotto alla sua carica. Queste elezioni sono uno dei pilastri dell'Accordo di pace che, nel gennaio del 2005, ha messo fine a più di 20 anni di guerra fra il governo di Khartoum e i ribelli del Sud.

Il *Comprehensive Peace Agreement* (Cpa), prevede, fra l'altro, un referendum nel 2011, nel quale la popolazione del Sud Sudan (circa 10 milioni di persone) dovrà decidere se vuole o no la secessione e l'indipendenza. La scelta dell'indipendenza pare sicura. Il presidente del Sudan, Umar el Beshir, ha recentemente dichiarato che il suo governo accetterà il risultato del referendum, qualunque esso sia. La maggior parte delle ingenti risorse petrolifere del paese si trova o nel Sud Sudan o al confine fra i due territori. La situazione è complessa, irta di tensioni e piena di pericoli. Il Sud Sudan è percorso da profonde divisioni fra varie comunità che si contendono, spesso in modo sanguinoso, l'utilizzazione delle risorse, dall'acqua alla terra, dal petrolio agli impieghi nella pubblica amministrazione. Nel corso del 2009 queste rivalità (spesso sfruttate dal governo di Khartoum) hanno portato a scontri armati che hanno fatto più morti di quelli causati dalla persistente violenza nel Darfur. La verità è che il Sud, profondamente diviso al suo interno, gravemente povero di infrastrutture, con una classe politica incompetente e corrotta, privo di un corpo legislativo adeguato, è impreparato all'indipendenza. Nel giugno del 2009 l'*Economist* definì il Sud Sudan un "*pre-failed state*" uno stato fallito prima ancora di diventare tale. Difficile dissentire.

Il governo di Khartoum, nonostante le concilianti affermazioni ufficiali del presidente, è opposto all'indipendenza del Sud. I governi della maggior parte dei paesi africani temono che la secessione del Sud possa aprire un vaso di Pandora dalle conseguenze drammatiche. Dall'indipendenza ad oggi, il rispetto dei confini ereditati dal colonialismo è stato uno dei capisaldi della

politica ufficiale Africana. L'unico stato indipendente nato dalla secessione da un altro stato indipendente è l'Eritrea. Il Somaliland (ex Somaliland britannico) si è dichiarato indipendente nel 1991 ma la sua indipendenza non è riconosciuta da nessuno stato. I movimenti secessionisti Africani sono numerosi, dalla Casamance, in Senegal, alla Cabinda, in Angola, dal Sahara Occidentale, in Marocco, alla Striscia di Caprivi in Namibia. Ma nessuno di essi ha raggiunto il proprio obiettivo. E nessuno sembra destinato a farlo. Il referendum, programmato per il gennaio 2011, resta una incognita.

Il governo di Khartoum, ansioso di mostrare al mondo un volto presentabile e, naturalmente, "democratico", ha sottolineato il fatto che, nel Darfur, le elezioni si sono svolte senza alcun serio incidente. Questo è vero. Come è vero che non si è votato nelle aree controllate dai movimenti ribelli e che centinaia di migliaia di sfollati non si sono nemmeno registrati nelle liste elettorali.

Il 14 aprile, un giorno prima della chiusura delle urne, il President Omar el Beshir ha invitato i partiti di opposizione a partecipare ad un governo di unità nazionale qualora il suo partito, il *National Congress Party* (Ncp), attualmente al potere, vinca le elezioni. Dal momento che tutti i maggiori partiti di opposizione hanno boicottato il voto, la vittoria dell'Ncp, come quella di Beshir alle presidenziali, è cosa fatta. I partiti di opposizione non hanno ancora risposto alla proposta del Presidente. Per Umar el Beshir, che ha preso il potere nel 1989 con un colpo di stato, queste elezioni sono molto importanti. Su di lui pende un mandato di cattura emesso dalla Corte Criminale Internazionale per crimini di guerra commessi nel Darfur. Se le elezioni saranno considerate almeno "accettabili" dalla comunità internazionale, nonostante boicottaggi ed irregolarità, la sua immagine ne trarrà sicuro giovamento. Se almeno alcuni dei partiti di opposizione accettassero di far parte del suo governo, il giovamento sarebbe ulteriore. Anche se, c'è da giurarlo, la gestione del potere non subirà cambiamenti significativi.

La Commissione elettorale avrebbe dovuto diffondere i risultati ufficiali il 21 aprile. In quella data ha, invece, comunicato che ci sarebbe stato un ritardo di almeno una settimana. In ogni caso, lo sviluppo più probabile è che le persone e i partiti attualmente al potere, al nord e al sud, vengano confermati e che la "comunità internazionale" accetti i risultati del voto pur denunciandone l'irregolarità. Questa sembra l'unica opzione disponibili: accettare il fatto compiuto sperando che questo possa contribuire a stabilizzare la situazione in attesa del referendum dell'anno prossimo.





DUE ENCICLICHE A CONFRONTO.

LO SVILUPPO UMANO

INTEGRALE

La recente enciclica del Papa Benedetto XVI "*Caritas in veritate*" (Cv) è messa a confronto con l'enciclica di Paolo VI "*Populorum progressio*" (Pp) del 1967.

Testo di / Luigi Mazzucato / Medici con l'Africa Cuamm

I MOTIVI DI UN CONFRONTO

Il non dimenticare l'enciclica di Paolo VI (nel momento in cui si parla della più recente enciclica di Papa Benedetto XVI) è un riconoscere che quell'enciclica, collocata nel tempo, subito dopo il Concilio Vaticano II, sognato dal Papa Giovanni XXIII come una "novella Pentecoste" per la Chiesa e, di riflesso, per la sua missione nel mondo, e in pieno svolgimento del processo di decolonizzazione, che andava delineando radicali cambiamenti e suscitando attese quasi messianiche nei paesi particolarmente interessati, servì a dare una forte scossa per una maggiore presa di coscienza delle esigenze del messaggio evangelico e dell'urgenza di un'azione solidale e concertata di fronte alla dimensione e alla gravità del problema del sottosviluppo, allo scopo di favorire e realizzare uno sviluppo umano che sia veramente integrale, e cioè di tutto l'uomo e di tutti gli uomini" (cf Pp, 1.5.42).

Parlare di confronto tra le due encicliche non vuol dire esprimere un giudizio di merito e di valore. È solo un tentativo di accostare i due documenti per rilevarne le eventuali differenze, tenendo conto dei tempi e dei contesti diversi in cui furono scritti e certamente anche delle personalità diverse, per sensibilità e formazione, degli autori che li hanno scritti.

Da un punto di vista della struttura, la Pp è molto più snella, composta di due capitoli con numerosi sottotitoli che ne facilitano la lettura e la comprensione, lo stile è diretto e si traduce in un linguaggio coinvolgente e appassionato. È un "vero grido di angoscia" che apre e chiude l'enciclica. «I popoli della fame interpellano oggi in maniera drammatica i popoli dell'opulenza. La Chiesa trasale davanti a questo grido d'angoscia e chiama ognuno a rispondere con amore al proprio fratello» (Pp, 3). «Se lo sviluppo umano è il nuovo nome della pace, chi non vorrebbe cooperarvi con tutte le sue forze? Sì, tutti: noi vi invitiamo a rispondere al nostro grido di angoscia, nel nome del Signore» (Pp 87). Questo grido di angoscia lo si percepisce come una nota di fondo che accompagna tutto il testo dell'enciclica.

LE DIMENSIONI MONDIALI DELLA QUESTIONE SOCIALE

Paolo VI parte dal problema: «Oggi il fatto di maggior rilievo è che la questione sociale ha acquistato dimensione mondiale» (Pp, 3). «Lo sviluppo dei popoli, è detto al primo punto dell'enciclica, in modo particolare di quelli che lottano per liberarsi dal giogo della fame, della miseria e delle malattie endemiche, dell'ignoranza; che cercano una partecipazione più larga ai frutti della civiltà, una più attiva valorizzazione delle loro qualità umane; che si muovono con decisione verso la meta di un loro pieno rigoglio, è oggetto di attenta osservazione da parte della Chiesa» (Pp, 1). La gravità del problema e l'urgenza di una soluzione solidale indicano che ci troviamo di fronte a una «svolta della storia dell'umanità» (Pp, 1).

L'enciclica Pp è un pressante invito a prenderne coscienza e chiama tutti a fare la propria parte, perché nel "cammino" dello sviluppo "siamo tutti solidali". «A tutti perciò abbiamo voluto ricordare la vastità del dramma e l'urgenza dell'opera da compiere. L'ora dell'azione è suonata: la sopravvivenza di tanti bambini innocenti, l'accesso a una condizione umana di tante famiglie sventurate, la pace nel mondo, l'avvenire della civiltà sono in gioco. A tutti gli uomini e a tutti i popoli di assumersi le loro responsabilità» (Pp, 80).

In questa assunzione di responsabilità i primi a essere chiamati in causa sono i popoli stessi in via di sviluppo e i loro dirigenti, perché devono essere essi i protagonisti del loro sviluppo.

«Artefici del loro proprio sviluppo, i popoli ne sono i primi responsabili» (Pp, 77).

L'appello è rivolto anzitutto ai giovani. (Pp, 74). Poi si fa richiamo ai Padri conciliari: «la condizione delle popolazioni in via di sviluppo deve formare l'oggetto della nostra considerazione, diciamo meglio, la nostra carità per i poveri che si trovano nel mondo – e sono legione infinita – deve divenire più attenta, più attiva, più generosa». (Pp, 76).

Infine si rivolge a tutti gli uomini di buona volontà. «Delegati presso le istituzioni internazionali, uomini di Stato, pubblicisti, educatori, tutti, ciascuno al vostro posto, voi siete i costruttori di

un mondo nuovo. Supplichiamo Dio onnipotente di illuminare la vostra intelligenza e di fortificare il vostro coraggio nel risvegliare l'opinione pubblica e trascinare i popoli». In particolare si appella agli educatori e ai pubblicisti. «Educatori, tocca a voi di suscitare sino dall'infanzia l'amore ai popoli in preda all'abbandono. Pubblicisti, vostro è il compito di mettere sotto i nostri occhi gli sforzi compiuti per promuovere il reciproco aiuto tra i popoli, così come lo spettacolo delle miserie che gli uomini hanno tendenza a dimenticare per tranquillizzare la loro coscienza: che i ricchi sappiano almeno che i poveri sono alla loro porta e fanno la posta agli avanzi dei loro festini» (Pp, 83).

LO SVILUPPO INTEGRALE DELL'UOMO

C'è un'ispirazione chiara nell'enciclica: «Lo sviluppo integrale dell'uomo non può aver luogo senza lo sviluppo solidale dell'umanità» (Pp, 43).

È questo il punto centrale, la chiave di lettura di tutto il documento. La prima parte dell'enciclica: «per uno sviluppo integrale dell'uomo» è funzionale alla seconda parte «verso lo sviluppo solidale dell'umanità» e insieme costruiscono un umanesimo plenario.

«È un umanesimo plenario che occorre promuovere» (Pp, 42). Ciò vuol dire «lo sviluppo di tutto l'uomo e di tutti gli uomini». Questo umanesimo non è possibile se rimane «chiuso, insensibile ai valori dello spirito e a Dio che ne è la fonte», «se non è aperto verso l'Assoluto, nel riconoscimento d'una vocazione, che offre l'idea vera della vita umana» (Pp, 42).

La vocazione trascendente dell'uomo è la base di un "umanesimo vero", come una «vera comunione fra tutte le nazioni» si fonda e si realizza dall'incontro dell'uomo con l'uomo e dall'incontrarsi delle nazioni come fratelli e sorelle, come i figli di Dio». È il principio teologico di un "mondo solidale" (Pp, 64).

Il dovere della solidarietà diventa una conseguenza obbligatoria, per le persone e per i popoli. Il dovere della solidarietà vuol dire anche «dovere di giustizia sociale, cioè il ricomponimento in termini più corretti delle relazioni commerciali difettose tra popoli forti e popoli deboli; dovere di carità universale, cioè la promozione di un mondo più umano per tutti, un mondo nel quale tutti abbiano qualcosa da dare e da ricevere, senza che il progresso degli uni costituisca un ostacolo allo sviluppo degli altri. Il problema è grave, perché dalla sua soluzione dipende l'avvenire della civiltà mondiale (Pp, 44)». «Non si tratta soltanto di vincere la fame e neppure di ricacciare indietro la povertà», afferma Paolo VI. «La lotta contro la miseria, pur urgente e necessaria, è insufficiente. Si tratta di costruire un mondo, in cui ogni uomo, senza esclusioni di razza, di religione, di nazionalità, possa vivere una vita pienamente umana, affrancata dalle servitù che gli vengono dagli uomini e da una natura non sufficientemente padroneggiata, un mondo dove la libertà non sia una parola vana e dove il povero Lazzaro possa assidersi nella stesa mensa del ricco (Lc. 16, 19-31).

Ciò esige da quest'ultimo molta generosità, numerosi sacrifici e uno sforzo incessante. Ciascuno esamini la sua coscienza, che ha una voce nuova per la nostra epoca» (Pp 47). Paolo VI si fa interprete di questa "voce nuova" della coscienza umana. «Il dovere di solidarietà che vige per le persone vale anche per i popoli: "le nazioni sviluppate hanno l'urgentissimo dovere di

aiutare le nazioni in via di sviluppo", afferma il documento conciliare della *Gaudium et Spes* (n. 86, 3)» (Pp, 48). «Una cosa va ribadita di nuovo: il superfluo dei paesi ricchi deve servire ai paesi poveri. La regola che valeva un tempo in favore dei più vicini deve essere applicata oggi alla totalità dei bisognosi del mondo. I ricchi saranno del resto i primi a esserne avvantaggiati. Diversamente, ostinandosi nella loro avarizia, non potranno che suscitare il giudizio di Dio e la collera dei poveri, con conseguenze imprevedibili» (Pp, 49).

Paolo VI ricorda, nell'introduzione dell'enciclica, i suoi viaggi, nell'America Latina (1960) e in Africa (1962), prima di essere eletto Papa e poi i nuovi viaggi in Terra Santa e in India, viaggi che lo hanno «messo a contatto immediato con i laceranti problemi che attanagliano continenti pieni di vita e di speranza» e gli hanno fatto «vedere con i propri occhi e quasi toccar con mano le gravissime difficoltà che assalgono popoli di antica civiltà alle prese con il problema dello sviluppo». Forte di questa esperienza, mentre ancora a Roma si stava svolgendo il Concilio Vaticano II, si è presentato davanti all'Assemblea generale delle Nazioni unite a New York a farsi "l'Avvocato dei popoli poveri" (Pp, 4).

Paolo VI scrive l'enciclica mettendosi dalla parte dei paesi poveri. Egli parla di "situazioni la cui ingiustizia grida verso il cielo", di "ingiurie alla dignità umana", di "miseria immeritata", di "scandalo di disuguaglianze clamorose", "stato di marasma", "squilibrio crescente", il mondo che va «verso un aggravamento, e non un'attenuazione della disparità dei livelli di vita: i popoli ricchi godono di una crescita rapida, mentre lento è il ritmo dello sviluppo di quelli poveri» (cf Pp, 30.8.9).

Nella Pp traspare maggiormente il volto di una Chiesa che, senza rinunciare alla sua funzione di "maestra", si rivela soprattutto "madre", che si prende cura dei più deboli e si china sulle sofferenze dell'umanità più dimenticata e bisognosa, fedele alla missione che le ha affidato il suo Fondatore (cf Lc 4,18). *Mater et Magistra* è il titolo dell'enciclica di Papa Giovanni XXIII sui "recenti sviluppi della questione sociale" (15.05.1961).

PAOLO VI E BENEDETTO XVI. UNA DIVERSA VISIONE DELLA CRISI

Mentre Paolo VI, nello scrivere la sua enciclica, ha davanti agli occhi il dramma dei popoli poveri e l'urgenza del loro sviluppo, Benedetto XVI nella enciclica *Caritas in veritate* sembra essere preoccupato di più del dramma dell'uomo in sé e del travaglio del suo sviluppo, visto soprattutto dalla parte del mondo occidentale e alle prese con la crisi economico-finanziaria in atto, cui il Papa più volte fa riferimento (Cv,33) e soggetto a una "pesante contraddizione". Scrive il Papa: «molte persone, oggi, tendono a coltivare la pretesa di non dover niente a nessuno, tranne che a se stesse». «Mentre, per un verso, si rivendicano presunti diritti, di carattere arbitrario e voluttuario, con la pretesa di vederli riconosciuti e promossi dalle strutture pubbliche, per l'altro verso, vi sono diritti elementari e fondamentali disconosciuti e violati nei confronti di tanta parte dell'umanità» (Cv, 43).

Con la sua enciclica Benedetto XVI intende svolgere il suo ruolo di "maestro" e dare delle direttive che salvaguardino la carità e la verità, che sono i pilastri della sua costruzione, riconoscendo che «la Chiesa non ha soluzioni tecniche da offrire e non pretende minimamente d'intromettersi nella politica degli Stati», come

già aveva affermato Paolo VI (Pp, 13). «Ha però una missione di verità da compiere, in ogni tempo ed evenienza. Questa missione di verità è per la Chiesa irrinunciabile» (Cv, 9).

L'enciclica *Caritas in veritate* è un documento molto più elaborato e completo della *Populorum progressio*, si presenta come un vero trattato di teologia e di etica dello sviluppo e richiede una lettura non affrettata, uno studio più che una semplice lettura, per cui c'è il rischio che raggiunga solo pochi tra tutti i destinatari ai quali è indirizzata o che si focalizzi l'attenzione solo su qualche punto particolare, a seconda degli interessi, e si trascuri la visione dell'insieme del testo, di cui è anche difficile, se non quasi impossibile, fare sintesi.

IL FONDAMENTO COMUNE DELLE DUE ENCICLICHE

A parte la lunga introduzione, non ci sono sottotitoli nei cinque densi capitoli dell'enciclica o evidenti sottolineature, che mettano in risalto un obiettivo specifico, cui si vuole mirare, come invece è chiaro nella *Populorum progressio*.

L'enciclica non parte dal porre il problema, ma dalla sua soluzione, quella indicata dalla logica della fede, non in contrasto con la ragione e gli insegnamenti costanti della dottrina sociale della Chiesa. Si dice all'inizio: «La carità nella verità, di cui Gesù Cristo si è fatto testimone con la sua vita terrena e, soprattutto, con la sua morte e risurrezione, è la principale forza propulsiva per il vero sviluppo di ogni persona e dell'umanità intera» (Cv, 1). E ancora: «*Caritas in veritate* è principio intorno a cui ruota la dottrina sociale della Chiesa, un principio che prende forma operativa in criteri operativi dell'azione sociale». Ne richiama due in particolare: «la giustizia e il bene comune» (Cv, 6)

«Solo se pensiamo di essere chiamati in quanto singoli e in quanto comunità a far parte della famiglia di Dio come suoi figli, saremo anche capaci di produrre un nuovo pensiero e di esprimere nuove energie a servizio di un vero umanesimo integrale. La maggior forza a servizio dello sviluppo è quindi un umanesimo cristiano».

«La disponibilità verso Dio apre alla disponibilità verso i fratelli. Al contrario, la chiusura ideologica a Dio e l'ateismo dell'indifferenza, che dimenticano il Creatore e rischiano di dimenticare anche i valori umani, si presentano oggi tra i maggiori ostacoli allo sviluppo» (Cv, 78; Pp 15, 16, 42).

Paolo VI nella Pp, nota il Papa, osservava che le cause del sottosviluppo non sono primariamente di ordine materiale ma di volontà e di pensiero (Pp, 20). «Il mondo è malato, scriveva Paolo VI. Il suo male risiede meno nella dilapidazione delle risorse, nel loro accaparramento da parte di alcuni, che nella mancanza di fraternità tra gli uomini e tra i popoli» (Pp, 66). «Questa fraternità gli uomini potranno mai ottenerla da soli?», si domanda Benedetto XVI. E risponde: «La società sempre più globalizzata ci rende vicini, ma non ci rende fratelli. La ragione, da sola, è in grado di cogliere l'uguaglianza tra gli uomini e di stabilire una convivenza civica tra loro, ma non riesce a fondare la fraternità. Questa ha origine da una vocazione trascendente di Dio Padre, che ci ha amati per primo, insegnandoci per mezzo del Figlio che cosa sia la carità fraterna» (Cv, 19).

La realizzazione di un'autentica fraternità, davanti ai grandi problemi dell'ingiustizia nello sviluppo dei popoli, esige non soltanto di agire con coraggio e senza indugio, ma di intervenire con ur-

genti riforme, come sottolinea ripetutamente la Pp, scrive Benedetto XVI, «per far evolvere gli attuali processi economici e sociali verso esiti pienamente umani» (Cv, 20. cf Pp 3.29.32).

Questo è il fondamento comune delle due encicliche.

A differenza della Pp, che è più essenziale, la Cv analizza e approfondisce tutti gli aspetti che riguardano e possono condizionare lo sviluppo umano integrale, nella sua complessità e interezza, trattando anche elementi nuovi rispetto ai tempi della Pp o non rilevati ed evidenziati dall'enciclica di Paolo VI.

IL CARICO DI SOFFERENZA DEI FLUSSI MIGRATORI

Il problema che fa da fulcro nella Cv è quello dell'economia nella sua dimensione mondiale, a fronte anche delle difficoltà che la grave crisi finanziaria ha prodotto. Si parla di etica e di civilizzazione dell'economia, di mercato e della logica mercantile, che va finalizzata al perseguimento del bene comune (cf Cv, 36), di impresa e della sua responsabilità sociale, compreso il "lavoro decente", del fenomeno migratorio.

«È un fenomeno sociale di natura epocale, che richiede una forte lungimirante politica di cooperazione internazionale per essere adeguatamente affrontato». «Nessun paese da solo può ritenersi in grado di far fronte ai problemi migratori del nostro tempo». «Tutti siamo testimoni del carico di sofferenza, di disagio e di aspirazioni che accompagna i flussi migratori». «Ogni migrante è una persona umana che, in quanto tale, possiede diritti fondamentali e inalienabili che vanno rispettati da tutti e in ogni situazione». I lavoratori stranieri «non possono essere considerati come una merce o una mera forza lavoro» (Cv, 62; Pp, 67, 68, 69). Altrove il Papa cita l'enciclica *Centesimus Annus* di Giovanni Paolo II dove si dice che «i poveri non sono da considerarsi un "fardello", bensì una risorsa anche dal punto di vista strettamente economico» (Ca, 28) (Cv, 35).

La Cv tratta del progresso tecnologico e di bioetica, dell'ecologia umana e ambientale, delle problematiche energetiche, della crescita demografica. In proposito scrive: «Considerare l'aumento della popolazione come causa prima del sottosviluppo è scorretto, anche dal punto di vista economico: basti pensare, da una parte, all'importante diminuzione della mortalità infantile e il prolungamento della vita media che si registrano nei Paesi economicamente sviluppati, dall'altra, ai segni di crisi rilevabili nelle società in cui si registra un calo della natalità. Resta ovviamente doveroso prestare la debita attenzione a una procreazione responsabile, che costituisce, tra l'altro, un fattivo contributo allo sviluppo umano integrale» (Cv, 44).

Uno dei punti chiave della *Caritas in veritate* è il "processo inarrestabile della globalizzazione" «La globalizzazione, a priori, non è né buona né cattiva», afferma il Papa, citando un discorso di Giovanni Paolo II alla Pontificia accademia delle Scienze sociali (27.04.2001).

«Sarà ciò che le persone ne faranno. Non dobbiamo esserne vittime, ma protagonisti. Opporvisi ciecamente sarebbe un atteggiamento sbagliato». «I processi di globalizzazione adeguatamente concepiti e gestiti, offrono la possibilità di una grande distribuzione della ricchezza a livello planetario come in precedenza non era mai avvenuto; se mal gestiti, possono invece far crescere povertà e disuguaglianza, nonché contagiare con una crisi l'intero mondo. Bisogna correggere le disfunzioni, anche gravi, che

introducono nuove divisioni tra i popoli e dentro i popoli e fare in modo che la redistribuzione della ricchezza non avvenga con una redistribuzione della povertà o addirittura con una sua accentuazione, come una cattiva gestione della situazione attuale potrebbe farci temere» (Cv, 42). I fatti dimostrano che questo rischio non è ipotetico.

LA SFIDA DELLA GLOBALIZZAZIONE

Afferma ancora il Papa che: «la globalizzazione è fenomeno multidimensionale e polivalente, che esige di essere colto nella diversità e nella unità di tutte le sue dimensioni». (Cv, 42).

Certamente una delle dimensioni non trascurabile e secondaria della globalizzazione è quella della salute. Oggi il tema della "salute globale" è proposto non solo alle scuole di medicina, ma a livello di tutte le istituzioni e a una presa di coscienza dell'opinione pubblica mondiale.

L'enciclica Cv non ne fa esplicito accenno. Si parla del diritto all'alimentazione e all'accesso all'acqua come "diritti universali di tutti gli esseri umani, senza distinzioni né discriminazioni" (Cv, 27), ma del diritto fondamentale alla salute per tutti non si dice nulla.

È interessante notare che nel capitolo della globalizzazione, dove si tratta di mercato e di impresa, il Papa vi introduce il concetto del dono e della gratuità.

«L'essere umano è fatto per il dono, che ne esprime e attua la dimensione di trascendenza. Talvolta l'uomo moderno è erroneamente convinto di essere il solo autore di se stesso, della sua vita e della società. È questa una presunzione, conseguente alla chiusura egoistica in se stesso, che discende – per dirla in termini di fede – dal peccato delle origini» (Cv, 34), i cui effetti perniciosi «si manifestano in vari campi e ormai da molto tempo anche in quello dell'economia» (Cv, 34).

«Nell'epoca della globalizzazione, scrive il Papa, l'attività economica non può prescindere dalla gratuità, che dissemina e alimenta la solidarietà e la responsabilità per la giustizia e il bene comune nei suoi vari soggetti e attori. Si tratta, in definitiva, di una forma concreta e profonda di democrazia economica» (Cv, 38).

Scriva ancora: «La grande sfida in questo tempo di globalizzazione è di mostrare, a livello sia di pensiero sia di comportamento, che non solo i tradizionali principi dell'etica sociale, quali la trasparenza, l'onestà e la responsabilità non possono essere trascurati o attenuati, ma anche che nei rapporti mercantili il principio di gratuità e la logica del dono come espressione della fraternità possono e debbono trovare posto entro la normale attività economica. Ciò è un'esigenza dell'uomo nel momento attuale» (Cv, 36).

Il Papa precisa che: «Il mercato della gratuità non esiste e non si possono disporre per legge atteggiamenti gratuiti. Eppure sia il mercato sia la politica hanno bisogno di persone aperte al dono reciproco» (Cv, 39).

Gratuità e dono sono concetti che esprimono atti di generosità, di beneficenza, di carità e non doveri morali, vincolanti. Come conciliare allora una scelta libera, nel mercato nell'impresa, nei rapporti economici, con le esigenze della giustizia distributiva e della giustizia sociale (Cv, 35), contro "lo scan-

dalo di disuguaglianze clamorose" (Cv, 22), la fame che "mietete ancora moltissime vittime" (Cv, 27). «Dare da mangiare agli affamati è un imperativo etico per la Chiesa universale, che risponde agli insegnamenti di solidarietà e di condivisione del suo fondatore» (Cv, 24).

Parlando della carità, il Papa scrive anche che: «la carità eccede la giustizia, perché amare è donare, offrire del "mio" all'altro; ma non è mai senza la giustizia, la quale induce a dare all'altro ciò che è "suo", ciò che gli spetta in ragione del suo essere e del suo operare». «La carità esige la giustizia: il riconoscimento e il rispetto dei legittimi diritti degli individui e dei popoli» (Cv, 6).

La domanda dove sta il limite tra dovere-justizia e gratuità-dono rimane aperta.

Paolo VI nella Pp sembra essere più deciso nel testo già citato egli afferma in modo inequivocabile: «Le nazioni sviluppate hanno l'urgentissimo dovere di aiutare le nazioni in via di sviluppo. Il dovere della solidarietà che vige per le persone vale anche per i popoli» (Pp, 48). «Il superfluo dei paesi ricchi deve servire ai paesi poveri. La regola che valeva un tempo in favore dei più vicini deve essere applicata oggi alla totalità dei bisogni del mondo» (Pp, 49).

Per Benedetto XVI "dovere gravissimo" è quello «di consegnare la terra alle nuove generazioni in uno stato tale che anch'esse possono degnamente abitarla e ulteriormente coltivarla» (Cv, 50).

LA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

In più parti dell'enciclica Cv si parla degli "aiuti internazionali", dei "programmi di sviluppo", della "cooperazione internazionale". Sono temi che ci interessano e ci coinvolgono direttamente.

Ci sono rilievi critici e delle indicazioni concrete, che possono essere condivise o meno, ma che meritano riflessione e approfondimenti.

Osserva il Papa: «gli aiuti internazionali sono stati spesso distolti dalle loro finalità, per irresponsabilità che si annidano sia nella catena dei soggetti donatori sia in quella dei fruitori». (Cv, 22). È soprattutto da segnalare il numero 47 dell'enciclica: «negli interventi per lo sviluppo va fatto salvo il principio della centralità della persona umana, la quale è il soggetto che deve assumersi primariamente il dovere dello sviluppo». «I programmi di sviluppo devono avere caratteristiche di flessibilità e le persone beneficiarie dovrebbero essere coinvolte direttamente nella loro progettazione e rese protagoniste della loro attuazione. È anche necessario applicare i criteri della progressione nell'accompagnamento – compreso il monitoraggio dei risultati – perché non ci sono ricette universalmente valide».

«La cooperazione internazionale ha bisogno di persone che condividano il processo di sviluppo economico e umano, mediante la solidarietà della presenza, dell'accompagnamento, della formazione e del rispetto. Da questo punto di vista, gli stessi Organismi internazionali dovrebbero interrogarsi sulla reale efficacia dei loro apparati burocratici e amministrativi, spesso troppo costosi. Capita talvolta che chi è destinatario degli aiuti diventi funzionale a chi lo aiuta e che i poveri servano a mantenere in vita dispendiose organizzazioni burocratiche che riservano per la propria conservazione percentuali troppo elevate di quelle risorse che invece dovrebbero essere destinate allo sviluppo».

In questa prospettiva, sarebbe auspicabile che tutti gli Organismi internazionali e le Organizzazioni non governative si impegnassero a una piena trasparenza, informando i donatori e l'opinione pubblica circa la percentuale dei fondi ricevuti destinata ai programmi di cooperazione, circa il vero contenuto di tali programmi, e infine circa la composizione delle spese dell'istituzione stessa» (Cv, 47). Sono osservazioni puntuali di cui tener conto.

In altro punto dell'enciclica vengono offerti ulteriori elementi di riflessione sull'argomento.

Scriva il Papa: «nella ricerca di soluzioni dell'attuale crisi economica, l'aiuto allo sviluppo dei paesi poveri deve essere considerato come vero strumento di creazione di ricchezza per tutti».

«Quale progetto di aiuto può prospettare una crescita di valore così significativa – anche dell'economia mondiale – come il sostegno a popolazioni che si trovano ancora in una fase iniziale o poco avanzata del loro processo di sviluppo economico? In questa prospettiva, gli Stati economicamente più sviluppati faranno il possibile per destinare maggiori quote del loro prodotto interno lordo per gli aiuti allo sviluppo, rispettando gli impegni che su questo punto sono stati presi a livello di comunità internazionale. Lo potranno fare anche rivedendo le politiche di assistenza e di solidarietà sociale al loro interno, applicandovi il principio di sussidiarietà e creando sistemi di previdenza sociale maggiormente integrate, con la partecipazione attiva dei soggetti privati e della società civile. In questo modo è possibile perfino migliorare i servizi sociali e di assistenza e, nello stesso tempo, risparmiare risorse, anche eliminando sprechi e rendite abusive, da destinare alla solidarietà internazionale. Un sistema di solidarietà maggiormente partecipato e organico, meno burocratizzato ma non meno coordinato, permetterebbe di valorizzare tante energie, oggi sopite, a vantaggio anche della solidarietà tra i popoli.

Una possibilità di aiuto per lo sviluppo potrebbe derivare dall'applicazione efficace della cosiddetta solidarietà fiscale, che permetterebbe ai cittadini di decidere sulla destinazione di quote delle loro imposte versate allo Stato. Evitando degenerazioni particolaristiche, ciò può essere di aiuto per incentivare forme di solidarietà sociale dal basso, con benefici anche sul versante della solidarietà dello sviluppo» (Cv, 60).

In questo testo, mentre altrove si dice che «la Chiesa non ha soluzioni tecniche da offrire» (Cv, 9) vengono proposte delle indicazioni che sembrano molto «tecniche» e dettate da concezioni e visioni di parte, che toccano il delicatissimo tema dello «stato sociale» e che possono prestarsi a conclusioni contraddittorie o di comodo. Per un verso si afferma che aiutare lo sviluppo dei paesi poveri conviene anche ai paesi ricchi, è nel loro stesso «interesse». Dall'altro ci si limita a un «faranno il possibile» per destinare maggiori quote del loro prodotto interno lordo per gli aiuti allo sviluppo, usando cioè un'espressione che suona come semplice auspicio, un invito molto poco convincente, sapendo che anche solo il rispetto degli impegni solennemente assunti dai paesi ricchi verso i paesi poveri è, per la maggior parte dei casi, completamente disatteso, a cominciare dal nostro paese, che tiene l'ultimo o il penultimo posto nella lista dei paesi donatori.

SUSSIDIARIETÀ E SOLIDARIETÀ

Anche l'idea di una revisione del sistema dello «stato sociale» con l'ipotesi di «risparmiare risorse» e «valorizzare energie» a bene-

ficio della solidarietà internazionale suscita perplessità e pone interrogativi che restano da chiarire.

La proposta stessa della «solidarietà fiscale», se in sé può essere attraente, non manca di rischi e può creare pericolosi inconvenienti. Se non ben definita con criteri e regole molto precisi, le «degenerazioni particolaristiche» diventerebbero inevitabili, gli aiuti a pioggia, la concorrenza sleale, il contributo allo sviluppo non coordinato e non finalizzato sulla base dei bisogni reali e prioritari, poco efficace o dannoso.

In questo contesto viene introdotto anche il «principio di sussidiarietà» strettamente connesso con il «principio di solidarietà», «perché se la sussidiarietà senza la solidarietà scade nel particolarismo sociale, è altrettanto vero che la solidarietà senza la sussidiarietà scade nell'assistenzialismo che umilia il portatore di bisogno. Questa regola di carattere generale, dice il Papa, va tenuta in grande considerazione anche quando si affrontano le tematiche relative agli aiuti internazionali allo sviluppo» (Cv, 58). Al principio di sussidiarietà si richiama pure il Papa Giovanni XXIII nell'enciclica *Mater et magistra* sui «recenti sviluppi della questione sociale» (15.5.1961, n. 40).

Il concetto è chiaro. «Si tratta di un principio particolarmente adatto a governare la globalizzazione e a orientarla verso un vero sviluppo umano» (Cv, 57).

Osserva Benedetto XVI: «Il mondo che Paolo VI aveva davanti a sé era molto meno integrato di quello odierno. Per questo motivo la Pp assegnava un compito centrale, anche se non esclusivo, ai «poteri pubblici»» (Pp 23 e 33).

«Oggi – scrive il Papa – facendo anche tesoro della lezione che ci viene dalla crisi economica in atto sembra più realistica una rinnovata valutazione del loro ruolo e del loro potere» (Cv, 24).

In questo discorso della sussidiarietà nella solidarietà si possono cogliere due aspetti importanti: uno riguarda la «reciprocità» tra chi dà l'aiuto e chi lo riceve e cioè la partecipazione e la condivisione dell'impegno e della responsabilità, l'altro riguarda il rispetto dell'equilibrio dei doveri che spettano ai poteri pubblici e quelli della società civile.

Il potere pubblico, rappresentato da chi governa, non può appellarsi al principio di sussidiarietà per demandare al privato, espresso dalla società civile, quanto è suo dovere fare per l'aiuto allo sviluppo dei Paesi poveri come elemento caratterizzante della propria politica estera e come impegno delle nazioni «economicamente più sviluppate» verso le nazioni in via di sviluppo.

Il richiamo al principio della sussidiarietà non deve diventare un alibi per ridurre la solidarietà internazionale a beneficenza e l'aiuto umanitario allo sviluppo dei paesi poveri un atto di buon cuore dei cittadini o delle istituzioni benefiche private.

Sul tema della cooperazione merita ancora di sottolineare l'affermazione nella Cv che «negli interventi per lo sviluppo va fatto salvo il principio della centralità della persona umana» (Cv, 47); che «la maggior risorsa da valorizzare nei Paesi da assistere nello sviluppo – attraverso i programmi di aiuto – è la risorsa umana» (Cv, 58); che: «la cooperazione allo sviluppo non deve riguardare la sola dimensione economica; essa deve diventare una grande occasione di incontro culturale e umano», nel rispetto «della propria e altrui identità culturale, fatta di valori umani» (Cv, 59) e che «un maggiore accesso all'educazione è condizione essenziale per l'efficacia della stessa cooperazione internazionale» (Cv, 61).

ALCUNE ANNOTAZIONI

Nel capitolo secondo della Cv il Papa si domanda «quanto le aspettative di Paolo VI siano state soddisfatte dal modello di sviluppo che è stato adottato negli ultimi decenni» (Cv, 21) e si accenna anche alla fine dei cosiddetti “blocchi contrapposti”, indicati da Giovanni Paolo II nella *Sollicitudo rei socialis* (Srs) del 1987 come una delle principali cause del sottosviluppo (Srs, 20) e agli avvenimenti del 1989 nei paesi dell'Europa centrale e orientale, trattati in un intero capitolo dell'enciclica *Centesimus Annus* del 1991 e considerati come il “culmine” di un “processo storico” che abbraccia «un arco di tempo e un orizzonte geografico più ampi» (cf Ca, 22).

Considerando le forti ripercussioni che quel processo storico e gli eventi di quegli anni hanno avuto anche sui Paesi in via di sviluppo, una riflessione più approfondita poteva essere opportuna (Cv, 23).

Anche sul “processo di secolarizzazione” scrivere qualcosa in più forse sarebbe stato utile.

In vista del Sinodo speciale per l'Africa, svoltosi in Vaticano dal 4 al 25 ottobre scorso, l'Osservatore romano del 29 agosto 2009 ha pubblicato un articolo del nigeriano mons. Denis Isirol, ufficiale del Pontificio consiglio per il dialogo interreligioso, su alcuni ostacoli che ritardano il progresso dello sviluppo, citando per primo l'eredità del colonialismo che è “ancora visibile oggi”.

«Per la maggior parte, i paesi africani scontano le conseguenze della fusione bizzarra di differenti popolazioni operata dal colonialismo. Fin dall'inizio si è creata tensione nelle loro strutture. Di quando in quando esplose. Porta a conflitti e a lotte per il potere e il controllo delle risorse». Questo ritarda lo sviluppo. Altri ostacoli sulla strada dell'autentico sviluppo sono: l'avidità, il desiderio di ricchezza immediata, la corruzione, l'inaffidabilità da parte dei leader. C'è anche l'emigrazione: «alcuni africani scoraggiati dalla mancanza di condizioni adeguate e una vita decorosa nei propri paesi cercano di emigrare in “pascoli più verdi”. Questa fuga di cervelli è un ostacolo allo sviluppo, come lo sono l'analfabetismo e l'ignoranza. C'è poi il problema delle condizioni inique del commercio internazionale. Inoltre in questa epoca di globalizzazione alcuni dei valori dello sviluppo integrale apprezzati dagli africani sono minacciati, in particolare la vita e la famiglia».

Questa voce chiara di un rappresentante della Chiesa africana è stata ripresa durante il Sinodo africano, che si è concluso con un messaggio lucido e coraggioso di denuncia e di speranza dal titolo “Africa, alzati e cammina”, esprimendo la “forte convinzione” che “l'Africa non è impotente”. «Il nostro destino è ancora nelle nostre mani» (Osservatore romano, 25.10.2009).

È un messaggio che pare molto in sintonia con la Pp.

Ancora un'annotazione sulla Cv riguarda il richiamo che Benedetto XVI fa, trattando del dono, al “peccato delle origini” (Cv, 34). Il Papa cita l'enciclica *Centesimus Annus* di Giovanni Paolo II dove si dice che «l'uomo creato per la libertà porta in sé la ferita del peccato originale, che continuamente lo attira verso il male e lo rende bisognoso di redenzione» (Ca, 25).

In realtà Giovanni Paolo II dedica un capitolo intero nella *Sollicitudo rei socialis* al problema degli ostacoli allo sviluppo, parlando non solo di “peccato”, ma di “strutture di peccato”.

«“Peccato” e “strutture di peccato” – egli dice – sono categorie che non sono spesso applicate alla situazione del mondo contemporaneo. Non si arriva, però, facilmente alla comprensione

profonda della realtà quale si presenta ai nostri occhi, senza dare un nome alla radice dei mali che ci affliggono». «Si può parlare certo di “egoismo” e di “corta veduta”; si può fare riferimento a “calcoli politici sbagliati”, a “decisioni economiche imprudenti”. E in ciascuna di tali valutazioni si nota un'eco di natura etico-morale, che è positiva. Se si basa sulla fede in Dio e sulla sua legge, che ordina il bene e proibisce il male» (Srs, 36).

Tra le azioni e gli atteggiamenti opposti alla volontà di Dio e al bene del prossimo e le “strutture” che essi inducono, il Papa ne segnala soprattutto due come i più caratteristici oggi, e cioè: la brama esclusiva del profitto e la sete del potere col proposito di imporre agli altri la propria volontà e questo “a qualsiasi costo” (Srs, 37).

«Ho voluto introdurre questo tipo di analisi – dice il Papa – soprattutto per indicare quale sia la vera natura del male, a cui ci si trova di fronte nella questione dello “sviluppo dei popoli”: si tratta di un male morale, frutto di molti peccati, che portano a “strutture di peccato”. Diagnosticare così il male significa identificare esattamente, a livello di condotta umana, il cammino da seguire per superarlo» (Srs, 37).

«È un cammino lungo e complesso», che comporta «l'urgente necessità di un cambiamento degli atteggiamenti spirituali». Questo «cambiamento di condotta o di mentalità o del modo di essere si chiama, con linguaggio biblico “conversione”, che vuol dire trasformare i “cuori di pietra” in “cuori di carne”» (Ez 36,26) (Srs, 38). Questo invito del profeta entra anche nella parte finale della Cv (Cv, 79). Paolo VI nella Pp non parla di “conversione”, ma scrive lapidario che i ricchi «ostinandosi nella loro avarizia, non potranno che suscitare il giudizio di Dio e la collera dei poveri, con conseguenze imprevedibili» (Pp, 49).

UN'ULTIMA OSSERVAZIONE

Nella Cv non si fa menzione dell'“amore preferenziale per i poveri”, un tema caro al Papa Giovanni Paolo II che nella Srs lo definisce «una forma speciale di primato nell'esercizio della carità cristiana, testimoniata da tutta la tradizione della Chiesa».

«Oggi, egli dice, questo amore preferenziale, con le decisioni che esso ci ispira, non può non abbracciare le immense moltitudini di affamati, di mendicanti, di senza tetto, senza assistenza medica e, soprattutto, senza speranza di un futuro migliore: non si può non prendere atto dell'esistenza di queste realtà. L'ignorarle significherebbe assimilarci al “ricco Epulone”, che fingeva di non conoscere Lazzaro il mendico, giacente fuori della sua porta» (cf Lc, 16, 19-31).

«La nostra vita quotidiana deve essere segnata da questa realtà, come pure le nostre decisioni in campo politico ed economico». «Bisogna ricordare ancora una volta il principio tipico della dottrina sociale cristiana: i beni di questo mondo sono originariamente destinati a tutti» (Srs, 42; Pp, 22).

Nella *Centesimus Annus* scrive: «Oggi più che mai la Chiesa è cosciente che il suo messaggio sociale troverà credibilità nella “testimonianza delle opere”, prima che nella sua coerenza e logica interna. Anche da questa consapevolezza deriva la sua opzione preferenziale per i poveri» (Ca, 57).

Nella Srs Giovanni Paolo II ricorda che «fa parte dell'insegnamento e della pratica più antica della Chiesa la convinzione di essere tenuta per vocazione - essa stessa, i suoi ministri e cia-

scuno dei suoi membri – ad alleviare la miseria dei sofferenti, vicini e lontani, non solo col “superfluo”, ma anche col “necessario”. E aggiunge, citando il patriarca di Costantinopoli San Giovanni Crisostomo (344-407) che: «Di fronte ai casi di bisogno, non si possono preferire gli ornamenti superflui delle chiese e la suppellettile preziosa del culto del divino; al contrario, potrebbe essere obbligatorio alienare questi beni per dar pane, bevanda, vestito e casa a chi ne è privo» (Srs, 31). È un discorso forte. Che quanti nella chiesa sono stati o saranno disposti a seguire? Dice San Giovanni Crisostomo: «vuoi onorare il corpo di Cristo? Non permettere che sia oggetto di disprezzo nelle sue membra, cioè nei poveri. Il corpo di Cristo che sta nell'altare non ha bisogno di mantelli ma di anime pure, mentre quello che sta fuori ha bisogno di molta cura. Impariamo dunque ad onorare Cristo come egli vuole. Che vantaggio può avere Cristo se la mensa del sacrificio è piena di vasi d'oro, mentre poi muore di fame nella persona del povero? Prima sazia l'affamato, e solo in seguito orna l'altare con quello che rimane». Dopo tanti secoli quell'insegnamento evangelico che il Papa richiama e che esprime la “pratica più antica della Chiesa” resta un principio sempre attuale nella Chiesa di oggi.

Giovanni Paolo II l'ha tradotto nella significativa definizione della solidarietà. «Questa non è un sentimento di vaga compassione o di superficiale intenerimento per i mali di tante persone, vicine e lontane. Al contrario, è la determinazione ferma e perseverante di impegnarsi per il bene comune: ossia per il bene di tutti e di ciascuno, perché tutti siamo veramente responsabili di tutti» (Srs, 38; Pp, 80 e Cv, 38).

E se per Paolo VI è lo sviluppo “il nuovo nome della pace” (Pp, 87), Giovanni Paolo II vede la pace come “frutto della solidarietà” (SRS, 39).

«I “meccanismi perversi” e le “strutture di peccato” potranno essere vinti solo mediante l'esercizio della solidarietà umana e cristiana, a cui la chiesa invita e che promuove instancabilmente» (Srs, 40). È dovere della Chiesa farlo, oggi soprattutto, con più coerenza e meno silenzio, se non vuol tradire la sua missione. Paolo VI per rispondere al voto del Concilio e “volgere in forma

concreta l'apporto della Santa Sede a questa grande causa dei popoli in via di sviluppo” ha voluto istituire il Pontificio Consiglio Giustizia e Pace (6 gennaio 1967) (Pp, 5). A Bombay, parlando ai Rappresentanti delle Religioni non cristiane (3 dicembre 1964), ha proposto «la costituzione di un grande Fondo mondiale, alimentato da una parte delle spese militari, onde venire in aiuto ai più diseredati» (Pp, 51). Ha definito lo sviluppo “il nuovo nome della pace” (Pp, 87). Ha dato dei “segni” importanti.

Anche oggi il mondo ha bisogno di segni, soprattutto il mondo dei poveri, i quali sono “i poveri del Signore” (Srs, 43), gesti coraggiosi, concreti, che non appaiono nella Cv, ma che sono necessari e urgenti, perché la Chiesa si renda più credibile e alla Chiesa si torni a rivolgersi con più fiducia.

CONCLUSIONI

In conclusione, sul tema dello sviluppo umano integrale le due encicliche Pp di Paolo VI e Cv di Benedetto XVI devono essere integrate dalle encicliche Srs e Ca di Giovanni Paolo II, in particolare dalla *Sollicitudo rei socialis* scritta per il ventennio della *Populorum progressio*.

Le encicliche Pp e Cv sono certamente due documenti preziosi di altissimo valore sul problema dello sviluppo. L'impressione che si coglie confrontandole è che la Cv sa molto più di dottrina, che vuole indicare la strada, mentre la Pp contiene di più il soffio della profezia, che spinge all'azione: dottrina e profezia ugualmente necessarie.

La Cv punta l'obiettivo sull'“uomo economico”, la Pp guarda meglio il “fratello povero”. Sono le due immagini della fotografia. Lo sviluppo è visto da due parti diverse, che ovviamente non si escludono, ma che tendono ad esprimere una preferenza.

Per la nostra esperienza e per tutta la nostra storia abbiamo sempre considerato la Pp di Paolo VI non solo l'enciclica a difesa dei popoli poveri e a sostegno del loro sviluppo, ma anche come la “nostra” enciclica, a cui ci siamo ispirati e continuiamo a riferirci, quasi con istintiva simpatia, come per il primo amore.

N/

i numeri della salute





WORLD HEALTH STATISTICS

2010

<http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/index.html>

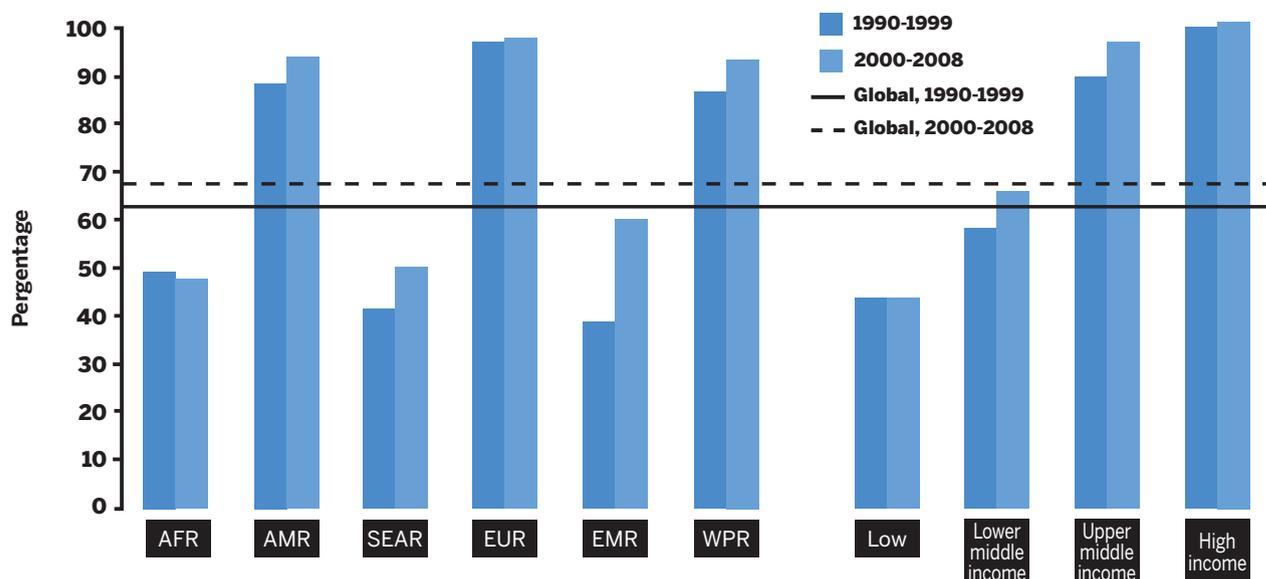
È uscita la versione 2010 del *World Health Statistics*, la pubblicazione statistica dell'Organizzazione mondiale della sanità, che contiene i dati *health related* dei 193 paesi membri.

L'edizione di quest'anno è divisa in due parti: a) la prima è dedicata ai progressi rispetto agli obiettivi del *Millenium Development Goals* (MDGs) – le figure 1 e 2* riguardano la percentuale dei parti assistiti da personale qualificato (con l'Africa in regresso dal 1990 al 2008) e la percentuale della popolazione di fruisci di servizi igienici adeguati (nei paesi a basso reddito meno della metà della popolazione ne fruisci), b) la seconda

contiene l'abituale batteria di informazioni riguardanti le seguenti nove aree:

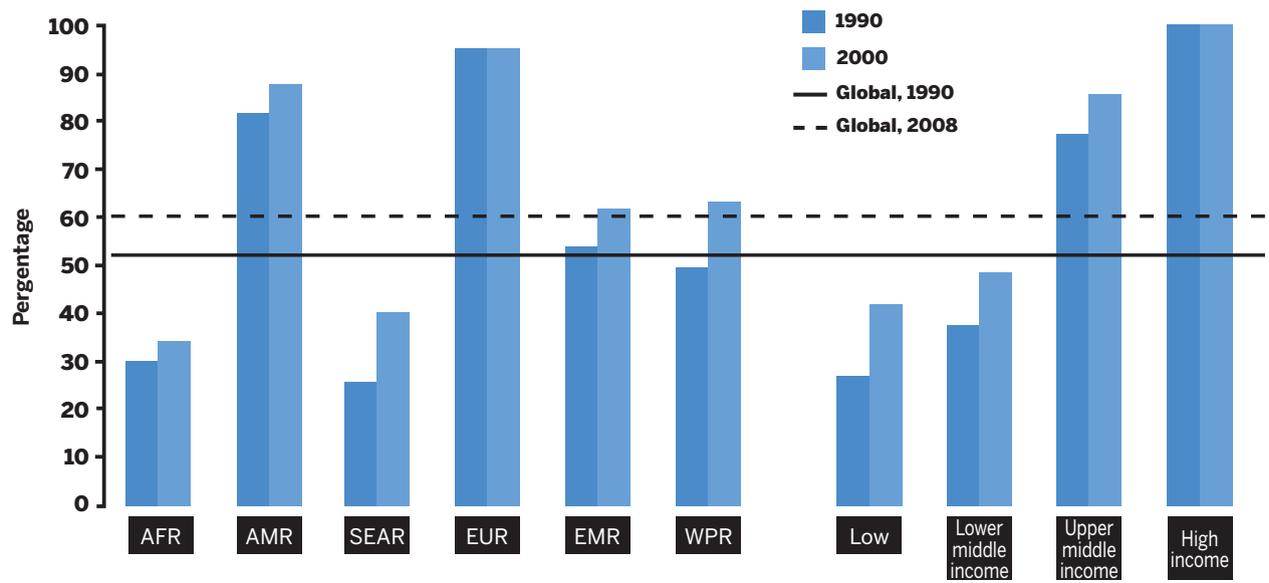
- Mortalità e carico di malattia
- Mortalità e morbosità causa specifica
- Malattie infettive
- Accessibilità dei servizi sanitari
- Fattori di rischio
- Risorse umane, infrastrutture e farmaci essenziali
- Spesa sanitaria
- Diseguaglianze nella salute
- Statistiche demografiche e economiche.

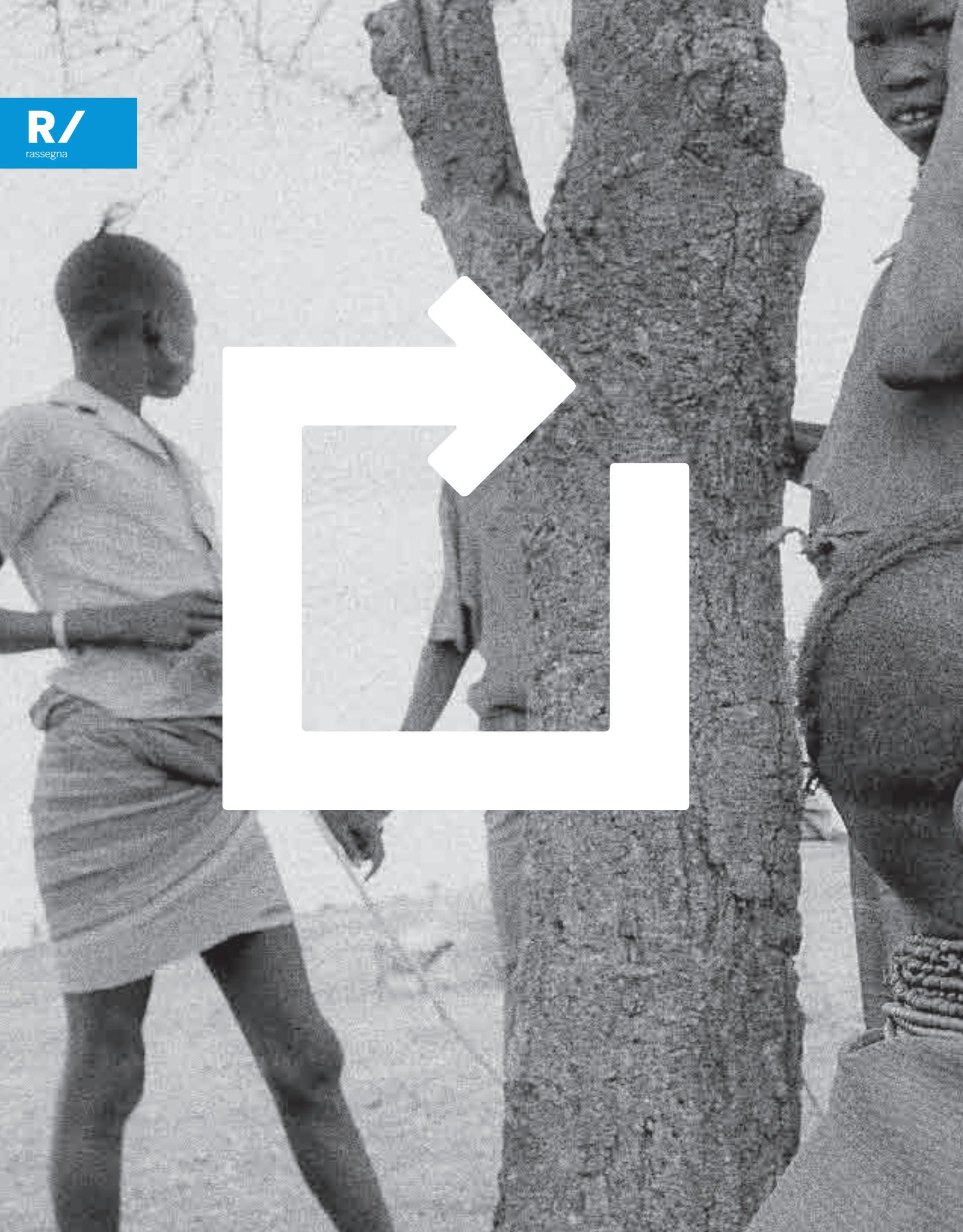
FIGURA 3 / BIRTHS ATTENDED BY SKILLED HEALTH PERSONNEL BY WHO REGION AND COUNTRY-INCOME GROUP



* AFR (African Region), AMR (Region of Americas), SEAR (South-East Asia Region), Eur (European Region), EMR (Eastern Mediterranean Region), WPR (Western Pacific Region)

FIGURA 7 / POPULATION USING IMPROVED SANITATION FACILITIES BY WHO REGION AND COUNTRY-INCOME GROUP







DIRITTO DI CITTADINANZA E ACCESSO ALLE CURE

Risultati di una ricerca qualitativa

Il lavoro di ricerca ha avuto l'obiettivo di valutare il godimento del "diritto alla città" per i migranti mozambicani presenti a Johannesburg, collegandolo, nelle sue diverse dimensioni, al diritto alla salute.

Testo di / Elena Ostanel / Ssiim Unesco Chair / Università Iuav di Venezia

PREMESSA

L'articolo è il frutto di una ricerca qualitativa svolta a Johannesburg nel mese di settembre 2009. La metodologia è consistita in una ricerca bibliografica e nella somministrazione di 25 interviste in profondità ai migranti mozambicani. La scelta del campione è stata del tutto casuale, attraverso la frequentazione e l'osservazione etnografica dei luoghi della città maggiormente popolati dai migranti.

Il lavoro di ricerca ha avuto l'obiettivo di valutare il godimento del "diritto alla città" (Lefebvre, 1978) per i migranti mozambicani presenti a Johannesburg, collegandolo, nelle sue diverse dimensioni, al diritto alla salute. Il legame logico fra diritto alla salute e diritto alla città (definendo un rapporto fra accesso al sistema sanitario e determinanti socio-politiche) si basa sui risultati di una ricerca bibliografica preliminare che ha dimostrato come il non accesso alla cittadinanza, allo spazio pubblico, e alla sicurezza fossero elementi di disturbo nell'accesso al sistema sanitario pubblico sudafricano.

INTRODUZIONE

La costituzione sudafricana sancisce il dovere dello Stato di realizzare il "right to health" per tutta la popolazione, indiscriminatamente rispetto all'estrazione sociale e alla provenienza razziale. Ma dopo quindici anni di democrazia, il paese continua a vivere all'interno di estreme disparità nell'accesso alle cure (Coovadia, 2009)

Le statistiche offerte dal sistema sanitario nazionale dimostrano come la prevalenza da Hiv nella popolazione bianca sia dello 0,6% mentre dell'1,9% nella popolazione indiana. La mortalità infantile varia dal 7/1.000 per la popolazione bianca al 67/1.000 per la popolazione nera. Non esistono simili statistiche di comparazione per la popolazione migrante presente nell'area urbana, oggetto di questa ricerca.

Il censimento del 2001 registra la presenza di 345.161 immigrati presenti in Sudafrica, con un aumento significativo rispetto a

cinque anni prima. Le stime degli immigrati (regolari e non regolari assieme) si aggirano attorno ai 500.000-850.000 (Crush, Williams 2001). La migrazione è, per la maggiore, diretta verso le aree urbane. Nella provincia di Gauteng, dove si trovano Johannesburg e Pretoria, si è registrato un notevole aumento della popolazione straniera presente negli ultimi dieci anni: dal 4,8% nel 1996 al 5,4% nel 2001.

A Johannesburg il numero di non-sudafricani che vivono in città è salito da 65.205 nel 1996 a 102.326 cinque anni più tardi (Landau, 2004). Secondo il *CoRMSA Report* del 2009, la popolazione migrante è per il 4,1% urbana e per il 1,6% rurale. Secondo gli ultimi dati, le entrate dei non-sudafricani sono aumentate del 9,8%, da 138.837 nel 2007 a 152.447 nel 2008. Le entrate da altri paesi africani sono aumentate del 5,6%, da 556.376 nel 2007 a 587.338 nel 2008. 91.535 sono gli immigrati dal Mozambico entrati in Sudafrica nel 2008 (90.490 nel 2007). 90.615 sono entrati con un visto turistico, mentre 139 per lavoro.

La presenza dei migranti mozambicani in città deve essere letta alla luce dell'accordo bilaterale sancito fra Sudafrica e Mozambico nel 2005 che prevede la possibilità di entrare in Sudafrica con un visto turistico per un mese, in maniera regolare. Ma nella prassi i mozambicani entrano in Sudafrica con la Visa per poi diventare illegali dopo il primo mese di permanenza. I migranti che provengono dal Mozambico entrano nel paese per ragioni prevalentemente economiche e necessiterebbero per questo di un permesso di lavoro che è nella pratica impossibile da ottenere per lavori non altamente qualificati. La conseguenza è che i migranti mozambicani "overstay" la loro Visa, diventando di conseguenza illegali.

La ricerca ha quindi l'obiettivo di valutare come la condizione di precarietà legislativa in cui si vivono i migranti mozambicani sia in grado di incidere sull'accesso al sistema sanitario nel paese di accoglienza.

Il non accesso a una regolare documentazione di soggiorno impone al migrante una condotta di vita alla ricerca dell'invisibilità. Il 4,5% dei migranti non accedono alle cure sanitarie a causa della mancanza di regolari permessi di soggiorno (*CoRMSA Report*, 2009), motivando il non accesso con la paura di essere

identificati e deportati. Nella prassi le strutture ospedaliere rifiutano i trattamenti antiretrovirali ai migranti, anche senza aver controllato il possesso del permesso di soggiorno, indirizzando i pazienti verso l'assistenza di Ong o Cbos che, sulla carta, garantiscono supporto ai malati di Hiv/Aids (R. Matzopoulos, J. Corrigan, B. Bowman, 2009). Ciò che gli studi condotti dimostrano è la creazione di un sistema duale di assistenza sanitaria (all'interno di un paese dove l'accesso alle cure è in partenza segregante) dove il pubblico (è praticamente impossibile per un migrante accedere al sistema privato, anche solo per ragioni economiche) si fa sostituire dal sistema *not for profit*, non attrezzato a garantire cure di qualità per la popolazione migrante (R. Matzopoulos, J. Corrigan, B. Bowman, 2009). Questa tendenza è dimostrata da recenti ricerche che indicano come migranti e richiedenti asilo testimonino di non poter avere il trattamento antiretrovirale negli ospedali pubblici ma siano costretti ad accedere al sistema *not for profit* per ricevere assistenza (R. Matzopoulos, J. Corrigan, B. Bowman, 2009). La motivazione che viene riferita è la mancanza del "green, barcoded Id documents".

Parallelamente la ricerca etnografica svolta a Johannesburg ha dimostrato lo scarso accesso dei migranti mozambicani in particolare al sistema *not for profit*. Nello specifico nessun migrante intervistato ha mai cercato assistenza, di qualunque genere, presso una Ong o associazione di altro genere. Solo alcuni intervistati (2) testimoniano di conoscere la Chiesa anglicana "in town" come struttura in grado di offrire prima assistenza generica (aiuti alimentari e abbigliamento). È chiaro che in questa situazione l'accesso alle cure per la popolazione mozambicana risulta precaria, alla stregua della condizione giuridica dei migranti. La motivazione per non accedere al sistema *not for profit* è allo stesso modo la paura di essere riconosciuti e, di conseguenza, deportati.

In questo contesto sociale, il diritto alla città per i migranti mozambicani, risulta difficile da esercitare. Il diritto alla città viene in questa ricerca declinato secondo il grado di accesso allo spazio pubblico e alla sicurezza. È l'invisibilità ricercata dai migranti a essere un dispositivo attraverso il quale valutare il più specifico accesso alle cure. Esercitare il diritto alla salute all'interno di un'esistenza invisibile, rende l'invisibilità ricercata una barriera fisico-sociale all'accesso alle cure.

INVISIBILITÀ DELLO SPAZIO PUBBLICO, INVISIBILI DIRITTI DI CITTADINANZA

L'invisibilità è, come detto prima, un dispositivo per l'analisi dell'accesso alla città per i migranti mozambicani a Johannesburg. Le narrative dei migranti intervistati definiscono una vita all'interno di una medesima direttrice, da casa al lavoro, dallo spazio privato a quello semi-privato¹. Lo spazio pubblico, di incontro con l'alterità, diventa invece pericoloso, a causa dello *status* giuridico in cui i migranti sono costretti a vivere. Il paradosso sulla pericolosità dello spazio pubblico si palesa attraverso l'osservazione etnografica dei luoghi di lavoro: il mercato del lavoro informale in cui i migranti mozambicani sono inseriti per la maggiore è la vendita sulla strada. Lo spazio del lavoro è quindi per definizione pubblico, ma la rete di protezione sul lavoro lo privatizza allo stesso tempo. «Quando arriva la polizia a cercarci ci informiamo velocemente a vicenda. In poco tempo scappiamo

dalle strade, con quello che riusciamo a portare via... non è un lavoro che ho scelto... il lavoro informale, sulla strada, penso sia l'unico a cui posso aspirare da illegale».

La ricerca di invisibilità porta il migrante a non accedere agli spazi pubblici convenzionali e di conseguenza ai luoghi dove il pubblico si manifesta. Il servizio sanitario pubblico risulta un luogo dove gli "ufficiali" sanitari e gli altri pazienti possono essere un veicolo di denuncia della propria illegalità. La fiducia verso il settore *not for profit* è allo stesso modo molto bassa, sia per la scarsa qualità percepita delle cure offerte, sia per la paura che anche quegli "ufficiali" possano denunciare la condizione migrante non legale. La ricerca dell'invisibilità viene dimostrata da diverse narrazioni raccolte: «Mi sento sicuro solo quando sono a casa o al lavoro, se lavoro nelle zone della città dove mi conoscono. Non mi sento a mio agio quando prendo i mezzi pubblici, o sono in strada... lì parlo Zulu e mi vesto come un sudafricano... in questo modo non riescono a riconoscermi». «Andare in ospedale? Non posso andarci visto che sono senza documenti e ti chiedono la *green card* per essere curato. Non voglio andare dalle associazioni, dove mi dicono di andare, perché mi hanno detto che le cure non sono buone. Se sto male? Fino ad oggi non mi è mai capitato di avere bisogno. Spero di non averne anche in futuro, al massimo tornerò in Mozambico».

Appare allora chiaro come la "non possibilità di esistere" dei migranti mozambicani possa incidere negativamente sull'accesso allo spazio pubblico e, di conseguenza, al pubblico come sistema sanitario, percepito come pericoloso e inaccessibile.

Un altro punto rilevante, sempre secondo le narrazioni raccolte, è il dilagante razzismo che si è sviluppato nel corso degli ultimi anni in Sudafrica. Diversi intervistati motivano il non accesso alle cure a causa di un'attitudine razzista del personale sanitario di turno che, anche in condizioni gravi, non concede le proprie cure ai migranti.

Diverse spiegazioni socio-politiche sono state attribuite a questa tendenza xenofoba, soprattutto dopo gli attacchi dello scorso anno contro gli immigrati residenti in alcune zone della città, a carico dei cittadini sudafricani.

Il *post-apartheid* ha comunque impiegato tecniche simili per allontanare i non cittadini di oggi dai diritti di cittadinanza (Landau, 2009). Ai neri sudafricani prima del 1994 si sono sostituiti i migranti neri provenienti da altri paesi africani.

L'unico modo che i migranti hanno per accedere al diritto alla città è quello di vivere in "zone di esclusione" per poter sfuggire alla deportazione. L'invisibilità viene a definirsi secondo tre principali direttive: dai funzionari di polizia o "altri ufficiali", dai sudafricani indigeni e dai "mozambicani devianti". La prima è una diretta conseguenza della mancanza di accesso alla sicurezza, la seconda è in qualche modo collegata agli attacchi xenofobi del 2008, la terza viene esercitata per creare un ambiente sociale protetto in cui la devianza rispetto alle "normali" norme del quieto vivere migrante non è ammessa.

Senza documenti o sostanziale legittimazione ad agire, i migranti vivono una vita simile a quella dei neri durante l'*apartheid*: economicamente messi al lavoro, ma stigmatizzati e vulnerabili rispetto alle decisioni di Stato (Landau, 2009). Il rapporto "tra spazio e identità è molto fragile" (Vidal, 2009) e l'uso dello spazio pubblico scarso.

Come detto prima, paradossalmente, le mansioni dei migranti mozambicani sono estremamente visibili, perché di strada. La

densità dei movimenti migratori all'interno della città si pone come una minaccia per i sudafricani. Negli ultimi decenni gli sforzi tesi al controllo dello spazio politico e fisico hanno generato un nemico interno: un gruppo di *outsider* ben riconoscibili che minacciano e per questo è doveroso escluderli spazialmente.

Secondo la percezione che Mc Donald's, la transizione verso la democrazia, può avere terminato il legame tra razza e cittadinanza, ma non ha scisso il legame tra razza e classe. Per affrontare le ingiustizie passate, le politiche razzializzate diventano necessarie. Le differenze di classe scorrono parallelamente rispetto alla distribuzione spaziale e al loro accesso al sistema pubblico, dove pubblico non è inteso solo come Stato, ma come servizi alla popolazione. Il diritto alla salute si plasma, ovviamente, in questa logica escludente.

Dopo il 1994, la maggior parte delle popolazione nera sudafricana avrebbe dovuto godere dei benefici del *post apartheid*. Al contrario, la povertà e le disuguaglianze non sono diminuite in modo significativo dal 1994. Il modello di redistribuzione non si è realizzato. Il Sudafrica rimane il decimo paese più diseguale del mondo e gruppi razzialmente ed economicamente delimitati sono relativamente più poveri di quanto non fossero durante l'*apartheid* (Landau, 2009). La tensione sociale in questo contesto è chiaramente alta.

L'opinione pubblica sudafricana crede che i migranti sono "illegali, criminali, una minaccia per la prosperità economica e sociale o portatori di malattie quali l'Hiv/Aids". I media e le narrazioni pubbliche contribuiscono al rafforzamento di questa descrizione stereotipata degli immigrati. Allo stesso tempo, mentre i *leader* sono impegnati nella "commemorazione" del progresso nazionale, il fenomeno della migrazione viene dipinto come una questione *post-apartheid* e le sofferenze dei migranti ben distinte da quelle dei sudafricani neri durante il regime. L'immigrazione irregolare è definita come una minaccia per il progresso nazionale del Sudafrica, perché sono i migranti a capitalizzare con il loro movimento, portando la ricchezza al di fuori dei confini del paese di accoglienza. Gli attacchi xenofobi negli ultimi anni sono il prodotto diretto di queste contraddizioni e del contesto storico e sociale del paese.

Una ricerca del 2006 condotta dal "South African Migration Project" rivela che circa l'84% dei sudafricani ritiene che il paese stia ammettendo troppi stranieri. La *Wits Survey* del 2003 (<http://www.migration.org.za/>) mostra che circa il 64,8% dei sudafricani ritiene che gli immigrati debbano lasciare il paese.

La mobilità residenziale, la strategia di sopravvivenza informale, i colori e le vibrazioni che conferite alle strade della città, rappresentano un modello di vita sovversivo, non accettabile.

La pianificazione del territorio e sociale durante il regime dell'*apartheid* ha agito come un elemento fondamentale per evitare la resistenza politica degli *outsider*, grazie alla frammentazione sociale e spaziale ricreata. Il governo della mobilità umana, alle frontiere e in città, e diversi livelli di accesso ai diritti di cittadinanza in base alla razza e alla classe, possono essere considerate come due strategie ancora in uso nel periodo *post-apartheid* per il controllo della popolazione deviante. Un processo socialmente costruito, dove migranti e Stato sono i protagonisti, definisce lo spazio di vita e lo spazio di eccezione. All'interno di quest'ultima vivono i migranti. A lato, la popolazione autoctona guarda con attenzione e spinge (anche attraverso episodi di violenza) verso la realizzazione della città segregante. È chiaro come all'interno

dello spazio di eccezione il diritto alla salute, come diritto pubblico e umano, non sia contemplabile.

CONSIDERAZIONI FINALI

L'accesso al "diritto a emigrare" per gli immigrati del Mozambico è fortemente influenzato dalla precarietà giuridica che sta costringendo i migranti a trattarsi illegalmente a Johannesburg dopo trenta giorni di soggiorno regolare. Come indicato nei paragrafi precedenti, il quadro giuridico della migrazione sta "costringendo" i migranti in uno spazio transnazionale tra il Sudafrica e il Mozambico, uno spazio che viene creato non solo per mettere un timbro al mese sul proprio passaporto, quando possibile, ma anche per accedere alle cure sanitarie nel paese di origine. Quando il viaggio di ritorno è troppo costoso, i migranti sono costretti alla clandestinità in città. L'invisibilità diventa una pratica di "non cittadinanza" all'interno della città di Johannesburg, una condizione materiale che si impone nella vita dei migranti.

La documentazione precaria è una barriera di accesso alle cure sanitarie. I migranti privi di documenti hanno scarso accesso ai servizi sanitari, seguiti da richiedenti asilo e altri migranti. Gli ostacoli all'accesso alle cure variano a seconda della città di residenza. I migranti residenti a Johannesburg hanno più probabilità di essere ostacolati nell'accesso alle cure, seguiti dai residenti di Durban, Città del Capo e Pretoria. Quando si tenta di accedere ai servizi della sanità pubblica (CoRMSA Report, 2009) i problemi più comuni sono:

- essere trattati male da un infermiere;
- problemi di lingua;
- trattamento negato a causa della mancanza di documentazione;
- trattamento negato a causa dell'essere "straniero";
- essere trattati male da un impiegato del sistema sanitario pubblico;
- barriere dovute al costo del servizio;

Anche se i rifugiati, richiedenti asilo e immigrati sono popolazioni aventi "diritto alla parità di accesso ai trattamenti per la prevenzione e cura dell'Hiv/Aids" il rapporto del CoRMSA dimostra che anche nel 2009 rifugiati, richiedenti asilo e migranti internazionali continuano ad avere difficoltà nell'accesso alle cure. In generale la migrazione viene vista come un drenaggio di risorse pubbliche al sistema sanitario già precario.

I migranti mozambicani sono in realtà migranti economici: meno della metà dei migranti intervistati all'interno di precedenti ricerche ha dovuto accedere alle cure sanitarie a Johannesburg e nel caso queste fossero state necessarie, hanno dichiarato di essere rientrati in Mozambico. Meno del 5% ha accompagnato un parente malato per curarsi in Sudafrica.

Come descritto in precedenza, la "zona di esclusione", all'interno del quale i migranti dal Mozambico vivono, è estremamente visibile ai sudafricani: i media e discorsi pubblici si occupano massicciamente di questioni relative all'immigrazione e la narrativa utilizzata è quella di separare il destino dei migranti "da quello dei neri sudafricani" durante l'*apartheid*. La "zona di esclusione" popolata da migranti è una minaccia per la stabilità politica ed economica del Sudafrica *post-apartheid*. A parte questa considerazione, la xenofobia è stata descritta come il risultato di un processo storico e politico: la demonizzazione degli *outsider* e della mobilità umana, la separazione spaziale ereditata dal pas-

sato e il fallimento della cittadinanza pastorale *post-apartheid*, sono tutti elementi che hanno contribuito allo scatenarsi degli attacchi xenofobi.

Paradossalmente, concentrandosi sulla mobilità e sulle infrastrutture di comunicazione come principali elementi di organizzazione spaziale, la moderna pianificazione urbana definisce una

società di interconnessioni, più che di incontri (Ascher in Balbo, 2009). La popolazione marginale della città di Johannesburg sembra collegarsi (anche attraverso episodi di violenza schizofrenica), con la popolazione autoctona, più che incontrarsi e condividere un comune destino di povertà ed emarginazione nel democratico Sudafrica.

BIBLIOGRAFIA

- H. Arendt, (2001) *Vita activa: la condizione umana* (Milano: Bompiani)
- M. Balbo, a cura di (2002) *La città inclusiva. Argomenti per la città dei Pvs*, (Milano: F. Angeli)
- M. Balbo, (2009) *Immigration polices vs. migrants policies: local responses to a global process* (Venice: SSIIM Unesco Chair Paper Series)
- M. Balbo, (2009) *Social and Spatial Inclusion of International Migrants: local responses to a global process* (Venice: SSIIM Unesco Chair Paper Series)
- Z. Bauman, (2005) *Fiducia e paura nella città* (Milano: Mondadori)
- P. L. Berger, T. Luckmann, (1969) *La realtà come costruzione sociale* (Bologna: Il Mulino)
- H. Blumer, (1971) *Social problems as collective behaviour*, *British Journal of Political Science*
- M. Castells, (1977) *La questione urbana* (Venezia: Marsilio)
- A. Cavalletti, (2005) *La città biopolitica* (Milano: Mondadori Editore)
- Cormsa (2008) *Protecting Refugees, Asylum Seekers and Immigrants in South Africa* (www.CoRMSA.org.za)
- Cormsa (2009) *Protecting Refugees, Asylum Seekers and Immigrants in South Africa* (www.CoRMSA.org.za)
- H. Covadia (2009) *The health and health system of South Africa: historical roots of current public health challenges* (The Lancet, Volume 374, Issue 9692, Pages 817 - 834, 5 September 2009)
- P. Crosta, (1998) *Politiche: quale conoscenza per l'azione territoriale* (Milano: Franco Angeli)
- J. Crush, (2005) *International migrants and the city*, p. 113-145 (Venice: UN-HABITAT and Dp di Pianificazione luav di Venezia)
- J. Crush, (1999) *The discourse of dimensions of irregularity in post-apartheid South Africa* (*International Migration* 37: 125-151)
- J. Crush, V. Williams (2001) *The New South African Immigration Bill: A Legal Analysis* (Migration Policy Brief no. 2, SAMP)
- J. Crush, S. Peberdy, V. Williams (2006) *International Migration and Good Governance in the Southern African Region* (Migration Policy Brief no. 17, SAMP)
- M. Davis, (1992) *City of quartz* (New York: Vintage Books)
- J. Dewey, (1971) *Comunità e potere* (Firenze: La nuova Italia)
- M. Foucault, (2004) *Sicurezza, territorio, popolazione* (Milano: Feltrinelli)
- H. Heclio, (1972) *Review article: Policy Analysis*, *British Journal of Political Science*
- A. O. Hirshman, (1975) *I progetti di sviluppo: un'analisi critica di progetti realizzati nel Meridione e in paesi del Terzo Mondo* (trad. it. P. Crosta, Milano: Franco Angeli)
- Iom, (2008) *Towards Tolerance, Law, and Dignity: Addressing Violence against Foreign Nationals in South Africa* (International Organization for Migration, Regional Office for Southern Africa, 1/2009)
- Iom, (2009) *Migrants' Right to Health in Southern Africa* (International Organization for Migration)
- J. Jacobs, (1969) *Vita e morte delle grandi città: saggio sulle metropoli americane* (New York: Giulio Einaudi)
- L. Landau, (2004) *The laws of (in)hospitality: black South Africans in South Africa* (Forced Migration Working Paper Series #7)
- L. Landau, (2009) *Echoing exclusion: xenophobia, law, and the future of South Africa's demonic society* (Paper presented to the seminar of the School of Graduate Studies of UNISA)
- H. Lefebvre, (1978) *Il diritto alla città* (Venezia: Marsilio)
- Ch. E. Lindblom, D. K. Cohen, (1979b) *Usable Knowledge* (New Heaven, London: Yale University Press)
- M. L. Madsen, (2004) *Living for home: policing immorality among undocumented migrants in Johannesburg* (*African Studies*, 63, 2, December 2004)
- D. Massey, N. Denton, (1993) *American Apartheid: Segregation and Making of the underclass* (Cambridge: Harvard University Press)
- R. Matzopoulos, J. Corrigan, B. Bowman (2009) *A health impact assessment of international migrants following the xenophobic attacks in Gauteng and the Western Cape*, *FMSP Publication* (<http://www.migration.org.za/>)
- S. Mezzadra, (2001) *Diritto di fuga. Migrazioni, cittadinanza, globalizzazione* (Verona: Ombre Corte)
- R. Park, (1960) *Social control and collective behavior* (*American Journal of Sociology*, n. 45)
- S. Peberdy, (2001) *Imagining immigration: Inclusive identities and exclusive immigration policies in post-1994 South Africa* (*Africa Today*, 48(3), 15-34)
- S. Peberdy, J. Crush (2001), *Invisible travelers, invisible trade? Informal sector cross border trade and the Maputo Corridor Spatial Development Initiative* (*South African Geographical Journal*, 83 (2): 115-123)
- J. Rancière, (2007) *Il disaccordo: politica e filosofia* (trad.it. Roma: Meltemi)
- S. Sassen, (2002) *Le città nell'economia globale* (Bologna: Il Mulino)
- S. Sassen, (1999) *Migranti, coloni, rifugiati. Dall'emigrazione di massa alla fortezza Europa* (Milano: Feltrinelli)
- S. Sassen, (1988) *The Mobility of Labor and Capital. A Study in International Investment and Labor Flow* (Cambridge: Cambridge University Press)
- A. Sayad, (2004) *The Suffering of the Immigrant*. Cambridge (Polity Press)
- D. A. Schon, M. Rein, (1994) *Frame Reflection* (New York: Basic Book)
- S. Toner, P. Taylor, (2008) *Cities: magnets of hope* (Conference Paper for: UNESCO and IUAV EGM on Cosmopolitan Urbanism: Urban Policies for the Social and Spatial Integration of International Migrants)
- X. Tshabalala (2009) *Negotiating movement: everyday immigration policing in Johannesburg* (Thesis submitted to the Faculty of Humanities, University of the Witwatersrand, Johannesburg)
- University of the Witwatersrand, Johannesburg, Tufts University, Boston, French Institute Of South Africa, (2006) *Descriptive Statistics – Johannesburg* (<http://www.migration.org.za/>)
- Unocha, Fmsp, Sarcs (2009) *Alexandra and Central Johannesburg Vulnerability Pilot Survey* (collaborative project of: The United Nations organisation for the Coordination of Humanitarian Affairs (UNOCHA) South African Red Cross Society (SARCS) Forced Migration Studies Programme (FMSP))
- D. Vidal, (2009) *Living in, out of, and between two cities: Migrants from Maputo in Johannesburg* (2009, unpublished)
- D. Vigneswaran, (2007) *Free Movement and the Movement's Forgotten Freedoms: South African Representation of Undocumented Migrants* (RSC Working Paper No. 41 Department of International Development University of Oxford)
- J. Wilson, (1993) *The ghetto underclass: social science perspective* (Londra: Sage)

1 Lo spazio semiprivato è associato allo spazio del lavoro dove l'incontro con gli altri è mediato dalla conoscenza quotidiana diretta. In questo contesto uno spazio pubblico si privatizza

GLOBALIZZAZIONE E DISEGUAGLIANZE SOCIO-ECONOMICHE

La povertà non va vista come semplice "povertà di reddito", ma come causa di "esclusione sociale" e di riduzione della libertà degli individui. Non è superfluo rimarcare ancora che democrazia, libertà e garanzia dei diritti sono decisive nella promozione della coesione sociale e nella prevenzione della violenza.

Testo di / Marisa Pacchin / Ufficio di Valutazione Epidemiologica / Azienda Ulss 6 / Vicenza

Tra le definizioni del termine *globalizzazione* appare pertinente quella formulata da Luciano Gallino, secondo cui la globalizzazione è fenomeno primariamente economico, è "universalismo di mercato", economia e mobilità dei capitali su scala mondiale. Nelle dimensioni del "villaggio globale" (M. McLuhan 1968) i cittadini di un mondo sempre più integrato hanno problemi in comune, problemi globali: crescita demografica, sviluppo economico e sociale diseguale, tutela dell'ambiente. Tali emergenze devono essere gestite con metodi democratici e regolamentate a livello internazionale.

Nel dibattito sulla globalizzazione, processo irreversibile o reversibile, centrale è la questione delle disuguaglianze.

Per Amartya Sen la contraddizione più eclatante del processo di globalizzazione è costituita dalle "sconvolgenti disuguaglianze" nella dinamica sociale delle varie regioni del mondo.

"Incomparabilmente più ricco di quanto sia mai stato, il nostro è un

mondo di tremende privazioni e disuguaglianze sconvolgenti ... sia tra nazioni che nelle nazioni".

Alla fine dello scorso secolo, dal Programma Onu per lo sviluppo si potevano trarre dati eloquenti: 800 milioni di cittadini dell'Occidente disponevano dell'83% del reddito mondiale; di contro all'82% della popolazione mondiale, 5 miliardi di persone, spettava il restante 17%.

LA DISTRIBUZIONE DELLA POVERTÀ NEL MONDO

Per una messa a fuoco del problema sarà utile in prima istanza esaminare la distribuzione della povertà nel mondo. La diffusione della povertà è l'indicatore più utile a quantificare il livello di disuguaglianza in un paese.

TABELLA 1 / INDICATORI DI SVILUPPO UMANO

PAESI	IDH	reddito pro-capite in \$	speranza di vita alla nascita	% alfabetismo adulti
Idh molto alto	0,95	37.272	80	
Idh alto	0,83	12.569	72,4	94
Idh medio	0,68	3.963	67	80
Idh basso	0,42	852	51	47,7
Ue27	0,93	29.956	79	
Mondo	0,75	9.972	65,7	84

Preliminarmente è necessario delineare un quadro essenziale di dati: secondo stime recenti vivono in povertà 1,2 miliardi di persone. E se è vero che si è verificata dal 1990 al 2000 una diminuzione percentuale di persone povere, dal 29% al 23%, ciò è avvenuto con marcate differenze nelle diverse aree del mondo: è diminuita del 50% in Asia Orientale (dal 27% al 14%), dove la crescita annua del Pil *pro-capite* è stata del 6,3%, e in Asia meridionale (dal 44% al 37%), ove si registra un aumento del reddito del 3,6%; una diminuzione del reddito dello 0,4% ha acuito invece la povertà estrema nell'Africa sub-Sahariana; nell'Europa Centro Orientale e CSI la riduzione del PIL *pro-capite* è stata dell'1,2%⁽⁸⁾

Per analizzare lo sviluppo diseguale si utilizzano gli indicatori di sviluppo umano.

Lo sviluppo è fenomeno complesso, definito dal reddito, ma altresì dalle scelte di spesa per l'istruzione e la salute, poiché la crescita sociale non è sempre omogenea alla crescita del Pil.

Le disparità nei paesi del mondo sono censite in base a indicatori che riguardano l'economia (reddito *pro-capite*), l'istruzione (alfabetizzazione) e la salute (speranza di vita alla nascita, mortalità in età <5 anni). I valori medi del livello di salute, di istruzione e di reddito sono compresi in un indice globale, indice di sviluppo umano, che varia da 0 a 1.

Sono 38 i paesi con indice molto alto, 45 elevato, 74 medio e 20 con Idh molto basso.

Lo stato di salute e l'istruzione sono precondizioni per conseguire gli obiettivi di sviluppo: il miglioramento delle condizioni sanitarie e di istruzione rende più produttiva la forza-lavoro e favorisce la crescita economica e la coesione sociale, fattori determinanti anche per la prevenzione della violenza nelle realtà caratterizzate da disuguaglianze e povertà.

I problemi dello sviluppo non possono prescindere dalla salvaguardia dei diritti umani e dalla realizzazione della giustizia sociale.

SVILUPPO SOCIALE E DEMOCRAZIA

Queste considerazioni richiamano il rapporto tra sviluppo sociale e democrazia poiché la privazione delle libertà e dei diritti democratici è freno allo sviluppo.

Per Amartya Sen «libertà politiche e diritti democratici sono elementi costitutivi dello sviluppo» che «può essere visto come un processo di espansione delle libertà reali godute dagli esseri umani».

La povertà non va vista come semplice "povertà di reddito", ma come causa di "esclusione sociale" e di riduzione della libertà degli individui. Non è superfluo rimarcare ancora che democrazia, libertà e garanzia dei diritti sono decisive nella promozione della coesione sociale e nella prevenzione della violenza.

Se la tutela dei diritti umani implica democrazia ed equa distribuzione delle risorse a livello internazionale, non si può non rilevare che il 56% della popolazione (3,6 miliardi) vive in nazioni – ne sono censite 103 – "non libere" o "parzialmente libere" (*Report Freedom House*, 2008).

I COSTI SOCIALI ED ECONOMICI DELLA GLOBALIZZAZIONE

Esaminando i costi sociali ed economici della globalizzazione, si è riscontrato che lo sviluppo delle tecnologie aumenta la produttività, ma emargina le forze-lavoro non qualificate: le nuove tecnologie del-

la comunicazione ampliano le opportunità, ma determinano anche crescenti disuguaglianze tra aree del mondo e sono causa di esclusione sociale⁽²⁾. Gran parte della popolazione è esclusa dagli effetti benefici della globalizzazione: circa 4 miliardi di persone. Solo il 15% della popolazione mondiale accede a internet (55% nei paesi industrializzati, l'8% nei paesi in via di sviluppo e l'1% nei paesi sviluppati). Aumentando il debito dei paesi poveri si riducono gli investimenti per lo "sviluppo umano", soprattutto nella scuola e sanità.

Ancora, si danno nuove forme di povertà nel mercato globalizzato privo di regole.

Nel 2004 sono morti in India per suicidio 16.000 piccoli agricoltori, indebitati per l'aumento dei costi di produzione e il crollo dei prezzi agricoli, dopo la liberalizzazione dei mercati.

«La globalizzazione oggi sta riscrivendo il programma di realizzazione dei diritti umani. Il diritto umano primario è quello alla vita. Ma il più importante dei diritti è oggi minacciato: il diritto all'alimentazione è sacrificato a quello del commercio» (V. Shiva, *La debolezza del più forte*, 2004).

L'aumento della povertà si riscontra nelle fasce più povere della popolazione, che restano escluse dall'accesso al mercato. Intere aree sono state tagliate fuori dal sistema economico internazionale: la maggior parte dell'Africa, estese zone dell'Asia e dell'America Latina e regioni all'interno degli stessi paesi ricchi. La povertà è diffusa anche nei paesi industrializzati dove diventa "deprivazione relativa", cioè esclusione sociale, vulnerabilità (povertà multidimensionale).

In Europa i minori che vivono in povertà relativa variano dal 16,6% (circa 1 milione) dell'Italia al 10% della Germania, al 7,5% della Francia e al 2,8% della Finlandia.

Questo processo si ascrive nell'aumento del divario tra ricchi e poveri. La transizione dall'economia pianificata all'economia di mercato ha determinato un aumento della povertà anche nei paesi dell'ex Urss, dove più di un terzo della popolazione vive sotto la soglia della povertà e dove le donne sono le principali vittime della nuova miseria: l'80% negli anni '90 era il tasso della disoccupazione femminile.

Nel quadro delineato si evidenzia l'aumento del traffico di esseri umani.

«La schiavitù non è scomparsa: si stima che alla fine degli anni '90 siano 27 milioni le persone ridotte in schiavitù. I "nuovi schiavi", gli "schiavi moderni", hanno bassissimo costo, sono strumenti 'usa e getta', rischiano la vita quotidianamente con lavori pericolosi, sono esposti a soprusi di ogni genere non in base alla razza, ma a causa della miseria. La globalizzazione favorisce lo sfruttamento del lavoro dei "nuovi schiavi"».

«Gli schiavi sono diventati parte integrante del capitalismo globale; nascono nuovi sistemi di potere: lo stato, inteso come garanzia del bene comune perde il controllo sull'economia, i mercati finanziari possono essere dominati da speculazioni senza controllo, è sempre più intenso il movimento di operazioni illegali: riciclaggio di denaro sporco, traffico di droga e di esseri umani».

Le nuove forme di povertà si collegano con lo sviluppo insostenibile. La globalizzazione dell'agricoltura, con lo sviluppo estensivo delle colture ad alta tecnologia, e la privatizzazione delle risorse necessarie alla sussistenza di intere popolazioni, provocano nuove forme di povertà e di sottosviluppo.

È l'uso irrazionale delle risorse, ossia il consumo di risorse superiori alle possibilità di reintegrarle, la causa principale dello sviluppo insostenibile.

«Lo sviluppo è sostenibile se soddisfa i bisogni delle generazioni presenti, senza compromettere la possibilità per le future gene-

razioni di soddisfare i propri bisogni». (Rapporto Brundtland 'Our Common Future', 1987)

INSTABILITÀ CLIMATICA, CALAMITÀ NATURALI E GLOBALIZZAZIONE DEL RISCHIO

La stabilità del clima è un bene globale. Per garantirlo si deve conciliare sviluppo economico e tutela dell'ambiente, sviluppo umano ed equità sociale.

Vivere in un'era globale significa convivere con nuovi tipi di rischio: Ulrich Beck parla di globalizzazione del rischio; la nostra è la "società mondiale del rischio", in cui i cittadini del mondo sono "accomunati da un medesimo destino". La dimensione globale del pericolo è rappresentata dalle crisi climatiche, finanziarie, alimenta-

ri, dalla criminalità organizzata su scala mondiale, dalle reti terroristiche transnazionali; e poiché il "pericolo" è determinato dall'azione umana, si definisce rischio costruito. I pericoli prevedibili vanno affrontati con azioni preventive, ispirate al principio di precauzione e fondate sul criterio di responsabilità.

L'instabilità climatica produce effetti a lungo termine, aumentando il rischio di catastrofi ambientali. Nel decennio 1994-2003 le calamità naturali hanno interessato 2,6 miliardi di persone, 1,6 miliardi nel decennio precedente. Tra il 2000 e il 2004 circa 262 milioni di persone ogni anno sono state colpite dagli effetti distruttivi dell'alterazione dell'equilibrio climatico, il 98% nei Pvs.

Le catastrofi climatiche sono causa inoltre di massicci spostamenti di popolazioni: si prevedono nel prossimo futuro 200 milioni di "rifugiati ambientali".

La questione ambientale va affrontata creando un'economia globa-

TABELLA 2 / DIFFERENZE DI MORTALITÀ PER OMICIDIO, PER GENERE, NELLE REGIONI OMS A DIFFERENTE REDDITO. TASSI/100.000

PAESI	MASCHI	FEMMINE
AFRICA		
Aree a medio/basso reddito	33	11
AMERICA		
Aree ad alto reddito	9,9	3
Aree a medio/basso reddito	51	4,8
MEDITERRANEO ORIENTALE		
Aree ad alto reddito	6	1,2
Aree a medio/basso reddito	9,4	4,8
EUROPA		
Aree ad alto reddito	1,4	0,6
Aree a medio/basso reddito	23,2	6,8
SUD-EST ASIATICO		
Aree a medio/basso reddito	8,1	3,5
PACIFICO OCCIDENTALE		
Aree ad alto reddito	1,3	0,8
Aree a medio/basso reddito	5,6	1,8

Fonte: Oms, World Report on violence and health, 2007

le a basso consumo di energia: nel rapporto Onu è posto l'obiettivo di ridurre entro il 2020 del 25% le emissioni di Co2 e di produrre il 20% dell'energia da fonti rinnovabili.

La sicurezza ambientale va vista in rapporto con la sicurezza sociale. I problemi del clima accrescono il divario tra le aree più povere e più vulnerabili e i paesi più industrializzati, moltiplicando i rischi di conflittualità e di destabilizzazione della sicurezza sociale.

Ma rischi per la sicurezza sociale si ravvisano anche nell'omologazione indotta dalla cultura globale; cioè l'omologazione di stili di vita, di modelli di produzione e consumo non generano necessariamente ordine e integrazione, al contrario possono causare resistenza e difesa esasperata della propria identità.

Anche l'urbanizzazione di massa incontrollata costituisce un rischio per la sicurezza sociale in particolare nei Paesi in via di sviluppo. Secondo una stima Onu nel 2050 la popolazione mondiale sarà di 9,2 miliardi e l'incremento si verificherà quasi totalmente nei Pvs che passeranno da 5,5 miliardi a 8 (+2,5 miliardi), mentre la popolazione dei paesi industrializzati resterà invariata (1,2 miliardi).

Si prevede che nel 2030 il 61% della popolazione vivrà nelle aree urbane: la popolazione urbana dell'Africa (da 294 milioni a 742 milioni) e dell'Asia (da 1,36 miliardi a 2,64 miliardi) raddoppierà tra il 2000 e il 2030. Il fenomeno riguarderà principalmente le megalopoli del Terzo mondo.

Si stima che attualmente vivano in baraccopoli circa 1 miliardo di persone, che saranno il doppio nel 2030. Questi luoghi di incontrollato inurbamento presentano i più alti indici di povertà e marginalità sociale e generano instabilità, conflittualità, violenza, problemi di convivenza e di coesione sociale, terrorismo.

DISUGUAGLIANZE SOCIALI E VIOLENZA: FATTORI DI RISCHIO

In uno studio dell'Oms la violenza è considerata un problema globale di salute pubblica in parte prevenibile, originato dall'interazione di più fattori: condizioni sociali, culturali, economiche e politiche potenzialmente modificabili.

Fattori di rischio della violenza sono la povertà, il crescente divario tra ricchi e poveri, l'emarginazione sociale, i rapidi mutamenti socio-politici, l'urbanizzazione fuori controllo, i ghetti etnici, l'eterogeneità di gruppi di popolazione, la mancanza di coesione sociale, la cultura della violenza, il facile accesso alle armi.

Nel 2002 circa 1.600.000 persone sono morte a causa di violenza: il tasso medio di mortalità è di 28,8/100.000 abitanti.

La maggior parte dei decessi è censito nei paesi di basso o medio

sviluppo economico, dove il tasso di mortalità (32/100.000) è più del doppio dei paesi ad alto reddito (14,4/100.000).

I soggetti che vivono in realtà economicamente svantaggiate sono esposti a maggior rischio.

Un altro aspetto della questione riguarda il rapporto tra violenza collettiva (la guerra) e povertà. È indubitabile che la guerra è l'ostacolo più radicale allo sviluppo umano.

E proprio le aree a più basso livello di sviluppo presentano generalmente più conflitti e fenomeni di violenza collettiva. Le privazioni economiche e sociali, dove si riscontrano forti disuguaglianze tra gruppi e etnie, sono concausa di atti di violenza.

La stime delle vittime sono di difficile rilevamento e i dati sono spesso contraddittori, ma si ritiene che dal 1990 siano morti a causa di guerre 3,6 milioni di persone, 90% civili.

L'Alto commissariato Onu per i rifugiati (Unrcr) stima che nel 2008 siano stati 26 milioni gli sfollati a causa di conflitti: 40% donne e bambini.

Anche la violenza contro se stessi può essere rapportata alla povertà. Eccessi di mortalità per suicidio si verificano, sia per i maschi (19,5/100.000 vs 17,7/100.000) che per le femmine (11,9/100.000 vs 5,4/100.000), nelle aree del mondo a medio/basso reddito.

Nei maschi di età 15-29 anni (40/100.000) e > 60 anni (73/100.000) i tassi più elevati di suicidio si riscontrano nelle aree a medio/basso reddito dell'Europa; nelle femmine, nelle aree a medio/basso reddito del Pacifico Occidentale: 24/100.000 in età 15-29 anni, e 60/100.000 in età > 60 anni.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Dopo aver indicato i rischi che la globalizzazione comporta, quando i processi che la caratterizzano non siano governati da scelte politiche lungimiranti, può essere utile l'invito di Zygmunt Bauman a cogliere le opportunità del mondo globalizzato: «è giunto il momento di imparare ad apprezzare le differenze, anziché temere le conseguenze rischiose del convivere con le differenze».

E soprattutto in riferimento ai negoziati e accordi sul clima (Copenaghen, dicembre 2009), al di là delle decisioni pratiche, non proporzionate alla portata del problema, nel dibattito preparatorio è emersa la necessità di cambiare stile di vita in tutto il mondo industrializzato, costruendo un nuovo modello di sviluppo in cui il Pil non sarà considerato l'indice di misura della prosperità più adeguato ed esclusivo.

BIBLIOGRAFIA

- D. Zolo, *Globalizzazione. Una mappa dei problemi*. Laterza, 2004: 1-11.
- L. Gallino, *Il costo umano della flessibilità*. Laterza, 2001: 35-39.
- L. Gallino, *Globalizzazione e disuguaglianze*. Laterza, 2003: 25.
- J. E. Stiglitz, *La globalizzazione e i suoi oppositori*. Einaudi, 2003: 219-236
- U. Beck, *Che cos'è la globalizzazione, rischi e prospettive della società planetaria*. Carocci, 1999: 24
- I. Clark, *Globalizzazione e frammentazione. Le relazioni internazionali del XX secolo*. Il Mulino, 2001: 9-62; 299-348.
- A. Sen, *Lo sviluppo è libertà*. Mondadori, 1999: 5-16; 150-161
- Undp *Human development Report*, 2003.
- Undp *Human development Report: Human mobility and development*, 2009: 3; 9-17; 23-31; 46-51; 79-97.
- A. Sen, *Globalizzazione e libertà*. Mondadori, 2003: 3-9; 138-140.
- Vandana Shiva, *Il bene comune della terra*. Feltrinelli, 2006: 134-145

- WHO European Region. *The European health Report*, 2005: Table 6.120
- L. Napoleoni, *Economia canaglia. Il lato oscuro del nuovo ordine mondiale*. Il Saggiatore, 2008: 10-16; 22.
- Kevin Bales, *I nuovi schiavi. La merce umana dell'economia globale*. Feltrinelli, 2000: 7-28
- U. Beck, *Un mondo a rischio*. Einaudi, 2003: 7-18
- Undp, *Human development Report*, 2007/2008: 9-16; 21-46.
- Onu, *World Population Prospect. The 2008 Revision*
- Unfpa, *State of World Population*, 2007
- Onu, *State of World the world's cites*, 2007
- Oms, *World Report on violence and health*, 2007: 1-18
- Unchr, *Global trends*, 2008: 2-4; 7-10
- Z. Bauman, *Dentro la globalizzazione. Le conseguenze sulle persone*. Laterza, 2001: 3-8

PREVALENZA DI TB LATENTE IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI DI HIV CLINIC DEL NORD UGANDA

Testo di / Luca Sarti, Luca Iaboli, Ronald Wadria, Stella Akello, Mario Marsiaj

INTRODUZIONE

La tubercolosi (Tb) e l'infezione da *virus* dell'immunodeficienza umana (Hiv) si sono dimostrate strettamente correlate sin dalla scoperta del *virus* Hiv stesso. *Report* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) evidenziano come in particolare l'Africa sub-Sahariana sia la regione del mondo che registra la più elevata percentuale di coinfezione Hiv/Tb. Nel 2006 su scala mondiale sono stati 9,2 milioni i nuovi casi di Tb, di cui l'8% coinfezioni Hiv; di questi l'85% risiedono in Africa sub-Sahariana, laddove vive però solo 1/10 della popolazione del globo. È ben noto come l'infezione da Hiv contribuisca ad un significativo incremento di incidenza di Tb, ed è di fatto l'Hiv che funge da motore alla diffusione della Tb nelle comunità dell'Africa sub-Sahariana. Tale *virus*, producendo una progressiva riduzione dell'immunità cellulare mediata, altera la patogenesi della tubercolosi, aumentando significativamente la probabilità che la malattia si verifichi in persone con contatto pregresso o presente. In termini assoluti, in Africa sub-Sahariana la tubercolosi è la più frequente malattia opportunistica in pazienti Hiv positivi, spesso la prima manifestazione di infezione da Hiv, e la principale causa di morte negli stessi. L'Oms ha dal 2006 lanciato la campagna verticale "Stop Tb" diretta al controllo della tubercolosi, nell'orizzonte dei *Millenium Development Goals*. L'obiettivo è dimezzare entro il 2015 la prevalenza e la mortalità di malattia rispetto ai dati dell'anno 1990. Gran parte di questa battaglia si combatterà proprio in tale zona dell'Africa.

L'infezione da Hiv incrementa la probabilità di progressione dell'infezione da *M. tuberculosis* a malattia tubercolare, in modo proporzionale all'aumento dell'immunosoppressione. Oltre a ciò, Hiv aumenta anche la rapidità di progressione di una infezione recente o latente da *M. tuberculosis* a malattia. Un individuo Hiv negativo con una tale condizione di infezione latente ha una probabilità del 5% di sviluppare una malattia tubercolare nel corso della vita, a fronte di un incremento al 50% in caso di Hiv positività, circa 10% per anno.

Un'infezione tubercolare latente (*latent Tb infection - LTbI*)

si verifica quando un individuo ha bacilli di *M. tuberculosis* in fase di quiescenza e pertanto non ha una malattia attiva; essa può essere diagnosticata da una intradermoreazione di Mantoux (*Tuberculin Skin Test - Tst*), positiva per *induratio* della cute di 5 mm, misurata perpendicolarmente alla direzione di ingresso dell'ago. Nella popolazione Hiv positiva viene utilizzato un *cut off* pari a 5 mm.

Siccome la sieropositività Hiv incrementa sensibilmente il rischio di contrarre la malattia tubercolare, l'identificazione e il trattamento delle persone Hiv positive con LTbI è stato fortemente consigliato da Oms/UnAids in tutti i contesti, anche e soprattutto in quelli a risorse economiche limitate. Il trattamento *standard* si avvale di isoniazide (Inh) in mono-somministrazione giornaliera, al dosaggio di 5 mg/kg (max 300 mg). Tale trattamento di profilassi è definito Ipt (*isoniazide preventive therapy*), ma per distinguerlo dal più noto acronimo Ipt (*intermittent presumptive treatment*) che fa riferimento al trattamento presuntivo della malaria in gravidanza, è spesso usata anche la dicitura Tb-Ipt. Sempre in paesi a risorse limitate, il consueto ciclo di profilassi è di sei mesi di isoniazide assunta senza osservazione diretta, con visite mensili di *refilling* presso l'Hiv clinic. Si considera un regime completo un minimo di 180 dosi assunte in nove mesi o l'80% delle dosi assunte in sei mesi. Spesso, se possibile, si associa piridossina 10-25 mg. Attualmente non viene raccomandato di prolungare la terapia con isoniazide oltre sei mesi o di ripeterla nei successivi anni.

Studi su minatori Hiv positivi del Sudafrica hanno evidenziato che in *follow up* di 22 mesi una Tb-Ipt riduceva l'incidenza di tubercolosi del 46%, mentre una metanalisi di sette studi randomizzati controllati con tempo medio di *follow up* 0,4-3,2 anni, eseguiti in paesi a risorse economiche limitate, ha mostrato come la stessa chemioprophilassi per sei mesi riduceva del 42% il rischio relativo di contrarre la Tb, senza ridurre però la mortalità.

Un *trial* randomizzato condotto in Zambia ha dimostrato che un ciclo di sei mesi di isoniazide riduceva il rischio di tubercolosi attiva fino al 60% su 1-5 anni di *follow-up*.

Tuttavia, pur a fronte di questi segnali di letteratura e pronunciamenti di agenzie internazionali, questo intervento di chemioprolifassi è poco diffuso in Africa sub-Sahariana, trovando un tentativo di strutturata applicazione solo nel Botswana. I paesi dell'East Africa tra cui anche l'Uganda, a tutt'oggi hanno scelto di non farlo proprio, probabilmente perché sebbene la percezione del problema a livello ministeriale sia alta, incidono pesantemente sul campo risorse economiche, umane, infrastrutturali non adeguate per gestire in modo integrato in generale tutta la copatologia Hiv/Tb. In modo provocatorio ma non troppo lontano dal vero, editoria- listi della rivista *Aids* hanno definito la patologia tubercolare misconosciuta come un vero e proprio "pachiderma" che si nasconde nella *Hiv clinic*.

Avendo scelto di lavorare per un periodo di tempo in un ospedale distrettuale nel cuore dell'Africa sub-Sahariana, nel villaggio di Angal, West Nile, Uganda, ho avuto modo di analizzare in un campione di casistica afferente alla locale *Hiv clinic* quale percentuale di pazienti presentavano una tubercolosi latente, cercando di quantificare in loco le dimensioni di questo ipotetico "pachiderma".

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Indagare su un campione di pazienti afferenti alla *Hiv clinic* di un tipico ospedale distrettuale dell'Africa sub-Sahariana la prevalenza di Tb latente che giustificasse secondo Oms/UnAids una chemioprolifassi con isoniazide.

IL CONTESTO

L'ospedale di Angal si trova in Uganda nel distretto di Nebbi, regione del West Nile, a nord del paese. È dotato di 260 posti letto per un bacino di riferimento di 170.000 persone. La direzione dell'ospedale è interamente ugandese.

Fa parte di una rete di 27 ospedali "Private Non for Profit", che di fatto realizzano circa il 40% delle prestazioni sanitarie ugandesi. Tale rete di servizi è in regime di partenariato con il settore sanitario governativo del paese.

Negli ultimi anni l'ospedale ha dovuto fronteggiare una diminuzione delle risorse anche umane, a fianco di un aumento delle richieste e delle sfide esterne, delle quali i servizi Hiv/Aids sono stati e sono un esempio emblematico. In questo scenario, Angal Hospital ha dovuto far propria la strategia del consolidare i servizi presenti, e dell'integrare nuovi inevitabili servizi in quelli già strutturati, evitando pericolose espansioni suscettibili di non sostenibilità anche nel breve medio termine. Le attività Hiv/Aids sono state pesantemente influenzate da queste variabili.

L'*Uganda Hiv/Aids Sero-Behavioural Survey* (Uhsbs) 2004-05 calcola la prevalenza di sieropositività nella fascia di popolazione 15-49 anni pari al 6,4%, con picchi di 8,5% in aree urbane (capitale Kampala), e con minimi di 2,3% nel West Nile dove si colloca l'ospedale di Angal. Tuttavia la parte dell'area di riferimento dell'ospedale che si affaccia sul lago Alberto, crocevia di commercio ittico, è presuntivamente associata a prevalenze superiori rispetto alla media ufficiale.

La Tb ha una prevalenza elevata come da paese ad alto impatto di malattia, pari a 561 casi su 100.000 abitanti, un'incidenza di 154 casi su 100.000 abitanti (calcolata in riferimento a sputum positive), con un 16% di nuovi pazienti co-infetti Hiv, con un *case detection rate* del 44% a fronte del 70% di *target Who*. Purtroppo, due degli elementi chiave della strategia Dots (*Directly Observed Treatment, Short-course*), diagnosi batterioscopica e trattamento *directly observed*, non sono strutturalmente diffusi in Uganda. Le attività integrate Tb/Hiv si stanno espandendo, ma ancora nel 2006 solo un quarto dei pazienti con Tb erano testati per Hiv. Il distretto del West Nile dove si trova l'ospedale di Angal è in linea con questi dati.

La *Hiv clinic* dell'ospedale di Angal si tiene una volta alla settimana, il giovedì.

Al 31 maggio 2008 i pazienti seguiti dalla clinica erano 530, dei quali 116 in trattamento antiretrovirale (ART).

Le attività ambulatoriali si svolgono in un'ala dell'ospedale destinata ai pazienti paganti, e non in una area dedicata. Il corridoio che dà accesso agli ambulatori non ha finestre lungo i lati e pertanto si presenta in penombra. L'affollamento è evidente, con la maggior parte dei pazienti seduti a terra in attesa. Non esiste possibilità di effettuare "fast track" per pazienti con Tb polmonare in trattamento, che si trovano a condividere spazi con gli altri.

I servizi offerti sono di *Voluntary Counselling and Testing* (Vct), di controllo clinico e prescrizione farmaci antiretrovirali o chemioprolifassi con cotrimoxazolo (*Art treatment/Ctp*), di consegna dei farmaci prescritti (*drug filling*), in tre distinte postazioni con questa suddivisione:

(1) Vct: 1 tecnico di laboratorio per lettura test + 1-2 *counselors* a seconda di disponibilità.

(2) Art/Ctx *treatment*: 1 *clinical officer* se disponibile, 1 infermiera entrambi formati alla gestione della terapia antiretrovirale da corso certificato.

(3) *Drug filling*: 1-2 infermieri.

Una conta dei linfociti Cd4 viene eseguita giornalmente nell'ospedale regionale di riferimento ad Arua, o mensilmente presso il vicino ospedale governativo di Nebbi, con costi di trasporto inevitabilmente a carico del paziente.

Il trattamento delle infezioni opportunistiche è effettuato se possibile ambulatorialmente, diversamente in regime di ricovero. È attivo un servizio di home based care per pazienti in condizioni generali assai deteriorate.

MATERIALI E METODI

Da giugno ad agosto 2008 sono state somministrate via iniezione intra-dermo-cutanea in sede antibrachiale U_i di Ppd a pazienti adulti Hiv positivi, non in trattamento antiretrovirale. Il preparato disponibile era acquistato presso il *Joint Medical Store* di Kampala, rifornitore dedicato di farmaci e presidi dell'ospedale. Ogni giovedì quelli tra i pazienti che risiedevano entro un raggio di 20 chilometri attorno all'ospedale venivano reclutati nello studio previa randomizzazione con programma freeware *Random Number Generator Pro*. Più precisamente, ciascun paziente sin dall'arruolamento nella clinica Hiv è contraddistinto da un numero identificati-

vo, con numeri progressivi dal primo iscritto fino all'ultimo. Tra i pazienti che si sapeva essere in nota per un dato giorno in ordine di numero identificativo venivano randomizzati fino ad un massimo di 15 pazienti a settimana. Si voleva cioè far sì che la scelta su chi investigare e chi no, fosse casuale, e non per esempio dipendente da chi fosse arrivato prima, perché più vicino o più facilitato economicamente. Ciò che decideva il numero di pazienti testati per settimana era il numero di quanti provenivano da villaggi entro il raggio predefinito, e che quindi avevano possibilità di ripresentarsi a 72 ore per la lettura del *test*. In tale raggio erano comprese le sottocontee di Nyaravur, Erussi, Parombo, Panyango, Kucwiny, Akworo.

Criteri di inclusione erano i seguenti:

- (1) Età superiore ai 18 anni.
- (2) Paziente Hiv positivo non in trattamento antiretrovirale.
- (3) Villaggio di residenza entro i 20 chilometri.
- (4) Non sintomi clinici di Tb polmonare attiva (non febbre, peso stabile, non tosse > 3 settimane).
- (5) Non pregresso trattamento antitubercolare.

Criteri di esclusione erano:

- (1) Gravidanza in atto o sospetta (ultima mestruazione > 1 mese).
- (2) Impossibilità del paziente a recarsi a controllo a 72 ore.
- (3) Mancato consenso verbale in presenza di testimoni.

Verificata sul singolo paziente la presenza/assenza dei suddetti criteri, si procedeva al *test*. In caso di mancato consenso o di assenza del paziente previsto, si passava al paziente successivo del giorno, secondo ordine generato dal programma di randomizzazione.

Il Tst veniva somministrato su superficie flessoria in sede antibrachiale sinistra con ago sottile da insulina, provocando la comparsa di un piccolo ponfo. Veniva applicata una garza con cerotto di protezione. Si raccomandava all'interessato di evitare che la garza venisse a contatto con acqua e di rimuovere il cerotto. Si invitava a tornare dopo 72 ore, vale a dire

la successiva domenica, al mattino. Veniva definito positivo un Tst di 5 mm, misurato da un medico perpendicolarmente alla direzione dell'ago che iniettava il Ppd stesso. Veniva fotografata la regione antecubitale per iconografia, venivano poi effettuate ulteriori domande volte a indagare eventuale presenza di contatto prolungato con altre persone in trattamento antitubercolare negli ultimi cinque anni, indipendentemente dal risultato del *test*.

Veniva compilato un foglio di lavoro Excel con i dati dei pazienti.

È stato calcolato il potere diagnostico di un'anamnesi positiva o negativa per contatto tubercolare in una popolazione ad alto rischio come quella oggetto dello studio. Si è usato il Tst come esame *gold standard* per la diagnosi. Si è compilata una tabella 2x2 e calcolate sensibilità, specificità, valore predittivo positivo (Vpp), negativo (Vpn), rapporto di verosimiglianza positivo (*likelihood ratio* positivo - Lr+), rapporto di verosimiglianza negativo (*likelihood ratio* negativo - Lr-) di tale anamnesi. Questi ultimi ci indicano la probabilità che una risposta positiva sia effettivamente legata alla presenza di malattia rispetto alla probabilità che non ce l'abbia (Lr+), o la probabilità che una risposta negativa sia ottenuta in un paziente con la malattia rispetto che in un paziente senza (Lr-).

RISULTATI

Sono stati testati complessivamente 43 pazienti, con età media 36 anni. Di questi solo tre non si sono presentati alla successiva visita di lettura a 72 ore.

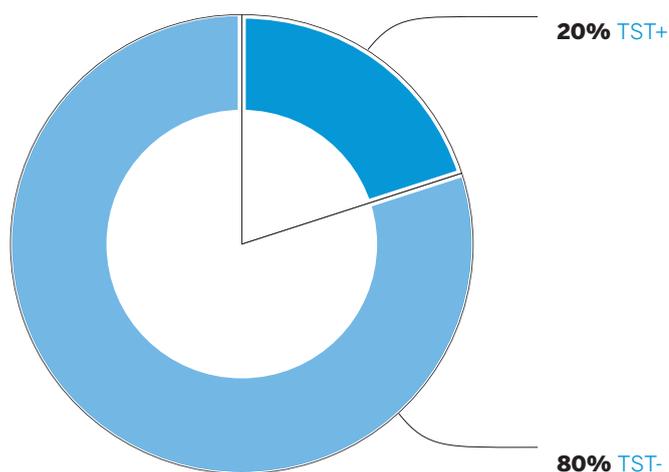
Otto pazienti su quaranta sono risultati Tst + pari al 20% e pertanto eleggibili a Tb-Ipt secondo Oms/UNAids.

Sul totale dei pazienti che hanno accettato, ben 34 erano di sesso femminile (85%) con età media di 34 anni. La metà precisa dei pazienti Tst+ dichiarava un contatto tubercolare negli ultimi cinque anni.

Il 79% dei pazienti si trovava in *Who clinical stage* I - II.

TABELLA 1 / CARATTERISTICHE GENERALI DEL CAMPIONE

Numero pazienti	43	% Tb contact at home	50%
Età media (anni)	36	Tst +	8 (20%)
Età media donne	34	Tst -	32 (80%)
Età media uomini	45	Who Clinical stage I	11 (26%)
Rapporto uomini / donne	6/34	Who Clinical stage II	23 (53%)
Numero drop out	3 (7%)	Who Clinical stage III	5 (12%)
WHO Clinical stage IV			4 (9%)

GRAFICO 1 / PAZIENTI TST+ SUL TOTALE DEL CAMPIONE TESTATO**TABELLA 2** *

		TST				
		+		---		TOTAL
TB CONTACT	YES	4	a	b	2	6
	NO	4	c	d	30	34
	TOTAL	8			32	40
Sensibilità		a/(a+c)		0,5		
Specificità		d/(b+d)		0,9		
VPP		a/(a+b)		0,7		
VPN		d/(d+c)		0,9		
LR+		Sensibilità / (1-Specificità)				5
LR-		(1-Sensibilità) / Specificità				0,6

* Tabella 2x2 con calcoli di sensibilità, specificità, valore predittivo positivo e negativo, LR+ e LR- di una anamnesi di contatto tubercolare nei 5 anni precedenti

Degli otto pazienti risultati positivi, il 50% riferiva diagnosi di contatto tubercolare a domicilio nei cinque anni precedenti. Dei 32 pazienti risultati negativi, solo due riportavano tale contatto. La sensibilità di una anamnesi positiva è conseguentemente bassa (50%), mentre la specificità decisamente migliore (90%). Considerato che di Lr pari a 1 rappresenta quanto ci si potrebbe aspettare dal caso e quindi una parità di probabilità, si è ottenuto un valore LR+ di 5, ed una Lr- di 0,6. Un'anamnesi positiva per contatto tubercolare ha ovviamente molto più valore di una risposta negativa, che ha un bassissimo potere di esclusione.

Caratteristiche dei pazienti, risultato dei Tst e il calcolo del potere discriminante dell'anamnesi sono riportati visivamente nella sezione seguente.

DISCUSSIONE

Dallo studio si evince nel campione testato una prevalenza di tubercolosi latente decisamente elevata, in quanto un paziente su cinque è affetto, come tale ad alto rischio di sviluppare malattia tubercolare e pertanto candidabile a terapia di profilassi con isoniazide.

Un dato per certi versi sorprendente per chi si trovi a lavorare in un ospedale distrettuale tipico, per un paese a risorse economiche limitate, è la forbice esistente tra i pronunciamenti delle agenzie sanitarie internazionali con le linee di finanziamento dedicate alla loro implementazione, e la loro effettiva applicazione/disponibilità sul campo. Parallelamente anche in letteratura, a fronte di report Who dove si esplicita che il trattamento della Tb latente è una componente fondamentale della strategia di controllo della tubercolosi, non si riportano poi dati epidemiologici che quantifichino il fenomeno, ma solo report isolati. Uno studio condotto a Dar Es Salaam in Tanzania, ha documentato una tubercolosi attiva in 14 su 93 pazienti Hiv positivi reclutati (15%), non in Haart. Ma ancora non si tratta di prevalenza di Tb latente, probabilmente maggiore. In uno studio condotto a Kampala in Uganda su 5.600 pazienti trovati Hiv positivi in un Vct center, 1384 accettarono un Tst. Il 19% non si presentò per la lettura, ma di chi si presentò il 53% risultò positivo e pertanto affetto da Tb latente.

Solo in una recente review viene definito e calcolato il carico della Tb latente come entità a sé, con valori di prevalenza che vanno genericamente dal 46% del sud est asiatico, al 31% dell'Africa, al 27% del Mediterraneo orientale. La presente ricerca, pur con i suoi limiti, vuole essere un contributo a quantificare il fenomeno in un'area rurale dell'Uganda, che rappresenta il *setting* tipico di un ospedale periferico dell'Africa sub-Sahariana, in prima linea nel dare una risposta sanitaria al problema.

Il dato riscontrato di prevalenza pari al 20%, certo alto ma pur inferiore rispetto al dato dello studio di Kampala, può essere spiegato nella minor prevalenza dell'infezione Hiv nella regione periferica del West Nile rispetto per esempio all'area urbana della capitale (2.3% contro 8.5% nella fascia 15-49 anni), dove il sovraffollamento presumibilmente incrementa anche la circolazione del *M. tuberculosis*.

Certo alcune domande sono d'obbligo. Per esempio se è rappresentativo il campione scelto, o se è davvero ancora

sufficiente il Tst per identificare la Tb latente quando nuovi indagini sierologico-immunologiche (*test* QuantiFERON, ELISPOT) si stanno proponendo come *test* più specifici, perché si sono scelti pazienti Hiv positivi non in trattamento antiretrovirale. Il campione ha come limite di essere ristretto ad un'area circoscritta ad un raggio di 20 chilometri attorno all'ospedale. Questo limite è stato imposto dalla impossibilità di poter fare letture del *test* a 72 ore in chi abitasse nei villaggi più distanti. Si può eccepire che in tale area più vicina all'ospedale i servizi sanitari stessi possono essere storicamente più accessibili e tali da rendere inferiore la circolazione del *M. tuberculosis* nella comunità. In realtà il distretto di Nebbi nel suo complesso (dati 2007) presenta un Tb *case detection rate* di 43,8% a fronte di un 23,9% di Angal hospital (ben al di sotto del 70% *target* nazionale ed internazionale), e un *treatment success rate* (percentuale dei pazienti inizialmente sputum + che hanno terminato i sei mesi di terapia, anche senza controllo batterioscopico) dell'83% a fronte di un valore per Angal hospital del 52%, valori quindi inferiori a quelli del distretto. In tutto il distretto finora purtroppo non è stato attivato un programma di *active case finding* per la tubercolosi, per cui i pazienti trattati sono quelli che accedono direttamente spontaneamente alle strutture. Angal non presentando indicatori di performance del programma Tb superiori a quelli del distretto in cui è inserito non sembra curare meglio e di più chi sta più vicino. I dati dell'ospedale sono anzi inferiori rispetto al dato di distretto anche perché per politica sanitaria nazionale un paziente che inizia il trattamento per Tb in ospedale dopo due settimane è dimesso e trasferito all'health center più vicino, per continuare in tale sede, più vicina a casa, il trattamento per complessivi sei mesi. Ne consegue che statisticamente molti sembrano non completare la terapia solo perché sono trasferiti a centri periferici.

Per evitare però che pazienti che arrivano prima perché più vicini fossero rappresentati maggiormente, si è provveduto a randomizzazione lasciando cioè che fosse il caso a decidere chi dovesse essere testato indipendentemente dall'ordine di arrivo e dalla vicinanza.

Si segnala una elevata, ed entusiastica, partecipazione delle donne (85%), sensibili e attente nel gestire la propria qualità di vita anche in presenza di Hiv, ed una notevole fidelizzazione alle attività della clinica, che ha permesso un basso numero di *drop out*. Ancora oggi pur in un paese che ha storicamente denunciato ed affrontato la pandemia Hiv prima di altri vicini, lo stigma permane alto, negli uomini più che nelle donne.

Non è stato necessario consegnare incentivi di alcun genere per ottenere il consenso dei pazienti, nonostante le spese di trasporto che sovente hanno dovuto sostenere per recarsi dopo 72 ore alla lettura del *test*.

Il Tst rappresenta ancora uno strumento utile per la diagnosi di Tb latente. Certamente ha dei limiti, il principale dei quali è la mancanza di specificità dovuta a cross-reazione con antigeni di altri micobatteri, primo tra tutti il bacillo di Calmette e Guerin, o con microrganismi del complesso Avium intracellulare. Inoltre un *test* negativo non esclude l'infezione o la malattia tubercolare in atto. Il Tst dipende da una intatta risposta immunitaria cellulo mediata, che nel caso di infezione con Hiv può non essere tale e portare a risultati falsi negativi. Da tempo è noto come il conteggio dei linfociti Cd4 condiziona il risul-

tato del test in pazienti Hiv positivi. L'applicazione di più antigeni in sede intradermica congiuntamente al Tst, proposta nel 1991 dai Cdc di Atlanta per i pazienti Hiv positivi (*anergy test*) al fine di documentare uno stato anergico e meglio interpretare come falso negativo una assenza di reazione tubercolinica, è stato poi abbandonato nel 1997. Ha pesato su questa scelta l'assenza di condivisione su come somministrare il test, e l'assenza di un chiaro *cut-off* su come interpretarlo. Oggi sono sicuramente disponibili nuovi strumenti per diagnostica *in vitro* di Tb latente, come il test Quantiferon, approvato da Fda statunitense, basato sul dosaggio ELISA della concentrazione di *interferon-γ* liberato da popolazioni di linfociti stimolati da proteine di *M. tuberculosis*. La loro implementazione però in paesi a risorse limitate è ad oggi non realistica, soprattutto in laboratori di ospedali distrettuali, per mancanza di tecnologie appropriate, richieste di numero insufficiente per rendere la tecnologia *cost-effective*, assenza di personale formato, costo proibitivo dei *kit*. A ciò si aggiunge una sensibilità non ancora definita in pazienti immuno-soppressi, come quelli Hiv positivi, per cui la performance del test pare sovrapponibile al Tst. Ad oggi, di fatto l'Oms consiglia in paesi a limitate risorse economiche di continuare ad eseguire il Tst per diagnostica di Tb latente in pazienti Hiv positivi, siano essi in terapia antiretrovirale (Art) o meno.

La scelta di usare come criterio di inclusione pazienti non in terapia antiretrovirale nasce da una considerazione realistica: in questo momento l'accesso alla terapia antiretrovirale nel West Nile e nel distretto di Nebbi dove si trova Angal hospital è ancora limitato ad una percentuale limitata di pazienti Hiv positivi eligibili, per contenute risorse umane e finanziarie dedicate. Solo un quinto dei pazienti della *Hiv clinic* è in trattamento antiretrovirale. Tutti sono in trattamento di profilassi con cotrimossazolo. Si voleva quindi effettuare lo studio in un campione il più possibile rappresentativo dei pazienti Hiv positivi, in gran parte non ancora purtroppo raggiunti dai programmi di *scaling up* di terapia antiretrovirale. Volendo uniformare il campione, si è preferito uniformarlo alla condizione più frequente, che è quella di paziente non in trattamento antiretrovirale.

Un paese attento alle proprie scelte di politica sanitaria come l'Uganda ha fatto propria la scelta di non implementare la Tb-lpt, probabilmente segno di come l'integrazione dei servizi Hiv/Tb rappresenti una sfida ancora in corso, con davanti a sé ancora molta strada da percorrere prima di poter essere dichiarata vinta. Nella "*Antiretroviral Treatment Policy for Uganda*" del 2003, non si fa menzione di Tb/Hiv *integrated services*, mentre vengono citate nel più recente "*Uganda National Policy on Hiv Counselling and Testing*" del settembre 2006, come espressione di una maggior presa di coscienza della ineludibilità di una gestione il più possibile integrata della co-infezione Hiv/Tb, almeno nella prima fase diagnostica. Ulteriore aumento della consapevolezza e delle strategie diagnostiche terapeutiche da mettere in atto si evincono dalla bozza delle linee guida ministeriali dell'aprile 2008 "*National antiretroviral treatment and care guidelines for adults adolescents and children*", in via di definitiva approvazione sulla quale si legge che ad ogni accesso alla Hiv clinic ogni paziente deve essere sottoposto ad un esame clinico mirato finalizzato a un Tb *active case finding*.

In realtà una Tb-lpt è stata realizzata strutturalmente nel Botswana, ed in modo più isolato da alcuni progetti pilota in Sud Africa, Malawi e Zambia all'interno dell'iniziativa Protest lanciata nel 1997 dall'Oms. L'obiettivo era implementare una risposta coordinata alla tubercolosi in paesi ad alta endemia Hiv, attraverso una stretta collaborazione tra programmi Hiv e Tb. Punto di entrata per i pazienti era un accesso a servizi di Vct (*Voluntary counselling and testing*), per poi usufruire di un pacchetto di servizi preventivi, di cura e supporto.

Veniva prescritta isoniazide 300 mg/die per sei mesi a pazienti Hiv positivi, senza segni clinici di Tb attiva. L'obiettivo del progetto non era quello di testare l'efficacia della lpt.

Nel Malawi il progetto è stato implementato in una singola sede. Tra quelli che hanno iniziato, solo il 32% ha completato lo schema per sei mesi. Un paziente si definiva compliant se aveva assunto in massimo nove mesi le dosi di farmaco prescritte per sei mesi.

In Sudafrica i centri pilota furono sei, con percentuali di pazienti Hiv positivi che accettarono il test dal 26 al 48%. In questo caso l'aderenza venne definita come l'assunzione in massimo otto mesi della terapia prescritta per sei, e variò dal 24 al 59%.

Infine in Zambia su 2652 pazienti testati solo il 52% accettarono la Tb-lpt. Solo il 29% completò la terapia di sei mesi, peraltro qui in massimo dodici mesi. Vennero condotte interviste per scoprire la ragione della scarsa aderenza riscontrata. Le ragioni citate più frequentemente erano la fame, l'assenza di supporto da parte della famiglia, scarsa fiducia nell'efficacia dell'isoniazide e timori di effetti collaterali.

Quali le lezioni apprese da queste esperienze pilota?

È possibile offrire servizi di Tb-lpt tramite rafforzamento ed integrazione dei servizi Hiv/Tb.

La *compliance* dei pazienti alla terapia è abitualmente bassa, ma può migliorare con un rigoroso processo di selezione dei pazienti. I costi totali del servizio sembrano essere contenuti. In conclusione a favore della scelta dell'Uganda di non dare Tb-lpt starebbe il timore che la bassa *compliance* delle esperienze pilota possa portare a possibile aumento di farmaco-resistenza. Altro elemento è la durata ottimale del trattamento. Questa è fissata a sei mesi da Oms, ma sono stati proposti schemi anche a 12 mesi. Esistono infatti segnali di letteratura secondo i quali l'efficacia protettiva della terapia nei pazienti Hiv positivi non in trattamento antiretrovirale sfumerebbe nel tempo(27). Anche l'assenza di finanziamenti dedicati, forza a questa scelta. A sfavore della scelta adottata stanno le metanalisi citate(10, 12) che orientano per una riduzione del rischio di Tb attiva fino al 40% in tre anni.

Pur con la limitata casistica dello studio, si è voluto infine calcolare con una semplice tabella statistica 2x2 se una anamnesi di contatto tubercolare negli ultimi cinque anni era sufficiente per avanzare una diagnosi di tubercolosi latente, in un contesto di alta prevalenza di infezione. Ad ogni paziente in sede di lettura indipendentemente dal risultato veniva eseguito questo supplemento anamnestico. Il risultato depone per uno scarso valore di una risposta negativa, mentre la probabilità aumenta sensibilmente in caso di risposta affermativa, con un rapporto di verosimiglianza positivo (*likelihood ratio*) pari a cinque. Verosimilmente il massimo del potere predittivo

positivo lo si ottiene in caso di risposta positiva di contatto tubercolare con Tst positivo.

Gli otto pazienti del campione testati non sono stati sottoposti a Tb-Ipt. La condizione di tubercolino positività è stata segnata in evidenza nel loro quaderno personale, recato ad ogni visita, perché l'*active case finding* su di loro possa essere ancora più scrupoloso ad ogni accesso. Ulteriori sviluppi

di tale ricerca possono nascere dal *follow up* nel tempo di tali pazienti, per evidenziare segni precoci di Tb.

L'auspicio è che l'Uganda come Ministero della Salute e i distretti periferici come erogatori di prestazioni sanitarie possano accedere e canalizzare adeguatamente risorse, non solo finanziarie, per integrare meglio i programmi Hiv/Tb nei pacchetti di servizi forniti.

BIBLIOGRAFIA

- Who report 2008. *Global tuberculosis control 2008: surveillance, planning, financing* http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html
- Corbett EL, Marston B, Churchyard GJ, De Cock KM. *Tuberculosis in sub-Saharan Africa: opportunities, challenges, and change in the era of antiretroviral treatment*. *Lancet* 2006; 367: 926–37
- Grant AD, Djomand G, De Cock KM. *Natural history and spectrum of disease in adults with Hiv/Aids in Africa*. *Aids* 1997;11 (suppl B): S43–54
- Ansari NA, Kombe AH, Kenyon TA, et al. *Pathology and causes of death in a group of 128 predominantly Hiv-positive patients in Botswana*. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002; 6: 55–63
- The Stop Tb Strategy. *Building on and enhancing DOTS to meet the Tb-related Millennium Development Goals*. <http://www.who.int/tb/publications>
- Raviglione MC, Harries AD, Msiska R, Wilkinson D & Nunn P. *Tuberculosis and Hiv: current status in Africa*. *Aids* 1997;11,S115–S123.
- *Tb/Hiv - A Clinical Manual Second edition WHO 2004* <http://www.who.int/tb/publications>
- Targeted. *Tuberculin Testing and Treatment of Latent Tuberculosis Infection* *Mmwr* June 9, 2000 / Vol. 49 / No. RR-6
- Who global tuberculosis programme/UnAids. *Policy statement on preventive therapy against tuberculosis in people living with Hiv*. 1998 Document Who/Tb/98.255; UNAids/98.34. www.eldis.org/static/Doc7104.htm
- Wilkinson D, Squire SB, Garner P. *Effect of preventive treatment for tuberculosis in adults infected with Hiv: systematic review of randomised placebo controlled trials*. *Bmj* 1998; 317: 625–29
- Grant AD, Charalambous S, Fielding KL. *Effect of Routine Isoniazid Preventive Therapy on Tuberculosis Incidence Among Hiv-Infected Men in South Africa. A Novel Randomized Incremental Recruitment Study*. *Jama*. 2005;293:2719-2725
- Bucher HC, Griffith LE, Guyatt HG et al. *Isoniazid prophylaxis for tuberculosis in Hiv infection: a meta-analysis of randomized controlled trials*. *Aids* 1999, 13:501–507
- Quigley MA, Mwinga A, Hosp M, et al. *Long-term effect of preventive therapy for tuberculosis in a cohort of Hiv-infected Zambian adults*. *Aids*. 2001 Jan 26;15(2):215-22
- Maher D, Borgdorff M, Boerma T. *Hiv-related tuberculosis: how well are we doing with current control efforts?* *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9: 17–24
- Barbara Marston and Bess Miller. *Tuberculosis: the elephant in the Aids clinic?* *Aids* 2006, 20:1323–1325
- 2004 2005 Uganda Hiv/Aids sero behavioural survey. <http://www.health.go.ug>
- Mtei L, Matee M, Herfort O et al. *High rates of clinical and subclinical tuberculosis among Hiv-infected ambulatory subjects in Tanzania* *Clin Infect Dis* 2005; 40:1500
- Raviglione AT. *Preventive chemotherapy for Hiv-associated tuberculosis in Uganda: an operational assessment at a voluntary counselling and testing center*. *Aids* 1995, 9:267–272.
- Corbett EL, Watt CJ, Walker N, et al. *The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the Hiv epidemic*. *Arch Intern Med* 2003; 163:1009–21
- Jones BE, Young SM, Antoniskis D, Davidson PT, Kramer F, Barner PF. *Relationship of the manifestations of tuberculosis to Cd4 cell counts in patients with human immunodeficiency virus infection*. *Am Rev Respir Dis* 1993; 148: 1292–1297
- Centers for Disease Control and Prevention. *Energy Skin Testing and Preventive Therapy for Hiv-Infected Persons: revised Recommendations* *Morb Mortal Wkly Rep* 1997;46(No.RR-15):1-10
- *Guidelines for the Investigation of Contacts of Persons with Infectious Tuberculosis*. *Morb Mortal Wkly Rep* 2005; 54 RR-15:1-62
- *Antiretroviral treatment policy for Uganda*. Uganda Ministry of Health, June 2003
- *Uganda national policy on Voluntary Counselling and Testing*. Uganda Ministry of Health, September 2006
- *National antiretroviral treatment and care guidelines for adults, adolescents and children*. Uganda Ministry of Health, April 2008, draft document
- *Report on a "Lessons learnt" workshop on the six Protest pilot projects in Malawi, South Africa and Zambia*. [Who/Html/Tb/2004.336](http://www.who.int/Html/Tb/2004.336) at www.who.int
- Johnson JL, Okwera A, Hom DL, et al. *Duration of efficacy of treatment of latent tuberculosis infection in Hiv-infected adults*. *Aids* 2001; 15: 2137–47

MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Mission

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. A tale scopo si impegna nella formazione in Italia e in Africa delle risorse umane dedicate, nella ricerca e divulgazione scientifica in ambito tecnico di cooperazione sanitaria, nell'affermazione del diritto umano fondamentale alla salute per tutti, anche dei gruppi più marginali, diffondendo nelle istituzioni e nell'opinione pubblica i valori della solidarietà e della cooperazione tra i popoli, della giustizia e della pace.

Storia

In **cinquantanove** anni di storia:

- **1.252** sono le persone inviate nei progetti: di queste 367 sono i ripartiti una o più volte. Il totale complessivo degli invii è stato quindi di 1.908;
- **3.725** gli anni di servizio effettuati, con una media di 3 anni per ciascuna persona inviata;
- **920** gli studenti ospitati nel collegio: di questi 640 italiani e 280 provenienti da 34 paesi diversi;
- **279** i medici veneti partiti in quasi 60 anni;
- **192** gli ospedali serviti;
- **38** i paesi d'intervento;
- **150** i programmi principali realizzati in collaborazione con il ministero degli Affari Esteri e varie agenzie internazionali.

Oggi siamo presenti in:

Angola, Etiopia, Kenya, Mozambico, Sud Sudan, Tanzania, Uganda con:

- **78 operatori:** 50 medici, 6 paramedici, 2 esperte comunitarie e 20 amministrativi e logisti
- **40 progetti** di cooperazione principali e un centinaio di micro-realizzazioni di supporto, con i quali appoggia:
 - 14 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).

Collegamenti nazionali/internazionali

A livello nazionale e internazionale Medici con l'Africa Cuamm fa parte di *Volontari nel mondo - Focsiv*, la federazione degli organismi cristiani di servizio internazionale volontario. È membro dell'*Associazione delle Ong italiane* e di *Medicus Mundi International*, la federazione internazionale di organismi di cooperazione in campo sanitario. Medici con l'Africa Cuamm è parte anche di *Link 2007*, associazione che riunisce 11 delle principali ong italiane. È corrispondente – in collegamento stabile e riconosciuto – dell'Unicef e sottoscrittore del Codice di condotta della Croce Rossa Internazionale. Ha sottoscritto l'accordo di partenariato con Echo, agenzia dell'Unione Europea per gli aiuti umanitari.

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**
telefona allo 049.8751279
- **ON LINE**
www.mediciconlafrica.org

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

COORDINAMENTI NAZIONALI

Italy via S. Francesco 126
35121 Padova
t 049.8751649
049.8751279
f 049.8754738
e-mail cuamm@cuamm.org

MAPUTO - MOZAMBICO

P.O. Box 686
t 00258.21.493067
f 00258.21.486899
e-mail mozambico@cuamm.org

ADDIS ABEBA - ETIOPIA

P.O. Box 12777
Main Post Office
t 00251.11.6612712
f 00251.11.662036
e-mail ethiopia@cuamm.org

DAR ES SALAAM - TANZANIA

P.O. Box 23447
t 00255.22.2775227
f 00255.22.2775928
e-mail tanzania@cuamm.org

KAMPALA - UGANDA

P.O. Box 7214
t 00256.414.267508
f 00256.414.267543
e-mail uganda@cuamm.org

LUANDA - ANGOLA

C.P. 16624
t 00244.22.338509
f 00244.222.309086
e-mail angola@cuamm.org

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.

GARANZIA DI RISERVATEZZA (legge 675/96)

I dati relativi ai destinatari della rivista sono riservati e potranno essere utilizzati solo allo scopo di inviare informazioni associative da parte di Medici con l'Africa Cuamm a meno che non si comunichi l'opposizione.

I destinatari della rivista possono in qualsiasi momento e gratuitamente richiedere la rettifica o la cancellazione dei dati relativi alla loro persona scrivendo al Responsabile dati: Medici con l'Africa Cuamm, Via S. Francesco, 126 - 35121 Padova.

DIRETTORE

Gavino Maciocco

COMITATO DI REDAZIONE

Dante Carraro, Adriano Cattaneo,
Silvio Donà, Fabio Manenti, Giovanni Putoto,
Angelo Stefanini

COLLABORATORI

Giovanni Baruffa (Brasile), Luigi Ciccì
(Uganda), Guido Giarelli, Eduardo Missoni,
Maurizio Murru, Giorgio Pellis, Rino Scuccato
(Mozambico)

DIRETTORE RESPONSABILE

Anna Talami

PROPRIETÀ

Luigi Mazzucato

AMMINISTRAZIONE

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

SEGRETARIA DI REDAZIONE

Elisa Bissacco

ART DIRECTION

Ramon Pezzarini

STAMPA

Publistampa - Via Dolomiti 12,
38057 Pergine Valsugana (Trento)



Salute e Sviluppo è pubblicato da
Medici con l'Africa Cuamm, con il contributo
del ministero degli Affari Esteri,
Direzione Generale per la Cooperazione
allo Sviluppo.

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

in abb. post. D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1
comma 2 - DCB Padova



La carta utilizzata per questo prodotto
è stampata da Publistampa Arti Grafiche,
azienda certificata.