



**MEDICI
CON L'AFRICA**
CUAMM



SALUTE

E SVILUPPO

rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
giugno 2013 — n° **67**

TAKING
CARE OF
EUROPE



giugno 2013/ n° 67



LA NOTIZIA

La violenza globale contro le donne

La violenza contro le donne è un fenomeno globale, una tragedia di enormi dimensioni: in tutto il mondo circa un terzo delle donne ha sperimentato sulla propria persona episodi di violenza, nella gran parte dei casi commessi dal *partner*. L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) per la prima volta dedica un rapporto specifico a questo tema, descrivendone le dimensioni e le conseguenze sulla salute delle donne¹. Il rapporto prende in considerazione due differenti tipi di violenza contro le donne: a) quella fisica o sessuale commessa dai *partner* e b) quella sessuale commessa da *non-partner*. Complessivamente il 35% delle donne nel mondo ha subito una violenza di questo tipo.

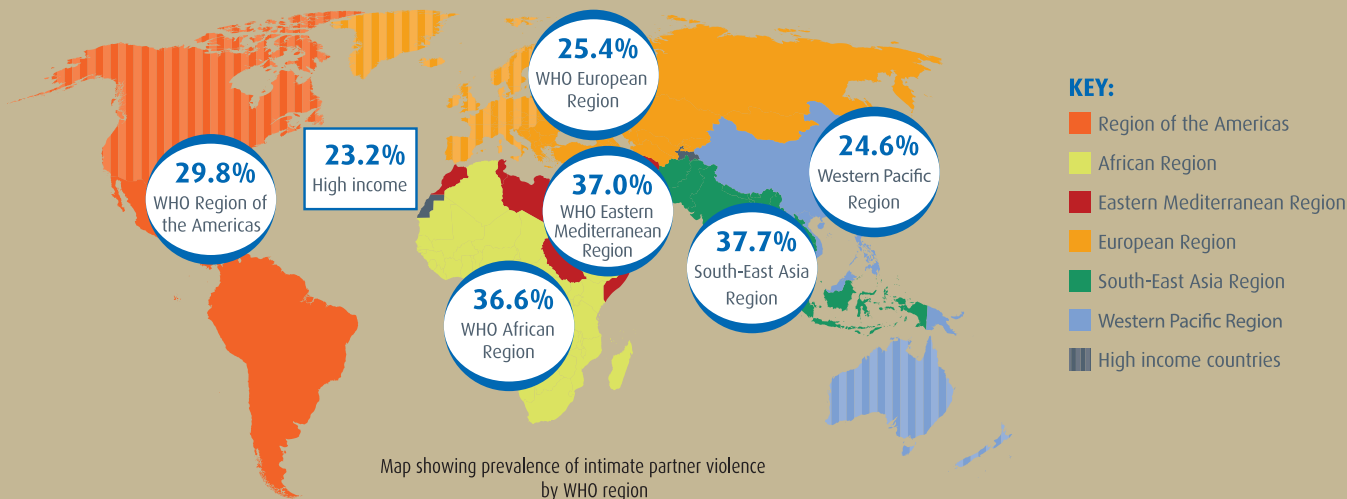
¹ <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/index.html>

FIGURA / VIOLENZA CONTRO LE DONNE: 1 DONNA SU 3 NEL MONDO INTERO È VITTIMA DI VIOLENZA FISICA E SESSUALE CAUSATA DA UN PARTNER O DA UN ALTRO SOGGETTO



1 in 3 women

throughout the world will experience physical and/or sexual violence by a partner or sexual violence by a non-partner



All statistics can be found in the report entitled Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, by the World Health Organization, the London School of Hygiene & Tropical Medicine, and the South African Medical Research Council, found here: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/index.html>

INDEX



DIALOGO

PAG. 2

SALUTE: UN VALORE UNIVERSALE ANCHE IN TEMPO DI CRISI

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

SALUTE IN EUROPA

Testo di / Gavino Maciocco



FORUM

PAG. 6

CAUGHT FROM INSIDE - THE OTHER SIDE OF LIFE

Testo di / Guido Maria Lattanzi, Egidio Candela

PAG. 7

FORM-AZIONE E COSCIENZA

Testo di / Mario Staccioni

PAG. 8

IL SISTEMA SANITARIO IN UNGHERIA

Testo di / Eniko Demeny

PAG. 9

LA CEU DI BUDAPEST

Testo di / Eniko Demeny



ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 12

UN VERO BIG BANG PER IL SISTEMA SANITARIO INGLESE

Testo di / Gavino Maciocco, Chiara Di Benedetto

PAG. 15

EMERGENZA TUBERCOLOSI NEI PAESI EX URSS

Testo di / Mario Raviglione, Giovanni Sotgiu



APPROFONDENDO

PAG. 17

POLITICA DI AUSTERITÀ E SALUTE. IL CASO DELLA GRECIA

Testo di / Renia Vagkopoulou



RASSEGNA

PAG. 18

CHI HA E CHI NON HA. STORIE DI DISEGUAGLIANZE

Testo di / Giovanni Putoto

PAG. 19

THE LANCET GLOBAL HEALTH

Testo di / Gavino Maciocco

DIRETTORE

Gavino Maciocco

COMITATO DI REDAZIONE

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

DIRETTORE RESPONSABILE

Anna Talami

PROPRIETÀ

Medici con l'Africa Cuamm

AMMINISTRAZIONE

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

COORDINAMENTO DI REDAZIONE

Chiara Di Benedetto

SEGRETARIO DI REDAZIONE

Elisa Bissacco

IDEA CREATIVA E ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA

Ramon Pezzarini

IMPAGINAZIONE E STAMPA

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

COPYRIGHT

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

REGISTRAZIONE E AUTORIZZAZIONE

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

SPEDIZIONE

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

Illustrazione di copertina di Ramon Pezzarini.

Taking care of Europe

Prendersi cura dell'Europa, soprattutto a livello sanitario. E soprattutto ora che le luci di molti sistemi sanitari sembrano spegnersi, lasciando i cittadini, specie quelli più poveri e a rischio di emarginazione, nella condizione di non potersi curare. La rivista presenta le riforme e i cambiamenti che hanno colpito molti paesi europei negli ultimi anni, come conseguenza della crisi economica.





DIALOGO

SALUTE: UN VALORE UNIVERSALE, ANCHE IN TEMPO DI CRISI

La credibilità e affidabilità economico-finanziaria dell'Italia continuano a calare. Il nostro sistema sanitario, tuttavia, funziona, e a costi mediamente bassi, ma si affacciano minacce di restrizione. Anche in tempo di crisi Medici con l'Africa Cuamm ribadisce il proprio impegno contro le ingiustizie sociali, perché la salute sia una responsabilità di tutti e per tutti.

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

Tripla B. Questo è il *rank* che le agenzie internazionali di *rating* – che si occupano di assegnare un giudizio o una valutazione sulla solidità di una società o di un sistema Paese nel mercato finanziario – hanno recentemente attribuito al nostro paese. Credibilità e affidabilità economico-finanziaria dell'Italia, dunque, continuano a calare. E se consideriamo altri indicatori come la disoccupazione, le prospettive dei giovani e delle famiglie o il numero dei poveri, probabilmente il valore scenderebbe a una tripla C.

C'è una dimensione però in cui, per ora, riusciamo a primeggiare con una tripla A: il tasso di mortalità materna più basso al mondo. In nessun altro paese le mamme partoriscono in modo così qualificato e sicuro come in Italia. E questo è l'indicatore che il nostro sistema sanitario, per quanto migliorabile, funziona e sta dando un buon servizio ai cittadini, a costi mediamente più bassi non solo di quanto si spenda negli Stati Uniti ma anche rispetto ad altri paesi europei.

Eppure, la crisi economico-sociale che ci sta attanagliando e che richiederebbe di rafforzare le reti di protezione sociale, compresa quella per la salute, sta spingendo i governi di molti paesi a noi vicini a tagliare la spesa sanitaria pubblica mettendo a repentaglio l'assetto universalistico del Servizio Sanitario Nazionale. Tutto questo è già capitato in Svezia, Spagna, Grecia e persino nel Regno Unito, paese che per primo, nel 1948, aveva intrapreso la strada della copertura sanitaria universale ispirando poi le altre nazioni. E questo approccio di restrizione sta minacciando ora anche il nostro paese.

«La sostenibilità futura dei sistemi sanitari nazionali compreso il nostro, di cui andiamo fieri, potrebbe non essere garantita se non si individuano nuove modalità di finanziamento per servizi e prestazioni», disse a fine 2012 l'allora Presidente del Consiglio Mario Monti, lasciando intendere la necessità di trovare qualche forma, più o meno estesa, di privatizzazione del finanziamento del sistema sanitario.

A rimetterne di più, se dovesse verificarsi questo nuovo assetto, sarebbero le fasce più povere della popolazione, i malati cronici e gli anziani che, come già si è visto di recente, stanno soffrendo gli effetti della crisi economica.

Il tema della sostenibilità di un servizio sanitario in un paese con risorse ridotte va affrontato e vanno trovate le soluzioni più adeguate, ma non possiamo ridurre il diritto alla salute a variabile dipendente dal crescere o meno del Pil.

Mi ha molto colpito il singolare esempio del coreografo e ballerino Erdem Gunduz che, a Istanbul, si è fermato di fronte al Centro Culturale di piazza Taksim che porta il nome del padre della Turchia laica, Ataturk. E lì è rimasto, immobile e muto per otto ore. In poche ore intorno a lui era cresciuta una foresta: giovani, anziani, studenti, lavoratori, tutti immobili e muti, senza alcuna bandiera di partito, ma con lo sguardo alto, persino fiero, a testimoniare una resistenza che non voleva cedere, per nessun motivo, ai soprusi alla democrazia.

Anche noi dobbiamo ergerci in piedi, muti e immobili, come delle sentinelle, con lo sguardo attento e in guardia, in difesa del diritto di tutti di accedere a un servizio sanitario dignitoso. Un diritto che non veda restrizioni e che arrivi fino alle fasce più fragili di questa nostra società.

Nella stessa direzione si sta muovendo Papa Francesco: sono passati solo pochi giorni dalla sua visita all'isola di Lampedusa, prima uscita del suo Pontificato. Lì, pensando alle vittime del mare e, soprattutto, dell'inequità tra Nord e Sud del mondo, ha fra l'altro affermato: «La cultura del benessere, che ci porta a pensare a noi stessi, ci rende insensibili alle grida degli altri, ci fa vivere in bolle di sapone, che sono belle, ma non sono nulla, sono l'illusione del futile, del provvisorio, che porta all'indifferenza verso gli altri, anzi porta alla globalizzazione dell'indifferenza. Ci siamo abituati alla sofferenza dell'altro, non ci riguarda, non ci interessa, non è affar nostro!».

Papa Francesco ci ha richiamati al valore della solidarietà e soprattutto dell'ascolto tra popoli, aspirando a un concetto di globalità che possa venire inteso nella sua accezione più alta, etica e positiva: non l'indifferenza appunto, ma il valore della condivisione e la consapevolezza dell'interdipendenza tra mondi solo apparentemente lontani.

In questo senso ribadiamo il nostro impegno e la nostra battaglia contro l'indifferenza e contro le ingiustizie sociali, sempre a favore dei più deboli e ammalati, perché la salute e l'accesso alle cure non siano un privilegio per pochi ma una responsabilità che coinvolga tutti e per tutti.



SALUTE IN EUROPA

L'obiettivo è fondamentalmente ideologico: spazzare via le funzioni dello Stato in campo sociale, sostituire il servizio pubblico con il settore privato, nella produzione dei servizi e nella copertura assicurativa. Inghilterra, Spagna e Svezia hanno già fatto passi significativi in questa direzione.

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

Della crisi economica che si è abbattuta in Europa e degli effetti sui sistemi sanitari e sulla salute della popolazione si occupano sempre più frequentemente le più autorevoli riviste mediche. *Lancet* ha recentemente pubblicato un *paper* dal titolo "Crisi finanziaria, austerità e salute in Europa"¹. Questi i punti salienti.

- La disoccupazione è il fenomeno più preoccupante della crisi, a cui si attribuiscono effetti particolarmente deleteri per la salute. È, infatti, associata a un forte aumento dei disturbi mentali e psicosomatici, dei comportamenti insalubri (es.: alcolismo) e, in conclusione, a un aumento della mortalità, dovuto in parte anche all'incremento del numero dei suicidi.
- Nei momenti di crisi economica dovrebbero essere rafforzate le reti di protezione sociale per mitigare gli effetti negativi sulla salute. L'incremento di 100 dollari *pro capite* in spesa sociale – rileva uno studio dell'Ocse – è associato alla riduzione della mortalità dell'1,19%.
- Invece le politiche di austerità attuate hanno tagliato le spese sociali e reso più difficile l'accesso ai servizi sanitari, con la riduzione dell'offerta sanitaria pubblica e con l'aumento dei *ticket*.

Amara la considerazione finale dell'articolo di *Lancet*. Di fronte a questa tragedia i responsabili europei della sanità, dai ministri dei vari governi ai commissari dell'Unione europea, sono rimasti silenti, sebbene – questi ultimi – avessero l'obbligo di valutare gli effetti sulla salute delle politiche di austerità dell'Ue e delle prescrizioni della Troika. Si sono invece limitati a dare consigli su come i vari ministri della sanità dovessero procedere ai tagli del *budget* della sanità.

Ma la crisi non ha prodotto solo tagli legati alle sconsiderate politiche di austerità, è stata anche l'occasione di produrre radicali cambiamenti nei sistemi sanitari, come è avvenuto in Inghilterra. Ha scritto Martin McKee sul *Bmj*, riferendosi alle riforme del governo Cameron: «La crisi economica ha offerto al governo l'opportunità che capita una sola volta nella vita. Come Naomi Klein ha descritto in molte differenti situazioni, quelli che si oppongono al *welfare state* non sprecano mai una buona crisi»².

Non è certamente un caso che nel mirino di «coloro che si oppongono al *welfare state*» vi siano stati in Europa i «servizi sanitari nazionali», quelli che tecnicamente si chiamano "modelli Beveridge", vedi Inghilterra, Spagna, Svezia e Italia. Sistemi universalistici, basati sulla fiscalità generale, principalmente gestiti dal settore pubblico, quelli che – tra l'altro – registrano una spesa sanitaria più bassa rispetto ai sistemi basati sulle assicurazioni sociali – "modelli Bismarck" – come Germania, Francia, Svizzera e Olanda e, ancora di più, rispetto a quelli – vedi sanità Usa – basati sulle assicurazioni private.

L'obiettivo è fondamentalmente ideologico: spazzare via le funzioni dello Stato in campo sociale, sostituire il servizio pubblico con il settore privato, nella produzione dei servizi e nella copertura assicurativa.

Così in **Inghilterra** la riforma voluta dal governo Cameron, entrata in vigore lo scorso aprile, ha abolito l'intera infrastruttura pubblica del *National Health Service* – Nhs – (come se da un giorno all'altro scomparissero in Italia Asl e Regioni), privatizzato tutta la produzione di servizi sanitari e introdotto meccanismi competitivi e di mercato in ogni livello del sistema³.

In **Spagna** un decreto reale approvato nell'aprile 2012, insieme a drastiche riduzioni della spesa sanitaria pubblica e aumenti dei *ticket*, stabilisce che gli utenti del Servizio sanitario nazionale siano denominati non più "cittadini", ma "assicurati". Tale variazione lessicale prelude a un cambiamento di sistema, in direzione di un modello assicurativo⁴.

In **Svezia** con una legge del 2009, denominata *Free Choice Act Law*, si è formalmente decretata la volontà di far competere i privati *for profit* con le strutture pubbliche nell'erogazione delle cure primarie e la conseguente compartecipazione dei nuovi entranti all'allocatione dei fondi pubblici disponibili. Per dare maggiore impulso a tale riassetto, è stata prevista una sorta di "principio di precedenza" all'accesso ai fondi in favore dei nuovi centri privati, rendendo possibile investire in nuovi *Primary Care Center* puramente pubblici solo in assenza di nuovi entranti di iniziativa privata⁵.

NOTE

¹ Karanikolos M. et al., *Financial crisis, austerity, and health in Europe*, *Lancet*, published Online March 27, 2013.

² McKee M., Stuckler D., *The assault on universalism*. *Bmj* 2011; 343:1314-17.

³ Maciocco G., *Il Big Bang del NHS*, <http://www.saluteinternazionale.info/2013/04/il-big-bang-del-nhs/>

⁴ Garsia Rada A., *New legislation transform Spain's health system from universal access to one based on employment*, *Bmj* 2012, 344:3196.

⁵ Grillo Ruggieri T., *Sindrome di Stoccolma. La crisi sul sistema sanitario svedese*, <http://www.saluteinternazionale.info/2013/06/sindrome-di-stoccolma-la-crisi-sul-sistema-sanitario-svedese/>



**PAPA FRANCESCO
TRA GLI IMMIGRATI A LAMPEDUSA**

«La globalizzazione dell'indifferenza ci rende tutti "innominati", responsabili senza nome e senza volto». Sono parole molto forti quelle pronunciate da Papa Francesco, lo scorso 9 luglio, durante la messa celebrata a Lampedusa. Il primo viaggio ufficiale ha avuto come obiettivo l'incontro con gli ultimi, gli immigrati, il ricordo di tante vittime del mare, dimenticate dai grandi della terra, la richiesta di perdono perché «la cultura del benessere, che ci porta a pensare a noi stessi, ci rende insensibili alle grida degli altri, ci fa vivere in bolle di sapone, che sono belle, ma non sono nulla, sono l'illusione del futile, del provvisorio, che porta all'indifferenza verso gli altri, anzi porta alla globalizzazione dell'indifferenza».





FORUM

CAUGHT FROM INSIDE - THE OTHER SIDE OF LIFE

Studenti di medicina e di legge – italiani, croati e macedoni – impegnati insieme in difesa dei diritti dei detenuti in Europa. Il progetto *Caught From Inside* è nato dall'esigenza di dare visibilità e risonanza a tematiche altrimenti sommerse e ignorate nei programmi universitari, come nel dibattito mediatico. Tre gli *step* previsti: ricerca, esperienza sul campo e *workshop* finale.

TESTO DI / GUIDO MARIA LATTANZI, EGIDIO CANDELA / SISM - SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI DI MEDICINA

IL PROGETTO INTERNAZIONALE

«Il grado di civilizzazione di una società si misura dalle sue prigioni». Stando a quanto affermato da Dostoevskij in *Delitto e castigo*, la nostra nazione non rientrerebbe certo nei modelli di civiltà da seguire.

I numeri più recenti presentati dal Consiglio europeo, in particolare, ci attestano al terzultimo posto per rapporto detenuti-posti disponibili, con un'eccedenza di quasi un terzo rispetto agli *standard* previsti: 66.897 detenuti contro i 45.700 spazi certificati. Il sovraffollamento degli istituti di pena resta però solo la più mediatica delle problematiche, nell'intreccio di questioni che riguardano le carceri.

È per districarsi meglio in un argomento così delicato che Sism (Segretariato italiano studenti in medicina) ed Elsa (*European Law Students' Association*) hanno dato inizio a *Caught From Inside - The Other Side of Life*, un progetto internazionale sulla tutela dei diritti dei detenuti in Europa, con particolare attenzione, per quanto attiene al Sism, al diritto alla salute e all'accesso alle cure mediche.

LE TRE FASI

Il progetto coinvolge dieci studenti del Sism, dieci di Elsa Italia e dieci di Elsa Croazia e Macedonia, ed è strutturato in tre parti: la prima si basa su un lavoro di ricerca riguardo a tematiche attinenti alla salute nelle carceri, e sarà portata avanti dagli studenti con il supporto di quattro supervisor accademici. In seguito, ai partecipanti sarà data la possibilità di aver accesso a due strutture detentive, una in Italia e l'altra in Croazia. La terza parte ha lo scopo di tirare le somme e presentare i risultati del lavoro in un *workshop*, che si terrà nell'autunno 2013, improntato sull'uso della metodologia didattica non frontale. Questo laboratorio si prefigge di coinvolgere il maggior numero possibile di studenti, rendendoli parte attiva nell'elaborazione e comprensione di questi temi, facendoli allo stesso tempo entrare in contatto con associazioni e professionisti impegnati nel sociale, in particolar modo nel reinserimento dei detenuti.

Il progetto si articola attraverso le quattro aree che costituiscono il fondamento di ogni studio e progetto assistenziale a livello europeo e che si focalizzano sulle principali problematiche sanitarie all'interno degli Istituti di detenzione: l'area materno-infantile,

quella infettivologica, quella psichiatrica e infine una dedicata all'analisi delle condizioni di vita e salute dei migranti.

LE MALATTIE IN CARCERE

Per quanto riguarda il primo aspetto, un dato rilevante è quello attinente la maternità: le detenute con figli nelle carceri italiane, al 31 dicembre 2011, erano 50, le donne in gravidanza 13¹, dato in linea con i *trend* europei². Ma non soltanto a questo è diretta l'attenzione del *focus group*; particolare importanza verrà rivolta, infatti, al problema della diffusione delle patologie in ambito ginecologico, dunque a *screening* e prevenzione, nell'ottica di migliorare gli *standard* e la qualità delle cure peri- e neonatologiche. Le malattie infettive costituiscono la seconda categoria di patologie più diffuse in ambito carcerario, in Italia come nel resto d'Europa. Quattro detenuti su dieci, infatti, soffrono di malattie infettive. Il 35% di loro è colpito dall'epatite C, la principale patologia che colpisce i carcerati nel nostro paese. Il 6-7% ha l'epatite B, il 2-3% l'Hiv. Fattori legati al sovraffollamento, alla scarsa igiene e pulizia dei locali e all'endemica promiscuità sessuale rendono i detenuti fra le categorie più a rischio (e purtroppo meno monitorate) per questo tipo di patologie e in alcuni casi, addirittura, gli Istituti di detenzione restano i principali serbatoi di malattie considerate tuttora riemergenti, come tetano e Tb³.

Nel corso del 2011 sono stati registrati 63 casi di suicidio e 1.003 di tentato suicidio, mentre gli atti di autolesionismo sono stati 5.639. Il suicidio è però soltanto il più eclatante dei disturbi legati alla sfera psichiatrica, che storicamente costituisce la prima categoria di patologie, in termini di prevalenza, sulla popolazione carceraria a livello mondiale (tossicodipendenza e psicosi le più frequenti). Nei trattati e nella casistica clinica si annoverano persino malattie esclusive di tali popolazioni, appartenenti alla sfera demenziale e psicotica, come la pseudodemenza carceraria e la sindrome di prisonizzazione⁴.

GLI EXTRACOMUNITARI

Il detenuto medio extracomunitario, nelle più recenti statistiche dell'Ue, è di sesso maschile, ha trent'anni e proviene dall'Africa



FORM-AZIONE E COSCIENZA

Dal 2007 a oggi, la corrente del *Laboratorio di mondialità* ha attraversato l'Italia, permettendo a più di 600 studenti di formarsi su tematiche di salute globale, ignorate dai *curricula* universitari.

TESTO DI / MARIO STACCIONI / SISM - SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI DI MEDICINA

Nel 2007 nasceva il primo corso di salute globale pensato da studenti per studenti: il *Laboratorio di mondialità*.

Dal 2007 a oggi, la corrente del *Laboratorio di mondialità* ha attraversato l'Italia, permettendo a più di 600 studenti di formarsi su tematiche di salute globale, ignorate fino a quel momento dai *curricula* universitari. Edizione dopo edizione si è avvertita sempre più forte l'esigenza di una formazione nuova, orizzontale, in cui non esistessero docenti e discepoli predefiniti, ma in cui ognuno portava il proprio contributo a un percorso comune.

Il *Labmond* di quest'anno ha cercato di avvicinarsi a questa idea: un percorso incentrato sulle esperienze, affrontate insieme da nuovi partecipanti e da studenti che avevano già incontrato lungo il proprio cammino la salute globale.

Nei tre giorni di *workshop* si sono svolti quattro laboratori paralleli per 24 partecipanti ognuno, orientati a stimolare il dialogo, alternati a momenti di formazione in gruppi di otto e a momenti di discussione e confronto su quanto emerso nei vari gruppi. Ogni giorno, infine, è stato previsto un ampio spazio, comune per tutti, per la sistematizzazione e discussione dei concetti della giornata, reinquadrati alla luce della letteratura scientifica e delle riflessioni.

Il comitato scientifico del *Labmond*, composto da 30 tra studenti e specializzandi, ha gestito tutte le sessioni e moderato i dibattiti, rimettendo continuamente in gioco le "certezze" raggiunte dal gruppo fino a quel momento alla luce dei nuovi elementi di riflessione che andavano presentandosi, secondo un nuovo modello di "costruzione comune delle incertezze".

La scelta di privilegiare un approccio metodologico, basato sulle esperienze per far emergere i concetti di salute globale, rispetto a un'esposizione frontale di nozioni, speriamo abbia generato una maggiore consapevolezza dei partecipanti riguardo al proprio impatto nel mondo, stimolando la curiosità verso un approfondimento dei contenuti.

occidentale e dal Medio Oriente: un dato totalmente sovrapponibile a quello del nostro paese, in cui i detenuti stranieri costituiscono più di un terzo di quelli presenti negli istituti di pena. Essi provengono per la maggior parte dall'Africa (50,4%), in particolare dal Marocco e dalla Tunisia⁵. Per loro, oltre ai problemi legati al sovraffollamento e alle condizioni igienico-sanitarie che impattano sulla vita di tutti i detenuti, va segnalato un disagio che va oltre la dimensione prettamente "organica", legato all'assenza di ascolto, alla precarietà delle condizioni detentive e dei continui trasferimenti e, in definitiva, all'assenza di prospettive future.

Da tali premesse emerge un quadro di drammatica precarietà, che permea ogni aspetto della vita del detenuto, compromettendo seriamente il raggiungimento (e, spesso, la conservazione) di un reale *status* di benessere psico-fisico⁶.

TEMI SOMMERSI

La detenzione danneggia persone altrimenti sane. Mentre un certo numero di persone esprime condizioni preesistenti come asma, dolore cronico o malattie mediche, la maggior parte afferma di essere entrata in detenzione in buona salute fisica. Il carcere oggi previsto dalla legge, frutto della riforma del '75 e della legge Gozzini dell'86, ci sembra sempre più un miraggio. *Caught From Inside* è nato quindi dall'esigenza di dare visibilità e risonanza a tematiche altrimenti sommerse e ignorate, nei programmi universitari come nel dibattito mediatico. Il principale strumento di cui intendiamo avvalerci è appunto l'organizzazione di un *workshop* nel prossimo autunno, seguito dalla pubblicazione di un saggio volto alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica, anche in vista dell'imminente chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari (prevista per l'aprile del 2014). Il nostro obiettivo a lungo termine è, comunque, quello di dare continuità al progetto con lo scopo di formare una classe di giovani medici e giuristi in grado di far fronte in maniera informata e competente a queste complesse problematiche.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Møller L., Stöver H., Jürgens R., Gatherer A., Nikogosian H., 2007. *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. WHO Regional Office for Europe.
- 2 *The Madrid recommendation: health protection in prisons as an essential part of public health*, 2010. WHO Regional Office for Europe.
- 3 Muratore M.G., a cura di, 2012. *I detenuti nelle carceri italiane - Rapporto Istat 2012* [Online]. Disponibile su: <<http://www.istat.it/it/archivio/77789>> [Data di accesso: 08/06/2013].
- 4 Depascalis M., Martone M., 2005. *Regime penitenziario dei detenuti stranieri* [Online]. [leguideimmigrazione.it](http://www.caritasitaliana.it/). Disponibile su: <http://www.caritasitaliana.it/caritasitaliana/pdf/immigrazione/9_Regime_penitenziario.pdf> [Data di accesso: 08/06/2013].
- 5 Møller L., Gatherer A., Dara M., 2009. *Barriers to implementation of effective tuberculosis control in prisons*. *Public Health*, 123 (2009), 419-421.
- 6 Fazel S., Seewald K., 2012. *Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide - systematic review and meta-regression analysis*. *Br J Psychiatry*, 2012 May, 200(5), 364-373.


FORUM

IL SISTEMA SANITARIO IN UNGHERIA

Continua l'analisi dei sistemi sanitari dei paesi *partner* di Medici con l'Africa Cuamm del progetto *Equal Opportunities for Health*. In queste pagine, il *focus* è sull'Ungheria, paese con una situazione sanitaria e dei dati più allarmanti di quello che si può pensare, se consideriamo che solo il 7% del Pil è destinato alla sanità.

TESTO DI / ENIKO DEMENY / CENTER FOR ETHICS AND LAW IN BIOMEDICINE, CENTRAL EUROPEAN UNIVERSITY, BUDAPEST, UNGHERIA

IL PAESE

L'Ungheria è un paese dell'Europa centrale di circa dieci milioni di abitanti, 1,7 milioni dei quali vive a Budapest, la capitale. La popolazione è di etnia piuttosto omogenea; la minoranza etnica più corposa è quella Rom, con più di 500.000 persone. L'Ungheria è un paese membro della Comunità europea dal maggio 2004. Nonostante un sostanziale miglioramento che risale alla metà degli anni Novanta, l'aspettativa di vita è ancora tra le più basse d'Europa (71,5 anni nel 2011, 71 anni per le gli uomini e 78,8 per le donne). La mortalità infantile si è molto ridotta in questi ultimi decenni ma è ancora sopra alla media europea (4,9% nel 2011). La spesa totale per la salute è passata dall'8% del Pil del 2005 a circa il 7% del 2012. La spesa pubblica per la salute è del 69,7% delle spese totali per la salute (dati del 2009).

LA RIFORMA DEL SISTEMA SANITARIO

All'inizio degli anni Novanta, l'Ungheria, come molti altri paesi dell'Europa centrale e orientale, ha preferito il passaggio da un modello centralizzato Semashko a un modello Bismarck. Questo cambiamento è stato scelto per superare le criticità più comuni del sistema sanitario: la mancanza di risorse finanziarie, le infrastrutture carenti, i salari bassi del personale medico, una generale insoddisfazione del sistema, uno *standard* di salute della popolazione piuttosto basso, un'organizzazione inefficiente. Nel 2010 è stata sviluppata una nuova riforma dal titolo "*Revived Health Care, Recovering Hungary-Semmelweis Plan to Save Health Care*". I punti principali di questa strategia di medio e lungo termine sono i seguenti: organizzazione di percorsi terapeutici per i pazienti; rinnovo del piano di prestazioni sanitarie; incentivo all'integrazione dei servizi sanitari a tutti i livelli; sviluppo di una maggiore qualità nelle tecnologie; riduzione degli squilibri territoriali nella fruizione di servizi sanitari.

Le indennità dell'assicurazione sanitaria sono finanziate da un fondo sanitario nazionale, istituito nel 1993, i cui fondi derivano dai contributi e dalle tasse obbligatori, pagati dai cittadini. Nel 2013 il contributo per la sanità che ogni cittadino ungherese è stato tenuto a pagare corrisponde al 7% del suo stipendio. Nella

cornice legale attuale, quindi, la copertura sanitaria dovrebbe essere del 100% ma in realtà la situazione sanitaria di circa il 4% della popolazione non è chiara.

Le assicurazioni sanitarie volontarie ammontano solo al 7,4% della spesa privata in campo sanitario e al 2,7% della spesa pubblica totale. In generale, la spesa pubblica per la salute è diminuita, scendendo al 5,2% del Pil nel 2009.

I SERVIZI SANITARI

Secondo la legge ungherese, ogni paziente ha diritto a servizi sanitari efficaci, accessibili ed equi in base al proprio stato di salute, ha il diritto di scegliere liberamente il medico di medicina generale che lo segua e gli specialisti, ha il diritto alle cure e ad essere correttamente informato. Ogni cittadino deve essere registrato e seguito da un medico curante di medicina generale. Per quanto riguarda l'accesso alle cure specialistiche, questo avviene attraverso una richiesta fatta dal medico di base, ad eccezione di casi di emergenza. Il diritto ai servizi sanitari è assoluto solo nei casi di urgenze, prevenzione di malattie e infortuni che possano causare danni permanenti e servizi che riducano dolore e sofferenza.

Lo stato di salute della popolazione ungherese è tra i più poveri dell'Oecd, compresi i paesi con un reddito *pro capite* simile. Se da un lato la cattiva qualità della salute è correlata allo stato socio-economico della popolazione e ai rischi associati allo stile di vita, dall'altro rispecchia l'efficacia relativamente limitata del sistema sanitario.

Secondo l'*Euro Health Consumer Index* del 2012 l'Ungheria è in 28ª posizione su 34 paesi. Una ricerca dell'Eurobarometro (2009) ha confermato l'insoddisfazione dei cittadini per il proprio sistema sanitario. Secondo l'indagine, infatti, il 22% degli intervistati percepisce la qualità delle cure come molto negativa e un ulteriore 50% come negativa. Nonostante il fatto che l'Ungheria abbia un'aspettativa di vita alla nascita relativamente bassa e un elevato tasso di mortalità evitabile ci sono delle misure che trattengono un quadro in miglioramento. Per esempio, il sistema di vaccinazioni è efficiente e risponde ai bisogni della popolazione. Tra i bambini, il vaccino per il morbillo ha raggiunto una copertura del 99,8% nel 2009, che è un risultato rilevante tra i paesi Oecd e anche in Europa.

EQUITÀ DI ACCESSO ALLE CURE SANITARIE

Si è discusso molto sull'accesso equo alle cure sanitarie. Questo è stato in parte compromesso dalle conseguenze della crisi finanziaria globale e dai pesanti tagli alle risorse economiche del settore sanitario, associati anche a una rapida e intensiva migrazione di personale sanitario. Ci sono perciò notevoli variazioni nella qualità delle infrastrutture del sistema sanitario. Le differenze tra territori e regioni, così come il divario tra zone urbane e rurali, creano grosse disuguaglianze sia nell'accesso sia nella qualità dei servizi disponibili. Nel 2008, il divario tra le regioni con l'aspettativa di vita più alta e quella più bassa raggiungeva gli 8,1 anni per gli uomini e i 7,7 anni per le donne, mostrando chiaramente gli squilibri territoriali del paese. Una grossa fetta della popolazione Rom ungherese vive in condizioni svantaggiate e questo si riflette nelle loro condizioni di salute che sono, infatti, peggiori rispetto a quelle della restante popolazione ungherese, con un'aspettativa di vita inferiore di circa dieci anni. La frequenza di certe malattie è più elevata nella popolazione Rom, piuttosto che nel resto della popolazione. I Rom, infatti, ricorrono con meno frequenza ai servizi sanitari, soprattutto quelli offerti da specialisti e dentisti. Uno studio recente ha dimostrato che lo *status* socio-economico è un determinante forte dello stato di salute della popolazione Rom che vive in Ungheria e che pertanto non è solo l'etnia a determinare lo stato di salute. Nonostante alcuni sforzi e passi avanti siano stati fatti per incentivare l'accesso ai servizi sanitari negli strati più poveri e disagiati della popolazione, sono ancora carenti veri e propri interventi e strategie che sappiano contrastare le disuguaglianze di salute agendo sui determinanti sociali.

CARTINA / UNGHERIA



LA CEU DI BUDAPEST

L'ungherese Central European University (CeU) è *partner* del progetto *Equal Opportunities for Health: action for development*, di cui Medici con l'Africa Cuamm è capofila.

TESTO DI / ENIKO DEMENY / CENTER FOR ETHICS AND LAW IN BIOMEDICINE, CENTRAL EUROPEAN UNIVERSITY, BUDAPEST, UNGHERIA

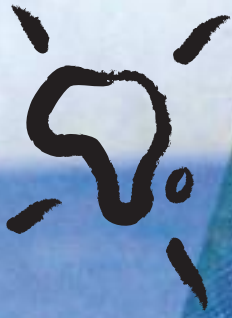
La Central European University (CeU) è un'università internazionale europea di scienze sociali, umanistiche, giuridiche e gestionali, nella quale i corsi e le attività si svolgono in lingua inglese e i cui studenti provengono da 110 paesi diversi. Fondata nel 1991 a Budapest, si è affermata negli anni come modello di formazione internazionale, un centro di studi non solo locali ma anche globali, che si spende attivamente per costruire una società democratica attenta ai diritti umani.

L'Università è strettamente impegnata nell'appoggio a politiche pubbliche che promuovano una *governance* efficiente dei paesi e si configura come un centro di ricerca eccellente, in cui 400 dei 1.600 studenti stanno svolgendo un dottorato di ricerca. Accreditata a livello accademico sia negli Stati Uniti sia in Ungheria, CeU ha adottato le linee del Processo di Bologna, prendendo parte attivamente al processo di riforma dell'istruzione superiore e costruendo *partnership* anche con prestigiose università americane.

L'impegno per raggiungere l'eccellenza accademica e quello per attivare azioni concrete capaci di agire sulla società si integrano e si rinforzano: infatti, grazie all'accreditamento scientifico che le è riconosciuto, CeU supporta e promuove iniziative politiche per le riforme in campo sociale ed economico.

Il bisogno di esplorare le ricadute sociali, etiche e giuridiche delle nuove scoperte tecnologiche e la necessità di comprenderle e contestualizzarle in un quadro multidisciplinare ha portato a costituire nel 2005 il Celab, Centro di Etica e Legge per la Biomedicina. Dalla sua fondazione, infatti, la Central European University è impegnata in particolar modo in progetti di ricerca interdisciplinari che analizzano il rapporto tra la biotecnologia e la biomedicina e l'area sociale, legale ed etica.

Tra i molti progetti in cui è coinvolta, CeU è *partner* del progetto *Equal Opportunities for Health: action for development*, di cui Medici con l'Africa Cuamm è capofila e collabora alla sensibilizzazione e diffusione di buone pratiche in Salute Globale in Ungheria, riconoscendo il ruolo della salute come diritto umano fondamentale strettamente connesso allo sviluppo individuale e dell'intera società.



**MALARIA E MORBILLO
UN'EPIDEMIAM INVISIBILE**

Pochi ne parlano, ancor meno se ne interessano, ma in questi mesi presso l'ospedale di Yirol in Sud Sudan e nel territorio circostante si sta consumando una terribile epidemia di malaria e morbillo insieme. L'ospedale, con i suoi 80 posti letto, diventa una sorta di "anticamera dell'inferno" con picchi di quasi 200 casi a settimana e solo 2 medici Cuamm a far fronte alla situazione. Ad avere la peggio, come sempre, i bambini. Medici con l'Africa Cuamm ha avviato una campagna di vaccinazione contro il morbillo nel territorio e, allo stesso tempo, sta cercando di far fronte ai casi che arrivano in ospedale. Info: www.mediciconlafrica.org







ESPERIENZE DAL CAMPO

UN VERO BIG BANG PER IL SISTEMA SANITARIO INGLESE

Dall'1 aprile scorso è entrata in vigore la riforma che cambia radicalmente il volto del *National Health Service* inglese, un vero Big Bang per il più noto, antico e imitato modello di sistema sanitario universalistico.

Cosa resterà di quel modello? Ben poco, sostengono i più.

TESTO DI / GAVINO MACIOCCO / DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA, UNIVERSITÀ DI FIRENZE
CHIARA DI BENEDETTO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

«Il tuo nuovo servizio sanitario nazionale inizia il 5 luglio 1948. Esso ti fornirà tutti i servizi medici, odontoiatrici e infermieristici. Ognuno – ricco o povero, uomo, donna o bambino – lo può usare. Non ci sono pagamenti da fare, se non per qualche prestazione speciale. Non ci sono iscrizioni da fare all'assicurazione. Ma non è neppure una forma di carità. Tutti noi stiamo già pagando per questo, soprattutto attraverso le tasse, e ciò eliminerà ogni preoccupazione finanziaria in caso di malattia». Questo il testo che, meno di un secolo fa, annunciava ai cittadini inglesi la nascita del sistema sanitario nazionale e che assicurava ognuno sulla propria sicurezza in caso di malattia, indipendentemente dal reddito e dallo stato sociale¹.

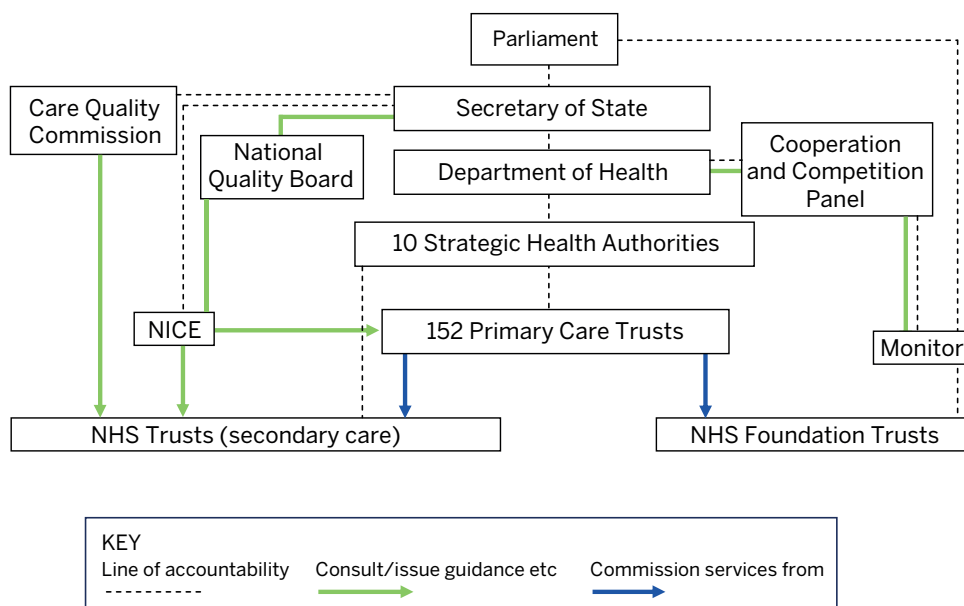
Pochi mesi fa invece, il 1° aprile 2013, è entrata formalmente in vigore la legge di riforma approvata lo scorso anno (*Health and Social Care Act 2012*) e tenacemente voluta dal governo guidato dal premier conservatore Cameron: la riforma cambia radicalmente il volto del *National Health Service* inglese (Nhs), un vero Big Bang per il più noto, antico e imitato modello di sistema sanitario universalistico.

I principali contenuti politici della riforma sono i seguenti:

- l'intera infrastruttura sanitaria pubblica, dalle *Strategic Health Authorities* (le nostre Regioni) ai *Primary Care Trusts* (le nostre Asl), è stata abolita a partire appunto dal 1° aprile.
- Se sul versante del finanziamento del sistema sanitario, la responsabilità rimane a carico del settore pubblico e quindi della fiscalità generale, sul versante della produzione dei servizi curativi (territoriali e ospedalieri) si va verso una diffusa privatizzazione dei servizi sanitari, guidata da logiche di mercato molto spinte, con l'irruzione nel sistema di grosse e potenti compagnie multinazionali.
- I servizi preventivi, quei pochi che erano rimasti in capo al Nhs (come il controllo delle malattie infettive e gli *screening*), sono stati interamente trasferiti alle municipalità.

I *Primary Care Trusts* (ripetiamo, le nostre Asl) sono sostituiti da consorzi di *General Practitioners* (GPs, i medici di famiglia), denominati *Clinical Commissioning Groups* (CCGs). I CCGs, organizzazioni private a pieno titolo, rappresentano il vero perno del sistema. Saranno complessivamente 211 in tutta l'Inghilterra e saranno i destinatari di 65 miliardi di sterline di fondi pubblici

FIGURA 1 / IL MODELLO DEL NHS PRECEDENTE



(quasi il 70% dei 95 miliardi di sterline dell'intero budget sanitario nazionale).

«Tale cambiamento – si legge in un articolo di *Lancet* – mina uno dei meccanismi chiave attraverso cui il Nhs riesce a garantire un pieno ventaglio di servizi indipendentemente dal luogo di residenza dell'assistito. I *Primary Care Trusts* sono responsabili per l'intera popolazione in una definita area geografica, non solo per i pazienti che sono iscritti in un determinato servizio. Questa responsabilità basata sulla popolazione consente una valutazione a lungo termine dei bisogni, la pianificazione e la committenza dei servizi per rispondere a quei bisogni, e la rendicontazione

pubblica dell'uso delle risorse per quella popolazione. La proposta del governo abbandona il principio basato sulla popolazione; la committenza che sarà esercitata dai futuri consorzi dei medici di famiglia riguarderà solo gli assistiti iscritti con i medici di quel determinato consorzio all'interno di confini geografici amorfi e indefiniti. Verrà così meno la possibilità di programmare un'adeguata distribuzione geografica dei servizi per le comunità e le popolazioni locali»².

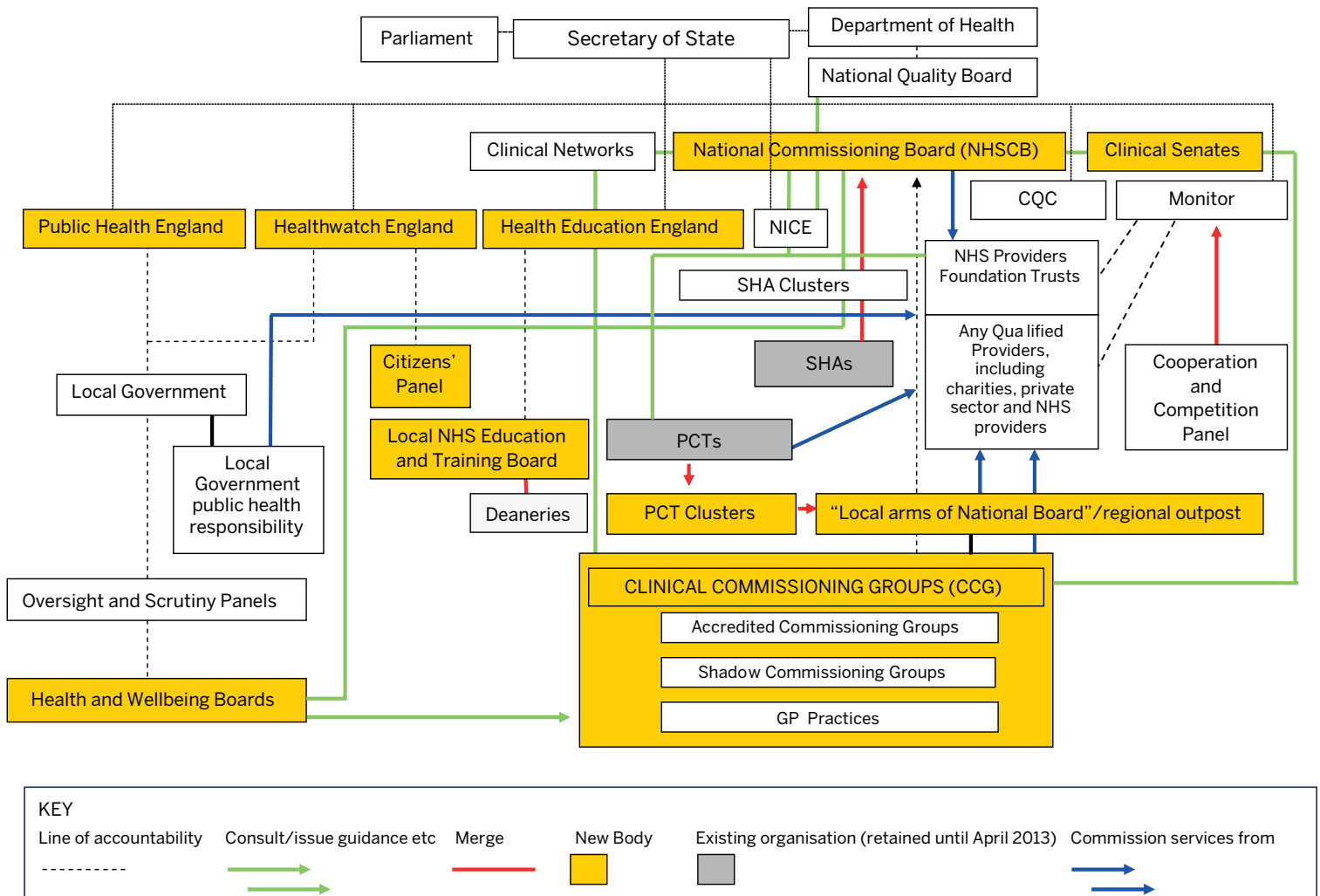
Con i fondi assegnati, i CCGs finanzieranno le attività dei GPs e i servizi che verranno offerti ai loro pazienti da parte dei vari *provider* – pubblici e privati – a cui vengono commissionate le prestazioni: dalle cure domiciliari, all'assistenza specialistica e ospedaliera. Ciò ha immediatamente sollevato la questione del loro potenziale conflitto d'interessi: GPs prescrittori di prestazioni erogate da *provider* privati, con possibili interessi in comune con GPs. «Metà dei GPs nei CCGs hanno legami finanziari con i *provider* privati», sostiene il *Bmj*³.

«Il fatto che i GPs abbiano interessi esterni può influenzare le loro decisioni nella scelta dei *provider* e può mettere a rischio il rapporto di fiducia con i loro pazienti, perché questi possono diffidare del motivo per cui sono stati inviati per un determinato trattamento»: così si esprime Clare Gerada, presidente del *Royal College of GPs*, che aggiunge: «Ciò inoltre può danneggiare anche il Nhs perché avere molti differenti *provider* può aumentare i costi e frammentare l'assistenza, a tutto danno dei pazienti»⁴.

Le cose potrebbero ulteriormente complicarsi se – come la legge prevede – i CCGs appaltassero l'attività di committenza ad agenzie private, per le quali gli interessi commerciali nella scelta del *provider* sarebbero ancora più evidenti.

Altro elemento critico è la perdita del livello nazionale di definizione dei livelli essenziali di assistenza, assegnato prima della riforma al ministero della Salute, che stabiliva le prestazioni che le strutture pubbliche erano tenute a garantire uniformemente in

FIGURA 2 / IL NUOVO MODELLO DEL NHS



tutto il territorio e anche i livelli di partecipazione alla spesa, per alcune limitate categorie di prestazioni. Con la riforma sarà ciascun CCG a stabilire quali prestazioni saranno garantite ai pazienti e anche i livelli di partecipazione alla spesa.

Ad aggravare la situazione ci sono anche i tagli apportati dal governo Cameron al *budget* della sanità (meno 20 miliardi di sterline entro il 2015) e ad altri settori del *welfare*, che si ripercuotono negativamente sull'assistenza sanitaria. Scrive sul *Guardian* Simon Atkins, medico di famiglia: «Un crescente numero di persone affolla i nostri ambulatori a causa delle politiche del governo. Questo, infatti, ha tagliato in maniera spropositata i servizi per i poveri, gli anziani e i disabili e ogni giorno vedo persone che sono in grande difficoltà a causa di ciò. Ad esempio, a causa dei tagli, è stato chiuso nel nostro quartiere un Centro diurno che dava supporto e possibilità di compagnia a tante persone»⁵.

Ciò che sta succedendo – sostiene Lucy Reynold della *London School of Hygiene and Tropical Medicine* – è un vero mutamento genetico del Nhs, anche se il governo cerca di minimizzare la portata del cambiamento sostenendo che non ci sarà differenza tra servizi erogati da *provider* pubblici e privati. In realtà «nel settore

pubblico i medici cercano di avere finanziamenti adeguati per rispondere in maniera adeguata ai bisogni dei loro pazienti. L'obiettivo è la cura e i soldi sono un mezzo per raggiungerlo. Quando invece ti trovi nel settore privato – afferma la Reynold – la compagnia si pone l'obiettivo di fare soldi, la priorità è quella di distribuire i dividendi ai soci». Reynold prevede che la competizione tra *provider* pubblici e privati, tutta basata sui prezzi, alla fine sarà vinta da quest'ultimi, con conseguenze irreversibili. «E ogni volta che il settore privato riuscirà a sottrarre un contratto al settore pubblico, ciò provocherà la scomparsa di quel servizio perché verranno meno le risorse per pagare i salari dei dipendenti»⁶.

Che la riforma rappresenti l'inizio della fine del Nhs è anche opinione di David Hunter, professore di politica sanitaria all'Università di Durham, il cui punto di vista è così riassunto: «Quando la sanità è dominata dal mercato dobbiamo aspettarci: a) una riduzione della qualità delle cure; b) un aumento dei costi; c) il trasferimento di finanziamenti pubblici in profitti privati; d) la riduzione della libertà di scelta; e) la perdita di controllo democratico e di *public accountability* nel campo dell'assistenza sanitaria»⁷.

BIBLIOGRAFIA

¹ Dossier NHS su SaluteInternazionale.info

² Whitehead M., Hanratty B., Popay J., *NHS reform: untried remedies for misdiagnosed problems?* Lancet 2010; 376:1373-5.

³ Limb A., *Half of GPs on clinical commissioning groups have financial links with private providers*, BMJ 2012; 344 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e2431>

⁴ Campbell D., *The Guardian*, 27.03.2012.

⁵ Atkins S., *The Guardian*, 08.01.2013.

⁶ Reynold L., *The future of NHS - Irreversible privatization?* BMJ 2013;346:f1848 doi: 10.1136/bmj.f1848.

⁷ Hunter D. Will, *1 April marks the beginning of the end of England's NHS? Yes*, BMJ 2013;346:f1951 doi: 10.1136/bmj.f1951



EMERGENZA TUBERCOLOSI NEI PAESI EX URSS

Nei paesi dell'ex Unione Sovietica l'impoverimento delle popolazioni, la disoccupazione, le peggiorate condizioni di vita e i *deficit* nutrizionali, collegati anche all'abuso di alcool e di stupefacenti, hanno favorito sia la trasmissione dell'infezione, sia la sua riattivazione ed evoluzione a malattia conclamata nei soggetti infettati.

TESTO DI / MARIO RAVIGLIONE / DIRETTORE DEL GLOBAL TUBERCULOSIS PROGRAMME (GTB), WORLD HEALTH ORGANIZATION
GIOVANNI SOTGIU / UNITÀ DI EPIDEMIOLOGIA E STATISTICA MEDICA, DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI - AOU SASSARI, ITALIA

La tubercolosi, malattia infettiva causata dal *Mycobacterium tuberculosis complex*, ha rappresentato nei secoli, e tuttora rappresenta, un rilevante problema clinico e di sanità pubblica mondiale. Il *burden* che questa malattia impone è enorme, particolarmente nelle aree geografiche a basso reddito *pro capite*. Fu a partire dagli anni '70 che venne dimostrato come l'incidenza si correli in maniera quasi inversamente proporzionale con il livello socio-economico di un paese.

Il numero stimato di nuovi casi di malattia è risultato pari a 8,7 milioni nel 2011. Le misure di sanità pubblica, suggerite dall'Organizzazione mondiale della sanità, hanno determinato, dal 2000, un lento calo dell'incidenza annuale. Ciò nonostante, nel 2011, la prevalenza è stata stimata a 12 milioni e i morti a 1,4 milioni, come conseguenza di un'ancora inadeguata gestione della malattia e della recente emergenza di due nuove realtà epidemiologiche quali la co-infezione Hiv/Aids, particolarmente nel continente africano, e la Mdr-Tb (*Multi-Drug Resistant Tuberculosis* - Mdr-Tb: tubercolosi sostenuta da ceppi di micobatteri resistenti ad almeno due dei più potenti farmaci anti-tubercolari, isoniazide e rifampicina), specie nell'ex Unione Sovietica.

Tuttavia, non possono non essere messi in rilievo i grandi progressi compiuti a partire dalla metà degli anni '90. Le strategie di sanità pubblica (*i.e.*, *Dots* e successivamente *Stop Tb Strategy*), raccomandate dall'Organizzazione mondiale della sanità, hanno determinato un radicale miglioramento epidemiologico (**tabelle 1 e 2**): si stima, infatti, che siano state assistite circa 51 milioni di persone, salvando venti milioni di soggetti.

Per quanto negli anni passati siano stati raggiunti valori globali di successo terapeutico superiori all'85%, nei soggetti trattati con la chemioterapia di sei mesi raccomandata internazionalmente, in determinati contesti regionali, quali quello europeo, le proporzioni si sono rivelate inferiori al 70%, come risultato, principalmente, di elevate frequenze di Mdr-Tb, particolarmente nei paesi dell'ex Unione Sovietica. I rilevanti cambiamenti politici, economici e strutturali hanno favorito una cattiva gestione del problema tubercolosi: le peggiorate condizioni socio-economiche seguite dal collasso del sistema di salute pubblica, l'impoverimento delle popolazioni e la disoccupazione, le condizioni di vita e i *deficit* nutrizionali, collegati anche all'abuso di alcool e di stupefacenti, hanno favorito sia la trasmissione della infezione, sia la sua riattivazione ed evoluzione a malattia conclamata nei soggetti infettati. La criminalità ha determinato l'aumento della popolazione carceraria, facilitando così condizioni favorevoli la trasmissione nell'ambito penitenziario. In aggiunta, il declino dei servizi di base, con lunghe e complicate attese diagnostiche,

TABELLA 1 / STRATEGIA DOTS DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, INTRODotta A METÀ DEGLI ANNI '90

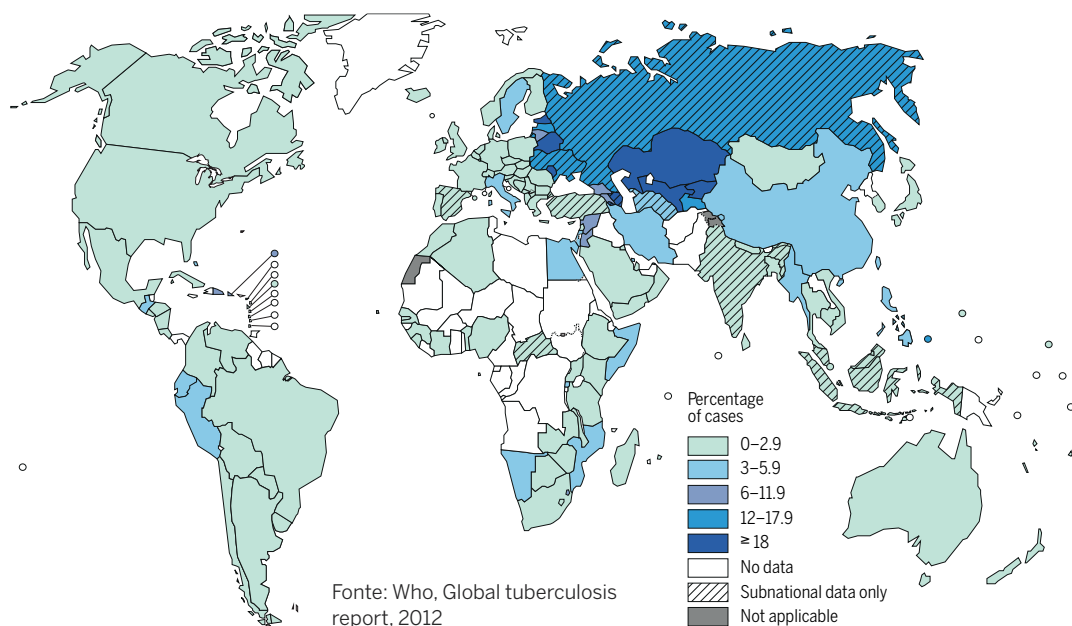
1. ASSICURARE UN IMPEGNO POLITICO COSTANTE VERSO LA TUBERCOLOSI, CON ADEGUATO E CONTINUO FINANZIAMENTO.
2. ASSICURARE PRECOCE IDENTIFICAZIONE DEI CASI DI MALATTIA E DIAGNOSI BASATA SU UNA BATTERIOLOGIA QUALITATIVAMENTE TESTATA.
3. FORNIRE TRATTAMENTO STANDARDIZZATO CON SUPERVISIONE E SUPPORTO AL PAZIENTE.
4. ASSICURARE UN ADEGUATO SISTEMA DI RIFORNIMENTO DEI FARMACI ANTI-TUBERCOLARI.
5. MONITORARE E VALUTARE LA PERFORMANCE E L'IMPATTO.

TABELLA 2 / STOP TB STRATEGY DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, CENTRATA SULLA STRATEGIA DOTS E AMPLIATA PER AFFRONTARE LE NUOVE SFIDE DEL SECOLO

1. PERSEGUIRE UN INCREMENTO DELLA STRATEGIA DOTS DI ALTA QUALITÀ.
2. GESTIRE LA CO-INFEZIONE TUBERCOLOSI/HIV, LA TUBERCOLOSI MULTI-FARMACO RESISTENTE E LE NECESSITÀ DELLE FASCE DI POPOLAZIONE POVERE E VULNERABILI.
3. CONTRIBUIRE AL RAFFORZAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO.
4. COINVOLGERE TUTTI GLI OPERATORI SANITARI, PUBBLICI E PRIVATI.
5. COINVOLGERE LE PERSONE AFFETTE DA TUBERCOLOSI E LE LORO COMUNITÀ DI APPARTENENZA MEDIANTE DELLE PARTNERSHIP.
6. FACILITARE E PROMUOVERE LA RICERCA.

non sostenute da strumenti e approcci adeguati, l'assenza di alcuni farmaci essenziali, l'utilizzo di regimi inappropriati, e misure deficitarie di controllo dell'infezione in ambiti nosocomiali ed extra-nosocomiali, hanno determinato sia fallimenti terapeutici sia l'insorgenza e la trasmissione della farmaco-resistenza. Grazie a una rete internazionale di laboratori certificati, è possibile quantificare il problema della Mdr-Tb. Le indagini condotte nei paesi dell'ex Unione Sovietica da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità hanno evidenziato livelli elevatissimi di Mdr-Tb: a Minsk (Bielorussia) è stata identificata una proporzione di Mdr-Tb pari al 35,3% nei nuovi casi di tubercolosi e 76,5% in quelli precedentemente trattati. Simili livelli si sono riscontrati nell'area di Arkhangelsk, in Russia. La prevalenza di Mdr-Tb risulta, inoltre, molto elevata in altre regioni della Russia, in Ucraina, in Moldavia, nel Caucaso, nei Paesi Baltici e nell'Asia Centrale. Nel 2011, se tutti i 5,8 milioni nuovi casi di tubercolosi notificati nel mondo fossero stati sottoposti ad antibiogramma, si sarebbero identificati 310.000 nuovi casi di Mdr-Tb, particolarmente concen-

FIGURA / PERCENTUALE DI NUOVI CASI DI TUBERCOLOSI CON MDR-TB



trati in 27 paesi a elevata prevalenza, di cui ben 15 sono in Europa e Asia Centrale. Tuttavia, solo il 19% dei casi stimati (pari a circa 60.000) sono stati identificati. Grande timore suscitano forme di malattia caratterizzate da resistenza a spettro esteso (*Extensively Drug-Resistant Tuberculosis – Xdr-Tb*: tubercolosi sostenuta da ceppi Mdr, resistenti anche ai fluorochinoloni e ad almeno uno dei tre farmaci iniettabili di seconda linea), notificate sinora in 84 paesi ed espressione del 9% delle forme Mdr-Tb. Solo un terzo circa dei 107 paesi interessati dal problema Mdr-Tb è riuscito a raggiungere un successo terapeutico $\geq 75\%$. Infatti, i dispendiosi regimi oggi disponibili sono improntati sull'impiego di farmaci di seconda linea meno efficaci, più tossici e necessitanti di un uso prolungato sino a due anni.

La crisi finanziaria delle nuove repubbliche nate sulle ceneri del regime comunista ha partorito sistemi caratterizzati da gravi problemi sanitari (decadenza ospedaliera, mancato supporto farmacologico ai malati, incremento dei casi di Hiv/Aids, ecc.) e sociali dove la tubercolosi, e in particolare quella Mdr, ha trovato le condizioni ideali per proliferare. L'esempio dell'ex Urss conferma quanto l'Organizzazione mondiale della sanità ha sempre affermato nella sua strategia globale: la mancanza di supporto e impegno politico rappresenta la base per l'incontrollato proliferare della tubercolosi in uno specifico contesto nazionale.

I segnali all'orizzonte, soprattutto in ambito di ricerca e sviluppo, appaiono peraltro confortanti; attualmente, molte aree geografiche hanno attivato, in numerosi laboratori, nuovi test molecolari rapidi per la diagnosi di malattia, e in particolare per la diagnostica di Mdr-Tb. L'approvazione da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità di Xpert Mtb/Rif, per esempio, ha permesso di mettere a disposizione di molti paesi una tecnica capace di identificare rapidamente i casi di tubercolosi, compresi quelli meno contagiosi, e quelli con una forma legata a batteri resistenti alla rifampicina (indicatore di probabile Mdr-Tb). Ciò consente un immediato trattamento in grado di migliorare la prognosi e ridurre la trasmissione della malattia. Inoltre, due nuovi farmaci (bedaquilina e delamanid), sperimentati nelle forme Mdr, potrebbero migliorare lo scenario at-

tuale, dominato da un regime terapeutico lungo, costoso ed estremamente tossico. Altri nuovi antibiotici sono nelle fasi di sperimentazione e potrebbero radicalmente cambiare l'approccio al malato. Ciò che manca in ambito di sanità pubblica, in termini di prevenzione primaria, è un vaccino efficace nella prevenzione delle forme tubercolari polmonari. Un nuovo prodotto di efficacia e sicurezza comprovata potrebbe permettere di impattare la malattia e l'infezione in maniera radicale, come avvenuto per il vaiolo e la poliomielite, soprattutto in contesti poveri come quelli dove Medici con l'Africa Cuamm svolge rilevanti attività di sostegno clinico e di sanità pubblica. Vi sono,

attualmente, circa dodici vaccini in fase avanzata di sviluppo.

Ulteriori e sostenuti finanziamenti, sia da fonti domestiche governative che dalle agenzie di cooperazione allo sviluppo internazionale, sono necessari per il controllo della malattia, soprattutto in paesi a basso e medio reddito. Per quanto riguarda la cooperazione internazionale, e soprattutto il Fondo mondiale contro l'Aids, la tubercolosi e la malaria, principale finanziatore esterno dei paesi, è importante che gli aiuti finanziari si concentrino sui paesi a reddito più basso, attualmente non in grado di autofinanziarsi. Per i paesi in via di rapida crescita economica, i finanziamenti domestici dovrebbero rapidamente rimpiazzare quelli esterni per garantire la sostenibilità e l'indipendenza economica. L'infrastruttura, i servizi sanitari primari, le risorse umane, il sistema informativo e di approvvigionamento dei farmaci, i laboratori sono alcuni degli elementi fondamentali per il controllo della tubercolosi che dipendono dalla presenza di un sistema sanitario efficace. La prevenzione e il controllo della Mdr-Tb, ad esempio, richiedono interventi molto più ampi di quelli normalmente gestiti dai programmi nazionali. Alcuni interventi essenziali, quali l'uso razionale degli antibiotici, il controllo di qualità dei farmaci o l'installazione di meccanismi di controllo della trasmissione ospedaliera, non possono che essere messi in atto dai *policy-maker* a livello ministeriale, in modo da ottimizzare risorse e servizi disponibili.

Nei paesi ad alta incidenza tubercolare, come quelli dell'ex Urss, risulta fondamentale rinforzare l'assistenza primaria, adottare gli *standard* di diagnosi e trattamento internazionali e migliorare i modelli di cura evitando lunghe, costose e inutili ospedalizzazioni. Nuove problematiche, rappresentate dall'incremento dell'incidenza di malattie non-trasmissibili che aumentano il rischio di tubercolosi (ad esempio, diabete mellito e uso di tabacco), potrebbero minare la già debole tenuta di molti sistemi sanitari nel *management* della malattia tubercolare. L'approccio basato sull'evidenza, raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità in più contesti, potrà permettere un ridimensionamento dell'epidemia tubercolare mediante nuovi interventi operativi, i quali andranno associati a un miglioramento generale del contesto socio-economico, *background* di tale malattia nei secoli.



APPROFONDENDO

POLITICA DI AUSTERITÀ E SALUTE. IL CASO DELLA GRECIA

Il deteriorarsi dei determinanti sociali ed economici della salute, associato alle scarse risorse per la sanità pubblica e all'incapacità di affrontare spese sanitarie private, ha condotto a un declino drammatico delle condizioni di benessere e salute della popolazione greca. Già il 30% dei greci è rimasto senza copertura sanitaria.

TESTO DI / RENIA VAGKOPOULOU / INSTITUTE OF TROPICAL MEDICINE AND INTERNATIONAL HEALTH, CHARITE, BERLIN

Dal 2009 la Grecia è colpita da una pesante crisi economica che l'ha portata ad accettare gli aiuti economici del Fondo monetario europeo e dell'Eurozona. I prestiti di salvataggio finora ricevuti sono stati accompagnati dalla richiesta alla Grecia di adottare delle rigide misure di austerità nel settore pubblico e di liberalizzazione, invece, del mercato.

Le principali riforme del mercato del lavoro hanno previsto un taglio radicale dei salari, la riduzione delle pensioni e delle indennità di disoccupazione, il licenziamento di lavoratori pubblici. Le politiche di liberalizzazione hanno preso forma, invece, attraverso la privatizzazione consistente delle infrastrutture, la deregolamentazione e un drastico aumento delle tasse che ha colpito pesantemente le fasce più deboli e medie della società.

A queste misure è seguito un rapido cambio delle condizioni socio-economiche.

Il tasso di disoccupazione ha raggiunto il 27%, con un picco del 60% tra i giovani, mentre la fascia a rischio di povertà ed esclusione sociale è stimata intorno al 30% della popolazione. La quota di persone rimaste senza abitazione è cresciuta del 25% e un numero sempre crescente non può più affrontare le spese correnti ed è costretto a cercare aiuto in nuove organizzazioni di tipo comunitario. Come risultato delle riforme il Servizio sanitario nazionale non è più garantito.

Le persone che non possono permettersi di pagare un'assicurazione privata – principalmente i disoccupati, i lavoratori a basso reddito, i pensionati e i migranti – non possono accedere ai servizi per la salute. Il numero stimato di cittadini greci rimasti senza una copertura sanitaria è del 30%, quota destinata a crescere rapidamente.

Esempi del passato mostrano come in realtà i paesi che affrontano una fase di recessione economica dovrebbero aumentare la spesa pubblica in campo sanitario per evitare un tracollo dello stato di salute della propria popolazione. Il governo greco ha continuato a tagliare in misura massiccia le spese sanitarie, che hanno raggiunto un peggioramento del 40% dal 2009. Ciò è dipeso da riforme che hanno comportato la fusione di ospedali pubblici, la diminuzione di posti letto totali, la riduzione delle risorse rimanenti e la limitazione delle attività di strada. Inoltre, la successiva riduzione delle indennità delle assicurazioni sanitarie ha comportato un aumento dei *ticket* su farmaci ed esami diagnostici.

Il deteriorarsi dei determinanti sociali ed economici della salute, associato alle scarse risorse per la sanità pubblica e all'incapacità di affrontare spese sanitarie private, ha condotto a un declino drammatico delle condizioni di benessere e salute della popolazione greca.

Il tasso di suicidi e omicidi è aumentato rispettivamente del 16% e del 26%, associato ovviamente al problema della perdita di lavoro. Pertanto nell'autovalutazione della qualità della propria salute, i soggetti che dichiaravano di avere un cattivo stato di salute o una depressione maggiore in questi ultimi anni sono raddoppiati.

Anche i dati che riguardano la diffusione di malattie infettive e specialmente di Hiv sono particolarmente preoccupanti. I nuovi casi di Hiv-1 diagnosticati sono cresciuti del 57% e addirittura toccano un aumento del 1.500% nei gruppi che soffrono di tossicodipendenza.

A ciò si aggiungono, inoltre, l'epidemia di casi di malaria e quella del *virus* del Nilo occidentale che negli ultimi due anni hanno colpito il paese e che sono state attribuite alla carenza di misure preventive del servizio sanitario pubblico.

Come risposta all'assenza di una rete di sicurezza pubblica, sono sorti in tutto il paese centri di solidarietà autogestiti per supportare e curare tutti quei cittadini che sono rimasti senza assistenza sanitaria. In ogni caso, solo un'abolizione delle politiche di austerità e una politica orientata al rafforzamento del sistema sanitario pubblico potrebbero riportare il benessere alla popolazione greca.



RASSEGNA

CHI HA E CHI NON HA¹. STORIE DI DISEGUAGLIANZE

Cosa nasce se economia e storia si mettono insieme? Un'interessante e brillante analisi sulle diseguaglianze di reddito e ricchezza nel nostro mondo fa riflettere sulle strade da intraprendere per ridurre le distanze tra i più ricchi e i più poveri.

TESTO DI / GIOVANNI PUTOTO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Branko Milanovic, economista della Banca mondiale, è uno dei massimi esperti di diseguaglianza globale. È anche un appassionato di storia. Mettendo insieme queste due prospettive ha scritto un saggio per non addetti ai lavori che, pur non tralasciando niente sotto il profilo del rigore tecnico, ci accompagna in modo facile e divertente in un percorso di conoscenza e approfondimento di una delle questioni più importanti e "trascurate" del nostro tempo: le diseguaglianze di reddito e di ricchezza.

Il libro è suddiviso in tre parti: la prima affronta la diseguaglianza all'interno di una nazione, la seconda si occupa della diseguaglianza fra nazioni e la terza approfondisce il problema della diseguaglianza tra cittadini del mondo. Ogni parte, a sua volta, è arricchita da una serie di storie che formano l'ossatura del libro e hanno lo scopo di rivelare l'importanza che le differenze di nascita, cittadinanza, reddito e ricchezza rivestono nella nostra vita, oggi come in passato. Illuminante, tra le tante, la storia delle tre generazioni degli Obama e la tragedia dei giovani Harraga nel Mediterraneo.

Come misurare la diseguaglianza rimane tuttora una questione centrale. Un tempo si misurava il reddito delle famiglie, oggi, sempre più, si misurano anche i consumi e il parametro di riferimento più usato rimane l'Indice di Gini² (dove in una scala da 0 a 100: 0 rappresenta il massimo dell'equità nella distribuzione dei redditi e 100 il massimo dell'iniquità). Qual è allora la situazione?

La maggior parte dei paesi europei, presi individualmente, mostra fra i 30 e i 35 punti Gini. Ma il quadro sta mutando. L'Italia, in deterioramento con i suoi 34 punti, è seconda in Europa per disparità³. Gli Stati Uniti sono passati, negli ultimi anni, da 35 a 40 punti, come la Russia. L'Asia, anche se in maniera non omogenea, viaggia tra i 40 e i 50. I paesi dell'Africa e dell'America Latina mostrano i divari più elevati con punte superiori ai 60 punti.

La differenza di reddito assoluto tra i paesi ricchi e poveri a sua volta è gravemente aumentata, eccezione a parte per Cina e India. Ma non tanto, poi. Per quanto la Cina sia cresciuta e abbia in parte ridotto la povertà al proprio interno, la differenza assoluta dei redditi con gli Stati Uniti rimane molto elevata (37.000 Usd in PPP).

Se il Pil *pro capite* americano cresce dell'1%, l'India e la Cina per tenere il passo devono crescere del 17% e del 9% rispettivamente. Questa divergenza assoluta e crescente di redditi è spiegata con un massiccio trasferimento di capitali dai paesi ricchi ad altri paesi ricchi e dall'accesso alla tecnologia. Si tratta del cosiddetto "paradosso di Lucas" che ha messo in crisi la teoria neoclassica sullo sviluppo, secondo la quale la globalizzazione favorisce la convergenza dei redditi dei paesi. Di qui l'affermazione dell'autore che «non è più possibile sostenere che la globalizzazione offra un vantaggio ai paesi poveri, rispetto a quelli ricchi».

Circa la diseguaglianza globale, i dati disponibili dal 1988 a oggi mostrano risultati non sorprendenti. Il coefficiente di Gini raggiunge il valore di 70, stabile, ma più alto di qualsiasi singolo paese. Il più alto a partire dalla rivoluzione industriale.

Per colmare la differenza di reddito che lo separa dal 5% più ricco del mondo, il 5% più povero dovrebbe lavorare due secoli.

A questa situazione hanno contribuito le due dinamiche segnalate prima: il crescente divario dei redditi all'interno di molti paesi e il divario tra i redditi medi dei diversi paesi, a cui ha fatto da elemento equilibratore la crescita di Cina e India.

Domande conclusive. È importante, si chiede l'autore, occuparsi di disuguaglianza? Certo. E non solo per motivi etici, di ingiustizia sociale, ma anche strutturali.

I flussi migratori, la stabilità sociale e politica dei paesi non possono essere guidati dall'ignoranza, dal furore ideologico e dall'avidità. I dati sono indubitabili e le opzioni sul tavolo chiare. Se si vuole l'integrazione delle economie e dei popoli, bisogna far crescere il reddito dei poveri dove essi vivono.

Perché, allora, di fronte a queste evidenze che toccano tutti, le reazioni dell'opinione pubblica dei paesi occidentali sono improntate all'apatia?

Forse, si paventa, la percezione è che la disuguaglianza non sia poi così grave e insopportabile. Forse, è l'oltranzismo del pensiero economico dominante a coprire le falle del sistema⁴. Che fare, quindi? Conoscenza del problema, dibattito pubblico e una chiamata all'attivismo sociale "vecchia maniera"⁵.

NOTE

¹ *Chi ha e chi non ha. Storie di disuguaglianze*. Branko Milanovic. Il Mulino, 2012.

² Dal nome di Corrado Gini (1884-1965), lo statistico ed economista italiano che lo mise a punto nel 1914. http://it.wikipedia.org/wiki/Corrado_Gini

³ Si veda anche *Distribuzione dei redditi. Italia seconda in Europa per disparità*, Barbara Bisazzi, Sole24Ore, 24 giugno 2013.

⁴ Si veda anche *Oltre la mano invisibile*, Kaushik Basu, Anticorpi Laterza, 2013.

⁵ Interessante la coincidenza, anche terminologica, con *Health Activism in a globalising era: lessons past for efforts future*, Labontè R., Lancet, June 2013.

THE LANCET GLOBAL HEALTH

Una rivista mensile, *online*, *open access* e quindi liberamente accessibile: per diffonderne la lettura a livello globale sia in termini geografici sia di utenti, in modo da raggiungere anche gli studenti e i lettori dei paesi più poveri.

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

Molto si è scritto anche sull'accezione di salute globale, e in particolare sull'aggettivo "globale".

Globale, perché i processi di globalizzazione che negli ultimi tre decenni hanno coinvolto l'economia, la finanza, le comunicazioni hanno interessato anche la salute sotto molteplici aspetti. Nella rapidità e intensità con cui si possono diffondere su scala planetaria i fattori di rischio delle malattie trasmissibili e anche di quelle non trasmissibili (vedi epidemia di obesità); nelle conseguenze legate allo sfruttamento delle risorse naturali e all'utilizzo delle fonti energetiche da cui i cambiamenti climatici e le crisi alimentari e dell'acqua; nelle politiche sanitarie orientate al mercato e alla privatizzazione dei servizi, dietro l'impulso di istituzioni internazionali come Banca mondiale e Organizzazione mondiale del commercio; nella spinta alla migrazione da una nazione all'altra, da un continente all'altro, di masse di popolazione, compresi gli operatori sanitari.

Ma il termine *globale* non va inteso soltanto in termini geografici: globale anche in termini di complessità, di grandezza dei problemi e delle questioni che entrano in gioco nella genesi delle malattie e nelle strategie per la tutela della salute. Così parlare di salute globale significa occuparsi dei determinanti sociali di salute, delle *cause delle cause* (economiche, politiche, ambientali, ecc.) delle malattie, e dei necessari interventi intersettoriali e multidisciplinari, così come indicato quasi profeticamente nella Dichiarazione di Alma Ata del 1978.

I contenuti concettuali di *Global health* attingono – come osserva un articolo di *Lancet* del 2009¹ – a due differenti, ma complementari, discipline: *Public health* e *International health*.

La *Sanità pubblica* nasce nel 19° secolo sotto la spinta di figure straordinarie come Farr, Chadwick, Virchow, Koch e Pasteur che fondarono la nuova disciplina sulla base di quattro fattori:

- la scelta delle decisioni basata sui dati e sulle prove (statistiche vitali, sorveglianza delle epidemie, uso del laboratorio).
- L'attenzione concentrata sulle popolazioni piuttosto che sugli individui.
- L'obiettivo della giustizia sociale e dell'equità.
- L'enfasi sulla prevenzione piuttosto che sulla cura.

La Sanità internazionale si è sviluppata, più di recente, su due diverse direttrici:

- l'attenzione ai problemi sanitari dei Paesi in via di sviluppo, vedi malattie infettive e tropicali, tutela materno-infantile, nutrizione, approvvigionamento idrico.
- L'analisi comparata dei sistemi sanitari internazionali, delle loro organizzazioni, dei costi, dei risultati di salute.

La salute globale è la fusione di queste due discipline che *Lancet*, nel citato articolo, così definisce: «La salute globale è un'area di studio, di ricerca e di intervento che privilegia il miglioramento della salute e dell'equità nell'accesso ai servizi sanitari per tutti i popoli del mondo. La salute globale pone l'accento sulle questioni, sui determinanti e sulle soluzioni di salute su scala transnazionale; si avvale del contributo di molte discipline nell'ambito delle scienze sanitarie e non solo, promuovendo la collaborazione interdisciplinare; ed è una sintesi di prevenzione a livello di popolazione con assistenza clinica individuale».

A dimostrazione dell'importanza del tema "salute globale" sta la decisione di *Lancet* di lanciare una specifica pubblicazione *online*, *The Lancet Global Health*, il cui primo numero è uscito il 26 giugno scorso².

The Lancet Global Health è una rivista mensile, *online*, *open access* e quindi liberamente accessibile, un messaggio importante questo: per diffonderne la lettura a livello globale, sia in termini geografici sia di gruppi di lettori, quindi con un occhio di riguardo per gli studenti e i lettori dei paesi più poveri. Interessante notare la singolare clausola: anche se la rivista è *open access* «Tutti gli articoli sono di proprietà dei rispettivi autori. Il loro utilizzo da parte di terzi è consentito sotto varie licenze Creative Commons, da quella più restrittiva a quella più liberale, a seconda delle preferenze dei rispettivi autori».

Il numero 1 di luglio 2013 contiene quattro articoli originali di notevole interesse riguardanti anemie, ritardo di crescita intrauterino, intervento di cataratta, cause di febbre non-malaria. Per ogni *paper* c'è un articolo di commento, quello sulla febbre scritto da Zeno Bisoffi e Dora Buonfrate, Centro di Malattie Tropicali, Negrar.

NOTE

¹ Koplan JP, et al., *Towards a common definition of global health*, *Lancet* 2009; 373: 1993-95.

² <http://www.thelancet.com/journals/langlo/issue/current>



MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

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

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

STORIA

In **60** anni di storia:

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

IN AFRICA

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

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

IN EUROPA

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

AVVISO AI LETTORI

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

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

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

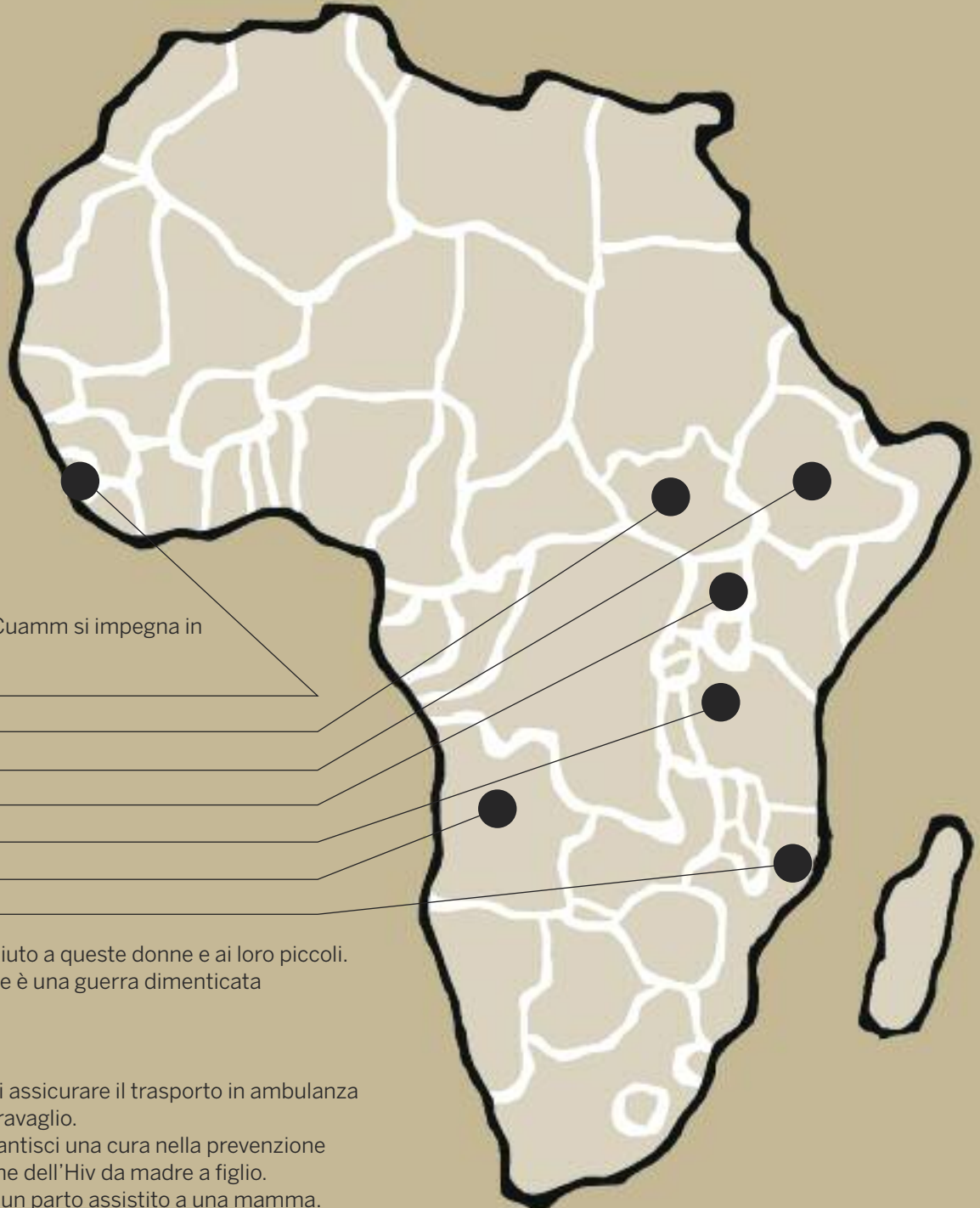
SALUTE E SVILUPPO offre studi, ricerche e documentazione unici nel panorama editoriale italiano. La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.



L'AFRICA DEI BISOGNI

OGNI ANNO NELL'AFRICA A SUD DEL SAHARA:

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



Medici con l'Africa Cuamm si impegna in

SIERRA LEONE

SUD SUDAN

ETIOPIA

UGANDA

TANZANIA

ANGOLA

MOZAMBICO

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

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



**MEDICI
CON L'AFRICA**
CUAMM



rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
giugno 2013 — n° **67**
www.mediciconlafrica.org



**EQUAL OPPORTUNITIES
FOR HEALTH**
ACTION FOR DEVELOPMENT



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