



MEDICI
CON L'AFRICA
CUAMM



SALUTE E SVILUPPO

rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
giugno 2015 – n° 71

THE ROCKY ROAD TO HEALTH



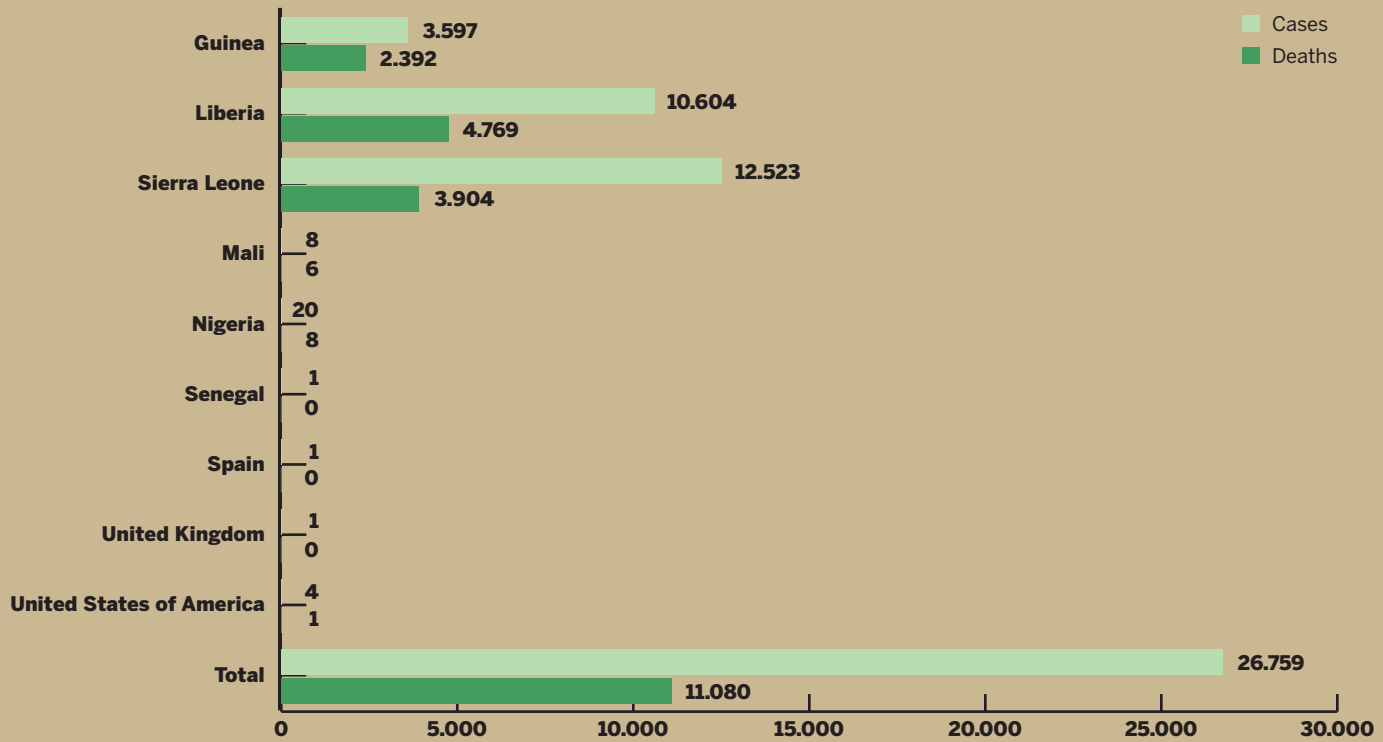


LA NOTIZIA

Ebola news

L'epidemia di Ebola si sta esaurendo. Da alcune settimane non si registrano più casi in Liberia. Mentre – secondo gli aggiornamenti Oms – nella settimana tra il 7 e il 14 giugno si sono verificati 10 casi in Guinea e 14 in Sierra Leone. Nella Figura il bilancio complessivo dell'epidemia in termini di casi e di decessi.

FIGURA / CASES AND DEATHS - DATA UP TO 10 MAY



Copyright World Health Organization (Who), 2015

INDEX

DIRETTORE

Gavino Maciocco

COMITATO DI REDAZIONE

Andrea Atzori, Egidio Candela, Dante Carraro, Adriano Cattaneo, Donata Dalla Riva, Silvio Donà, 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

Marta Bracciale

ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA

Lorenzo Gritti

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

Con il sostegno di

 **Fondazione**
Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo

Illustrazione di copertina di Lorenzo Gritti.

Il cammino verso la salute è spesso tortuoso, soprattutto nei paesi a sud del Sahara dove gli ostacoli non sono solo fisici, ma anche economici, sociali, culturali. Medici con l'Africa Cuamm si batte per rendere questa strada sempre più accessibile.

DIALOGO

PAG. 2

ESSERCI O NON ESSERCI. TRA ETICA E SALUTE PUBBLICA

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

SALUTE GLOBALE, FORMAZIONE, UNIVERSITÀ

Testo di / Gavino Maciocco

FORUM

PAG. 6

DALL'ACCADEMIA AL CAMPO: A LEZIONE IN AFRICA

Testo di / Clarissa De Nardi e Alessia Biasotto

PAG. 7

I DIRITTI UMANI IN GIOCO

Testo di / Samantha Pegoraro e Benedetta Rossi

PAG. 8

TUBERCOLOSI 2015: LA SITUAZIONE MONDIALE, LE SFIDE E LA NUOVA "END TB STRATEGY"

Testo di / Alberto Matteelli, Giuliano Garagioni, Matteo Zignol, Mario Raviglione

ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 12

L'AUMENTO DEI TAGLI CESAREI, TRA BENEFICI E RISCHI

Testo di / Francesca Tognon e Giovanni Putoto

PAG. 14

UN PROGRAMMA COMUNITARIO CONTRO LA MALNUTRIZIONE

Testo di / Francesco Bonanome, Edoardo Occa, Andrea Francioni

APPROFONDENDO

PAG. 17

LA SIERRA LEONE AI TEMPI DI EBOLA

Testo di / Damiano Pizzol e Giovanni Putoto

RASSEGNA

PAG. 18

OLTRE IL 2015: GLI IMPEGNI PER MAMME E BAMBINI

Testo di / Silvio Donà e Donata Dalla Riva

PAG. 19

LA SALUTE GLOBALE. DETERMINANTI SOCIALI E DISUGUAGLIANZE

Testo di / Giovanni Putoto





DIALOGO

ESSERCI O NON ESSERCI. TRA ETICA E SALUTE PUBBLICA

Di fronte a Ebola non si agisce solo da esperti in salute pubblica. Entra in gioco anche l'etica. Rimanere sul campo o rientrare in patria? Continuare a portare assistenza, senza tirarsi indietro di fronte all'emergenza, o mettere al sicuro il proprio personale? Le scelte che Medici con l'Africa Cuamm ha compiuto sono rappresentative di un'identità di chi sceglie "l'ultimo miglio".

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

Era la primavera 2014 quando l'epidemia globale di Ebola fece il suo ingresso in Sierra Leone e nel territorio dove Medici con l'Africa Cuamm operava. Un paese già molto fragile, che ancora porta i segni della guerra civile che a inizio anni Novanta sconvolse equilibri e popolazione. Un paese in cui gli indicatori sanitari di base parlano chiaro: la mortalità materna e la mortalità infantile sono le più alte del mondo (1.100/10.000 la prima, 182/1000 la seconda).

Arrivò Ebola e immediatamente si capì che ci si trovava di fronte a un'epidemia potenzialmente universale, trasmissibile con facilità attraverso il solo contatto con sostanze fluide della persona infetta, ad esempio il sudore o il latte materno. E come organizzazione sanitaria, presente in Sierra Leone dal 2012, ci trovammo coinvolti profondamente. Cosa fare?

Intorno a noi molti erano i casi di organizzazioni sanitarie e umanitarie che optavano per un rientro in patria, consapevoli che la possibilità di contagio per i propri cooperanti era concreta: è giusto mettere a rischio il proprio personale? D'altra parte, come organizzazione che ha scelto di portare la salute fino all'ultimo miglio dell'Africa sentivamo il dovere di continuare ad assistere quell'angolo di mondo, il distretto di Pujehun: una persona che ha contratto l'Ebola non ha forse diritto ad assistenza? Non si trattava soltanto di una strategia di intervento sanitario, eravamo di fronte a una scelta che metteva in campo etica e sanità pubblica e la nostra risposta doveva necessariamente tenere conto delle due parti.

Si faceva largo anche un'altra considerazione fondamentale: non c'è solo Ebola. Accanto ai casi sospetti, ai casi accertati, all'allarme che andava diffondendosi, in ogni villaggio continuava anche a scorrere ciò che la vita porta con sé: mamme avrebbero affrontato il parto, bambini sarebbero venuti alla luce, malattie avrebbero richiesto cure. Chi avrebbe seguito tutto ciò? Nonostante il dilemma, Medici con l'Africa Cuamm decise di rimanere sul campo, fedele alla propria strategia di *continuum of care*, scegliendo di continuare a costruire la salute quotidianamente. Non c'è giudizio né autocelebrazione in questa scelta, ma la sola consapevolezza di aver fatto "dialogare" competenze e anime che spesso sembrano appartenere a sfere diverse, quella morale e quella gestionale. In realtà non si trattò di decidere solo se rimanere sul campo, ma anche come farlo e quale organizzazione dare a un sistema che doveva affrontare una condizione nuova e rischiosa: mantenere l'ospedale aperto o chiuderlo e concentrarsi su Ebola? Come gestire i pazienti "ordinari" e i casi sospetti di Ebola? Ciò che ne derivò fu una strategia che rispondeva alla posizione etica e all'identità che Medici con l'Africa Cuamm ha sempre avuto. L'ospedale continuò perciò a funzionare regolarmente, l'unità di salute materna e infantile poteva continuare ad accogliere mamme e bambini, assicurando le cure primarie. Contemporaneamente vennero allestiti dei centri di isolamento per i casi sospetti di Ebola, separati dalle altre aree dell'ospedale e messi in sicurezza. Si intensificarono le attività di salute comunitaria, attraverso la sensibilizzazione della popolazione anche nei villaggi più lontani. Bisognava far capire alla popolazione che Ebola non era arrivata come "punizione divina", e questo richiese di farsi largo in un fitto universo di credenze popolari e cultura ancestrale. Si lavorò sull'informazione: quali i sintomi, quali i comportamenti, quali le precauzioni di fronte a un caso sospetto di Ebola. A questo si affiancò il lavoro dei *contact tracers*, 250 persone appositamente formate ed entrate in azione per "tracciare" i contatti avuti da ogni paziente infetto e isolarli, in modo da evitare il dilagare dell'epidemia. Sono stati dai 25 ai 50 i contatti individuati per ogni ammalato, in totale mille persone in quarantena. Non si può tralasciare nessuno se si vuole che l'intera comunità stia bene. Anche il personale medico e sanitario venne formato approfonditamente sulle misure di protezione da adottare. Come operatori della cooperazione sanitaria internazionale abbiamo sempre sentito il dovere di proteggere chi sceglie di lavorare con noi, mettendosi a servizio dei più deboli.

Nel 2014 i casi di Ebola registrati nel distretto di Pujehun sono stati 31, i morti 24. Nessun medico, infermiere, ostetrica di Medici con l'Africa Cuamm è stato contagiato, segno che i protocolli di sicurezza sono stati adottati e applicati in modo corretto. E nel gennaio 2015 il distretto di Pujehun è stato dichiarato *Ebola-free*, il primo dell'intero Paese.

Nei mesi di epidemia, nel distretto di Pujehun i servizi sanitari materno-infantili hanno continuato a funzionare senza registrare un crollo dell'accesso alle cure da parte della popolazione, in controtendenza a ciò che è avvenuto in altre zone del paese, come mostreranno approfonditamente Putoto e Pizzol in un articolo di questo numero della rivista. Questo per noi è stato il più grande risultato, perché significa aver dato continuità di cure alla popolazione senza perdere ciò che avevamo costruito con loro fin lì: non solo l'ospedale ma la cultura della salute e della fiducia nel personale sanitario. E che ci ricorda che *esserci* per noi significa proprio questo: una presenza quotidiana che va oltre l'emergenza.



DIALOGO

SALUTE GLOBALE, FORMAZIONE, UNIVERSITÀ

La formazione dei professionisti sanitari ha bisogno di una riforma che produca due fondamentali risultati: l'apprendimento trasformativo e l'interdipendenza nell'educazione. Serve formare cioè professionisti in grado di diventare motore di cambiamento, capaci di usare risorse globali in contesti locali e fare rete in modo creativo e critico, consapevoli della società attuale.

TESTO DI / GAVINO MACIOCCO / DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE E CLINICA, UNIVERSITÀ DI FIRENZE

Nel 2010 la rivista *The Lancet* decise di costituire una Commissione con lo scopo di analizzare lo stato della formazione dei professionisti sanitari nel mondo e di fornire raccomandazioni per il futuro¹. All'inizio del ventunesimo secolo – afferma la Commissione – le cose non stanno andando affatto bene. Clamorose diseguaglianze nella salute persistono sia all'interno dei paesi, che tra paesi, evidenziando il nostro fallimento collettivo nel distribuire in maniera equa gli straordinari progressi della medicina. Contemporaneamente ci troviamo di fronte a nuove sfide. Nuove infezioni, rischi ambientali e comportamentali, insieme alla rapida transizione demografica ed epidemiologica, minacciano la salute di tutti. In tutto il mondo i sistemi sanitari faticano a restare al passo e diventano sempre più complessi e costosi, richiedendo un impegno sempre maggiore agli operatori sanitari. La formazione dei professionisti, in tutto il mondo, sembra aver ignorato tutto ciò: i programmi didattici delle università sono «frammentari, antiquati, statici che producono dei laureati poco attrezzati». I problemi – continua il documento – sono sistemici: la formazione non va incontro ai bisogni dei pazienti e delle comunità; non promuove il lavoro di gruppo, e mantiene un'ingiusta stratificazione di genere; si focalizza su problemi tecnici senza comprendere il contesto più ampio, si concentra sui singoli episodi e trascurando la continuità delle cure; predilige le cure ospedaliere a spese delle cure primarie e la quantità piuttosto che la qualità, con scarso interesse verso le *performance* del sistema sanitario. Lodevoli sforzi per rimediare a questi gravi difetti sono quasi sempre falliti, in parte a causa del cosiddetto tribalismo delle professioni, ovvero la tendenza di varie professioni di muoversi separatamente dalle altre, se non in competizione l'una contro l'altra.

L'università non riesce a raccogliere la sfida prodotta dai cambiamenti globali avvenuti negli ultimi decenni e continua a sfornare personale sanitario inadeguato a rispondere ai bisogni della popolazione, rimpinguando le fila di un esercito di professionisti sempre più indifesi di fronte alle lusinghe della medicina commerciale.

Secondo il documento di *Lancet*, la formazione dei professionisti sanitari ha bisogno di una riforma che produca due fondamentali risultati: l'apprendimento trasformativo e l'interdipendenza nell'educazione. L'apprendimento trasformativo è il livello più alto di tre diversi livelli di apprendimento. Quello più semplice è l'apprendimento informativo che fornisce agli studenti le conoscenze e le abilità e produce gli «esperti». Il livello successivo è l'apprendimento formativo che riguarda la trasmissione dei valori e il suo obiettivo è quello di produrre i «professionisti». L'apprendimento trasformativo richiede un passo ulteriore perché ha il compito di aiutare lo sviluppo della *leadership* e trasformare i professionisti in «agenti del cambiamento». L'apprendimento trasformativo richiede tre fondamentali cambiamenti: dalla memorizzazione dei fatti al ragionamento critico in grado di guidare la ricerca, l'analisi, la valutazione, la sintesi delle informazioni al fine di prendere delle decisioni; dalla ricerca di credenziali professionali al raggiungimento di competenze da usare all'interno di un gruppo di lavoro e nell'ambito di un sistema sanitario; da un modello educativo acritico a un altro creativo che utilizza risorse globali per affrontare le priorità locali. L'interdipendenza è un elemento chiave in un approccio sistemico perché mette in evidenza il modo in cui varie componenti interagiscono l'una con l'altra, senza presupporre che queste debbano essere uguali. Come risultato desiderabile l'interdipendenza nell'educazione produce tre cambiamenti: da un'educazione isolata a una armonizzata all'interno del sistema sanitario; da istituzioni autosufficienti a reti mondiali, alleanze, consorzi; da assetti istituzionali auto-generati e auto-controllati a flussi globali di contenuti educativi, risorse pedagogiche e innovazioni.

BIBLIOGRAFIA

¹ Frenk J. et al., *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*, *The Lancet* 2010, vol. 376, n. 9756, pp. 1923-58.

Leggi anche il documento della RIISG: *Ripensare la formazione medica*
<http://www.saluteinternazionale.info/2015/04/ripensare-la-formazione-medica/>



LONTANI GLI OBIETTIVI DEL MILLENNIO IN AFRICA

È stato pubblicato il 27 maggio 2015 il rapporto sulla situazione dell'insicurezza alimentare nel mondo, redatto dalle tre agenzie dell'Onu che si occupano di alimentazione e agricoltura (Fao, Ifad e Wpf). Sono 795 milioni le persone che nel mondo soffrono ancora la fame, di cui 233 milioni in Africa. Al suo interno sussistono differenze regionali, che dipendono da fattori come l'instabilità politica, la guerra e le catastrofi naturali che provocano a loro volta una crescita economica insufficiente e aumentano la povertà, che rimane la prima causa della fame. I paesi africani che devono affrontare crisi alimentari sono 24, raddoppiati rispetto al 1990, e la regione sub-Sahariana registra la più alta prevalenza di denutrizione nel mondo, che colpisce circa una persona su quattro (23,2%).







DALL'ACCADEMIA AL CAMPO: A LEZIONE IN AFRICA

Ricorre quest'anno il decennale del *Wolisso Project*, progetto di giovani per i giovani che dà l'opportunità agli studenti di Medicina italiani di fare esperienza diretta di cooperazione sanitaria in Africa, affiancando i medici del Cuamm in Etiopia e in Tanzania. Dieci anni di formazione sul campo, dove esperienza professionale e umana camminano fianco a fianco.

TESTO DI / CLARISSA DE NARDI E ALESSIA BIASOTTO / SISM - SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI DI MEDICINA

STUDENTI IN SALUTE GLOBALE

Tutto è nato dieci anni fa, nel 2005, quando un gruppo di studenti del Sism – Segretariato italiano studenti di Medicina – appartenenti alla sede locale di Udine, ha fondato il *Wolisso Project*: un progetto che dà l'opportunità agli studenti di Medicina di tutta Italia di conoscere, attraverso l'esperienza sul campo, i principi della salute globale e della cooperazione sanitaria internazionale facendo un tirocinio di un mese nell'Africa sub-Sahariana.

Il progetto è possibile grazie alla collaborazione tra Sism e Medici con l'Africa Cuamm: la ong padovana infatti decide di aprire le porte del proprio ospedale St. Luke di Wolisso, in Etiopia, a questi giovani pieni di energia e motivazione, per far sì che la conoscenza accademica possa arricchirsi anche di una visione della salute da un'altra prospettiva, quella dei paesi a risorse limitate.

In una società sempre più indirizzata verso la globalizzazione, è importante dedicare uno spazio per l'insegnamento della salute globale e la formazione di coloro i quali si prendono e si prenderanno cura della salute dei cittadini del mondo. Tuttavia, solo negli ultimi anni alcune università italiane stanno valutando di inserire nel *curriculum* degli studi medici corsi specifici sulla salute globale, non senza una spinta importante da parte del Sism, del Cuamm e della Riisg (Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale).

DIECI ANNI DI WOLISSO PROJECT

A partire da quel 2005 il *Wolisso Project* ha continuato a crescere e anche l'adesione da parte degli studenti si è ampliata progressivamente, fino a portare all'apertura di una seconda meta: Tosamaganga, in Tanzania. Ogni mese quattro studenti del Sism vengono accolti nelle *guesthouse* di Wolisso e Tosamaganga e ad oggi sono più di 180 gli studenti italiani partiti per l'Africa.

Svolgere un tirocinio di un mese in un ospedale in cui opera il Cuamm è una delle migliori esperienze che possano essere offerte a un giovane medico in formazione, permettendo di toccare con mano le difficoltà che quotidianamente affronta il sistema sanitario di un Paese in via di sviluppo. L'esperienza diretta, infatti, consente al tirocinante di avvicinarsi al complesso meccanismo della cooperazione internazionale, in cui la quotidiana attività nei reparti è sostenuta da una corretta pianificazione a monte degli interventi

svolti negli ospedali e sul territorio. Oltre ad affiancare i medici, gli studenti vengono in contatto con figure professionali locali quali medici, infermieri e ostetriche, frequentando i reparti dell'ospedale e assistendo alle attività che vengono svolte nelle strutture, anche periferiche, come i centri di salute.

Lo studente, quindi, ha la possibilità di ampliare il proprio orizzonte accademico, non solo dal punto di vista professionale, ma anche umano, sperimentando per la prima volta una medicina che non si ferma alla cura del singolo malato ma che si occupa dell'intera comunità, attraverso programmi di prevenzione, vaccinazione e sostegno alle strutture sanitarie dislocate sul territorio. Per fare ciò, oltre a vincere diffidenze e resistenze iniziali, è necessaria una continua apertura verso l'esterno, verso i villaggi e le comunità, avvalendosi delle competenze di antropologi e personale locale adeguatamente formato per favorire la partecipazione della popolazione, raggiungendo così anche l'"ultimo miglio", quelle aree cioè talmente distanti – per chilometri e cultura – da essere spesso dimenticate.

Nel mese trascorso in Africa lo studente si rende conto di come in realtà la salute sia parte integrante di un sistema più complesso dove economia, società, ambiente sono legati gli uni agli altri e non possono prescindere uno dall'altro. Le patologie in un simile contesto derivano da problematiche che stanno a monte di una semplice infezione o della biochimica; la povertà, la mancanza di istruzione e di mezzi appropriati giocano un ruolo determinante nella visione della salute e della malattia, del modo di affrontarla e di percepire l'assistenza medica.

Adattabilità, predisposizione all'apprendimento e spirito di condivisione sono le qualità che vengono affinate in questo mese di tirocinio, lasciandosi alle spalle la sicurezza dei mezzi di cui dispone un ospedale italiano per riappropriarsi della semeiotica e della clinica, della capacità di osservare il paziente e di raccogliere un'anamnesi dove occorre tener conto di tutti gli aspetti della vita quotidiana del paziente, arrivando così a razionalizzare le risorse per formulare la diagnosi e soprattutto pianificare un trattamento che sia efficace e possibile da realizzare.

WOLISSO PROJECT IN ITALIA

Il progetto non si limita a proporre la formazione pratica in Africa, ma sostiene anche la sensibilizzazione della popolazione in Ita-



I DIRITTI UMANI IN GIOCO

È basato sulle tecniche di educazione non formale il progetto *La Isla*, che si propone di far incontrare i temi cardine della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo con il mondo dei bambini.

TESTO DI / SAMANTHA PEGORARO E BENEDETTA ROSSI / SISM - SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI DI MEDICINA

Nato nel 2013 per volontà di un gruppo di studenti appartenenti al Sism – Segretariato italiano studenti di Medicina – il progetto si rivolge in particolare a bambini di quarta elementare con l'obiettivo di sensibilizzare sui diritti universali e contribuire così alla formazione di coloro che saranno il futuro della nostra società.

La sensibilizzazione ai contenuti della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo avviene attraverso l'approfondimento di alcuni dei suoi articoli (diritto alla libertà, accesso alle cure, istruzione, libertà di espressione e altri) mediante lo strumento del gioco. Per ogni tema, infatti, è prevista un'attività durante la quale il bambino sperimenta la negazione del diritto stesso, motore centrale della discussione successiva alle singole attività. Accompagnati dal racconto dei formatori, i bambini si ritrovano protagonisti di un naufragio in un'isola sperduta, da cui il nome *La Isla*, nella quale tutto è da reinventare. La riflessione viene pertanto indirizzata in modo interattivo sulle disuguaglianze, sulle conseguenze da queste generate e su di un immaginario nuovo per la comprensione e il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo. La costruzione del percorso ludico-educativo è stata fatta dal Sism dopo un'attenta revisione da parte di alcune pedagogiste delle Università di Verona e Milano Bicocca.

Lo scorso anno il progetto è stato avviato in tre città italiane, Brescia, Genova e Torino e il riscontro è stato molto positivo da parte dei partecipanti, sia i bambini, sia formatori e maestre.

I prossimi passi prevedono una maggiore capillarizzazione del progetto sul territorio: alcuni gruppi di studenti stanno già contattando Amnesty International con la prospettiva di fare rete e contribuire alla crescita delle nuove generazioni di cittadini che abiteranno uno spazio sempre più multiculturale, diversificato e, ci auguriamo, più equo.

lia e l'ideazione di progetti volti alla promozione del diritto alla salute e al miglioramento dell'erogazione delle prestazioni sanitarie negli ospedali Cuamm che ospitano gli studenti del Sism.

Da un lato ci sono le iniziative di sensibilizzazione, come seminari e conferenze, organizzati su tutto il territorio italiano grazie all'attività sinergica delle 37 sedi locali del Sism.

Su proposta dello staff del *Wolisso Project*, dal 2011 è avviato il Corso di Semeiotica di Frontiera che ciascuna sede locale del Sism può realizzare in autonomia attraverso due o più seminari tenuti da medici formatori del Cuamm con esperienza sul campo: l'obiettivo è trattare la metodologia clinica con un approccio diverso dallo *standard* italiano, per focalizzarsi sulle tecniche e sugli strumenti medici a disposizione negli ospedali dei Pvs carenti di risorse economiche e macchinari per la diagnosi strumentale e laboratoristica.

Dall'altro lato il Sism si è impegnato in vere e proprie campagne di raccolta fondi per dar vita a progetti che incidano positivamente sulla sanità degli ospedali con cui *Wolisso Project* collabora. Tra i molti progetti realizzati in questi dieci anni, due sono attivi ora.

Il primo è il *Tosamaganga ultrasound*: nasce dalla donazione di un ecografo all'ospedale di Tosamaganga e prosegue attraverso corsi di formazione sul suo utilizzo rivolti al personale locale, con l'obiettivo di potenziare il momento della diagnosi e del *follow up* sia in ambito ginecologico che internistico.

Il secondo invece è rivolto a migliorare la qualità sanitaria di *Wolisso*: ha permesso infatti di finanziare il corso di studi per un tecnico di anestesia che si è impegnato poi a lavorare presso l'ospedale per almeno quattro anni dopo il diploma. In quest'ultimo caso, il progetto è finalizzato a sopperire la carenza di tecnici di anestesia a causa del fenomeno del *brain-drain* che interessa l'Africa in generale, per il quale numerose figure sanitarie migrano in paesi in cui le condizioni e i contratti di lavoro sono più favorevoli.

RACCONTI DA WOLISSO E TOSAMAGANGA

Proprio per dare voce a questo caleidoscopio di emozioni, esperienze, incontri che gli studenti vivono durante il *Wolisso Project*, è stato lanciato ad aprile 2015 un *blog* dal titolo "Guestbook. Il Sism dall'altra parte del mondo". Il *blog* vuole essere appunto una sorta di diario che raccolga la voce di chi passa per *Wolisso* e *Tosamaganga*, per tenere traccia di questo patrimonio prezioso, per raccontarlo a chi non ha l'opportunità di andarci, per condividere il mondo visto da laggiù. Per chi vuole prendere parte al viaggio: www.educationglobalhealth.eu/blog



FORUM

TUBERCOLOSI 2015: LA SITUAZIONE MONDIALE, LE SFIDE E LA NUOVA "END TB STRATEGY"

L'assemblea mondiale della sanità ha adottato nel 2014 la nuova strategia globale dell'Oms per la tubercolosi, denominata "END TB strategy" e basata su tre pilastri: 1. diagnosi, trattamento e prevenzione della malattia di elevata qualità, incentrati sui bisogni del paziente; 2. copertura sanitaria universale e meccanismi di protezione sociale; 3. sviluppo della ricerca.

TESTO DI / ALBERTO MATTEELLI, GIULIANO GARAGIONI, MATTEO ZIGNOL, MARIO RAVIGLIONE / WORLD HEALTH ORGANIZATION, GLOBAL TUBERCULOSIS PROGRAMME

TUBERCOLOSI: DATI EPIDEMIOLOGICI

La tubercolosi (TB) resta una delle patologie infettive più letali al mondo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che 9 milioni di persone si siano ammalate di TB nel 2013, e che 1,5 milioni ne siano morte. La strategia globale per la lotta alla TB, promossa dall'Oms a partire dal 1994, ha permesso di salvare 37 milioni di vite tra il 2000 e il 2013. Questi successi sono tuttavia insufficienti, se si considera l'elevato numero di persone che ancora oggi muore per una patologia prevenibile e curabile.

Oltre la metà (56%) dei 9 milioni di casi incidenti di malattia stimati nel 2013 si è verificata in Asia. L'India e la Cina contribuiscono rispettivamente con il 24% e l'11% dei casi totali. In Africa si verifica il 29% dei casi totali, ma in questa regione si osservano i tassi di incidenza e mortalità *pro capite* più elevati in assoluto.

La patologia colpisce duramente anche le donne (oltre mezzo milione di morti all'anno) e i bambini (oltre 80 mila morti).

I successi recenti ottenuti nel contenimento dell'epidemia sono chiari; l'obiettivo globale, parte degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG), di arrestare l'aumento dell'incidenza della tubercolosi entro il 2015 è già stato raggiunto e nell'ultimo decennio la riduzione annuale del tasso è stata mediamente dell'1,5%. I tassi di mortalità e prevalenza hanno registrato a partire dal 1990 riduzioni ancora più marcate, pari al 41% e 45% rispettivamente.

Sul versante della diagnosi e del trattamento i dati sono controversi. Nel 2013, il numero dei nuovi casi di TB notificati dai sistemi sanitari nazionali è stato pari a 6,1 milioni, cioè solo il 64% dei 9 milioni di casi stimati. Questo dato suggerisce che circa tre milioni di casi non sono stati diagnosticati oppure se diagnosticati (ad esempio nel settore privato) non sono stati notificati: la ricerca dei "casi mancanti" è certamente uno degli obiettivi prioritari attuali. Il tasso di successo terapeutico è elevato globalmente, pari all'86% nel 2012. Tuttavia vi sono ancora aree in cui tale tasso rimane al di sotto della media, come ad esempio nella regione europea, dove nel 2012 sono stati curati solo il 76% dei soggetti trattati.

Una delle sfide attuali più rilevanti è quella della TB multiresistente (MDR-TB) di cui si stima si siano verificati, nel 2013, 480 mila casi. Una grave preoccupazione è legata all'emergenza dei ceppi a resistenza estesa (XDR-TB), che si stima rappresentino il 9% dei casi multiresistenti. Nel 2013 se tutti i casi notificati con TB fossero stati sottoposti ad antibiogramma si sarebbero dovuti identificare

300 mila casi di MDR-TB, invece ne sono stati notificati solo 136 mila (il 45% degli attesi). Sebbene si siano ottenuti grandi progressi sul versante della diagnosi della MDR-TB (i casi diagnosticati erano solo il 17% degli attesi nel 2009), molto resta ancora da fare. Nel 2013 solo il 58% dei 4,9 milioni di casi di TB polmonare notificati sono stati confermati batteriologicamente. La disponibilità di un test rapido e sensibile (Xpert MTB/RIF) per l'identificazione della resistenza alla rifampicina offre grandi opportunità in questo senso.

Gli sviluppi sul versante diagnostico paradossalmente acuiscono le criticità del trattamento delle forme multiresistenti: solo 97 mila dei casi diagnosticati nel 2013 hanno iniziato regimi terapeutici per MDR-TB e 39 mila restavano in attesa di trattamento, un *gap* che si è ampliato tra il 2012 e il 2013. Nell'ultima coorte disponibile il tasso di successo dei regimi per MDR-TB era globalmente appena del 48%. Le cause sono da ricercare, tra l'altro, nella debolezza dei sistemi sanitari nei paesi più colpiti e nell'accesso limitato ai farmaci di seconda linea.

I cinque interventi cardine attualmente promossi per la lotta alla MDR-TB sono: 1) la terapia appropriata dei casi di TB sensibile, in modo da prevenire l'insorgenza di ceppi resistenti; 2) l'accesso più ampio a test diagnostici rapidi per la resistenza; 3) la disponibilità immediata di regimi di seconda linea per il trattamento dei casi resistenti; 4) la prevenzione della trasmissione da soggetti affetti da MDR-TB; 5) maggiori investimenti finanziari.

Nel 2013 la stima dei casi di TB verificatisi in associazione all'Hiv era di 1,1 milioni (il 13% del totale dei casi di TB). Il numero dei morti attribuito alla co-infezione è ancora elevatissimo, pari a 360 mila (l'80% dei quali registrato in Africa). La riduzione di questi numeri inaccettabili richiede interventi urgenti a molti livelli. Innanzitutto la promozione del test per Hiv in tutti i casi con diagnosi di TB: nel 2013 solo il 48% globalmente era a conoscenza del proprio sierostato (anche se in alcune regioni, come ad esempio l'Africa, la proporzione raggiungeva il 76%). La terapia antiretrovirale dovrebbe essere sempre associata a quella antitubercolare ma, su scala globale, questo avviene solo nel 70% dei casi. Le attività di prevenzione, attraverso il trattamento dell'infezione tubercolare latente, sono in ritardo ancora maggiore: la strategia è adottata solo in 14 dei 41 paesi ad alta incidenza di co-infezione.

L'Oms identifica l'insufficiente finanziamento degli interventi per la TB a livello globale come un problema prioritario: la differenza tra risorse necessarie, pari a 8 miliardi all'anno, e quelle disponibili è attualmente di almeno due miliardi di dollari l'anno. Queste cifre

non includono i costi della ricerca, in larga misura dedicati allo sviluppo di nuovi vaccini, nuovi farmaci e un *test* diagnostico rapido da eseguire al letto del paziente, stimati in 2 miliardi di dollari l'anno. La scarsa disponibilità di risorse è difficile da giustificare se si pensa che, tra gli interventi sanitari, il trattamento della TB ha un profilo di costo-efficacia estremamente favorevole come ampiamente documentato anche nell'ambito di processi rivolti alla preparazione dei nuovi obiettivi di sviluppo sostenibile.

END TB: UNA NUOVA STRATEGIA PER UN MONDO SENZA TUBERCOLOSI

L'assemblea mondiale della sanità ha adottato nel 2014 la nuova strategia globale dell'Oms per la tubercolosi, ora denominata "END TB strategy".

La strategia, concepita con la visione di un "mondo senza tubercolosi", si prefigge di eliminare la malattia su scala globale nel rispetto di quattro principi essenziali che stabiliscono il ruolo del governo, la partecipazione della società civile, il rispetto dei diritti umani, dell'etica e dell'equità, e l'adattamento della strategia al contesto del paese. Tre pilastri, che indirizzano sugli interventi prioritari, costituiscono la strategia. Il primo pilastro prevede interventi di diagnosi precoce, trattamento e prevenzione della malattia di elevata qualità, incentrati sui bisogni del paziente. Rientrano in questo capitolo la diagnosi e il trattamento sia della malattia (inclusa la MDR-TB) che dell'infezione, la ricerca attiva dei casi, la gestione delle comorbidità (inclusa l'infezione da Hiv) e l'impiego del vaccino BCG nei neonati.

FIGURA / GLOBAL TB REPORT 2014 - WHO



Il secondo pilastro prevede l'adozione di politiche sanitarie sensibili e attente alla tubercolosi, supportate da forti sistemi sia sanitari che sociali. In particolare, richiede la mobilitazione di adeguate risorse economiche, il coinvolgimento e la collaborazione delle comunità, delle organizzazioni della società civile e del settore privato, oltre all'utilizzo di sistemi informativi efficienti e di adeguata gestione e qualità dei farmaci. Centrali per questo pilastro sono la copertura sanitaria universale e i meccanismi di protezione sociale che consentano accesso agli interventi di cura e prevenzione della malattia evitando spese catastrofiche e l'impoverimento delle persone e famiglie affette dalla malattia.

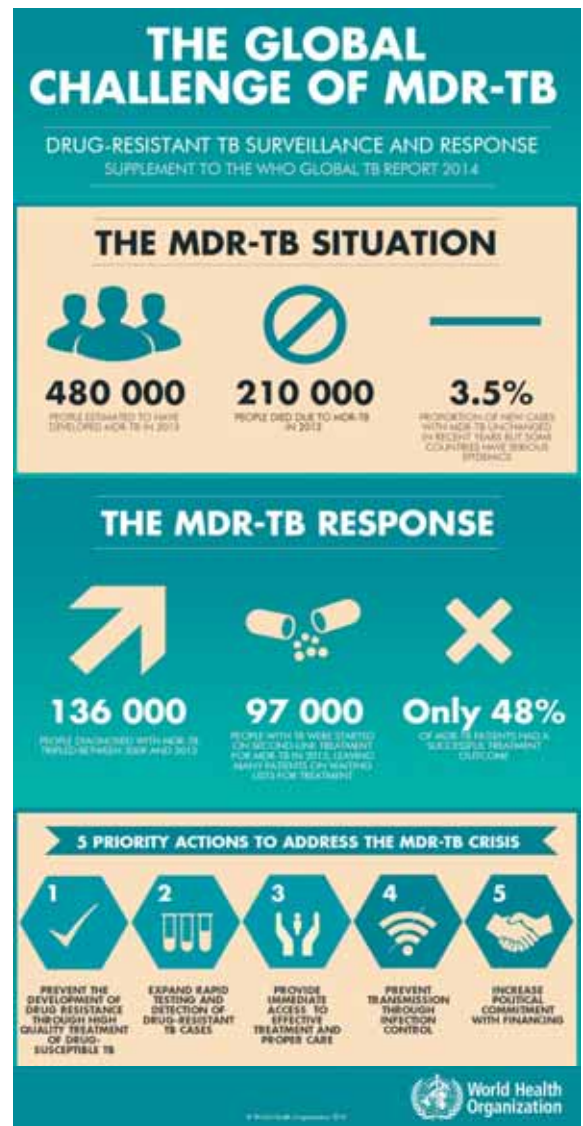
Il terzo e ultimo pilastro sostiene lo sviluppo della ricerca sia di base che operativa per garantire innovazioni e la loro immediata applicazione su larga scala.

Secondo le stime dell'Oms, l'adozione e l'attuazione della strategia su scala mondiale produrranno una riduzione del tasso di incidenza di malattia molto più rapida dell'attuale e consentiranno di ridurre nel prossimo ventennio, cioè entro il 2035, il numero dei nuovi casi di tubercolosi del 90% e dei decessi del 95%, mentre al contempo nessuno dei pazienti e delle loro famiglie dovrà più correre il rischio di affrontare spese catastrofiche a causa della malattia.

FIGURA / END TB STRATEGY - WHO



FIGURA / GLOBAL TB REPORT 2014 - WHO





IL PRIMO DISTRETTO **EBOLA-FREE** IN SIERRA LEONE

Dal 9 gennaio 2015 il distretto di Pujehun, dove opera Medici con l'Africa Cuamm, è stato dichiarato il primo distretto *Ebola-free* della Sierra Leone. «Basta dire Pujehun e strappi un sorriso, adesso, in Sierra Leone – dichiara il Direttore del Cuamm don Dante Carraro –. “The first” dice la gente e talvolta ti saluta alzando la mano in segno di vittoria. Mantenere aperto l'ospedale mettendolo in sicurezza è stata sicuramente la scelta giusta e i risultati sono buoni». Si continua tuttavia a stare in allerta. Il Cuamm ha scelto di mantenere aperti i centri di Kpanga e Zimmi nonostante l'*Ebola-free*, contribuendo a mantenere sotto controllo la situazione anche dal punto di vista psicologico: nei centri sono state ospitate, tra gennaio e marzo 2015, otto persone con casi sospetti poi risultati negativi ai test.



EBOLA
CHECK
POINT
VIEWTOWN



ESPERIENZE DAL CAMPO

L'AUMENTO DEI TAGLI CESAREI, TRA BENEFICI E RISCHI

Il *trend* di ricorso al taglio cesareo è in netta crescita a livello globale, nonostante l'Oms abbia richiamato più volte l'attenzione sui rischi che questo, se non eseguito in condizioni appropriate, può comportare. Uno studio pilota in due ospedali di Medici con l'Africa Cuamm raccoglie i dati dei parti cesarei eseguiti in sei mesi di lavoro e li analizza secondo la classificazione di Robson.

TESTO DI / FRANCESCA TOGNON / UNIVERSITÀ DI PADOVA
GIOVANNI PUTOTO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

IL FENOMENO DEL TAGLIO CESAREO

Il taglio cesareo è ad oggi l'intervento più frequentemente eseguito in ostetricia. Sebbene sia da considerarsi talvolta indispensabile per salvare la vita della madre e del neonato in caso di complicanze, il ricorso a questo intervento chirurgico è aumentato in modo significativo e spesso ingiustificato negli ultimi anni¹⁻².

Le cause di questo aumento sono molteplici: motivazioni cliniche come aumento dell'età della partoriente o numerose gravidanze multiple dopo trattamento dell'infertilità, ma anche frequente richiesta materna, questioni medico-legali, allargamento delle condizioni per l'indicazione al taglio cesareo e diminuite competenze nella gestione del parto vaginale assistito³. In alcuni contesti inoltre si registrano negli ospedali privati tassi di cesarizzazione di quattro volte superiori rispetto alle strutture pubbliche⁴ a dimostrazione che anche le leggi del mercato influenzano questo fenomeno.

Questo aumento non interessa solo i paesi cosiddetti industrializzati, ma anche contesti a più basse risorse. In questi paesi infatti, a livello di popolazione la copertura del parto assistito è ancora molto bassa con una percentuale di cesarizzazione che si mantiene spesso al di sotto degli *standard* (ad esempio secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità in Tanzania la copertura era circa del 4,5% nel 2010). Se si prendono in considerazione però i parti assistiti negli ospedali di riferimento anche in queste regioni il tasso di cesarizzazione è molto elevato, indice che le donne che vengono assistite durante il parto hanno un'alta probabilità di subire l'intervento chirurgico⁵.

Le conseguenze più importanti di questo fenomeno riguardano direttamente la salute di madri e bambini.

Nonostante infatti il miglioramento delle tecniche chirurgiche e dell'assistenza post operatoria abbiano indotto a pensare che il taglio cesareo sia privo di rischi, la mortalità materna e le complicanze nel *post partum* sono decisamente più elevate rispetto al parto vaginale⁶. In uno studio condotto in America Latina⁷ si è evidenziato come le donne sottoposte a taglio cesareo, sia elettivo sia *intrapartum* e indipendentemente da caratteristiche demografiche o cliniche, avessero un rischio raddoppiato di complicanze severe (tra cui decesso, isterectomia, trasfusioni e necessità di cure in terapia intensiva) e fino a cinque volte maggiore il rischio di infezioni *post partum* rispetto alle donne che partorivano per via vaginale. Implicazioni negative sembrano riguardare anche le successive gravidanze con un aumentato rischio di placenta previa e accreta⁶.

Un'altra conseguenza dell'aumentato ricorso al taglio cesareo è l'impatto del costo dell'intervento chirurgico, marcatamente più elevato rispetto a quello del parto vaginale. Se eseguito senza che vi sia l'indicazione, in particolare in paesi a basso reddito, comporta un utilizzo sbagliato delle risorse con conseguenti implicazioni negative sull'equità e sull'accessibilità dell'assistenza⁸.

INDICAZIONI INTERNAZIONALI

Il taglio cesareo è stato definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) un «*marker* dell'accessibilità dei servizi di emergenza ostetrica»⁹. Numerosi studi infatti hanno dimostrato una correlazione inversa tra il tasso di cesarizzazione e la mortalità materna e infantile nei paesi a basso reddito dove vi è un limitato accesso ai servizi di assistenza ostetrica⁸. Ciononostante già nel 1985 l'Oms affermava che non c'era alcuna giustificazione clinica in nessuna regione per avere tassi di cesarizzazione superiori al 10-15%¹⁰. Fino ad oggi, la mancanza di un sistema di classificazione accettato e standardizzato per monitorare e confrontare i tassi di taglio cesareo in modo coerente non ha permesso di studiare il fenomeno in modo sistematico. Per questo motivo nell'aprile 2015 l'Oms ha dato l'indicazione di adottare la classificazione di Robson come sistema

TABELLA 1 / LE CLASSI DI RISCHIO CLINICO

CLASSE 1	NULLIPARA, GRAVIDANZA SINGOLA, PRESENTAZIONE CEFALICA, ETÀ GESTAZIONALE 37, TRAVAGLIO SPONTANEO.
CLASSE 2	NULLIPARA, GRAVIDANZA SINGOLA, PRESENTAZIONE CEFALICA, ETÀ GESTAZIONALE 37, TRAVAGLIO INDOTTO O TC ELETTIVO.
CLASSE 3	MULTIPARA, GRAVIDANZA SINGOLA, PRESENTAZIONE CEFALICA, ETÀ GESTAZIONALE 37, NO PREGRESSO TC, TRAVAGLIO SPONTANEO.
CLASSE 4	MULTIPARA, GRAVIDANZA SINGOLA, PRESENTAZIONE CEFALICA, ETÀ GESTAZIONALE 37, NO PREGRESSO TC, TRAVAGLIO INDOTTO O TC ELETTIVO.
CLASSE 5	MULTIPARA, GRAVIDANZA SINGOLA, PRESENTAZIONE CEFALICA, ETÀ GESTAZIONALE 37, PREGRESSO TC.
CLASSE 6	NULLIPARA, GRAVIDANZA SINGOLA, PRESENTAZIONE PODALICA.
CLASSE 7	MULTIPARA, GRAVIDANZA SINGOLA, PRESENTAZIONE PODALICA.
CLASSE 8	GRAVIDANZA MULTIPLA.
CLASSE 9	GRAVIDANZA SINGOLA, PRESENTAZIONE ANOMALA.
CLASSE 10	GRAVIDANZA SINGOLA, PRESENTAZIONE CEFALICA, ETÀ GESTAZIONALE <37.

di classificazione per il taglio cesareo da applicare a livello internazionale per confrontare i tassi di cesarizzazione in diversi contesti¹¹. La classificazione, definita *Ten Group Classification System* (TGCS), è stata proposta da Robson e colleghi nel 2011. A differenza di altri sistemi di classificazione precedenti, si basa su criteri oggettivi e permette di definire 10 classi di donne in base a 4 parametri: caratteristiche della gravidanza (singola/gemellare e tipo di presentazione fetale), anamnesi ostetrica (nullipara/multipara con o senza cicatrice uterina), età gestazionale e caratteristiche del travaglio (spontaneo/indotto) (**Tabella 1**).

Questa classificazione rende possibile una comparazione tra i risultati di una stessa unità operativa in tempi diversi, tra quelli di differenti unità operative e tra quelli di diverse aree geografiche².

LO STUDIO PILOTA IN DUE OSPEDALI AFRICANI

Medici con l'Africa Cuamm, avendo evidenziato l'aumentato ricorso al taglio cesareo e l'elevata variabilità dei tassi di cesarizzazione nei diversi ospedali in cui opera, ha voluto approfondire il tema del taglio cesareo per studiare il fenomeno, valutarne le cause e le possibili aree di intervento. Per questo motivo, nel corso del 2014 è stato condotto uno studio pilota in due diverse strutture: l'ospedale St. Luke di Wolisso in Etiopia e l'ospedale St. John of the Cross a Tosamaganga in Tanzania, con l'obiettivo di valutare, attraverso la classificazione di Robson, le diversità nella gestione del parto nei diversi contesti. Per la semplicità della raccolta dati, l'indice di Robson si è dimostrato un valido strumento anche in paesi a medio e basso reddito, basandosi su variabili facilmente accessibili anche in contesti a basse risorse. Sono stati analizzati i dati di 1.247 parti presso l'ospedale di Tosamaganga nel periodo dall'1 gennaio al 30 giugno 2014 e sono stati confrontati con 1.273 parti di Wolisso nel periodo dal 7 giugno al 30 ottobre 2014. Ogni parto condotto nell'ospedale è stato incluso nello studio, per ogni caso sono state registrate le variabili necessarie per l'inclusione nelle classi di Robson e ciascuna partoriente è stata assegnata a un gruppo. Il tasso di cesarizzazione complessivo dei parti presi in esame risultava molto diverso nei due ospedali: l'intervento era stato eseguito in 239 casi a Wolisso (che corrispondeva al 18,8% sul totale dei parti) e in 444 casi a Tosamaganga (con una percentuale di 35,6% su tutti i parti).

Quello che è emerso dallo studio è che già dalla suddivisione nei gruppi della popolazione di donne partorienti si possono notare alcune differenze: mentre la Classe I delle nullipare con presentazione

cefalica, risulta in percentuale simile nei due centri, tra le multipare (Classi III, IV e V) emerge una percentuale più alta di precesarizzate (Classe V) in Tanzania (15,3%) rispetto alla stessa popolazione in Etiopia (7,1%). Questa differenza può indicare che le pratiche di gestione del parto complicato degli ultimi anni mostrano già l'effetto di aver aumentato la popolazione di donne cesarizzate.

Andando poi ad analizzare nello specifico il tasso di cesarizzazione all'interno delle classi più numerose in entrambi i centri emerge come a Tosamaganga si ricorra all'intervento chirurgico più frequentemente in tutte e tre le categorie più rappresentate. In particolare da questa fotografia risulta evidente quanto sia diffusa in Tanzania la pratica di eseguire il taglio cesareo nelle donne precesarizzate (nell'83,8% dei casi). Questa tendenza era stata già evidenziata in letteratura in un ospedale tanzaniano¹² dove è emerso come la classe V, comprendente le donne che avevano subito un pregresso taglio cesareo, fosse la categoria che maggiormente era cresciuta dal 2000 al 2011 e che contribuiva in maniera marcata agli elevati tassi di cesarizzazione.

CONSIDERAZIONI

Lo studio pilota ha permesso di evidenziare in modo oggettivo che il fenomeno dell'aumento dei tassi di cesarizzazione non interessa solo i paesi a più elevate risorse e che si rende necessario approfondire il tema dell'appropriatezza di questo intervento chirurgico anche nei contesti a basso e medio reddito.

La classificazione di Robson si è dimostrato uno strumento di facile applicazione e interpretazione e rappresenta un valido punto di partenza per lo studio del fenomeno¹³. Il solo indice di Robson tuttavia non riesce a fornire adeguate informazioni sull'appropriatezza del cesareo: non prende in considerazione per esempio dati in merito alle complicanze intercorse, alle motivazioni che possano aver portato alla cesarizzazione o all'*outcome* della madre e del neonato. Dopo aver evidenziato il fenomeno, Medici con l'Africa Cuamm sta implementando uno studio multicentrico che affianchi alla classificazione di Robson la raccolta di ulteriori variabili per descrivere in modo più completo il contesto e il ricorso all'intervento chirurgico. Questi ulteriori approfondimenti saranno indispensabili per chiarire quali siano le ragioni di un uso scorretto del taglio cesareo e identificare le possibili aree di cambiamento al fine di mantenere l'aderenza alle buone pratiche e garantire alle partorienti un'assistenza di qualità.

BIBLIOGRAFIA

- 1 *Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates.* AP Betrán et al: *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2007.
- 2 *Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys.* JP Vogel, AP Betrán et al: *The Lancet Global Health*, 2015.
- 3 *Rational dissection of a high institutional caesarean section rate: an analysis using the Robson Ten Group Classification System.* Jarrod KH Tan, Eng Loy Tan et al: *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 2014.
- 4 *Significant differences in caesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil.* Sueli de Almeida et al, *Cad. Saúde Pública*, 2008.
- 5 *Audit of caesarian delivery in Burkina Faso.* S. Kouanda et al: *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2014.
- 6 *Analisi della frequenza di taglio cesareo secondo le classi di rischio clinico.* F. Maneschi et al: *Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia*, 2009.
- 7 *Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with*

caesarean delivery: multicentre prospective study. J. Villar et al: *British Medical Journal*, 2007.

8 *The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Overuse as a barrier to universal coverage.* L. Gibbons et al: *World Health Report*, 2010.

9 *Monitoring Emergency Obstetric Care: a handbook.* World Health Organization, 2009.

10 *Appropriate technology for birth:* Lancet, 1985, Vols. 2:436-7.

11 *Statement on Caesarean Section Rates:* World Health Organization, 2015.

12 *Increasing caesarean section rates among low-risk groups: a panel study classifying deliveries according to Robson at a university hospital in Tanzania.* H. Litorp et al: *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2013.

13 *The Ten Group classification System (TGCS) - a common starting point for more detailed analysis.* M. Robson: *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2015.

TABELLA 2 / TOTALE PAZIENTI VISITATI E % MAM E % SAM***

DISTRETTO	BAMBINI VISITATI	BAMBINI TRA 60% E 80% MAM	BAMBINI SOTTO IL 60% SAM	PERCENTUALE BAMBINI TRA 60% E 80% MAM	PERCENTUALE BAMBINI SOTTO IL 60% SAM
NJOMBE TOWN COUNCIL	927	175	10	19.1	1.1
NJOMBE DISTRICT COUNCIL	1927	103	6	5.34	0.3
LUDEWA DISTRICT COUNCIL	6.270	248	36	4	0.6

TABELLA 3 / ALCUNI CASI DI MAM E SAM RICONTRATI NEI VILLAGGI SOGGETTI A FOLLOW-UP (SETTEMBRE-DICEMBRE 2014)****

WARD	VILLAGGIO	BAMBINI TRA 60% E 80% MAM	BAMBINI SOTTO 60% SAM	RIFERIMENTO PRESSO LE STRUTTURE SANITARIE	MORTI
KIFANYA	LWANGU	58	6	2	-
KIFANYA	LWANGU	78	4	0	-
KIFANYA	LWANGU	14	2	-	1
KIFANYA	LIWENGI	4	1	-	0
IKONDO	IKONDO	48	2	0	-
IKUNA	IKUNA	4	3	-	-
IKONDO	IKONDO	11	3	0	1
IKUNA	IKUNA	36	0	0	0
MAWENGI	MAWENGI	9	4	0	-
MAWENGI	LUPANDE	10	4	0	-
MAWENGI	MAWENGI	6	2	2	2

tembre e il 10 ottobre 2014, una prima supervisione relativa all'operato di questi operatori socio-comunitari è stata effettuata in 11 villaggi facenti parte del distretto di *Njombe Town Council*, in 11 villaggi del *Njombe District Council* e in 28 villaggi del *Ludewa District Council*⁴.

Il primo incontro trimestrale ha consentito un inquadramento relativo al problema della malnutrizione infantile all'interno del contesto regionale di Njombe, individuando le aree più critiche (villaggi di Lwangu, Liwengi, Ikondo, Ikuna, Mawengi, Lupande, Mkomang'ombe, Ligumbilo, Shaurimoyo, Lupanga⁵). A questo proposito, una delle questioni principali ha riguardato la qualità dei dati raccolti. Considerando la bassa scolarità degli operatori di villaggio, infatti, lo svolgimento degli incontri trimestrali è anche servito a comprendere se la strumentazione fornita al termine del corso di formazione sia stata utilizzata in maniera appropriata dai Chw. A tal riguardo, alcuni operatori comunitari hanno manifestato una particolare difficoltà a utilizzare il *Muac Tape* o a catalogare in maniera corretta i dati raccolti all'interno degli appositi *format*, influenzando così l'attendibilità e l'efficacia del lavoro sul campo e rallentando la realizzazione di un censimento accurato dei bambini d'età inferiore ai cinque anni residenti nelle aree soggette all'intervento. Pertanto, supportare il lavoro dei Chw tramite formazione continua e monitoraggio costante è un fattore essenziale al fine di migliorarne qualitativamente il servizio.

Da considerare, inoltre, è il rapporto complesso con le autorità locali le quali non sempre garantiscono il necessario supporto per favorire il perseguimento degli obiettivi principali del progetto. In particolare, numerosi problemi sono stati riscontrati per ciò che

concerne il riferimento dei pazienti. Seppur nella maggior parte dei casi i Chw, una volta individuati i pazienti soggetti a uno stato di salute grave, abbiano espressamente imposto alle famiglie di riferire il proprio bambino ai centri sanitari più vicini, tale richiesta non ha sempre ottenuto i risultati sperati. Fattori socio-economici hanno influito sulle decisioni familiari, come è stato dimostrato da alcune famiglie che, pur essendo consapevoli della gravità della situazione, si sono trovate nella condizione di non poter affrontare economicamente il trasferimento, non venendo neppure supportate dalle autorità di villaggio.

Questa prima analisi perciò sottolinea come il consolidamento dei rapporti intersettoriali (autorità-comunità) giochi un ruolo essenziale, avvalorando l'operato dell'organizzazione e promuovendo una maturazione del contesto regionale. Analizzando le modalità d'intervento e di *policy* definite nell'ambito del programma *Nutrition*, quindi, sicuramente lo sforzo cooperativo alla base dell'interrelazione tra l'organizzazione e la realtà locale continua a essere l'elemento maggiormente caratterizzante, giocando un ruolo essenziale nel processo di consolidazione degli obiettivi preposti. La promozione di attività in stretta collaborazione con operatori comunitari e autorità locali costituisce una modalità eccellente per favorire la realizzazione di efficienti programmi di cooperazione sanitaria.

Infine, le problematiche riscontrate hanno messo in luce un altro fattore essenziale per consentire l'efficacia del lavoro comunitario e di conseguenza il concreto miglioramento delle condizioni di vita dell'area soggetta all'intervento, e cioè quello temporale. In particolare, considerando l'attuale ampliamento del raggio

d'azione del progetto che dal 2015 ha cominciato a coinvolgere in termini ospedalieri, di *Health Centre* e di villaggio rispettivamente i distretti di Kilolo e Mufindi nella regione di Iringa e il distretto di Makete nella regione di Njombe, l'elemento temporale sembra essere un fattore essenziale per favorire il raggiungimento degli obiettivi preposti anche all'interno di queste aree specifiche. Per questo motivo, nei prossimi mesi Medici con l'Africa Cuamm inizierà a discutere l'eventualità di proseguire tale

progetto anche dopo il 2015, nella speranza di poter consolidare i risultati in un lasso di tempo più ampio.

Lo sviluppo di progetti a lungo termine, infatti, è una prerogativa essenziale al fine di assicurare la realizzazione di programmi ben strutturati in grado di incidere significativamente su uno specifico contesto.

Solo così il lavoro comunitario può consolidarsi favorendo una crescita della realtà coinvolta.

NOTE

* A partire da un'indicazione derivante dallo *screening* del paziente attraverso l'utilizzo del *Muac Tape*, il bambino identificato come malnutrito acuto/severo viene indirizzato presso una struttura sanitaria in grado di trattare la condizione di malnutrizione e le relative complicanze. A tal scopo, gli operatori sanitari di comunità consegnano una lettera all'accompagnatore del bambino, in modo che la struttura che lo riceve venga immediatamente a conoscenza delle informazioni principali (chi è, da dove arriva e la misurazione del *Muac Tape*).

** La gestione a catena delle forniture terapeutiche nutrizionali concerne il tentativo di definire un sistema logistico in grado di stimare, procurare e distribuire la strumentazione e le forniture terapeutiche necessarie (latte terapeutici F75 e F100, Ready to Use Food (Rutf), ReSoMal, tavole per la misurazione dell'altezza, bilance, *Muac Tapes* e materiale per il monitoraggio) per consentire le adeguate cure ai pazienti affetti da uno stato di malnutrizione acuta.

*** La tabella 2 illustra il numero assoluto dei bambini di età inferiore ai cinque anni fisicamente rintracciati casa per casa dai Chw's e sottoposti a *screening* attraverso l'utilizzo del *Muac* in tre differenti distretti della regione di Njombe. I bambini visitati sono stati rispettivamente suddivisi in due categorie: quelli aventi un peso corporeo in relazione all'età compreso tra il 60 e l'80% sono stati registrati come pazienti affetti da uno stato di malnutrizione moderata (Mam).

I bambini aventi un peso corporeo inferiore al 60%, invece, sono stati registrati come pazienti affetti da uno stato di malnutrizione severa (Sam).

**** La tabella 3 illustra il numero assoluto di bambini d'età inferiore ai cinque anni affetti da uno stato di malnutrizione moderata-severa nei villaggi soggetti al primo *follow-up*. A seguito del primo incontro trimestrale, infatti, i villaggi aventi una situazione particolarmente complessa sono stati selezionati dal Cuamm al fine di comprendere le reali cause di questa situazione oltre che per verificare l'attendibilità dei dati raccolti dai Chw's. Tale controllo ha confermato la complessità di queste specifiche aree, evidenziando come solo pochi pazienti abbiano ricevuto l'adeguato riferimento presso i centri sanitari più vicini. A tal proposito le difficoltà economiche e la poca collaborazione da parte dei *leader* di villaggio sono state riscontrate tra le cause principali di questa condizione. Inoltre, nonostante il progetto stia garantendo dei risultati concreti favorendo l'individuazione dei bambini affetti da uno stato di malnutrizione acuta, ancora molti sono gli sforzi al fine di perseguire la realizzazione di un quadro accurato dei bambini soggetti all'intervento e il loro eventuale riferimento. A tal riguardo è possibile notare come alcuni dati non siano ancora disponibili (-). Per questo motivo, quindi, i successivi incontri trimestrali consentiranno un miglioramento anche sotto il profilo statistico.

BIBLIOGRAFIA

1 Doctors with Africa Cuamm. *Ensuring care and support of severely malnourished children in Iringa and Njombe*. Programme Cooperation Agreement with Cuamm Trustees 2014-2015, p. 8.

2 Doctors with Africa Cuamm. *Ensuring care and support of severely malnourished children in Iringa and Njombe*, cit. p. 8.

3 Medici con l'Africa Cuamm. Source: Fieldwork Njombe.

4 Doctors with Africa Cuamm. *Quarterly Follow-up and Supervision Report of Village Health Workers for July, August and September 2014*. Community Unit-Cuamm 2014.

5 Doctors with Africa Cuamm. *Ensuring Care and Support of Severe Malnourished Children in Njombe and Ludewa, Follow-up of Moderate and Severe Acute Malnourished Children*. Community Development Unit. Cuamm - Iringa. 2014.



APPROFONDENDO

LA SIERRA LEONE AI TEMPI DI EBOLA

Forse ci siamo. Sono diminuiti di molto i casi certificati di Ebola in Sierra Leone. In attesa di raggiungere il fatidico 42° giorno per essere dichiarato *Ebola-free*, il paese sta facendo i conti con gli effetti diretti e indiretti dell'epidemia. Il distretto di Pujehun, dove opera Medici con l'Africa Cuamm, è stato dichiarato *Ebola-free* il 9 gennaio, primo nel paese.

TESTO DI / DAMIANO PIZZOL E GIOVANNI PUTOTO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Circa gli effetti diretti dell'epidemia, le cifre aggiornate all'ultimo rapporto dell'Oms dichiarano: 12.523 i casi registrati, 3.904 i pazienti deceduti di cui 221 operatori sanitari; 654 i dipendenti del sistema sanitario che hanno abbandonato il posto di lavoro¹. Quanto all'impatto sui servizi, un'inchiesta nazionale condotta da Unicef durante il picco dell'epidemia, tra agosto e dicembre del 2014, ha documentato una riduzione media del 20% dei parti istituzionali con punte superiori al 40% nelle aree più colpite; del 30% dei casi trattati di malaria nei bambini; un decremento tra il 7% e il 28% delle vaccinazioni pediatriche; un abbassamento del 3% del trattamento ambulatoriale della malnutrizione severa².

Il distretto di Pujehun, dove opera Medici con l'Africa Cuamm, è stato dichiarato *Ebola-free* il 9 gennaio, primo nel paese. In totale, si sono registrati 31 casi certificati e 24 decessi accertati causati da Ebola. Da uno studio epidemiologico preliminare che si sta realizzando con la Fondazione Kessler di Trento³ si è riusciti a calcolare il tasso di riproduzione di base (R0) dell'epidemia di Ebola nel distretto di Pujehun, pari a 1,8 con un picco del 3,4 nella fase iniziale⁴. Il tasso è sceso sotto lo zero, con arresto conseguente della diffusione, dopo 80 giorni dall'avvio dell'epidemia. Sono risultate efficaci le azioni di contenimento, in particolare, l'avvio di tre centri di isolamento, la realizzazione di 1.222 contatti tracciati a cui si deve aggiungere la tumulazione dei cadaveri in biosicurezza. È probabile che a questo risultato abbiano contribuito anche fattori non sanitari, come la bassa densità demografica o le barriere naturali come il fiume Moa. Di rilievo il fatto che l'utilizzo dei servizi sanitari, in particolare i parti istituzionali (80% di copertura) e il trattamento delle emergenze ostetriche, non abbiano registrato un calo rispetto al periodo pre Ebola. La fiducia della comunità nell'affidarsi ai *leader* locali e alle cure ospedaliere, che sono state garantite nonostante i rischi, non è venuta meno. Cosa ci aspettiamo per il futuro? Il sistema sanitario della Sierra Leone ha mostrato la sua vulnerabilità a *shock* esterni, aggravata dai ritardi delle agenzie internazionali (Oms) e degli aiuti. Il ministero della Salute punta a riattivare i servizi di base attraverso una *early recovery phase*. È una corsa affannata per garantire l'applicazione sistematica delle misure di prevenzione (es. acqua, controllo infezioni nosocomiali, *triage* dei pazienti e disponibilità dei dispositivi di protezione) e il riavvio dei servizi di base. L'impressione fino ad ora è che non si affrontino alla radice i problemi principali del sistema sanitario del paese: la politica dei servizi gratuiti per le donne e i bambini stenta a funzionare anche per la corruzione⁵; la scarsità di medici specializzati nell'assistenza secondaria⁶; l'indifferenza generale verso il sistema ospedaliero, con pochissimi centri capaci di erogare servizi efficaci in caso di emergenze ostetriche⁷. Sullo sfondo rimane, paradossale, la sfida della mortalità materna e infantile: le più alte al mondo nonostante una rete sanitaria capillare e tassi di copertura dei servizi di salute materna e infantile superiori alla media africana⁸⁻⁹.

NOTE

¹ Ebola Situation Report, 13th May, 2015. Who.

² Sierra Leone Health Facility Survey 2015 - Round II Preliminary Results Assessing the Impact of the EVD Outbreak on Sierra Leone's Health System. Unicef 2015-05-13.

³ The Ebola outbreak in Pujehun District: chain of transmission and assessment of the adopted control measures. Fondazione Kessler e Medici con l'Africa Cuamm, 2015. Per il modello analitico si rinvia a Merler S., et al. Spatiotemporal spread of the 2014 outbreak of Ebola virus disease in Liberia and the effectiveness of non-pharmaceutical interventions: a computational modelling analysis, *Lancet Infect Dis* 2015; 15: 204-11.

⁴ Tasso di riproduzione di base R0. Numero di casi secondari generato in media da ogni caso di malattia in una popolazione interamente suscettibile. Se è superiore a 1, l'epidemia si diffonde. Se è inferiore a 1, l'epidemia rallenta fino ad arrestarsi.

⁵ Pieterse and Tom Lodge, *When free healthcare is not free. Corruption and mistrust in Sierra Leone's primary health care system immediately prior to the Ebola outbreak*, *International Health* (2015) doi: 10.1093/inthealth/ihv024 First published online: April 23, 2015.

⁶ Kingham T.P., Kamara T.B., Cherian M.N., Gosselin R.A., Simkins M.,

Meissner C., et al. *Quantifying surgical capacity in Sierra Leone: a guide for improving surgical care*. *Arch Surg* 2009; 144:122-7.

⁷ Millan M., Bolkan HA., *Enhancing access to emergency obstetric care through surgical task shifting in Sierra Leone: confrontation with Ebola during recovery from civil war*. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2015, 94, 5-7.

⁸ Alcune statistiche. *Sierra Leone vs Regione Africana*: Mortalità Materna 1.100x100.000 (510x100.000); Mortalità al di sotto 5 anni 161x1000 (90x1000). Tassi di copertura: prima visita prenatale 97% (77%), quarta visita 76% (48%); parto assistito 60% (51); DPT3 92% (75%). World Health Statistics, 2015, World Health Organization.

⁹ È documentato che in tema di gravidanza sicura l'accesso, anche elevato, ai servizi sanitari di base, con poca o senza qualità e senza riferimento ai servizi curativi di secondo livello per le emergenze ostetriche, non contribuisce alla diminuzione della mortalità materna. Per i riferimenti si veda: Souza P., et al. *Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study*, *Lancet* 2013; 381: 1747-55; e il lavoro del Cuamm in Tanzania Straneo M., Fogliati P., Azzimonti G., Mangi S., Kisika F. (2014) *Where Do the Rural Poor Deliver When High Coverage of Health Facility Delivery Is Achieved? Findings from a Community and Hospital Survey in Tanzania*. *PLoS ONE* 9(12):e113995. doi:10.1371/journal.pone.0113995.



RASSEGNA

OLTRE IL 2015: GLI IMPEGNI PER MAMME E BAMBINI

Nonostante una progressiva accelerazione nella riduzione della mortalità materna, ancora metà dei paesi monitorati presenta un alto tasso di mortalità materna (dai 300 ai 499 morti ogni 100 mila nati vivi) e 16 paesi, tutti in Africa sub-Sahariana, registrano un tasso molto alto (500 o più morti materne ogni 100 mila nati vivi).

TESTO DI / SILVIO DONÀ / AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA
DONATA DALLA RIVA / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Alla scadenza degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDGs) e in occasione del lancio della nuova agenda di Sviluppo Sostenibile (SDGs), gli esperti aderenti all'iniziativa "Countdown to 2015"¹ hanno recentemente pubblicato su *The Lancet* uno studio sullo stato d'avanzamento rispetto alla salute materno-infantile in 75 paesi del mondo. L'articolo fa riferimento ai dati dell'ultimo *report 2014* di "Countdown to 2015"² e delinea lo stato dell'arte rispetto agli obiettivi di riduzione dei $\frac{2}{3}$ della mortalità infantile (MDG n. 4) e di riduzione di $\frac{3}{4}$ della mortalità materna (MDG n. 5) in 75 paesi del mondo³. Le raccomandazioni per il futuro *post MDGs*⁴ si basano inoltre sulle valutazioni di *trend* rilevati a partire proprio dai risultati non raggiunti (*un-finished business*). Meno della metà dei paesi considerati ha raggiunto il *target* di riduzione della mortalità infantile (MDG 4) e solo una piccola frazione di essi ha ridotto la mortalità materna (MDG 5) in modo considerevole. Infatti, nonostante la mortalità infantile si sia ridotta sensibilmente (da 12,6 milioni nel 1990 a 6,6 milioni di morti infantili nel 2012), ancora circa 18 mila bambini muoiono ogni giorno per malattie infettive prevenibili (polmonite, diarrea e malaria). Inoltre, la riduzione della mortalità neonatale è estremamente lenta anche laddove si è ridotta sensibilmente la mortalità infantile e continua a contribuire considerevolmente alla mortalità dei bambini sotto i cinque anni (39%, in media). Le morti *intra-partum*, le complicazioni legate alla prematurità e la sepsi sono le principali cause di morte, che potrebbero essere notevolmente ridotte con investimenti sulla qualità dell'assistenza al parto. Nonostante una progressiva accelerazione nella riduzione della mortalità materna, in particolare nel periodo 2000-2013 (raggiunto un tasso di riduzione annuo del 5.5% presso 11 paesi), ancora metà dei paesi monitorati presenta un alto tasso di mortalità materna (dai 300 ai 499 morti ogni 100 mila nati vivi) e 16 paesi, tutti in Africa sub-Sahariana, registrano un tasso molto alto (500 o più morti materne ogni 100 mila nati vivi). La maggior parte di queste morti avviene nel periodo del parto e nell'immediato *post parto* per cause prevenibili quali emorragia, ipertensione e infezioni; anche l'aborto effettuato in condizioni insicure è tra le principali cause di mortalità materna. I principali *gap* di copertura sono relativi a: *family planning*, assistenza al neonato, gestione delle malattie infantili

(malaria, polmonite e diarrea) e misure di lotta alla malnutrizione, una priorità, quest'ultima, che dovrà rientrare nella nuova agenda di sviluppo "sostenibile" visto che quasi la metà di tutte le morti infantili (circa 3 milioni l'anno) sono attribuibili ad essa. Mentre in un primo gruppo di prestazioni ovvero la prima visita pre-natale e le tre vaccinazioni principali nei bambini si sono raggiunti tassi di copertura elevati (oltre l'80%), in un secondo gruppo d'interventi, ovvero la somministrazione della profilassi intermittente per la malaria nelle gravide, l'utilizzo di zanzariere trattate con insetticida, la somministrazione della terapia antimalarica, si sono registrati progressi importanti ma coperture ben lontane dal 100%. Infine per il *family planning*, il parto assistito da personale qualificato, l'allattamento esclusivo al seno nei primi sei mesi di vita e il trattamento della polmonite e della diarrea si sono raggiunti tassi di copertura inadeguati e senza incrementi rilevanti. L'analisi dei dati di copertura classificati per diversi livelli socio-economici ha permesso di tracciare un profilo di equità per ciascuna prestazione e per i diversi paesi: permangono importanti disparità nella copertura degli interventi secondo i quintili di ricchezza, con differenze medie del 60% e spesso oltre l'80% tra i più ricchi e i più poveri⁵.

Gli autori hanno comparato le politiche sanitarie e il sistema sanitario dei paesi rilevando la considerevole scarsità di personale sanitario qualificato tra i fattori che minano il miglioramento della salute materno-infantile. Solo 7 su 56 paesi (quelli che hanno dati disponibili) raggiungono il livello minimo di 23 *staff* sanitario qualificato (medici, infermieri, ostetriche) per 10 mila persone.

Il gruppo "Countdown to 2015" richiama pertanto la comunità internazionale a «mantenere l'acceleratore premuto» sulla copertura dei servizi sanitari, in particolare al *family planning*, ai servizi neonatali, di gestione delle malattie infantili e di lotta alla malnutrizione, migliorandone l'equità nella distribuzione. Ai fini di migliorare l'*accountability* a livello internazionale, il gruppo raccomanda l'adozione di un sistema di monitoraggio che si basi su dati di partenza disponibili, sulle reali capacità dei paesi di raccolta dati, che preveda non solo la raccolta routinaria/istituzionale ma anche ricerche di tipo comunitario (*household survey*) e che consenta di tracciare il profilo di equità.

NOTE

¹ "Countdown to 2015" (CD) è un'iniziativa indipendente, multi-disciplinare che riunisce esperti del mondo accademico, governi, agenzie internazionali, NGOs. Avviata nel 2005 per monitorare gli indicatori di salute infantile su 60 paesi, garantisce un monitoraggio bi-annuale su indicatori di salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile presso 75 paesi, nei quali si concentra più del 95% della mortalità materno-infantile.

² <http://www.countdown2015mnch.org>

³ <http://www.countdown2015mnch.org/country-profiles/13-country-profiles>

⁴ *Countdown to 2015 and beyond: fulfilling the health agenda for women and children*, Lancet 2015, 385:466-76.

⁵ In Somalia, Chad, Yemen, Nigeria, Afghanistan ed Etiopia più della metà di tutte le donne e bambini nel quantile più povero riceve solo una o poche prestazioni sanitarie salva-vita.

LA SALUTE GLOBALE. DETERMINANTI SOCIALI E DISUGUAGLIANZE

Non è facile muoversi in una selva intricata di concetti e di dati che riguardano la salute globale. Il testo del libro di Gavino Maciocco e Francesca Santomauro*, edito per Carocci Faber, ha il merito, raro su questi temi, della profondità e della chiarezza.

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

Sette capitoli portano il lettore ad approfondire il prisma della salute globale, ciascuno partendo dalla presentazione di un caso empirico che serve da canovaccio.

Il primo capitolo, quello dei determinanti sociali della salute, affronta la questione delle "cause delle cause" delle malattie esordendo con il caso della medicina sociale di Virchow. Si dipana poi attraverso gli studi sulle teorie e sulle evidenze scientifiche, ormai consolidate, delle disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria. Termina rivolgendo un invito ai medici di cambiare le prospettive, i sistemi e la formazione sanitaria andando oltre il paradigma biomedico.

Il secondo capitolo affronta la relazione tra globalizzazione e salute. A partire dalla malattia globale dell'Aids, ripercorre le stagioni delle politiche globali per la salute, da Alma Ata agli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, analizzando i comportamenti e le contraddizioni dei principali attori internazionali. Termina riflettendo sulle prossime sfide degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, della copertura sanitaria universale e della violenza globale contro le donne. Il terzo capitolo è dedicato alle evoluzioni dei sistemi sanitari internazionali. È la svolta, regressiva, del sistema sanitario inglese che viene analizzata per prima. Poi c'è una ricognizione interessantissima di alcune aree nel mondo, dalla crisi del welfare sanitario (ad es. in Spagna) a forme pubbliche di copertura sanitaria universale (es. Stati Uniti) o forme peculiari di sistemi sanitari efficaci ma a bassa spesa (es. Bangladesh e Cuba).

Il quarto capitolo entra nel merito del fenomeno dell'immigrazione, sanitaria e non, mentre il quinto tocca il tema cruciale delle malattie croniche. A livello globale e soprattutto nei paesi a basse risorse, si sta assistendo a un'epidemia dilagante di patologie croniche (obesità, ipertensione, diabete). La tesi ben documentata è che le malattie croniche e le multimorbidità che le accompagnano portano con sé un rischio formidabile di iniquità nascoste e crescenti. L'organizzazione delle cure primarie così com'è strutturata non sembra in grado di rispondere ai bisogni di

cura e prevenzione dei malati cronici. Nei paesi a basse risorse siamo a livelli di allerta sociale per il ruolo crescente che le malattie croniche (diabete, TB MDR ecc.) rivestono nello spingere i nuclei familiari interessati a forme gravi di povertà cronica. La sfida per tutti è quella di promuovere la prevenzione e le sue forme organizzate come la medicina di iniziativa che agisce sui fattori di rischio – fumo e alimentazione *in primis* – prima della comparsa della malattia.

Il sesto capitolo entra nel merito dei cambiamenti climatici e delle implicazioni per la salute globale. Si tratta di una minaccia globale legata ai modelli di sviluppo, di produzione e di organizzazione sociale. Gli effetti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici (inondazioni e cicloni) sulla salute sono analizzati attraverso il caso del Bangladesh portato come esempio di buona prassi in tema di strategie di prevenzione e mitigazione delle catastrofi umanitarie. Ultimo capitolo, la cooperazione sanitaria internazionale, analizzata a partire dal caso *Prima le mamme e i bambini*, il programma di salute materno-infantile che Medici con l'Africa Cuamm ha attuato in quattro paesi dell'Africa sub-Sahariana affrontando insieme le tre dimensioni di equità, copertura e qualità. Vengono ripercorse le varie fasi della cooperazione e analizzate le diverse ideologie che l'hanno influenzata, fino ai programmi verticali che hanno contrassegnato negativamente gli anni 2000. Il capitolo termina offrendo importanti riferimenti circa i principi dell'Ocse sulla cooperazione efficace e le buone prassi da seguire.

Si tratta di un volume che attraverso la salute globale guida alla comprensione della società stessa, delle sue molteplici sfaccettature, mettendo ancora una volta in evidenza come la salute sia fortemente connessa a scelte politiche, economiche, sociali e quanto sia necessaria una presa di coscienza e un'azione responsabile di ognuno.

In questo senso ancora una volta il medico e l'operatore sanitario in generale devono essere consapevoli del ruolo fondamentale che sono chiamati a svolgere.

NOTE

* Medici con l'Africa Cuamm ringrazia Gavino Maciocco e Francesca Santomauro, che hanno scelto di destinare il ricavato della vendita del volume a Medici con l'Africa Cuamm per sostenerne l'attività nell'Africa sub-Sahariana.



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 oltre **60** anni di storia:

- **1.522** sono le persone inviate nei progetti: di queste 411 sono ripartite una o più volte. Il totale complessivo degli invii è stato quindi di 2.418;
- **4.758** gli anni di servizio effettuati, con una media di 3 anni per ciascuna persona inviata;
- **1.034** gli studenti ospitati nel collegio;
- **481** i medici veneti partiti in quasi 63 anni;
- **216** gli ospedali serviti;
- **41** i paesi d'intervento;
- **157** 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:

- **168 operatori:** 111 medici, 18 paramedici, 28 amministrativi e logisti
- **38 progetti** di cooperazione principali e un centinaio di micro-realizzazioni di supporto, con i quali appoggia:
 - 17 ospedali
 - 26 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, formazione)
 - 5 scuole infermieri
 - 2 università (in Mozambico ed Etiopia).

IN EUROPA

Medici con l'Africa Cuamm è attiva da anni anche in Europa nella realizzazione di progetti di sensibilizzazione e formazione sui temi dell'equità e della cooperazione sanitaria internazionale. In particolare, lavora in *network* con Università, ong e istituzioni per creare una società italiana ed europea cosciente del valore della salute quale diritto umano fondamentale e componente essenziale per lo sviluppo.

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 2015 — n° **71**
www.mediciconlafrica.org

