



MEDICI  
CON L'AFRICA  
CUAMM



## SALUTE E SVILUPPO

rivista quadrimestrale  
di cooperazione e politica  
sanitaria internazionale  
novembre 2015 — n° **72**

*La salute nelle terre di confine*



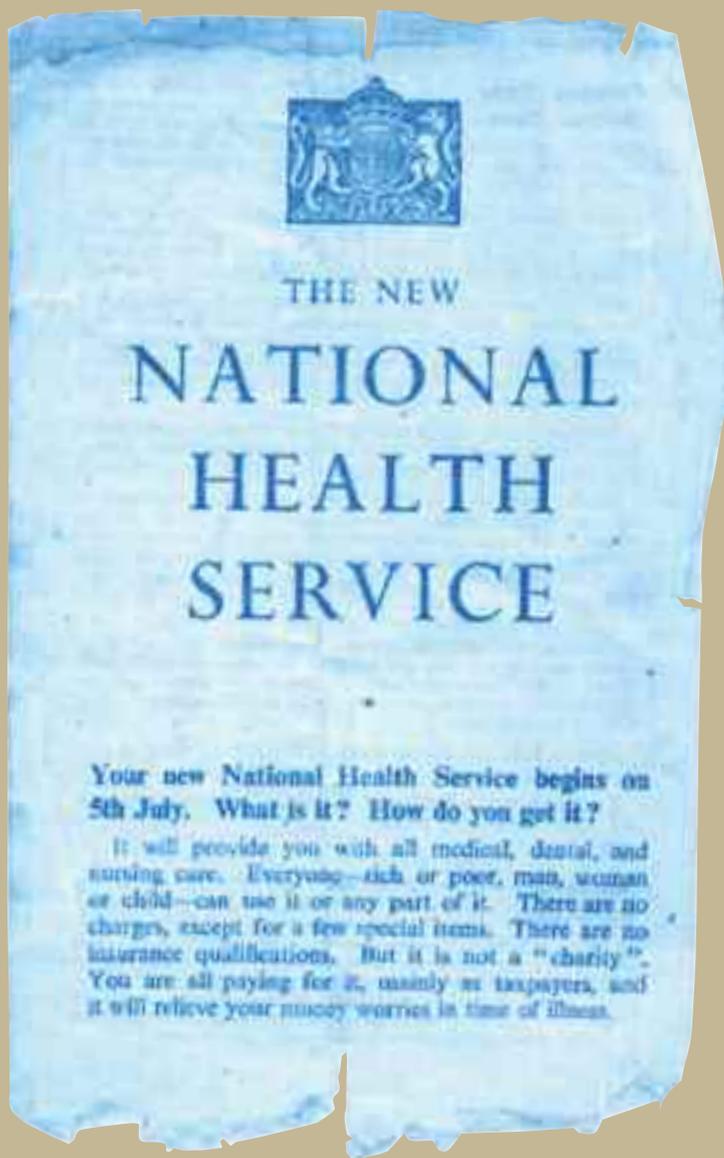


## LA NOTIZIA

### I tagli alla sanità

Si taglia la sanità, per tagliare le tasse, per rilanciare i consumi e l'economia, questo è il ragionamento che si sente fare di continuo. E se fosse vero il contrario? Se le famiglie, invece di consumare, mettessero da parte i soldi nel timore di spese impreviste per la salute? Si pensi che il primo sistema universalistico al mondo, il NHS britannico, era nato proprio per questo: per sollevare le persone malate dalle preoccupazioni finanziarie: «You are all paying for it, mainly as taxpayers, and it will relieve your money worries in time of illness» (Ministry of Health, 5th July 1948)

FIGURA / IL VOLANTINO DIFFUSO DAL GOVERNO BRITANNICO IL GIORNO DI AVVIO DEL NATIONAL HEALTH SERVICE, 5 LUGLIO 1948



# 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



Illustrazione di copertina

*Prima le mamme e i bambini*, anche nelle terre di confine. È lì che Medici con l'Africa Cuamm si spende perché la gravidanza e la nascita siano sicure, migliorando i servizi sanitari sia nelle zone periferiche che negli ospedali centrali e lavorando per una rete di trasporto sempre più efficiente.



## DIALOGO

PAG. 2

### NELLE TERRE DI CONFINE, LA NOSTRA CASA

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

### L'ITALIA VERSO LA SCOPERTURA SANITARIA NAZIONALE

Testo di / Gavino Maciocco

## FORUM

PAG. 6

### DIECI ANNI DI SISM CON L'AFRICA. E CON IL CUAMM

Intervista / Maria Luisa Ralli Risponde / Clarissa De Nardi

PAG. 7

### ANESTESIA E FORMAZIONE

Testo di / Maria Luisa Ralli, Andrea Berti, Sole Fontanella, Elena Capelli

PAG. 8

### LE PALESTRE DI SALUTE GLOBALE

Testo di / Riccardo Casadei, Chiara Cavagna, Federico Landucci, Milo Libro, Giulia Nizzoli, Marianna Parisotto, Francesca Zanni

PAG. 9

### DIBATTITO SULLA FORMAZIONE

Testo di / Giulia Civitelli e Samantha Pegoraro

## ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 12

### EBOLA E IL SUO IMPATTO SUL SISTEMA SANITARIO A PUJEHUN

Testo di / Giulia Segafredo

PAG. 14

### PRIMA LE MAMME E I BAMBINI: 4 ANNI DI PROGRAMMA

Testo di / Chiara Di Benedetto, Donata Dalla Riva, Giovanni Putoto

## APPROFONDENDO

PAG. 17

### LA RICERCA OPERATIVA: COOPERAZIONE DI QUALITÀ

Testo di / Chiara Di Benedetto

## RASSEGNA

PAG. 18

### I CAMBIAMENTI SANITARI IN AMERICA LATINA

Testo di / Gavino Maciocco

PAG. 19

### MALARIA SUGLI SCUDI, QUEST'ANNO

Testo di / Giovanni Putoto



## DIALOGO

# NELLE TERRE DI CONFINE, LA NOSTRA CASA

Questo il titolo del *meeting* annuale del 21 novembre a Verona di Medici con l'Africa Cuamm con i propri sostenitori, partner, *stakeholder*, volontari, amici: una giornata di condivisione di risultati e progettualità, che vedrà avvicinarsi sul palco studenti, esperti di sanità pubblica, rappresentanti istituzionali italiani, europei, africani per dar conto di quanto realizzato grazie al programma *Prima le mamme e i bambini*.

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

Il *confine* lo possiamo considerare ormai tratto peculiare della nostra identità: portiamo il nostro intervento oltre quei limiti che spesso fanno paura, dove finisce la strada asfaltata e iniziano strade di terra rossa e polverosa, dove si perdono le coordinate del mondo occidentale e ci si confronta con una realtà *altra*. Ci troviamo spesso a superare confini fisici, penso al fiume Moa in Sierra Leone, che separava una zona affetta da Ebola da altre ancora indenni; non fermiamo il nostro operato di fronte a confini politici, penso alla guerra civile che proprio in questo novembre sta minando alla radice lo sviluppo del Sud Sudan. E varchiamo ogni giorno quel confine sottile che separa i luoghi "certi" e sicuri per portarci in zone vacillanti, dove le strutture sanitarie sono scarse o inesistenti, dove le mamme ancora devono imparare l'importanza di andare a partorire in un centro di salute per proteggere se stesse e la propria famiglia, dove il confine tra malattia e cura resta ancora troppo labile.

Sono questi i confini in cui lavoriamo noi di Medici con l'Africa Cuamm, è lì che portiamo intervento sanitario e cultura della salute. Perché sappiamo che la popolazione africana va curata non solo con farmaci ma anche con informazione corretta e sensibilizzazione. Solo nella cornice del programma *Prima le mamme e i bambini* sono state una decina le ricerche operative che hanno indagato i limiti e gli ostacoli alle cure materne e infantili nei paesi in cui operiamo, dimostrando che le barriere principali nella richiesta di cure sono di natura culturale, oltre che geografica ed economica.

A Verona il 21 novembre daremo conto di tutto questo, raccontando il nostro lavoro "al confine". Anche alcuni degli articoli pubblicati in questo numero riprendono e illustrano dati e risultati aggiornati del programma *Prima le mamme e i bambini*, con la volontà di dar conto del nostro lavoro a chi ci sostiene. Non è la prima volta che parliamo di *accountability* (rendere conto), valore che negli anni ha assunto per la nostra ong un peso molto importante: è sinonimo di serietà e trasparenza verso chi segue il nostro lavoro e lo appoggia, è strumento di monitoraggio e valutazione per noi stessi, che siamo quindi spronati a una organizzazione del lavoro e raggiungimento degli obiettivi sempre più efficaci. Già nel 2013, con la rete Link2007 cui aderiamo, avevamo pubblicato una carta dei principi della *accountability* per le organizzazioni non governative<sup>1</sup>, a cui continuiamo a fare riferimento. L'importanza che attribuiamo alla *accountability* è testimoniata anche dal coinvolgimento, al nostro fianco, di partner che si sono occupati specificamente della valutazione di alcuni progetti e del raggiungimento degli obiettivi strategici definiti: faccio riferimento in particolare al lavoro della Fondazione Kessler che ha studiato l'operato di Medici con l'Africa Cuamm nei duri mesi di Ebola, per capire le strategie adottate, valutarne impatto ed efficacia e poi portarne alla luce il valore. Nonostante l'emergenza drammatica, infatti, l'ospedale e i centri sanitari gestiti dal Cuamm nel distretto di Pujehun sono rimasti aperti e hanno continuato a fornire i servizi sanitari di base. A dar conto con noi di una presenza costante e seria nei territori di quel confine del mondo sono anche i nostri partner africani. A Verona ne saranno presenti due, Abu Bakar Fofanah, ministro della Salute della Sierra Leone, e Kesetebirhan Admasu, ministro della Salute etiopica, per raccontare il viaggio che ogni giorno compiamo verso una sanità equa e di qualità, integrando competenze tecniche, culture, quadri istituzionali a volte distanti tra loro.

Continueremo così anche nel nuovo Piano strategico che la nostra ong sta elaborando per i prossimi anni: accanto agli obiettivi che continueremo a perseguire per una salute accessibile, equa e di qualità, troverà un posto fondamentale l'*accountability*, come buona pratica di trasparenza e monitoraggio dei processi di lavoro, orientata a quel fare concreto a cui il Cuamm non è mai venuto meno. Solo infatti con la consapevolezza dei propri punti di forza, ma anche dei propri limiti, si può pensare di guardare lontano e raggiungere davvero quei confini, territoriali e sociali, in cui Medici con l'Africa Cuamm si impegna a portare la salute.

### NOTE

<sup>1</sup> Link2007, *Accountability: un comune percorso nella cooperazione allo sviluppo*, [www.link2007.org](http://www.link2007.org)



## DIALOGO

# L'ITALIA VERSO LA SCOPERTURA SANITARIA NAZIONALE

Mentre nel mondo la copertura sanitaria universale diventa uno dei principali obiettivi dello sviluppo delle nazioni l'Italia, insieme a poche altre nazioni (come Grecia e Spagna), arretra sul piano della copertura effettiva. Alla base di ciò il de-finanziamento del fondo sanitario nazionale e l'accanimento verso il capitale umano del servizio pubblico.

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

«Lunghe liste di attesa nella sanità pubblica e costi proibitivi in quella privata. Per questo quasi una famiglia su due rinuncia alle cure. Nel 41,7% dei nuclei familiari, almeno una persona in un anno ha dovuto fare a meno di una prestazione sanitaria. I cittadini inoltre pagano di tasca propria oltre 500 euro pro capite all'anno, mentre nell'ultimo anno al 32,6% degli italiani è capitato di pagare prestazioni sanitarie in nero». La fonte è una ricerca del Censis, riportata dalle news on-line<sup>1</sup>, ma rapidamente scomparsa dalla circolazione: dai giornali, dai telegiornali e dai *talk show*. L'assalto all'universalismo c'è, ma non si deve vedere. Le vittime ci sono, ma non se ne deve parlare.

E così mentre nel mondo la copertura sanitaria universale diventa uno dei principali obiettivi dello sviluppo delle nazioni<sup>2</sup>, l'Italia, insieme a pochi altri paesi (come Grecia e Spagna), arretra sul piano della copertura effettiva. Alla base di questo arretramento stanno due principali fattori: a) **il de-finanziamento del fondo sanitario nazionale** che è passato dai 112,5 miliardi di euro del 2011 agli attuali 110; si annuncia che nel 2016 il finanziamento pubblico della sanità crescerà di 1 miliardo, ma di fatto diminuirà di 0,5 miliardi, a fronte di un aumento della spesa previsto cautelativamente in 1,5 miliardi, per i nuovi Lea (livelli essenziali di assistenza), rinnovo dei contratti, piano vaccini e farmaci innovativi; b) **l'accanimento verso il capitale umano del servizio sanitario nazionale**: la riduzione della spesa per il personale dipendente (diminuita di oltre 1,5 miliardi di euro dal 2010 al 2014) e i numerosi vincoli imposti alle aziende stanno indebolendo il servizio sanitario in tutte le regioni, elevando l'età media dei dipendenti e demotivando la principale risorsa su cui può contare un sistema di tutela della salute; preoccupante è l'uso sempre più intensivo della forza lavoro, con turni massacranti, largo impiego di precariato, ricorso al lavoro temporaneo, penalizzazioni economiche e di carriera, fenomeni che sono stati oggetto di richiami anche dall'Europa e dalla Corte di Giustizia europea<sup>3</sup>.

In Italia è in atto l'assalto all'universalismo, per preparare il terreno all'invasione del privato, sia nel settore dell'offerta dei servizi sanitari, che in quello delle polizze assicurative. Ma a differenza di quello che è avvenuto in Inghilterra e Spagna, nel nostro paese l'assalto non ha trovato un percorso politico e legislativo trasparente.

Si tratta di una strategia peraltro ben nota e precisamente descritta da Noam Chomsky: «That's the standard technique of privatization: defund, make sure things don't work, people get angry, you hand it over to private capital<sup>4</sup>» («Questa è la tecnica standard per la privatizzazione: togli i fondi, assicurati che le cose non funzionino, fai arrabbiare la gente, e lo consegnerai al capitale privato»).

Uno dei modi per consegnare il servizio sanitario al capitale privato è quello di costruire ospedali col *Project Financing*, meglio conosciuto come *Private Financing Initiative* (PFI). Questo sistema – applicato in alcune regioni italiane, tra cui Veneto e Toscana – fu introdotto nel Regno Unito negli anni Novanta dal governo Thatcher ed è stato il precursore delle privatizzazioni avvenute in sanità negli anni seguenti. Una recente analisi della situazione dei 101 ospedali britannici costruiti col PFI mostra che tali contratti non sono vantaggiosi per il servizio sanitario nazionale e mettono in pericolo l'assistenza dei pazienti. Come minimo andrebbero rinegoziati. [*We have shown that current NHS PFI contracts are not good value and are endangering patient care. The need for renegotiation is openly discussed by the PFI industry. The ministries involved in PFI should take a leaf from the Ministry of Defence, which routinely reopens contracts when they do not deliver value for money. The current situation which privileges investor returns at the expense of public healthcare and services cannot be allowed to continue*]<sup>5</sup>.

### NOTE

<sup>1</sup> [http://www.repubblica.it/salute/2015/10/20/news/sanita\\_censis\\_il\\_41\\_2\\_delle\\_famiglie\\_rinuncia\\_alle\\_cure\\_-125502711/](http://www.repubblica.it/salute/2015/10/20/news/sanita_censis_il_41_2_delle_famiglie_rinuncia_alle_cure_-125502711/)

<sup>2</sup> G. Maciocco, *Verso i Sustainable Development Goals*, Salute e Sviluppo, n. 70, novembre 2014.

<sup>3</sup> N. Dirindin, <http://www.sanita24.ilsolo24ore.com/art/in-parlamento/2015-11-03/perche-ci-preoccupa-manovra-2016->

[184459.php?uuid=ACOVThSB&cmpid=nlqf](http://www.sanita24.ilsolo24ore.com/art/in-parlamento/2015-11-03/perche-ci-preoccupa-manovra-2016-184459.php?uuid=ACOVThSB&cmpid=nlqf).

<sup>4</sup> <http://noam-chomsky.tumblr.com/post/86488640601/thats-the-standard-technique-of-privatization>

<sup>5</sup> Pollock AM et al. *Private Financing Initiatives during NHS austerity*. *BMJ* 2011, 242:d324.



### **UNA CASA PER ASPETTARE DI "DIVENTARE MAMME"**

L'attesa della nascita è emozione, speranza, commozione. Ma per quelle donne che vivono lontane, in luoghi in cui le distanze sono enormi a causa della mancanza di mezzi di trasporto o delle pessime condizioni delle strade, l'attesa può invece diventare pericolosa, dolorosa. Alcune di loro devono fare anche sette-otto ore di strada a piedi per arrivare in ospedale a partorire. Dal 2014 Medici con l'Africa Cuamm gestisce la *casa de espera* di Chiulo, un luogo in cui le future mamme possono recarsi alcune settimane prima del parto e ricevere cure e attenzioni, evitando così molte complicanze mediche e ostetriche. Lo scorso anno sono state 976 le donne ospitate da questa struttura, da gennaio a settembre 2015 se ne contano già 661.







## DIECI ANNI DI SISM CON L'AFRICA. E CON IL CUAMM

Cade quest'anno il decennale del Wolisso Project, progetto voluto dagli studenti per gli studenti, che permette ogni anno a quasi 50 studenti di Medicina italiani di fare un mese di cooperazione con il Cuamm, in Etiopia o in Tanzania. Scopriamo insieme motivazioni e obiettivi che animano il progetto a dieci anni dal suo avvio.

INTERVISTA / MARIA LUISA RALLI RISPONDE / CLARISSA DE NARDI  
SISM - SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI DI MEDICINA

Clarissa, 23 anni, Università di Udine. Studentessa di Medicina e coordinatrice del Wolisso Project. È lei che tiene le fila di un progetto che porta la cooperazione nell'università e offre agli studenti l'opportunità di trascorrere un mese in un ospedale africano di Medici con l'Africa Cuamm.

Dall'aprile del 2005, infatti, la sede Sism di Udine ha avviato con il St. Luke Catholic Hospital, in Etiopia, dei progetti per il miglioramento della salute della popolazione e del sistema sanitario locale. Cinque giovani pionieri quell'anno sono volati da Udine all'Etiopia, in cerca di un modo per arricchire la formazione accademica degli studenti di Medicina attraverso l'esperienza pratica in un Paese in via di sviluppo. Ed è nato poco dopo Wolisso Project, rivolto a studenti che vogliono mettersi in gioco dall'altra parte del mondo e desiderano capire cosa significa fare medicina in paesi a risorse limitate.

Per attenersi ai principi della Cooperazione, i cinque fondatori hanno inserito tra gli obiettivi del Wolisso Project quello di mettere a punto progetti che sostengano le prestazioni sanitarie offerte nei centri di salute del Cuamm, incidendo così positivamente nella salute della popolazione: il senso ultimo è quello di ricambiare l'ospitalità del Cuamm e dei due ospedali africani coinvolti, proponendo e finanziando dei progetti "scientifici" di concreta utilità sia per il Cuamm sia per la popolazione. Clarissa ci aiuta a scoprire di cosa si tratta.

### QUANTI E QUALI PROGETTI SONO STATI REALIZZATI IN QUESTI 10 ANNI?

Wolisso Project ha attivato sette progetti, destinati per la maggior parte a Wolisso, meta con la quale la collaborazione dura da più tempo.

Il primo progetto attivato è il "Maternità sicura" (2006) con gli obiettivi di potenziare i servizi di prevenzione prenatale e post natale e il monitoraggio delle donne con gravidanze a rischio.

Nel 2007 è stato avviato "Nurse training", che prevedeva il finanziamento del corso di studi per un infermiere con l'obiettivo generale di aumentare il numero di infermieri nel paese.

Nel 2008, con il progetto "Walk again", Wolisso Project ha garantito la protesizzazione di quattro pazienti amputati e l'ausilio a quattro pazienti con correzione di deformità.

Nel 2009, sempre a Wolisso, il Sism ha adottato a distanza un

bambino malnutrito per permettere la fase di riabilitazione in ospedale.

Nel 2009, inoltre, ha avuto inizio il progetto "Ultrasound" che è stato declinato in "Wolisso Ultrasound" (2009) e "Tosamaganga Ultrasound" (2011, all'apertura della meta tanzaniana) che prevede la donazione di un ecografo per ciascun ospedale e l'organizzazione di corsi di formazione sul suo utilizzo per il personale locale.

Infine, nel 2013, è stata la volta della formazione di un tecnico di anestesia a Wolisso (2013).

### QUALI PROGETTI SONO ATTIVI AL MOMENTO?

I progetti attivi al momento sono due: "Tosamaganga Ultrasound" e "Scholarship per tecnico di anestesia" a Wolisso. Il "Tosamaganga Ultrasound", ad esempio, ha avuto inizio nel 2011 con la donazione di un ecografo portatile all'ospedale St. John of the Cross di Tosamaganga. Il progetto è nato dalla consapevolezza della carenza di metodi diagnostici nella realtà di Tosamaganga e l'ecografo è lo strumento individuato con un impatto clinico più sostenibile, tenendo conto della relazione costo-beneficio.

Gli studenti dello staff si sono occupati di organizzare due corsi di formazione di carattere internistico tenuti da professionisti, rispettivamente nel 2011 e nel 2012.

In queste ultime settimane si sta programmando un terzo e ultimo corso di formazione in ambito ginecologico, cui seguirà una valutazione finale attraverso l'analisi del database di tutti gli esami effettuati dal 2011, che è stato creato appositamente per monitorare l'utilità e l'impatto del progetto nell'attività clinica del St. John of the Cross.

### IL 5 DICEMBRE A UDINE SI FESTEGGERÀ IL 10° ANNIVERSARIO DEL WOLISSO PROJECT. COME AVETE PENSATO DI STRUTTURARE QUESTA GIORNATA DAVVERO SPECIALE?

In occasione dell'Annual Meeting del progetto, si è deciso di celebrare la ricorrenza del decennale dalla nascita di Wolisso Project. Sarà un Meeting dal sapore diverso perché l'intento di questa giornata è quello di puntare lo sguardo sul progetto in modo glo-



## ANESTESIA E FORMAZIONE

La “Scholarship per tecnico anestesista” è uno dei progetti voluti e finanziati dai ragazzi del Sism in Etiopia, per formare un esperto con competenze in grado di migliorare le prestazioni sanitarie.

TESTO DI / MARIA LUISA RALLI, ANDREA BERTI, SOLE FONTANELLA, ELENA CAPELLI / SISM - SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI DI MEDICINA

Come studenti siamo particolarmente sensibili al tema della formazione e la possibilità di contribuire a migliorare l'istruzione di qualcuno ci coinvolge pienamente.

Al St. Luke Catholic Hospital, l'ospedale che ospita il Wolisso Project in Etiopia, si registra cronica carenza di personale sanitario sufficientemente formato e, proprio per contrastare questo fenomeno, il Sism ha deciso di finanziare un infermiere di Harar, per garantirgli gli studi come tecnico anestesista.

Il progetto finanzia quindi un corso professionale presso l'Università di Harar e prevede inoltre il supporto economico dei familiari dell'infermiere poiché, nel periodo di formazione, questi dovrà dedicarsi alla formazione e rinunciare quindi al suo reddito.

L'infermiere ne guadagnerà in formazione: riuscirà a maturare una professionalità di livello che potrà spendere nel corso della propria carriera. I veri beneficiari del progetto saranno però i pazienti futuri dell'ospedale, ai quali saranno garantite cure di qualità per almeno quattro anni. Il progetto, infatti, garantisce all'infermiere formato, al termine del corso di studi, di lavorare per l'ospedale per quattro anni, con l'obiettivo di contrastare il fenomeno che oggi colpisce sia il Nord che il Sud del mondo, cioè la “*brain drain*”, la cosiddetta fuga di cervelli. E in territori come quelli africani, il *brain drain* si fa particolarmente drammatico.

Come evidenzia infatti il rapporto dell'Oms sulla Salute del mondo, nell'Africa sub-sahariana lo squilibrio tra forza lavoro e bisogni nell'area sanitaria è enorme: un territorio che detiene il 24% di malattie, dispone solo del 3% di forza lavoro in sanità e ha a disposizione meno dell'1% della spesa sanitaria globale.

Insomma, noi del Sism forse non riusciremo a cambiare il corso delle cose ma siamo orgogliosi di fare la nostra parte.

bale e cercare di regalare ai partecipanti le emozioni e la passione che lo hanno animato in questi 10 anni.

Il 5 dicembre sarà un momento per fare una valutazione del “passato”, del lavoro svolto e degli obiettivi raggiunti in una decade, ma anche un'occasione per riconoscere le potenzialità future di un progetto che può dare ancora molto agli studenti, alla cooperazione e all'Africa.

### CHE SIGNIFICATO HA AVUTO PER TE, CLARISSA, ESSERE COORDINATRICE DEL WOLISSO PROJECT E SECONDO TE QUALI SONO LE SUE PROSPETTIVE IN FUTURO?

Dopo due anni da coordinatrice e a pochi giorni dal termine del mandato, posso tirare le somme di questa forte esperienza. Facendomi incontrare il Sism, il Cuamm e più in generale il mondo della cooperazione sanitaria internazionale, Wolisso Project ha fatto nascere in me profonde riflessioni sul tipo di medico e di persona che voglio essere.

Oltre alle conoscenze e competenze mediche ed extra-mediche che sento di aver acquisito, sono l'entusiasmo e la passione verso la medicina e il volontariato che custodisco con cura al termine di questo biennio.

Dopo averlo seguito e conosciuto nel profondo, continuo a credere in questo progetto con maggiore consapevolezza rispetto a quando l'ho scoperto: le potenzialità di questa stupenda collaborazione tra il Sism e il Cuamm sono grandi e possono puntare sul miglioramento dei progetti scientifici e sul coinvolgimento sempre maggiore degli studenti di tutta Italia, oltre ad ampliare le mete a disposizione.

E ho un sogno nel cassetto: vedere questo progetto solcare i confini dell'Italia e aprire le porte anche agli studenti dell'Ifmsa (International Federation of Medical Students' Associations). Come una volta mi ha detto una cara persona, l'impossibile si combina, basta crederci.



FORUM

## LE PALESTRE DI SALUTE GLOBALE

Sulla scia del dibattito internazionale e alla luce di alcune esperienze locali, la Riisg ha avviato un confronto interno sull'apprendimento in spazi extrauniversitari, al fine di arricchire l'insegnamento della salute (globale) con esperienze pratiche che si svolgono in contesti territoriali significativi e che fanno confrontare i giovani con nuove sfide della pratica medica.

TESTO DI / RICCARDO CASADEI<sup>1</sup>, CHIARA CAVAGNA<sup>2</sup>, FEDERICO LANDUCCI<sup>3</sup>, MILO LIBRIO<sup>4</sup>, GIULIA NIZZOLI<sup>3</sup>, MARIANNA PARISOTTO<sup>4</sup>, FRANCESCA ZANNI<sup>5</sup>  
RIISG - RETE ITALIANA INSEGNAMENTO SALUTE GLOBALE

### LA RETE ITALIANA PER L'INSEGNAMENTO DELLA SALUTE GLOBALE (RIISG) E LA FORMAZIONE COME ESTENSIONE UNIVERSITARIA

Sappiamo ormai che le cause dei processi di salute e malattia vanno ricercate nelle dimensioni socio-economica, politica, giuridica e ambientale in cui gli individui e le collettività vivono e interagiscono: è dunque quanto mai necessario che la pratica medica (e non solo) sappia riconoscere e analizzare le interconnessioni tra i processi di salute e malattia e i processi politici e sociali che la globalizzazione mette in atto<sup>1</sup>.

Da anni la Riisg rappresenta uno spazio di confronto e di sperimentazione sulla formazione in salute, la quale necessita di un approccio interdisciplinare e multi-metodologico che affonda le sue radici nelle scienze umane e naturali. Partendo dal fatto che salute e malattia si costruiscono nei processi sociali e politici, la riflessione sulla formazione in salute ha portato la rete a mettere in discussione non solo contenuti e metodologie didattiche del curriculum in salute, ma gli stessi *setting* formativi.

Sia a livello nazionale che internazionale, vengono documentate sempre più frequentemente esperienze di formazione che si svolgono al di fuori dall'aula universitaria e che prendono vita nei contesti della quotidianità, laddove le dinamiche sociali si vivono e si apprendono attraverso il coinvolgimento diretto delle persone<sup>2</sup>.

Nel 2013 l'Oms ha pubblicato le linee guida sull'educazione medica criticando lo squilibrio che c'è nei curricula sanitari tra le discipline cliniche iper-specializzate e gli insegnamenti dedicati alla promozione della salute e alla cura sul territorio<sup>3</sup>.

Un rapporto del *Lancet* del 2010 sulla formazione dei professionisti sanitari sostiene, tra l'altro, che il pilastro per il cambiamento della formazione in salute debba essere l'apprendimento trasformativo, inteso come tipo di apprendimento volto a formare persone che sappiano interagire criticamente, eticamente e proattivamente con il contesto locale e le comunità<sup>4</sup>. Il report dedica un approfondimento a un approccio pedagogico diffuso in Brasile e conosciuto come "estensione universitaria". Questa strategia educativa consiste in una pratica trasformativa che mira a creare uno spazio all'interno della comunità in cui le attività e il processo di auto e mutuo apprendimento si *estendono* da un contesto sociale all'altro, sfumando le barriere tra territorio, università e servizi<sup>5</sup>.

### SPAZI PER PENSARE E "AGIRE" LA SALUTE: LE PALESTRE

Sulla scia del dibattito internazionale e alla luce di alcune esperienze locali, la Riisg ha avviato un confronto interno sull'apprendimento in spazi extrauniversitari, al fine di arricchire l'insegnamento della salute (globale) con esperienze pratiche che si svolgono in contesti territoriali significativi. Questo processo nasce dall'esigenza di elaborare una proposta di formazione che tenda a introdurre un nuovo modo di pensare e agire la salute, sia in grado di preparare professionisti che sappiano leggere i bisogni di salute della comunità e che con essa riescano a ideare strategie di presa in carico adeguate attraverso un approccio partecipativo sul territorio. Inoltre, la riflessione su un approccio formativo di questo tipo va incontro anche alla necessità degli studenti di trovare un campo pratico nell'insegnamento della salute globale.

Il confronto all'interno della Riisg ha dato vita alla costruzione condivisa di una definizione di "Palestra di Salute Globale"<sup>6</sup>:

«Con il termine "Palestre di Salute Globale" intendiamo tutti quei momenti di formazione che si svolgono al di fuori dell'aula universitaria, che permettono di approfondire la conoscenza del contesto in cui ci si trova, dei processi sociali che determinano lo stato di salute e malattia e delle risorse presenti nelle comunità territoriali. Esse sono intese come esperienze pratiche in grado di coinvolgere attivamente lo studente nel processo di formazione e nel confronto con le tematiche di Salute Globale, attraverso la presa di coscienza dei meccanismi sociali, economici e individuali che agiscono sulla salute del singolo e della comunità. Le esperienze/palestre hanno luogo spesso in contesti locali specifici, spazi esemplificativi per la comprensione dei fenomeni globali che agiscono sia a livello macro che micro. L'apprendimento che si svolge all'interno della comunità non riguarda solo l'acquisizione di nozioni, ma coinvolge l'intera persona e le sue relazioni, e comprende quindi la comunicazione, la conoscenza, le abilità tecniche, le emozioni, i valori e le riflessioni della pratica quotidiana».

### UNA MAPPATURA DI BUONE PRATICHE

La rete ha avviato una mappatura per raccogliere le esperienze già esistenti in Italia che rispondessero a tale definizione. Le palestre per ora documentate sono pubblicate nel sito education



## DIBATTITO SULLA FORMAZIONE

Ripensare la formazione medica sembra ormai una priorità. La Riisg ha iniziato una riflessione e avviato un dibattito che coinvolgerà anche altri rappresentanti del mondo sanitario e accademico.

TESTO DI / GIULIA CIVITELLI / RIISG - RETE ITALIANA INSEGNAMENTO SALUTE GLOBALE  
SAMANTHA PEGORARO / SISM - SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI DI MEDICINA

Che la formazione in medicina necessiti di una sostanziale modifica è ormai cosa nota. Ed è proprio sulle modalità e principi che auspicabilmente devono reggere tale processo che la Riisg (Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale) si è espressa, pubblicando un documento che intende porsi all'interno del dibattito aperto, tra gli altri, da Fnomceo (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) e Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia. "Ripensare la formazione medica" vuole dunque essere un manifesto identificativo della posizione della Riisg, una rete nata nel 2010 dall'unione di diverse realtà quali società scientifiche, istituzioni accademiche, organizzazioni non governative, associazioni di studenti e individui singoli, accomunate dall'obiettivo comune di diffondere il paradigma della salute globale sul territorio italiano, in linea con un trend internazionale che, partito dal Regno Unito, ha coinvolto ampiamente il mondo universitario tutto e, non ultimo, quello dei professionisti della salute.

Al documento della Riisg hanno aderito fino ad ora, tra gli altri, anche la Fnomceo e la Sipem (Società Italiana di Pedagogia Medica).

La Riisg, rifacendosi anche alla visione di medicina critica degli anni Settanta, propone un approccio che trova nel paradigma della "salute globale" la sua espressione più concreta. Si sottolinea la necessità di riportare la medicina, intesa come pratica etica, sulla persona nella sua interezza e di portare l'attenzione dello studente sulle disuguaglianze e sui processi sociali ed economici che sottendono il concetto di salute. Per una medicina che possa rivedere il ruolo dell'iperspecializzazione e ripensare al rapporto con gli altri saperi, che sensibili alla responsabilità sociale ed educi a riconoscere ed evitare il conflitto d'interessi. Per una medicina da ripensare, in metodologie e contenuti. Che il dibattito resti aperto.

Per leggere il documento: [www.educationglobalhealth.eu](http://www.educationglobalhealth.eu)

globalhealth.eu alla sezione "Le palestre di salute globale"<sup>7</sup>. Tra queste possiamo sicuramente considerare buone pratiche l'ormai consolidato Laboratorio di Mondialità, progetto del Sism - Segretariato italiano Studenti di Medicina, che ogni anno invita i propri associati a un confronto sui temi della salute globale ma anche della formazione non convenzionale; o ancora il progetto portato avanti da Sapienza Università di Roma in collaborazione con il Centro Astalli, che permette a un gruppo di studenti di medicina, servizio sociale e scienze infermieristiche di fare esperienza diretta della realtà dei richiedenti asilo e rifugiati, entrarvi in relazione e approfondire la realtà dei migranti forzati e il sistema di accoglienza a livello locale e nazionale.

Dalla cooperazione alla formazione in Salute Globale, dall'esperienza di tirocinio nelle carceri all'assistenza alle persone senza dimora: la mappatura raccoglie esperienze significative di ambiti diversi, con il comune denominatore di comprendere e praticare la salute al di fuori del paradigma clinico a cui la professione medica oggi è abituata.

Come Riisg intendiamo continuare la mappatura e arricchirla con nuove esperienze che propongono un approccio di apprendimento trasformativo in contesti di comunità.

Chiediamo quindi a tutti coloro che sono coinvolti o che sono a conoscenza di "Palestre di Salute Globale" di comunicarcelo contattandoci via mail (all'indirizzo [globalhealth@cuamm.org](mailto:globalhealth@cuamm.org) o [casadei.ric@gmail.com](mailto:casadei.ric@gmail.com)) per intraprendere un confronto sulle riflessioni che tale approccio formativo fa emergere.

In questo modo, la mappatura potrà divenire anche un processo di relazione tra i membri della Riisg e tutti coloro che desiderano approfondire risultati, limitazioni, metodologie e tutto ciò che fa parte di quei processi formativi che intendono proporre un approccio innovativo alle problematiche di salute della popolazione, in un'ottica di salute globale intesa come visione integrata della persona, della collettività e del territorio.

<sup>1</sup> Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria e la Promozione della Salute (Cespes), Università degli Studi di Perugia

<sup>2</sup> Medici con l'Africa Cuamm

<sup>3</sup> Segretariato Italiano Studenti di Medicina - Sism

<sup>4</sup> Gruppo Prometeo, Bologna

<sup>5</sup> Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (Csi), Università di Bologna

### NOTE

**1** Chiara Bodini, Giulia Civitelli, Alice Fabbri, Angelo Lorusso, Nadia Maranini, Marianna Parisotto, Alessandro Rinaldi, *Ripensare la formazione dei professionisti sanitari: stimoli, contributi ed esperienze*, in [www.saluteinternazionale.info/2014/02/ripensare-la-formazione-dei-professionisti-sanitari-stimoli-contributi-esperienze/](http://www.saluteinternazionale.info/2014/02/ripensare-la-formazione-dei-professionisti-sanitari-stimoli-contributi-esperienze/)

**2** Lave J., Wenger E., *L'apprendimento situato. Dall'osservazione alla partecipazione attiva nei contesti sociali*, Trento, Erickson, 2006.

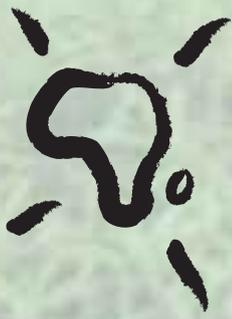
**3** Who, *Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines*, 2013.

**4** Frenk J. et al., *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*, in *The Lancet*, December 2010, vol. 376, n. 9756, 1923:1958.

**5** De Melo Neto J. F., *Extensão universitária: uma análise crítica*, UFPB Editora Universitária João Pessoa, 2001.

**6** Un contributo sulle "palestre di salute globale" è recentemente apparso nel blog [saluteinternazionale.info](http://www.saluteinternazionale.info) alla sezione "Formazione in salute globale" <http://www.saluteinternazionale.info/2015/09/il-laboratorio-di-mondialita-per-la-formazione-medica>, area curata dalla Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG) con lo scopo di aprire pubblicamente un dibattito su obiettivi, contenuti e metodi della formazione in salute.

**7** [www.educationglobalhealth.eu/palestre](http://www.educationglobalhealth.eu/palestre)



## LA LUNGA STRADA VERSO LA VITA

Un chilometro in Africa è più "lento" di un chilometro in Europa. Anche a parità di mezzi di trasporto. Difficile quindi pensare a un'unità di misura davvero universale, quando per percorrere 15 chilometri può volerci un'ora di tempo con un fuoristrada. Con strade fangose e piene di voragini, una mamma africana impiega decisamente più tempo ad arrivare in ospedale di una mamma europea. A maggior ragione se non esiste un'ambulanza disponibile e quei chilometri vanno percorsi a piedi o in bicicletta. Per far fronte a queste difficoltà e garantire il diritto alla salute per tutti, Medici con l'Africa Cuamm, nel quadro del programma "Prima le mamme e i bambini", sta implementando il lavoro sul sistema di riferimento, cioè il sistema trasporto che permette di indirizzare le donne ai centri di salute appropriati. In questo modo sono stati effettuati 4.500 trasporti in ambulanza a sostegno delle mamme in Angola, Etiopia, Tanzania e Uganda.







## ESPERIENZE DAL CAMPO

# EBOLA E IL SUO IMPATTO SUL SISTEMA SANITARIO A PUJEHUN

L'epidemia di Ebola ha messo in ginocchio nel 2014 la Sierra Leone. Nel distretto di Pujehun, dove il Cuamm opera, sono state adottate misure per il contenimento del virus e per la garanzia dei servizi sanitari di base, che hanno permesso di non avere un impatto eccessivamente negativo sulla salute della popolazione, in particolare di mamme e bambini. Qui una descrizione delle strategie adottate.

TESTO DI / GIULIA SEGAFREDO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

### IL DISTRETTO DI PUJEHUN E L'EPIDEMIA DI EBOLA

Medici con l'Africa Cuamm è impegnata dal 2012 in Sierra Leone, dove ha dovuto fronteggiare da maggio 2014 la più grande epidemia di Ebola mai registrata<sup>1,2</sup>. Proprio in questi giorni, il 7 novembre 2015, il paese è stato dichiarato ebola-free, una vittoria per la popolazione locale e anche per tutti coloro che hanno prestato servizio nella lotta contro il virus. Cosa ha funzionato nella gestione dell'emergenza? Quali decisioni stanno alla base della scelta del Cuamm di rimanere sul territorio mantenendo attivi i servizi sanitari di base? E che impatto ha avuto Ebola sull'utilizzo delle prestazioni sanitarie per la popolazione? Cuamm opera nel distretto di Pujehun, situato nella provincia più meridionale della Sierra Leone. Con una popolazione di circa 335.000 abitanti, il distretto è una delle zone a minor densità di popolazione della Sierra Leone: la maggior parte delle persone, infatti, vive in villaggi con meno di 2.000 abitanti. Il sistema sanitario locale è composto da un ospedale distrettuale governativo con 87 posti letto e da 74 centri di salute periferici. L'epidemia di Ebola a Pujehun è cominciata nel luglio del 2014 (il primo paese a essere coinvolto era stata la Guinea nel mese di marzo dello stesso anno), il contagio ha coinvolto una zona molto isolata, due piccole aree strettamente connesse, ossia Zimmi (una città rurale) e Dumagbe (un villaggio). Il 10 gennaio del 2015, è stato il primo distretto a essere stato dichiarato libero da Ebola da parte delle autorità sanitarie locali.

### IL CONTENIMENTO DELL'EPIDEMIA E LA VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO

Si è subito dimostrato necessario operare per il contenimento dell'epidemia e le strategie principali messe in atto sono state: 1) l'isolamento precoce dei casi sospetti, 2) il *contact tracing*, ovvero l'individuazione e l'isolamento di chiunque fosse entrato in contatto con un infetto e 3) attività formative rivolte agli operatori sanitari. Una volta che è terminata l'emergenza, desideriamo soffermarci sulla valutazione dell'esperienza e delle strategie messe in atto, che si sono rivelate particolarmente efficaci non solo nel contenere Ebola ma anche nella continuità di cure primarie che i centri di salute del Cuamm hanno garantito anche nei mesi di emergenza. La valutazione muove da alcune domande fondamentali, che tengono conto appunto sia della gestione dell'epidemia sia del *continuum of care* nel campo della salute materna e infantile.

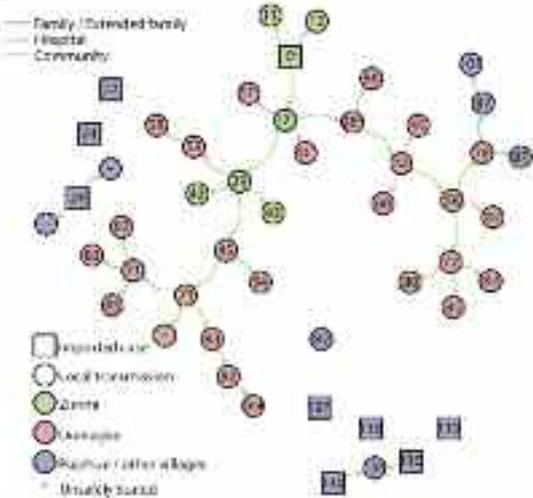
- La catena di trasmissione di Ebola nel distretto: come e attraverso chi è avvenuto il contagio?
- L'efficacia nel contenimento della trasmissione: le attività eseguite hanno avuto un esito positivo?
- La "tenuta" del servizio sanitario di base: che impatto ha avuto l'epidemia di Ebola sull'utilizzo dei servizi materno-infantili nell'ospedale e nei centri sanitari più periferici?

Per rispondere ai primi due quesiti, abbiamo avviato, con la Fondazione Bruno Kessler di Trento, uno studio che comprendesse sia indagini di tipo epidemiologico sia di modelli matematici per la valutazione delle dinamiche del contagio. Abbiamo quindi: 1) ricostruito la catena di trasmissione del virus nel distretto (ottenendo informazioni sulle principali vie di trasmissione dell'infezione e sulla distribuzione del numero base di riproduzione); 2) stimato i tempi chiave per diffusione dell'epidemia (periodo di incubazione, tempo intercorso dalla comparsa dei sintomi all'ospedalizzazione); 3) stimato l'impatto di tutte le misure di intervento (la probabilità di ricovero ospedaliero dei casi di Ebola, la probabilità di sepolture non sicure, la percentuale di casi rilevati); 4) calibrato un dettagliato modello matematico di trasmissione del virus integrato con tutte le informazioni descritte sopra, per stimare l'impatto di tutti gli interventi considerati ed eseguiti nel distretto di Pujehun. Questo ci ha permesso di chiarire i fattori di successo alla base del contenimento locale del focolaio e di dare input di tipo quantitativo per la futura gestione di epidemia Ebola fin dal principio. Per rispondere alla terza domanda, invece, sono stati raccolti i dati dai database sanitari del distretto (*health management information*, Hims); più precisamente, si è analizzato: il numero di ricoveri nel reparto di pediatria, il numero di ricoveri nel reparto di ginecologia e il numero di parti istituzionali avvenuti nel periodo 2013-2014 per valutare un'eventuale differenza tra l'anno in cui è avvenuta l'epidemia (2014) e l'anno precedente.

### EFFICACIA DELLE AZIONI DI CONTENIMENTO DELL'EPIDEMIA

Nel periodo luglio-novembre 2014, nel distretto di Pujehun sono stati registrati 49 casi di Ebola, di cui 31 confermati e 18 "possibili". Nel 61,2% dei casi i pazienti erano donne, l'età media era di 31,7 anni ( $\pm 19,9$ ) e la percentuale di decesso è stata dell'85,7%. Di questi pazienti è stato ricoverato in ospedale il 90% dei casi, il tempo di incubazione è stato in media di 9,6 ( $\pm 6,3$ ) giorni, il tempo dalla comparsa dei sintomi all'ospedalizzazione di 4,5 ( $\pm 2,6$ ) giorni, il

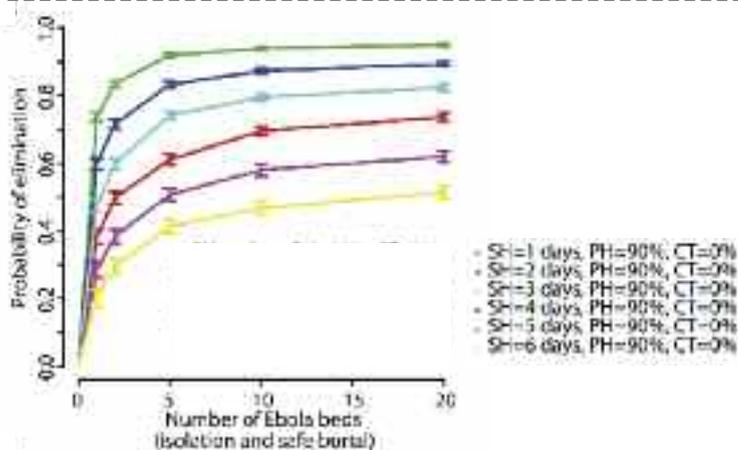
**FIGURA 1** / LA CATENA DI TRASMISSIONE DI EBOLA NEL 2014 NEL DISTRETTO DI PUJEHUN. I NUMERI RAPPRESENTANO I GIORNI TRASCORSI PRIMA DELLA MORTE/ GUARIGIONE A PARTIRE DAL PRIMO CASO DI CONTRAZIONE DELLA MALATTIA



tempo medio dal ricovero alla morte è stato di 3,1 ( $\pm 3,1$ ), il tempo medio di ospedalizzazione è stato di 5,8 ( $\pm 6,3$ ).

Il numero di pazienti contagiati per paziente Ebola è variato da 0 a 4. Il 65% dei pazienti non ha contagiato nessuno. Il 75% dei casi di trasmissione è avvenuto all'interno dell'ambiente familiare e il 18% a livello comunitario (tra amici). L'8% (3/39) dei contagi è avvenuto a livello di personale sanitario. La *sensitivity analysis* ha messo in luce come la variazione del periodo di tempo che va dalla comparsa dei sintomi all'ospedalizzazione sia cruciale nella probabilità di eliminare la malattia, così come il rafforzamento del *contact tracing* (Figura 1). La percentuale dei casi non ospedalizzati è stata dell'11,2%. Il 71,4% dei casi deceduti sono stati tumulati nel medesimo giorno secondo la procedura di sicurezza, nell'11,9% dei casi non è stata seguita la procedura di sicurezza, ma sono avvenuti nella fase iniziale dell'epi-

**FIGURA 2** / PROBABILITÀ DI ELIMINAZIONE DI EBOLA NEL DISTRETTO DI PUJEHUN ASSUMENDO L'ISOLAMENTO DEI CASI; VARIABILI: NUMERO DI LETTI PER PAZIENTI EBOLA E MEDIA DI TEMPO TRASCORSO TRA IL MANIFESTARSI DEI SINTOMI E IL RICOVERO OSPEDALIERO (SH), IN ASSENZA DI ALTRI INTERVENTI. PROBABILITÀ DI OSPEDALIZZAZIONE CONSIDERATA DEL 90%



## NOTE

**1** Dixon MG, Schafer IJ, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ebola viral disease outbreak--West Africa, 2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2014 Jun 27; 63(25):548-51.

**2** WHO Ebola Response Team. Ebola virus disease in West Africa--the first 9 months

demia. Il numero di pazienti ospedalizzato non è mai stato inferiore a 10. Il numero di *contact tracers* che ha lavorato nell'identificazione dei casi è stato di circa 250 con una media di 11,5 casi/mese a luglio che sono arrivati a 25 casi/mese in settembre. In generale almeno il 43% dei pazienti infettati a livello domestico è stato identificato tramite il *contact tracing*. Assumendo che l'isolamento dei casi fosse l'unico intervento implementato (90% di probabilità di ospedalizzazione e 4 giorni dalla comparsa dei sintomi all'ospedalizzazione), si è osservato che la probabilità di debellare Ebola sarebbe salita dal 38,2% (95% CI: 36,0-40,3) al 73,6% (95% CI: 72,3-74,9) aumentando il numero di letti ospedalieri a disposizione da 1 a 20. Anche il tempo che intercorre dalla comparsa dei sintomi all'ospedalizzazione ha dimostrato avere un impatto notevole sulla probabilità di eradicazione della malattia (Figura 2).

## IMPATTO DELL'EPIDEMIA SULL'UTILIZZO DEI SERVIZI MATERNO-INFANTILI

Durante l'epidemia non è stata chiusa nessuna delle *health facilities*, infatti tra il 2013 ed il 2014 si è assistito a un generale aumento del 6,5% nel numero di parti nel distretto: 9657 nel 2013, 10.285 nel 2014. La copertura dei parti istituzionali è cresciuta dal 70% al 73% nonostante l'epidemia, si è riscontrata una lieve diminuzione nel numero di ricoveri ospedalieri nel reparto di pediatria (424 nel 2013, 312 nel 2014), ma la differenza non è risultata statisticamente significativa<sup>3</sup>.

## COSA ABBIAMO IMPARATO

Dai dati che abbiamo presentato appare evidente come i due aspetti chiave per il contenimento e l'eliminazione dell'epidemia siano il numero di letti disponibili e il processo di identificazione e isolamento dei casi attraverso il *contact tracing*. Questi due aspetti dipendono fortemente sia dalla preparazione del sistema sanitario a rispondere alle emergenze che dalla consapevolezza della popolazione che gioca un ruolo chiave nell'applicazione delle politiche sanitarie. In questo senso il coinvolgimento diretto della comunità e il rafforzamento della leadership locale hanno giocato un ruolo fondamentale, non solo per il contenimento dell'epidemia ma anche per il mantenimento dei servizi materni e infantili. La nostra analisi ha, però, dimostrato come sia di fondamentale importanza anche la rapidità con cui le azioni di contenimento vengono implementate. In generale rapidità e aggressività nell'implementazione delle azioni contenitive sono i due aspetti fondamentali per prevenire la diffusione a livello nazionale e internazionale di future epidemie di Ebola.

Per un sistema sanitario fragile come quello in Sierra Leone, le conseguenze indirette dell'epidemia avrebbero potuto essere anche peggiori dell'epidemia stessa. Abbiamo, però, potuto verificare che l'accesso ai servizi di salute materno-infantile non ha subito conseguenze a seguito dell'epidemia. Questo risultato positivo è sicuramente ascrivibile a una chiara leadership che si è dimostrata reattiva nella gestione dell'emergenza e, anche in questo caso, alla preparazione e alla consapevolezza della comunità.

of the epidemic and forward projections, N Engl J Med. 2014 Oct 16; 371(16):1481-95.

**3** Ajelli M., Parlamento S., Bome D., Kebbi A., Atzori A., Frasson C., Putoto G.,

Carraro D., Merler S., The 2014 EVD outbreak in Pujehun, Sierra Leone: epidemiology and impact of interventions, in BMC Medicine, 2015, in press.



## ESPERIENZE DAL CAMPO

# PRIMA LE MAMME E I BAMBINI: 4 ANNI DI PROGRAMMA

Si sta per concludere il quarto anno del programma *Prima le mamme e i bambini* in quattro paesi africani: un esempio di progettualità integrata in cui la sinergia tra attori pubblici e privati e l'integrazione tra ricerca operativa, formazione nelle comunità e offerta di servizi sanitari sta portando risultati concreti, che rispondono alle esigenze dei territori di intervento. Vediamo a che punto siamo e dove vogliamo arrivare.

TESTO DI / CHIARA DI BENEDETTO, DONATA DALLA RIVA, GIOVANNI PUTOTO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

### QUATTRO ANNI CON MAMME E BAMBINI

236.661 visite prenatali effettuate, 102.147 parti istituzionalizzati, 4.597 trasporti in ambulanza, 478 gli operatori sanitari formati sull'importanza delle cure.

Questi i valori assoluti di quattro anni di *Prima le mamme e i bambini*, il programma di Medici con l'Africa Cuamm per la salute materna, fetale e neonatale.

Quattro i paesi di intervento, Etiopia, Tanzania, Angola e Uganda; quattro gli anni già trascorsi dall'avvio delle attività, quattro gli ospedali principali e 24 i centri di salute periferici dove si lavora, circa 1.300.000 le persone interessate.

Il programma, sostenuto dalle Fondazioni Cariparo, Cariverona, Cariplo, Compagnia San Paolo e altri finanziatori, sta portando risultati concreti grazie a una progettualità integrata, che vede la collaborazione di attori pubblici e privati e che costruisce interventi basati su evidenze.

Ricerca operativa, formazione nelle comunità e offerta di servizi sanitari sono componenti dello stesso programma, che operano in sinergia consentendo di mettere a fuoco bisogni specifici dei territori e della popolazione, rispondendo quindi a carenze specifiche.

In linea con gli obiettivi di Sviluppo del Millennio, in questi primi quattro anni il programma ha contribuito a migliorare nei luoghi di intervento lo stato di salute della popolazione, riducendo mortalità e morbilità di mamme e bambini (obiettivi 4 e 5) e rafforzando il sistema sanitario attraverso modalità che forse quattro anni fa nemmeno Medici con l'Africa Cuamm avrebbe immaginato con simili caratteristiche.

La strategia adottata nel programma ha puntato alla realizzazione contestuale di interventi sul piano dell'offerta e della domanda sanitaria.

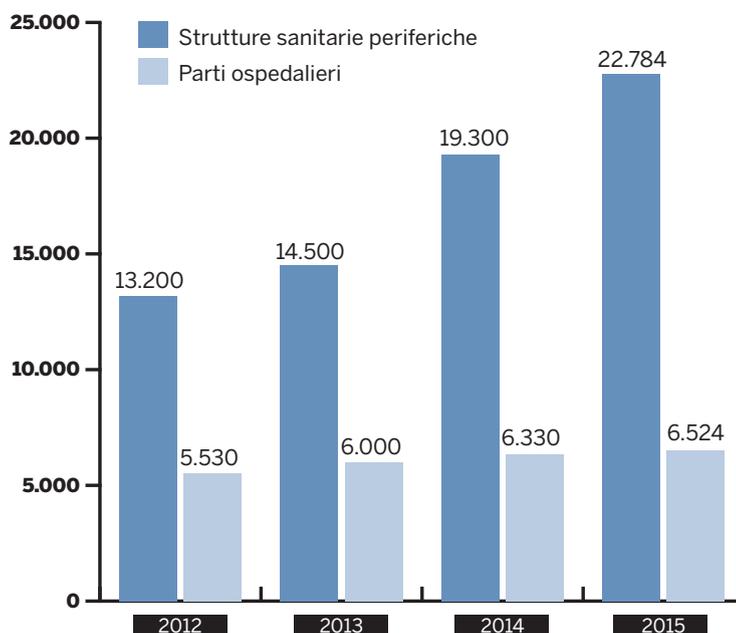
Per la prima si è agito attraverso l'aumento dei servizi sanitari erogati e il miglioramento della qualità degli stessi; per la seconda si è privilegiato il rafforzamento del sistema di riferimento, ovvero della rete di comunicazione e trasporti che permette alla popolazione di raggiungere tempestivamente i luoghi di cura, e la messa in atto di meccanismi innovativi per incentivare l'accesso e l'uso dei servizi stessi da parte della popolazione (es. *voucher* per il trasporto, *baby kit* alle mamme partorienti e campagne di sensibilizzazione ed educazione sanitaria).

### IL RUOLO DEI CENTRI DI SALUTE PERIFERICI

Un dato spicca su tutti gli altri nel report del quadriennio del programma: i parti assistiti presso le strutture sanitarie periferiche sono passati da 13.200 nel 2012 a 22.784 nel 2015. Sebbene sia cresciuto anche il numero di parti ospedalieri (da 5.530 del 2012 a 6.524 del 2015), l'incremento avuto nei centri periferici è nettamente superiore e porta alla luce un risultato fondamentale: la crescita del sistema sanitario come rete.

Un risultato così netto è legato alla specificità del territorio di azione: è nelle zone periferiche che vive la maggioranza della popolazione, ed è da considerarsi un buon indicatore dell'andamento del programma il riconoscimento da parte dei locali del centro di salute come primo accesso per l'assistenza al parto. In questo senso rinforza il valore di "filiera" di cure primarie su cui il Cuamm sta lavorando, in cui il primo punto di accesso è il punto nascita per i parti non complicati. Invece i centri sanitari qualificati (Bemoc) e l'ospedale (Cemoc) intervengono in caso di complicanze ostetriche e neonatali di complessità crescente (**Figura 1**).

FIGURA 1 / I PARTI GARANTITI DAL 2012 AL 2015



**TABELLA 1 / EFFETTO DEGLI INCENTIVI (BABY-KIT E TRANSPORT VOUCHER) NELLA RICHIESTA DI SERVIZI SANITARI. BEFORE VS AFTER ANALYSIS**

BEFORE VS AFTER ANALYSIS		BABY KIT		TRANSPORT VOUCHER	
		2013	2014	2013	2014
ASSISTENZA AL PARTO	N	506	838	228	902
	COPERTURA	31%	51%	13%	53%
PRIMA VISITA PRENATALE	N	822	990	466	850
	COPERTURA	49%	59%	27%	49%
QUARTA VISITA PRENATALE	N	300	574	135	825
	COPERTURA	18%	34%	8%	47%
VISITA POST-NATALE	N	29	369	7	557
	COPERTURA	2%	23%	0%	33%

Ogni struttura sanitaria qualificata (Bemoc) dovrebbe garantire, alla fine del quinquennio *Prima e mamme e i bambini*, le sette funzioni "basiche" di assistenza alle emergenze ostetriche: antibiotici parenterali, ossitocina parenterale, rimozione di eventuale materiale ritenuto, rimozione di placenta, rianimazione neonatale, anti convulsivanti, parto vaginale assistito. Rispetto agli anni precedenti già si è rilevato un aumento dei servizi offerti: rispetto all'indagine iniziale (2011) dove di 22 centri di salute periferici nessuno era risultato in grado di fornire tutte le 6 prestazioni di emergenza ostetrica di tipo basico, l'indagine ri-effettuata durante il terzo anno (2014) ha messo in luce che il 20% (5 su 24) dei centri sono ora in grado di offrire l'intero pacchetto delle prestazioni di emergenza basiche, un altro 20% (5 su 24) riesce a fornire 5 delle 6 prestazioni salva vita. L'80% delle strutture (19 su 24) ha comunque migliorato, durante il triennio, la quantità di prestazioni garantite per la risposta alle emergenze ostetriche di base.

### CONOSCENZA-ATTITUDINI-PRATICHE: UN APPROCCIO SOCIOLOGICO ALLA COMUNITÀ

Di fronte a una domanda di servizi sanitari scarsa, si è reso necessario andare a indagarne le ragioni per comprendere a fondo quali elementi condizionano la popolazione locale nella scelta di non chiedere cure e assistenza. Un'indagine condotta in Etiopia, con dati raccolti nel 2013 (*baseline*) e nel 2015 (*end line*), ha mostrato risultati in parte inattesi.

Innanzitutto tra le ragioni della mancata richiesta di servizi si evidenzia come 4 delle 5 cause principali siano di natura culturale, basate su percezioni errate o conoscenze disinformate (ad esempio: non è necessario partorire in ospedale, il parto non è stato percepito come urgente, maggiore serenità nel parto a casa). Le ragioni economiche esistono ma hanno un peso poco rilevante rispetto alle altre (1,2% del totale). La distanza o l'assenza di mezzi di trasporto incide molto ma, grazie all'intervento costruito dopo la prima rilevazione, è quasi dimezzata, passando dal 25,3% del 2013 al 13,5% del 2015.

Proprio a partire dai risultati della prima indagine (2013), si è potuto costruire un piano d'azione specifico per il target paese che ha visto Medici con l'Africa Cuamm investire in sensibilizzazione e informazione nelle comunità locali, con la consapevolezza che

solo così si poteva generare nel medio periodo un cambiamento attitudinale da parte delle donne nei confronti dei servizi di assistenza e cura. Tra le misure attuate subito per rispondere al grave ostacolo culturale della "mancata percezione dell'urgenza del parto" si è deciso di investire anche nella costruzione di "case di attesa", luogo di accoglienza per le donne in procinto di partorire, in modo tale da evitare i rischi legati all'ultima fase della gravidanza e risolvere eventuali problemi legati al trasporto in fase ormai di parto.

Infine, i dati emersi hanno evidenziato in Etiopia, così come d'altro canto avviene anche in altri paesi in cui il Cuamm opera, la necessità di un sistema di riferimento più efficiente, capace di riferire tempestivamente e in modo appropriato le emergenze ostetriche. L'introduzione di un servizio di ambulanza ha consentito, da gennaio ad aprile 2015, 111 trasporti da villaggi all'ospedale di Wolisso, prestando soccorso nel 37% dei casi a donne con emergenze ostetriche. Il costo/efficacia di tale intervento si è rivelato molto positivo, con un costo per anno di vita salvata di 4,37 dollari (valore di riferimento Who di costo-efficacia: 30 dollari).

### BABY-KIT E VOUCHER DI TRASPORTO: GLI INCENTIVI ALLA DOMANDA SANITARIA

Come già altre volte è stato discusso, agire sul versante della domanda di servizi sanitari diventa fondamentale in contesti a basse risorse, anche culturali. I due interventi messi in pratica in Uganda, nel distretto di Oyam (mortalità materna 500/100.000 nati vivi), mostrano come l'offerta di incentivi stimoli la richiesta di servizi. Da un lato troviamo il *voucher* per il trasporto: un buono offerto alle donne incinte per avere un trasporto in moto o bicicletta fino al centro sanitario di riferimento per il parto; viene erogato a ogni donna oltre la trentesima settimana di gravidanza che si presenti al centro di salute per una visita. Il secondo intervento riguarda invece la fornitura di *baby-kit*, composto da un sapone, 1/2 kg di zucchero, del tessuto, una bacinella di plastica, erogato anche in questo caso alle donne incinte che si recano al centro di salute per un controllo.

Si è misurato l'effetto di questi incentivi sull'utilizzo dei servizi sanitari, sia visite antenatali sia parto e visite post-natali e dei due incentivi si è comparato il costo in rapporto all'efficacia usando le soglie proposte dall'Oms.

Ne emerge come il *voucher* per il trasporto abbia inciso in maniera più evidente nella richiesta di cure e servizi sanitari da parte delle donne, con un incremento della richiesta di parti assistiti del 40% (13% nel 2013 prima dell'introduzione dell'incentivo, 53% nel 2014 con l'introduzione dell'incentivo) e facendo aumentare i tassi di copertura sia delle visite prenatali che di quella post-natale (**Tabella 1**).

Anche il *baby-kit* ha determinato un incremento della richiesta di servizi sanitari, sebbene in percentuali lievemente minori (dal 31% del 2013 al 51% del 2014 nel caso di richiesta di parto assistito e un aumento medio di 15 punti percentuali nel caso di visite di controllo pre e post-natale).

---

## VERSO IL QUINTO ANNO DI PROGRAMMA

---

Durante l'ultimo anno sarà fondamentale raggiungere il *target* di 125.000 parti assistiti e raccogliere elementi per la valutazione dei risultati del programma.

Saranno quindi ri-effettuate le indagini iniziali che avevano tracciato un profilo di **copertura** (quanti servizi sono disponibili e dove?), **qualità** dei servizi materno, fetali e neonatali presso i quattro ospedali (come sono i servizi erogati?) e di **equità** (qual è il profilo socio economico delle donne che accedono ai servizi di

assistenza al parto e al neonato?) per confrontarli con le indagini iniziali e valutare quindi i risultati ottenuti.

L'ultimo anno ci vedrà inoltre impegnati a concludere e pubblicare i risultati degli approfondimenti e delle indagini sui meccanismi di funzionamento del sistema sanitario, quali: gli incentivi al parto (*voucher* per il trasporto versus *baby-kit*); l'efficacia dei trasporti in ambulanza e delle case d'attesa nella promozione del parto assistito; la razionalizzazione dei punti nascita attraverso uso del Gis (in Tanzania); le indagini cliniche sull'appropriatezza del taglio cesareo e sull'assistenza al neonato asfittico e ipotermico.

Laddove possibile saranno inoltre stimati i costi-efficacia dei suddetti interventi, come in parte già fatto. Quest'ultimo punto ci permetterà di stimolare ulteriormente i partner locali, le autorità sanitarie e i donatori circa il tema della sostenibilità degli interventi.

In vista della continuità del programma saranno inoltre valutati i risultati in ambito di rafforzamento del partenariato pubblico-privato (governi locali e ospedali privati - non for profit) che era una delle strategie portanti dell'intervento su tutti e quattro i paesi.

La valutazione dei risultati del programma ci permetterà di identificare gli elementi di debolezza, i "gaps" ancora esistenti e le strategie risultate più efficaci (e costo-eficaci) sulle quali fondare i prossimi interventi in vista del raggiungimento degli Obiettivi dello Sviluppo Sostenibile (SDGs - 2030).

---

## NOTE

\* Maria Nannini, *Si può incentivare la domanda di servizi sanitari?*, in *Salute e Sviluppo* nr. 70, novembre 2014.



## APPROFONDENDO

# LA RICERCA OPERATIVA: COOPERAZIONE DI QUALITÀ

Quale ruolo ha la ricerca sul campo per una ong? Come si integra la componente di ricerca con l'intervento operativo? Medici con l'Africa Cuamm investe in ricerca come priorità strategica di studio e intervento, inserendosi pienamente in un contesto internazionale che premia chi sa unire saperi e pratiche. E sa così rispondere alle sfide complesse di sistemi sanitari in continuo mutamento.

TESTO DI / CHIARA DI BENEDETTO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Non solo lavoro "di frontiera", fondato sulla concretezza di intervento e di pensiero, ma anche ricerca, analisi, studio a sostegno del rafforzamento dei sistemi sanitari africani. Le ong guardano con sempre maggiore interesse alla ricerca come elemento fondante del proprio piano strategico, complementare all'attività sul campo e anzi funzionale ad azioni sempre più mirate ed efficaci, e capace di assicurare un'*accountability* precisa del proprio operato.

La cornice internazionale d'altronde parla chiaro e mostra come si stia facendo strada una crescente consapevolezza secondo la quale il rafforzamento della capacità di ricerca nei Paesi in via di sviluppo sia uno dei prerequisiti per il conseguimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile post-2015. Qui, fare ricerca significa investire in un processo di sviluppo individuale e istituzionale, acquisire competenze di alto livello, fare rete con una comunità di attori sempre più ampia<sup>1</sup>.

Anche Medici con l'Africa Cuamm condivide pienamente questa visione e mette la ricerca operativa ormai nel proprio approccio strategico, con l'obiettivo di conoscere a fondo i contesti in cui opera, adottare un metodo critico al lavoro che svolge, individuare le buone pratiche, basandosi su evidenze scientifiche<sup>2</sup>. Se da un lato la ricerca consente di definire con maggiore efficacia l'intervento, d'altra parte non va dimenticato come in alcuni casi specifici la ricerca evidenzia anche aspetti critici "dall'alto": politiche non adeguate, priorità governative che non incontrano i bisogni dei territori e che quindi non permettono alla cooperazione di agire in modo efficace. È il caso dell'indagine che ci ha portato a rilevare una presenza eccessiva di punti nascita in Tanzania, che crea una offerta sanitaria frammentata e di scarsa qualità. In casi come questo il ruolo delle ong si sposta su un altro piano e diventa *advocacy*, nel tentativo di far sentire la voce delle popolazioni per cambiare le *policy*.

La ricchezza dei lavori di ricerca di Medici con l'Africa Cuamm ha portato solo nel 2015 ad avere 8 articoli pubblicati in riviste internazionali, tra cui *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *Lancet*, *PLOS One*, *Reproductive Health Journal*. I temi affrontati riguardano principalmente la salute materna, fetale e neonatale analizzando casi innovativi che hanno mostrato un interessante potenziale di miglioramento per il sistema sanitario; tra questi lo studio su costo-efficacia dell'uso dell'ambulanza in quattro distretti dell'Etiopia o l'uso di incentivi come strumento per stimolare la domanda di servizi sanitari. Non poteva mancare Ebola nel panorama degli interessi di ricerca: lo studio dell'impatto di Ebola nel distretto di Pujehun, in Sierra Leone, ha indagato i processi attuati durante l'epidemia per capire il modello che ha permesso al Cuamm di garantire le prestazioni sanitarie di base anche durante l'emergenza<sup>3</sup>. Questa la strada che Medici con l'Africa Cuamm ha intrapreso, consapevole che, operando in contesti caratterizzati da povertà di studi e analisi, si fa prioritaria un'analisi su tematiche di rilevanza locale, in stretta collaborazione con le comunità, gli operatori sanitari e le istituzioni di ricerca e sviluppo africani<sup>4</sup>. Solo così i processi decisionali e le scelte politiche saranno fondate su evidenze di qualità e risponderanno alla realtà dei problemi delle persone e dei sistemi. Come diceva Anacleto Dal Lago, primo medico Cuamm in Africa dal 1955 al 1970 e padre nobile dell'organizzazione, «La ricerca sul campo è parte di una ricerca più ampia, che mira a definire modelli e interventi nuovi di cooperazione».

### NOTE

<sup>1</sup> *Seven principles for strengthening research capacity in low – and middle-income countries: simple ideas in a complex world*, Essence on Health Research, WHO 2014.

<sup>2</sup> Ricerche sul campo. Articoli, poster, abstract scientifici dalle attività di cooperazione sanitaria internazionale. 2003-2013, Medici con l'Africa Cuamm e Ricerca operativa sul campo. Articoli, poster, abstract scientifici dalle attività di cooperazione sanitaria in Africa. 2014, Medici con l'Africa Cuamm.

<sup>3</sup> Gli articoli pubblicati nel corso del 2015 sono: *Determinants of utilisation of antenatal care and skilled birth attendant at delivery in South West Shoa Zone, Ethiopia: a cross sectional study*, Wilunda C. et al., in *Reproductive Health Journal*, 2015 August 24, 12(1):74; *Availability, utilisation and quality of maternal and neonatal health care services in Karamoja region, Uganda: a health facility-based survey*, Wilunda C. et al., in *Reproductive Health Journal*, 2015 Apr 8;12(1):30; *How Can Childbirth Care for the Rural Poor Be*

*Improved? A Contribution from Spatial Modelling in Rural Tanzania*, Fogliati P. et al.; *A hospital-centered approach to improve emergency obstetric care in South Sudan*, Groppi L. et al., in *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2015 Jan; 128(1):58-61; *Assessing Coverage, Equity and Quality Gaps in Maternal and Neonatal Care in Sub-Saharan Africa: An Integrated Approach*, Wilunda C. et al., *PLOS One*, 2015 Jun 19; 10(6); *The 2014 EVD outbreak in Pujehun, Sierra Leone: epidemiology and impact of interventions*, Ajelli et al., *BMC Medicine*, in corso di pubblicazione; *Maintaining maternal and neonatal health service in time of Ebola: experience of Pujehun district, Sierra Leone*, in *Global Health Science and Practice*, in corso di pubblicazione; *Ebola: lessons learned and future challenges for Europe* in *Lancet Infectious Diseases*, in corso di pubblicazione.

<sup>4</sup> Zachariah T. et al., *Operational research in low-income countries: what, why and how?*, in *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 9, issue 11, 711:717, November 2009.



## RASSEGNA

# I CAMBIAMENTI SANITARI IN AMERICA LATINA

A un certo punto della storia i cambiamenti del contesto politico e sociale hanno consentito radicali riforme dei sistemi sanitari nella direzione della copertura sanitaria universale, basata sui principi dell'equità, della solidarietà e dell'azione collettiva per contrastare le diseguaglianze sociali. Una finestra sull'America Latina.

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

A partire dalla fine degli anni '80 del secolo scorso molti paesi dell'America Latina<sup>1</sup> hanno introdotto riforme del settore sociale e di quello sanitario per contrastare la povertà, ridurre le diseguaglianze socio-economiche e migliorare la salute della popolazione. *The Lancet* ha analizzato la situazione di dieci paesi – Argentina, Brasile, Cile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Messico, Perù, Uruguay e Venezuela – dal punto di vista storico-politico e da quello più strettamente sanitario. Il collegamento tra i due aspetti balza agli occhi: a un certo punto della storia i cambiamenti del contesto politico e sociale hanno consentito radicali riforme dei sistemi sanitari nella direzione della copertura sanitaria universale, basata sui principi dell'equità, della solidarietà e dell'azione collettiva per contrastare le diseguaglianze sociali.

Indubbiamente, nei paesi latinoamericani studiati nel *paper* di *Lancet*, le riforme sanitarie hanno prodotto inclusione sociale, *empowerment* dei cittadini ed equità nella salute; hanno affermato il diritto alla salute e raggiunto quasi ovunque la copertura sanitaria universale. La società civile ha giocato un ruolo preminente nel garantire il diritto alla salute e nel proteggere i diritti dei cittadini. In gran parte dei paesi studiati queste riforme sono state motivate dal desiderio di giustizia sociale, di equità e anche di difesa dei diritti civili in paesi che avevano conosciuto dittature militari sanguinarie e oppressive. In altri paesi come il Messico, le riforme sono state motivate dalla transizione demografica ed epidemiologica e dalla necessità di superare un'intollerabile segregazione sanitaria.

Le riforme sono state rese possibili anche da una sostenuta crescita economica avvenuta intorno agli anni 2000 che ha consentito – anche grazie alle misure di *conditional cash transfert* – di far uscire dalla condizione di povertà circa 60 milioni di persone, aumentare la spesa sanitaria, allargare la copertura assicurativa e aumentare l'accessibilità ai servizi sanitari per la popolazione con basso reddito. Tutto ciò ha prodotto un miglioramento dello stato di salute della popolazione e aumentato la protezione finanziaria in caso di malattia.

Nonostante questo – afferma il *paper* di *Lancet* – i paesi latinoamericani si trovano a dover affrontare sei impegnative sfide:

- L'America Latina rimane una delle regioni al mondo dove sono

più forti le diseguaglianze sociali. Si stima che, nel 2011, 177 milioni di persone si trovassero al di sotto della linea di povertà e di questi circa 70 milioni in condizione di povertà assoluta. Questa situazione minaccia il raggiungimento della copertura sanitaria e la stessa stabilità democratica dei paesi. Tutto ciò ci dice che l'agenda delle riforme è tutt'altro che conclusa e che enormi sforzi sono ancora necessari per contrastare le diseguaglianze nei determinanti della salute e nei risultati di salute.

- La seconda sfida riguarda l'organizzazione dei servizi sanitari. Con l'eccezione di Cuba, Costa Rica e Brasile, i sistemi sanitari latinoamericani sono ancora troppo frammentati e l'obiettivo dovrebbe essere quello di riunire le molteplici forme assicurative in un'unica assicurazione generale (come è avvenuto in Turchia). Ulteriori elementi critici sono l'invadenza del settore privato, che andrebbe maggiormente regolato, e la scarsa qualità dei servizi pubblici.
- La terza sfida riguarda l'equità del finanziamento: ancora troppo alta è la componente *out-of-pocket*, ovvero il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei pazienti.
- La quarta sfida riguarda la capacità delle politiche sanitarie di affrontare in maniera adeguata la transizione demografica ed epidemiologica. I paesi latinoamericani si trovano infatti a dover affrontare un triplo carico di malattie: a) l'ancora elevato livello di mortalità infantile e materna; b) la presenza di malattie infettive come la malaria, la dengue e la tubercolosi; c) la rapida crescita delle malattie croniche.
- La quinta sfida riguarda la rapida urbanizzazione e la necessità di far fronte alla concentrazione di enormi bisogni sanitari e sociali. Si stima che nel 2025 cinque delle trenta più popolose città nel mondo si troveranno in America Latina: Bogotá, Buenos Aires, Lima, Città del Messico e Rio de Janeiro.
- La sesta sfida riguarda la sostenibilità dei sistemi sanitari nel mantenere la copertura sanitaria universale. La crisi economica globale, iniziata nel 2008, non ha infatti risparmiato l'America Latina. Una crisi che può essere superata continuando a investire in salute, dato che le esperienze storiche e anche recenti insegnano che l'investimento in salute promuove la crescita economica.

## BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> Atun R. et al., *Health-system reform and universal health coverage in Latin America*, in *Lancet* 2015, 385, 1230:47.

## MALARIA SUGLI SCUDI, QUEST'ANNO

L'artemisinina rappresenta una nuova classe di agenti antimalarici che uccidono rapidamente i parassiti della malattia in uno stadio precoce del loro sviluppo, cosa che spiega la sua potenza senza precedenti. Il premio Nobel alla scienziata cinese che l'ha scoperta.

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

Il premio Nobel della Medicina 2015 è stato assegnato a tre scienziati, tra cui Youyou Tu, donna, da oltre 30 anni ai vertici dell'Accademia di Medicina tradizionale cinese. Le sue ricerche hanno portato alla scoperta dell'artemisinina (*Qinghaosu*), medicinale che ha significativamente ridotto il tasso di mortalità dei pazienti colpiti da malaria (con milioni di vite salvate in Africa, Asia meridionale e Sud America), malattia provocata da un parassita trasmesso dalle zanzare, che provoca febbre e in casi gravi anche danni cerebrali e morte. Sono a rischio di contrarla oltre 3,4 miliardi di persone nelle zone più povere del mondo, con 584 mila morti stimate nel 2013, di cui il 90% nel continente africano e dei quali in gran parte bambini sotto i 5 anni di età. L'artemisinina rappresenta una nuova classe di agenti antimalarici che uccidono rapidamente i parassiti della malattia in uno stadio precoce del loro sviluppo, cosa che spiega la sua potenza senza precedenti. Oggi è usata in ogni parte del mondo e, in terapie combinate, riduce la mortalità di oltre il 20% in generale e del 30% nei bambini. Solo per l'Africa, ciò significa più di 100 mila vite salvate ogni anno.

Ma la lotta alla malaria in Africa negli ultimi 10 anni registra anche notevoli progressi su altri fronti. Dal 2000 al 2013 l'incidenza è diminuita del 34%, la prevalenza del 26%, la mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni del 57%. Questi risultati sono stati ottenuti grazie alla espansione della copertura di interventi integrati ed efficaci a favore della popolazione a rischio, quali l'accesso alle reti trattate con insetticidi: 3% nel 2004, 49% nel 2013, per un numero complessivo di 427 milioni di reti distribuite dal 2012 al 2014; l'utilizzo crescente dei test rapidi di diagnosi (46 milioni nel 2008 contro i 319 milioni nel 2013) e delle terapie basate su combinazioni dell'artemisinina (da 11 milioni di trattamenti nel 2005 a 392 milioni nel 2013) che stanno soppiantando gradualmente la diagnosi presuntiva di malaria. Un fatto importante che lascia ben sperare. Altri interventi si sono dimostrati in realtà di più difficile realizzazione in termini di copertura effettiva, tra questi spiccano: il trattamento preventivo intermittente con ben 15 milioni – su 35 milioni di donne idonee nel 2013 – che non hanno ricevuto neppure una dose di antimalarico nel corso della gravidanza; l'utilizzo delle campagne di irrorazione di insetticidi come il DDT con il 7%

di copertura in Africa della popolazione a rischio; solo sei paesi su 16 hanno adottato nelle loro politiche sanitarie il trattamento antimalarico preventivo per i bambini sotto i 5 anni. L'insieme di questi interventi di prevenzione e terapia ha consentito di raggiungere il target C dell'obiettivo 6 del Millennio che prevedeva di arrestare e invertire l'incidenza dell'epidemia di Malaria entro il 2015. In termini di progresso nazionale 64 paesi sono in linea con la riduzione dell'incidenza di cui ben 55 con una riduzione del 75% della stessa, come prevede il programma *Roll Back Malaria* e le deliberazioni assunte dall'Assemblea Sanitaria Mondiale.

Quali sono le prospettive per il futuro? Tramontata l'ipotesi suggestiva, ma irrealistica, di eradicare la malaria, ora le politiche e i programmi sanitari si sono orientati al controllo della stessa. Il target fissato nella nuova agenda degli obiettivi di sviluppo sostenibile mira a ridurre l'incidenza e la mortalità da malaria del 90% entro il 2030. Per raggiungere questo target bisogna affrontare ancora molte sfide. La più insidiosa è quella delle resistenze. Ad oggi sono state segnalate e documentate resistenze alle combinazioni di artemisinina in diversi paesi del Sud Est Asia. Il pericolo che la resistenza possa trasferirsi anche in Africa è reale, come è stato ben documentato per il passato per altri farmaci antimalarici. La resistenza è favorita anche dalla prescrizione e dall'utilizzo inappropriato dei farmaci antimalarici. Preoccupa anche l'incompleta conoscenza dell'evoluzione epidemiologica della malattia. Epidemie sporadiche di malaria tendono a presentarsi in paesi e zone che hanno raggiunto un buon livello di controllo e che per la riduzione della protezione immunitaria colpiscono bambini di età più avanzata e adulti.

L'innovazione rimane un investimento centrale. Per quanto limitato in termini di efficacia (30% di protezione effettiva in infanti e bambini dai 5 ai 17 mesi dopo 4 dosi), il vaccino RTS,S/AS01 sarà presto sperimentato in 3-5 progetti pilota che coinvolgeranno un milione di bambini. La decisione finale circa la sua applicazione su larga scala è prevista nel 2015. Nuovi farmaci o combinazioni di farmaci esistenti sono allo studio, così come risultano promettenti nuovi strumenti di analisi epidemiologica come *mapping* (GIS) e *modelling* matematico.

### BIBLIOGRAFIA

\* *Global Technical Strategy for Malaria 2016-2030*, Who, 2015.

\* *World Malaria Report*, Who, 2014.

\* *What next for the malaria RTS,S vaccine candidate?*, in *Lancet*, Oct 2015, vol. 386, n. 10005, 1708.



# 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 **64** anni di storia:

- **1.569** sono le persone inviate nei progetti: di queste 422 sono quelle ripartite una o più volte;
- **1.053** gli studenti ospitati nel collegio: di questi 688 italiani e 280 provenienti da 34 paesi diversi
- **163** i programmi principali realizzati in collaborazione con il Ministero degli Affari esteri e varie agenzie internazionali;
- **217** gli ospedali serviti;
- **41** i paesi d'intervento;
- **5.021** gli anni di servizio effettuati, con una media di 3 anni per ciascuna persona inviata.

## ISTANTANEA

Medici con l'Africa Cuamm è attualmente presente in Angola, Etiopia, Mozambico, Sierra Leone, Sud Sudan, Tanzania, Uganda con:

- **42 progetti** di cooperazione principali e un centinaio di micro-realizzazioni di supporto, con i quali appoggia:
  - 16 ospedali
  - 34 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, formazione)
  - 3 scuole infermieri
  - 2 università (in Mozambico ed Etiopia).
- **180 operatori internazionali:** 125 medici, 12 sanitari, 23 amministrativi, 7 logisti.

## 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](http://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.

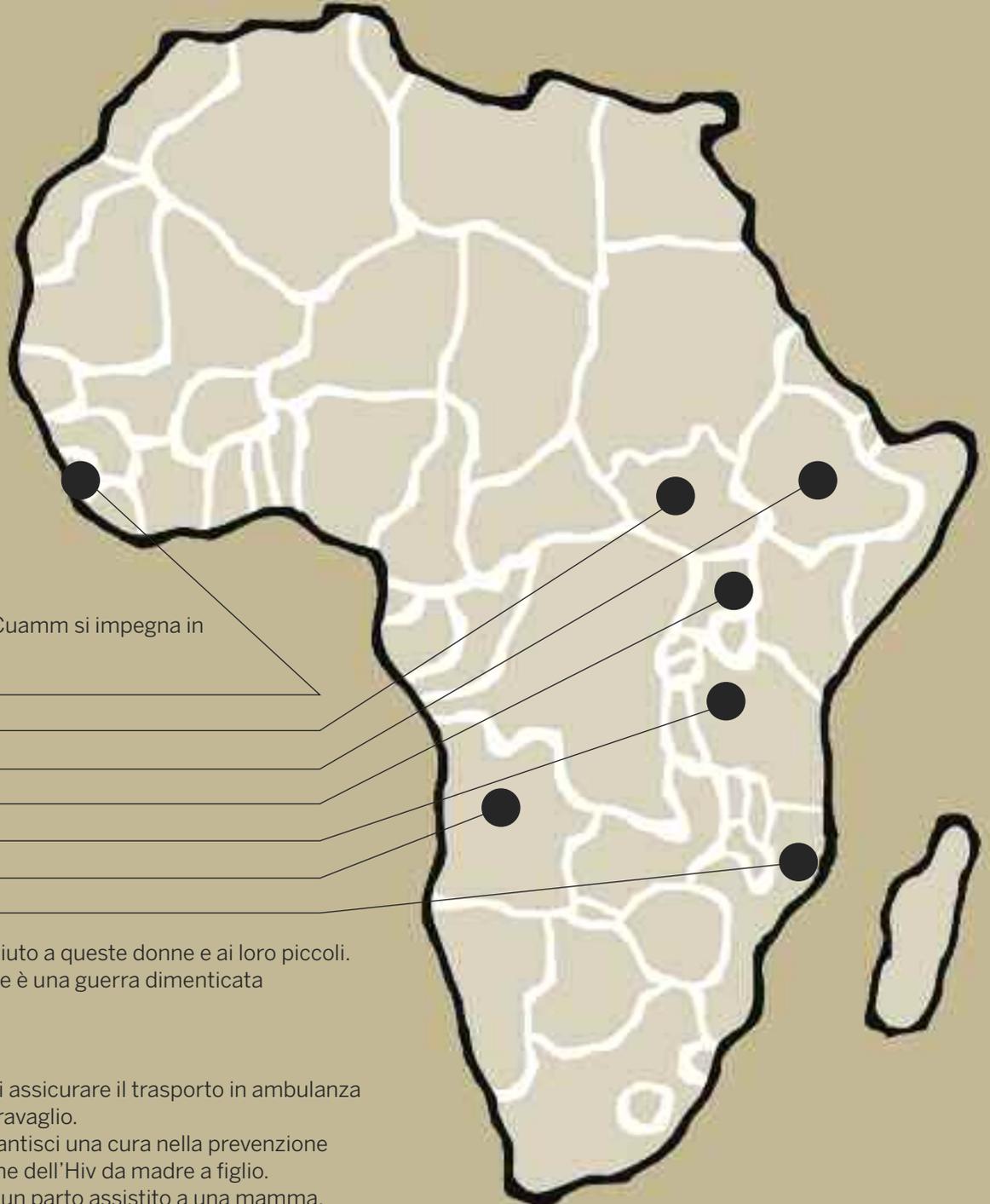
La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.



## 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  
novembre 2015 — n° **72**  
[www.mediciconlafrica.org](http://www.mediciconlafrica.org)

