



**MEDICI
CON L'AFRICA**
CUAMM



SALUTE E SVILUPPO

rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
novembre 2014 — n° **70**
numero doppio

HEALTH BEYOND 2015



novembre 2014/ n° **70**



LA NOTIZIA

Se il governo inglese ci ripensa

«Se la nazione fallisce nell'affrontare seriamente la prevenzione allora i recenti progressi nella speranza di vita sana si arresteranno, le diseguaglianze nella salute si allargheranno e la nostra capacità di finanziare terapie innovative sarà annullata dalla necessità di spendere milioni di sterline in malattie completamente evitabili»; afferma quindi il rapporto *Five year forward view*: **«La salute futura di milioni di bambini, la sostenibilità del National Health Service (Nhs), e la prosperità economica dei cittadini britannici dipende ora da un radicale potenziamento della prevenzione e della sanità pubblica».**

Il governo conservatore inglese ci ripensa. Privatizzazioni e mercato in sanità non hanno funzionato. E le elezioni politiche sono in vista...

<http://www.saluteinternazionale.info/2014/11/nhs-si-cambia-in-meglio-si-spera/>

FIGURA / LA COPERTINA DEL RAPPORTO *FIVE YEAR FORWARD VIEW* PUBBLICATO LO SCORSO OTTOBRE DAL GOVERNO CAMERON E CHE SEMBRA ADOTTARE UNA NUOVA VISIONE PER IL NHS RISPETTO ALLE RIFORME DEGLI ULTIMI ANNI



INDEX



DIALOGO

PAG. 2

DALL'AFRICA **VERSO IL FUTURO**

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

VERSO I **SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS**

Testo di / Gavino Maciocco



FORUM

PAG. 6

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE: I CASI DI BRASILE E CINA

Testo di / Gavino Maciocco

PAG. 8

GLI STUDENTI DI MEDICINA PER L'**AGENDA POST-2015**

Testo di / Claudel P-Desrosiers, Stijntje Dijk, Michalina A. Drejza,

Maria Jose Cisneros Caceres, Ivana Di Salvo

PAG. 20

MISURARE LA VOCE DELLA **COMUNITÀ LOCALE**

Testo di / Edoardo Occa

PAG. 25

IL RWANDA VERSO LA RICOSTRUZIONE

Testo di / Silvio Donà



ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 12

UGANDA. VERSO LA COPERTURA SANITARIA UNIVERSALE?

Testo di / Peter Lochoro

PAG. 15

ETIOPIA. LA COPERTURA SANITARIA UNIVERSALE È UN MIRAGGIO

Testo di / Fabio Manenti



APPROFONDENDO

PAG. 22

SI PUÒ INCENTIVARE LA DOMANDA DI SERVIZI SANITARI?

Testo di / Maria Nannini



RASSEGNA

PAG. 26

LA NUOVA **COOPERAZIONE INTERNAZIONALE**

Testo di / Andrea Borgato

PAG. 27

LA TUTELA SANITARIA DEGLI **IMMIGRATI IN ITALIA**

Testo di / Salvatore Geraci

PAG. 29

IL CENTRO SALUTE FAMIGLIA STRANIERA DI REGGIO EMILIA

Testo di / Andrea Foracchia

PAG. 30

L'IMPORTANZA DELLA **RICERCA OPERATIVA**

Testo di / Paola Barban

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

Francesca Forzan, Elisa Bissacco

IDEA CREATIVA E ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA

Ramon Pezzarini

IMPAGINAZIONE E STAMPA

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

COPYRIGHT

Medici con l'Africa Cuamm, Via S. Francesco, 126 - 35121 Padova.

È consentita la riproduzione totale o parziale degli articoli e del materiale contenuto nella rivista purché venga citata la fonte.

REGISTRAZIONE E AUTORIZZAZIONE

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

SPEDIZIONE

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

Con il sostegno di



Fondazione

Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo

Illustrazione di copertina di Ramon Pezzarini.

Health beyond 2015. Che sarà della salute dopo il 2015? Il dibattito internazionale è acceso, alla ricerca di modelli e strategie per garantire assistenza e cure primarie alla popolazione. Vi presentiamo in questo numero uno scenario in cambiamento.





DIALOGO

DALL'AFRICA VERSO IL FUTURO

“Prima le mamme e i bambini. L'ultimo miglio verso il futuro”. Questo il titolo dell'evento che Medici con l'Africa Cuamm ha organizzato a Torino il prossimo 29 novembre: un momento di testimonianza, racconto e rendicontazione dei risultati del progetto di salute materna e infantile che il Cuamm ha avviato in quattro paesi. Lì racconteremo storie di vita, in particolare di giovani studenti e medici specializzandi, che mettono al primo posto, non solo a parole, mamme e bambini, nell'ultimo miglio del pianeta. Lì scopriremo collegamenti e vicinanze tra Africa e Italia, tra nuove politiche e visioni globali. Vi aspettiamo!

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

Ci avviciniamo al 2015 e inevitabilmente è tempo di bilanci. Il primo è il bilancio di un anno intenso, di passione, impegno, lavoro costante e quotidiano. Più che mai, infatti, questo 2014 ha richiesto la nostra presenza nell'ultimo miglio dove stanno i più fragili e dove una guerra civile, in Sud Sudan, ed Ebola, in Sierra Leone, hanno reso ancor più drammatico negli ultimi mesi il contesto del nostro lavoro. Nonostante tutto, o forse proprio in risposta a queste nuove sfide, abbiamo deciso di rimanere sul campo con i nostri medici e personale sanitario e continuare ad appoggiare la comunità locale, facendo la nostra parte.

Il 2015 alle porte, però, ci ricorda anche l'urgenza di una riflessione profonda e lungimirante sugli Obiettivi del Millennio e sulle strategie e politiche per gli anni a venire: non basta constatare il raggiungimento solo parziale degli Obiettivi del Millennio definiti nel 2000 entro i tempi stabiliti, ma resta alta la necessità di delineare delle linee politiche sostenibili e determinate per continuare l'impegno preso, anche in campo sanitario. Il dibattito internazionale su un'agenda post-2015 è acceso e vede coinvolte voci diverse, istituzionali, governative, della società civile, tutte consapevoli dell'interdipendenza tra settori disciplinari apparentemente distanti: economia, politica, sanità sono però parte di uno stesso sistema, integrato e complesso, e solo lavorando in modo congiunto si potrà definire un mondo più forte, in cui la salute sia davvero un diritto per tutti.

In questo quadro si parla dello scenario prossimo di sanità, al concetto di *care* si va sostituendo quello di *coverage*: si avvicina il 2015 e si definisce infatti all'orizzonte il panorama della *Universal Health Coverage*, a cui questo numero di *Salute e Sviluppo* dedica ampi approfondimenti; Medici con l'Africa Cuamm prende parte alla riflessione, elabora nuove strategie in sintonia con i cambiamenti in corso, continua a lavorare per migliorare accesso, equità e qualità dei servizi sanitari in ogni angolo di Africa dove è presente. Per noi è questo il significato del cambiamento che vogliamo. *Universal Health Coverage* significa esserci e garantire le cure primarie alla popolazione. Lo facciamo prima di tutto prendendoci cura di mamme e bambini, che, nella valutazione di un sistema sanitario possono essere considerati un indicatore del suo funzionamento globale. I risultati di questo 2014 mostrano che i servizi del programma “Prima le mamme e i bambini” continuano a crescere e ottenere la fiducia della popolazione nei quattro Paesi dove è attivo.

Di questo futuro che ci aspetta parleremo il 29 novembre a Torino dove renderemo conto del lavoro fatto quest'anno, da quello ordinario – che poi ordinario non è mai – a quello imprevedibile fino a poco tempo prima nella gestione di un'emergenza sanitaria di portata enorme come è stata Ebola. Ascolteremo e racconteremo esperienze di chi è partito e di chi è tornato, alla ricerca delle motivazioni che portano a lasciare ciò che si conosce per andare lontano a portare cure e assistenza. Soprattutto, saranno i giovani protagonisti quel giorno.

Pensare al mondo che vogliamo e che ci aspetta dopo il 2015 non può che tener conto, infatti, della voce dei più giovani. Medici con l'Africa Cuamm è consapevole della professionalità e dell'energia di studenti e giovani medici e per questo continua a investire nella loro formazione per trasmettere quel bagaglio di conoscenze dal campo e quella visione di un mondo “globale” che possono diventare il motore di un cambiamento verso una società più giusta.

Proprio in vista di un futuro più partecipato, Medici con l'Africa Cuamm ha definito da poche settimane un nuovo documento ufficiale che ci lega al SISM - Segretariato Italiano Studenti di Medicina: aumentano le attività congiunte in un'ottica di scambio reciproco, dai corsi di formazione in Salute globale nelle Università italiane alle esperienze sul campo che il Cuamm offre agli studenti del secondo anno di Medicina in due dei paesi in cui operiamo, Etiopia e in Tanzania. Anche agli specializzandi è riservato un progetto di formazione specialistica, Jpo (*Junior Project Officer*), per conoscere e sperimentare da vicino il ruolo del medico anche in paesi a risorse limitate.

A Torino racconteremo tutto questo, insieme a esponenti delle istituzioni e dei governi, ai giovani con cui condividiamo il percorso, ai nostri volontari. E sarà per noi non solo momento di bilanci ma soprattutto occasione di uno slancio verso il futuro.



VERSO I SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

Dai *Millennium Development Goals* ai *Sustainable Development Goals*.

Un'agenda per il post-2015.

«La salute è una preconditione, una conseguenza, un indicatore di tutte e tre le dimensioni dello sviluppo sostenibile: economica, ambientale e sociale».

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

Quando nel 2000, 189 paesi adottarono la Dichiarazione del Millennio che poneva le basi e l'impegno verso la realizzazione dei *Millennium Development Goals*, l'idea di concentrare gli interventi su un numero limitato di condizioni e di malattie fu considerata la giusta strategia per migliorare lo stato di salute della popolazione mondiale, *in primis* quella delle aree più povere del pianeta. Tale strategia corrispondeva alla modalità tipica della stagione della globalizzazione, fin dall'inizio, quella dei "programmi verticali". Qualche risultato è stato ottenuto, ma siamo ancora lontani dagli obiettivi posti nel 2000, in particolare nell'Africa subsahariana che, a differenza delle altre aree del mondo, rimane indietro anche nel primo obiettivo, quella della riduzione della percentuale di popolazione che vive in condizione di estrema povertà (56% nel 1990, 48% nel 2010). Questa attenzione selettiva ad alcune categorie di interventi ha esacerbato la frammentazione dei sistemi sanitari, già in condizione di dissesto a causa della povertà di risorse, delle privatizzazioni, e della fuga del personale più qualificato.

Quando nel 2015 le Nazioni Unite saranno chiamate a fissare gli obiettivi di sviluppo per gli anni a venire dovranno tenere conto di tutto ciò e anche dell'emergere di nuovi problemi globali di salute, come l'epidemia delle malattie croniche e i cambiamenti climatici.

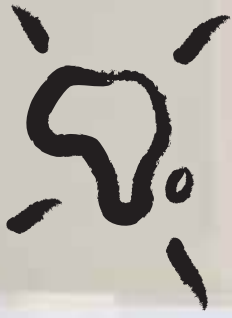
In realtà gruppi di esperti e rappresentanti della società civile su mandato delle Nazioni Unite stanno già lavorando a un'agenda che avrà come principio fondamentale lo sviluppo sostenibile, secondo le conclusioni della conferenza di Rio+20 svoltasi in Brasile nel giugno del 2012, con le sue sette priorità: creazione di posti di lavoro, sicurezza alimentare, acqua, energia, città sostenibili, oceani e prevenzione dei disastri. I *Millennium Development Goals* (MDGs) si trasformeranno in *Sustainable Development Goals* (SDGs).

Per quanto riguarda la salute, gli obiettivi del post-2015, i *SDGs*, conterranno certamente l'*Universal Health Coverage* (Uhc), di cui abbiamo scritto nell'editoriale del n. 69 e a cui ora dedichiamo un ampio articolo (pagg. 6-7). A questo proposito un recente articolo di *Lancet* contiene l'appello di sette ministri della Sanità (di Francia, Germania, Costa d'Avorio, Malaysia, Messico, Marocco e Senegal) in cui si afferma: «Mentre i paesi stanno negoziando un nuovo set di obiettivi per l'agenda post-2015, noi ministri della Sanità di sette paesi vogliamo ribadire che l'Uhc è un punto cruciale per aumentare la speranza di vita sana, eradicare la povertà, promuovere l'equità, e ottenere uno sviluppo sostenibile. Inoltre, Uhc dà alle persone la tranquillità e la sicurezza che i servizi sanitari di cui hanno bisogno sono accessibili, economicamente alla portata, e di buona qualità». Ma, affermano i ministri: «Un gran numero di fattori che stanno fuori dal campo sanitario hanno un forte impatto sulla salute della popolazione, tra cui i conflitti, i livelli di reddito e la sua distribuzione, le modalità di produzione e di consumo, le condizioni di lavoro, l'igiene dell'ambiente, l'accesso all'energia pulita, l'istruzione. Per migliorare la salute dei propri cittadini i governi devono lavorare per migliorare le *performance* in tutte queste aree e misurare l'impatto di tutte le politiche sulla salute». «La salute – concludono i ministri – è una preconditione, una conseguenza, un indicatore di tutte e tre le dimensioni dello sviluppo sostenibile: economica, ambientale e sociale»¹.

E poi non va dimenticato – come ci ricorda l'articolo dell'*International Federation of Medical Students' Associations* a pag. 8 – che gli Obiettivi del Millennio (MDGs) sono stati solo parzialmente raggiunti nelle aree più povere del pianeta, in particolare in Africa subsahariana. L'epidemia di Ebola che sta flagellando diversi paesi dell'Africa occidentale è un terribile segnale: dove i sistemi sanitari sono debolissimi non solo non si garantisce un livello accettabile di salute materno-infantile e un adeguato controllo delle "tradizionali" epidemie (Aids, Tb, malaria), ma si espone un intero continente al diffondersi incontrollato di "nuove" letali epidemie.

BIBLIOGRAFIA

¹ Tourane M. et Al., *Universal Health Coverage and post-2015 agenda*, *Lancet* 2014; 384:1161.



NUOVO CENTRO DI ISOLAMENTO ANTI-EBOLA IN SIERRA LEONE

Dal 2012 gli operatori di Medici con l'Africa Cuamm sono impegnati in Sierra Leone a Pujehun, distretto rurale a sud del paese, in un intervento specifico di tutela della salute neonatale e materno-infantile. Dallo scorso maggio con un *team* di cinque cooperanti italiani, insieme al personale governativo locale, il Cuamm sta fronteggiando anche l'epidemia legata al virus Ebola. Dopo la messa in sicurezza dell'ospedale di Pujehun, la costruzione di un centro di isolamento nell'area di Zimmi (focolaio dell'epidemia nel distretto), la formazione di oltre 300 *contact tracers*, impegnati nel tracciamento dei casi e nella ricerca dei sospetti capanna per capanna, villaggio per villaggio, la nuova sfida per Medici con l'Africa Cuamm è ora la costruzione di un nuovo centro di isolamento a cinque chilometri dall'ospedale di Pujehun.

...TION
T





UNIVERSAL HEALTH COVERAGE: I CASI DI BRASILE E CINA

Entrambi i paesi nell'ultimo decennio hanno notevolmente allargato la copertura assicurativa, ma con strategie opposte: il Brasile potenziando i servizi di cure primarie, la Cina facilitando l'accesso agli ospedali. Due paesi a confronto nel panorama sfaccettato e in evoluzione della *Universal Health Coverage*.

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

La Conferenza di Alma Ata si concluse con l'obiettivo *Health for all* ("Salute per tutti"), mentre l'Oms e anche le Nazioni Unite, negli ultimi tempi, hanno scelto l'espressione *Universal Health Coverage - Uhc* ("Copertura sanitaria universale"). Avrebbero potuto usare *Universal health care* ("Assistenza sanitaria universale"), e si sarebbero avvicinati a *Health for all* (con una differenza sostanziale: *health care* è riduttivo rispetto al semplice *health*, perché non si occupa di determinanti sociali di salute). Ma hanno usato *coverage*, invece di *care*.

Perché ci si è concentrati sul *coverage*, che è una parte della *care*? Perché ci si preoccupa così tanto dell'aspetto finanziario dell'assistenza (*coverage*) e si mette in secondo piano l'organizzazione e l'erogazione dei servizi (*care*)?

Le risposte a queste domande sono diverse, anche dal punto di vista politico.

La prima e più rilevante spiegazione è che le radicali politiche neoliberiste – drastica riduzione della spesa sanitaria pubblica, privatizzazione dei servizi, spese catastrofiche delle famiglie, rinuncia a curarsi – avevano creato una situazione socialmente, e anche umanamente, non più sostenibile e tollerabile.

Limitandoci a due soli paesi popolosi come Cina e India, agli inizi del Duemila, su una popolazione di 2 miliardi e 300 milioni di persone, meno di un terzo godeva di una qualche copertura assicurativa.

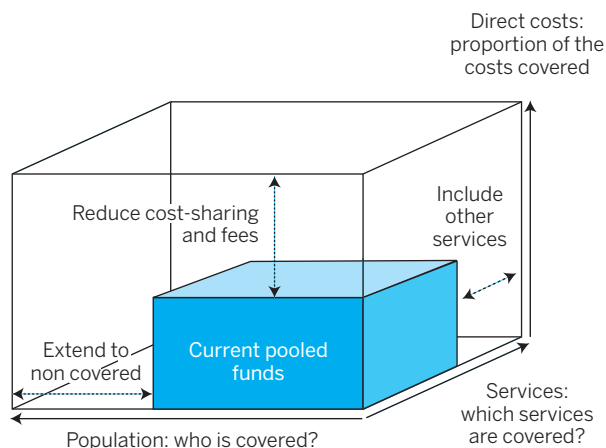
Andava un po' meglio in Messico, dove su 100 milioni di abitanti meno della metà usufruiva della copertura assicurativa: coloro che avevano un rapporto di lavoro formale o erano in grado di acquistare una polizza sul mercato privato. Ma andava molto peggio alle popolazioni dell'Africa subsahariana, dove solo una esigua minoranza era assicurata e dove la stragrande maggioranza era costretta a pagare formalmente o sottobanco qualsiasi prestazione di cui avesse bisogno, dalla cura della malaria a un parto, a un intervento chirurgico.

Da questo punto di vista la pressione dell'Oms e poi l'impegno solenne dell'Assemblea delle Nazioni Unite verso l'Uhc vanno considerati come una condanna implicita delle politiche neoliberiste precedenti (per anni colpevolmente tollerate dalle stesse istituzioni internazionali) e l'inizio di una fase nuova e più promettente per la Salute globale (peraltro già anticipata, come vedremo, in alcuni paesi).

Tuttavia, la filosofia dell'Uhc pone dei limiti all'intervento del settore pubblico e lascia ampio spazio a quello privato, sia sul versante del finanziamento che su quello della produzione ed

erogazione dei servizi. Sul fronte del finanziamento, il governo deve garantire che tutti possano avere accesso alla copertura: una copertura pubblica (come nei servizi sanitari nazionali), ma anche privata o mista, con politiche che regolino il mercato assicurativo (sia questo profit o non profit) con la possibilità di intervento pubblico nel caso che fasce di popolazione risultino scoperte. Sul fronte della produzione ed erogazione dei servizi, il governo deve garantire che i *providers* – produttori pubblici o privati – operino in modo appropriato e rispondano ai bisogni della popolazione.

FIGURA / LE TRE DIMENSIONI PER MISURARE LA COPERTURA SANITARIA UNIVERSALE



La **Figura** mostra le tre differenti dimensioni dell'Uhc, ovvero le tre direzioni attraverso cui la copertura assicurativa può espandersi:

- estendere la copertura ai non assicurati; l'obiettivo è quello di raggiungere il più alto numero di persone e quindi di ridurre al minimo, o a zero, le persone non assicurate;
- includere altri servizi, così da aumentare il numero delle prestazioni e dei servizi inclusi nel pacchetto assicurativo;
- ridurre la compartecipazione alla spesa e i pagamenti *out-of-pocket*, al fine di ridurre i pagamenti diretti delle prestazioni da parte delle famiglie.

Dal *mix* delle possibili soluzioni possono scaturire sistemi sanitari differenti l'uno dall'altro in termini di accessibilità ed equità. Così nel mondo si sono affermate – e si stanno affermando – varie versioni di Uhc, con caratteristiche molto diverse fra loro (avanzate o restrittive), che rispecchiano la storia, la cultura, l'economia e la politica di differenti paesi.

BRASILE

L'anno della svolta per la sanità brasiliana è il 2002, con l'elezione di Luiz Inácio Lula da Silva alla presidenza della nazione. Il suo governo decise di potenziare il settore sanitario pubblico, e in particolare l'area delle cure primarie, rilanciando un programma – il *Programa Saúde da Família* (Programma salute per la famiglia, Psf) – introdotto alcuni anni prima, nel 1974, ma utilizzato fino ad allora solo come strumento di assistenza agli indigenti.

Il Psf prevede la costituzione di *team* di cure primarie composti da un medico, un infermiere, un infermiere ausiliario e 4-6 *agentes comunitarios de saúde*. Ogni *team* lavora all'interno di un centro di salute e copre i bisogni di cure primarie per un'area geografica ben definita, per una popolazione di 600-1.000 famiglie. Ogni due *équipes* del Psf è presente un'*Equipe de saúde bucal* (Esb), formata da un dentista, un tecnico di igiene orale e un ausiliario di laboratorio dentale con l'obiettivo di realizzare interventi soprattutto preventivi (individuali e collettivi) ma anche alcune attività di cura.

Con il governo Lula i finanziamenti per il Psf sono aumentati costantemente, fino a quasi quadruplicare nel 2010, così com'è aumentato il numero di *équipes* e il numero di municipi coperti dalla *estratégia saúde família* (5.251 su un totale di 5.564).

Tale modello assistenziale comunitario prevede anche l'accesso alle cure secondarie e terziarie fornito da strutture pubbliche o private convenzionate. Il modello ha migliorato l'accesso della popolazione alle cure e ha anche incrementato le attività di prevenzione e promozione della salute a favore dei gruppi sociali più vulnerabili, soprattutto nella aree geografiche del nord-est e del nord del paese, che prima dell'istituzione del Psf avevano facile accesso solamente agli agenti comunitari di salute o dovevano ricorrere ai servizi di emergenza dei presidi ospedalieri, quando esistenti.

CINA

Nel 2003 il 44,8% della popolazione urbana e il 79,1% della popolazione rurale erano privi di assicurazione. A causa di ciò le spese sanitarie catastrofiche colpivano il 12% delle famiglie e, nello stesso anno, il 30% delle famiglie povere attribuiva la pro-

pria condizione ai costi eccessivi dell'assistenza sanitaria. Nel 2003 la crisi della Sars (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) mostrò a tutto il mondo la fragilità della Cina nel controllo delle epidemie e nella gestione delle emergenze. Non è quindi un caso che proprio nel 2003 il governo cinese decidesse di occuparsi del sistema sanitario sia sul versante della sanità pubblica, allestendo un nuovo sistema nazionale di sorveglianza delle malattie infettive, sia sul versante della copertura assicurativa della popolazione, in particolare di quella che vive nelle aree rurali. A tale scopo fu istituita una nuova forma assicurativa per la popolazione delle campagne – lo Schema medico assicurativo rurale – e fu introdotto un sistema analogo per le persone prive di copertura assicurativa nelle aree urbane, con l'obiettivo di raggiungere nel 2020 la copertura universale.

L'investimento pubblico è cresciuto nel tempo: nel 2003 il premio assicurativo per persona era di 30 yuan (circa 3,5 euro), di cui 10 a carico dell'assicurato e 20 a carico del governo; nel 2013 il contributo governativo è notevolmente cresciuto ed è oggi di almeno 240 yuan a persona (e tanto più sviluppata è una provincia tanto più alto è il contributo governativo): lo schema assicurativo ha raggiunto la quasi totalità della popolazione, in anticipo rispetto ai tempi previsti.

Come conseguenza di ciò l'accesso alle strutture ospedaliere è aumentato di 2,5 volte, con il tasso di ospedalizzazione che è passato dal 3,6% del 2003 all'8,8% del 2011. Un incremento che ha anche ridotto le disuguaglianze tra le diverse regioni del paese e tra città e campagna: per esempio, il numero dei parti assistiti in ospedale è cresciuto del 13,3% nelle zone rurali e del 4% nelle città.

È cresciuta anche la parte delle spese ospedaliere rimborsate dall'assicurazione, dal 14,4% del 2003 al 46,9% del 2011. Sono di conseguenza aumentate le prestazioni erogate, molte delle quali considerate eccessive (vedi prescrizioni farmaceutiche) o inappropriate come il caso dei tagli cesarei la cui percentuale sul totale dei parti è passata dal 19,2% del 2003 al 36,3% del 2011.

In termini di protezione finanziaria, tuttavia, l'aumento della copertura assicurativa, secondo i dati, non ha raggiunto i risultati sperati. Le "spese catastrofiche" (definite come «spese mediche di importo pari o superiore al 40% del reddito familiare, al netto delle spese per il cibo») coinvolgevano infatti il 12,2% delle famiglie nel 2003, il 14,0% nel 2008, per poi attestarsi al 12,9% nel 2011. Ciò significa che 173 milioni di persone sono a rischio di impoverimento in Cina per causa di malattia.

Dietro a tali numeri si nascondono vicende di tragiche sofferenze e di morti spesso evitabili. Tragedie che pesano in misura maggiore sulla parte più vulnerabile della popolazione: nel 2011 le famiglie più povere andavano incontro a spese catastrofiche con frequenza doppia rispetto a quelle benestanti. Un altro limite del sistema assicurativo cinese è quello di essere focalizzato sul rimborso delle spese ospedaliere e ciò incentiva investimenti e consumi unicamente in questo settore.



FORUM

GLI STUDENTI DI MEDICINA PER L'AGENDA POST-2015

Il 2015 – data entro cui i *Millennium Development Goals* dovevano essere raggiunti – si avvicina. Ora più che mai è necessario che tutti, inclusi i governi nazionali, la società civile e le organizzazioni non governative, lavorino per una finalità comune e riescano a concludere gli ordini del giorno ancora incompiuti.

TESTO DI / CLAUDEL P-DESROSIERS^{1,2}, STIJNTJE DIJK^{1,3}, MICHALINA A. DREJZA^{1,4}, MARIA JOSE CISNEROS CACERES^{1,5}, IVANA DI SALVO^{1,6}

¹ IFMSA (INTERNATIONAL FEDERATION OF MEDICAL STUDENTS' ASSOCIATIONS), ² UNIVERSITY OF MONTREAL, ³ ERASMUS MEDICAL CENTER, ROTTERDAM, THE NETHERLANDS,

⁴ POZNAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCE, ⁵ UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR, ⁶ UNIVERSITY OF PAVIA

ILFMSA VERSO I SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

Gli otto Obiettivi di sviluppo del Millennio (MDGs) adottati nel 2000 da 189 stati membri delle Nazioni Unite, hanno guidato lo sviluppo internazionale negli ultimi 14 anni. Nonostante alcuni risultati positivi, gli obiettivi restano in parte incompiuti e per questo si è riaperto il dibattito sul post-2015 e su quali linee di sviluppo si dovranno adottare nel prossimo futuro. In questa cornice, si è iniziato a discutere di *Sustainable Development Goals* (SDGs) e anche Ifmsa, la Federazione Internazionale delle Associazioni di Studenti di Medicina, ha preso parte alla discussione diventando la voce principale per gli studenti: Ifmsa ha cercato di garantire il coinvolgimento dei giovani nel processo decisionale e ha sostenuto il ruolo fondamentale della salute impegnandosi affinché gli obiettivi sanitari venissero integrati anche nei prossimi SDGs.

La nuova agenda e i traguardi da raggiungere nel post-2015 sono stati discussi in tutto il mondo, permettendo alle Nazioni Unite di creare reti con milioni di individui nei diversi continenti. Già a partire dal *summit* MDG del 2010, il segretario generale delle Nazioni Unite Ban Ki Moon era stato incaricato di sovrintendere il processo post-2015 e gestire il difficile compito di allineare le sue priorità con i risultati della Conferenza di Rio+20. Solo in questo modo, infatti, le politiche nazionali e internazionali potranno essere in linea con le ricerche e i risultati dei molti gruppi di lavoro, *summit*, incontri e conferenze di Rio.

Ciò che emerge chiaramente dal dibattito in corso è l'interdipendenza tra aree disciplinari della nostra società: risulta sempre più evidente la necessità di un equilibrio tra società, ambiente ed economia, i tre pilastri dello sviluppo sostenibile. Basti pensare a come un tema specifico quale il cambiamento climatico si rifletta in molti settori e richieda soluzioni condivise su più livelli. L'approccio per singolo problema o tema, comunemente usato, infatti, è diventato insufficiente: ormai gli attori del cambiamento e i "fattori di politica" devono pensare e agire in modo inter e multi disciplinare.

IL FUTURO CHE VOGLIAMO

L'Ifmsa, che comprende 124 associazioni da 117 paesi, è una delle più grandi organizzazioni internazionali di studenti e gode per

questo di una posizione ottimale per garantire che la voce dei giovani sia ascoltata e continui ad avere un ruolo fondamentale nella gestione e definizione del futuro che vogliamo, un futuro sostenibile e in salute. Sappiamo infatti che la responsabilità di mettere in atto processi e raggiungere i traguardi della prossima agenda è anche nostra! Il nostro coinvolgimento è iniziato alcuni anni fa e da allora è cresciuto; alla conferenza di Rio+20, nel giugno 2012, abbiamo lavorato per garantire che la salute entrasse nelle discussioni come punto fondamentale per lo sviluppo sostenibile e il documento finale "Il futuro che vogliamo"¹ dedica doverosamente, forse anche grazie al nostro contributo, un intero capitolo a questo argomento. Inoltre, abbiamo partecipato come membri della società civile al gruppo di lavoro aperto delle Nazioni Unite (OWGs), prendendo parte in modo attivo alla discussione². Consapevoli del ruolo dei giovani come motore di cambiamento, abbiamo investito anche in formazione, offrendo ai membri delle associazioni studentesche di Medicina seminari e occasioni formative sul tema dell'agenda post-2015.

Agli inizi del 2013, la Federazione ha adottato un vero e proprio documento attraverso cui prende posizione riguardo alle scelte e alla visione del post-2015³: il documento sottolinea il ruolo della salute sia come condizione necessaria per uno sviluppo globale sostenibile sia come diritto di ogni cittadino del mondo. Per questo motivo la salute dovrebbe essere considerata un indicatore per misurare i progressi delle società in cui viviamo.

COINVOLGIMENTO E SENSIBILIZZAZIONE PER LA SALUTE OLTRE IL 2015

Il nostro impegno per il futuro ci ha portato a prendere parte alla recente Assemblée Generale di Hammamet in marzo 2014: qui abbiamo discusso di "Salute oltre il 2015" con varie realtà accademiche, agenzie delle Nazioni Unite, organizzazioni non governative e associazioni studentesche e abbiamo adottato la Dichiarazione di Hammamet sulla salute post-2015⁴, facendoci ancora una volta "avvocati di salute" e impegnandoci a diffondere la parità tra generi e il diritto alla salute riproduttiva in tutto il mondo; in particolare, attraverso il documento chiediamo l'impegno concreto anche ai *leader* politici perché adeguino le loro strategie all'universo sanitario attuale e riconoscano il valore dei determinanti sociali della salute

come strumento per garantire l'equità. Il 2015 – data entro cui gli Obiettivi del Millennio andavano raggiunti – è alle porte ed è importante ora che tutti, governi nazionali, società civile, organizzazioni non governative, riescano a concludere gli ordini del giorno ancora incompiuti; per farlo, a livello nazionale possiamo chiedere ai nostri ministri degli Affari Esteri un aiuto a concretizzare ciò che vorremmo vedere incluso negli obiettivi futuri, perché non vada perso il lavoro fatto fin qui. Per esempio, ACT!2015 è un'iniziativa che vorremmo potesse proseguire: è promossa da Pact, una collaborazione tra 26 organizzazioni di giovani a sostegno dei giovani, inclusa l'Ifmsa, e promuove e sensibilizza ai temi di Hiv, diritti sessuali e riproduttivi (Srh).

LA GENERAZIONE FUTURA: I MEDICI PER LA SALUTE GLOBALE

Quasi la metà della popolazione mondiale ha meno di 25 anni ed è necessario venga coinvolta e resa sensibile ai temi dell'impegno civile e politico dato che toccherà proprio a noi giovani verificare il raggiungimento degli SDGs in un prossimo futuro. Come medici in formazione, il nostro impegno ha un approccio internazionale e vorremmo vedere garantito un accesso equo e di qualità alla salute in ogni angolo di mondo, perché ogni cittadino possa aver riconosciuto un ruolo attivo e produttivo nella società. Come ha dichiarato il presidente della Banca Mondiale Jim Yong Kim nel suo discorso nel maggio 2013 alla World Health Assembly di Ginevra «Molti paesi stanno sfidando se stessi, conseguendo dei risultati e raggiungendo notevoli progressi in uno spirito di giustizia sociale e ambientale». [...] «Purtroppo nessuno dei 194 stati membri dell'Oms ha ancora realizzato il sistema sanitario perfetto. Oggi abbiamo risorse, strumenti e dati che i nostri predecessori potevano solo sognare. Questo aumenta la nostra responsabilità e non abbiamo scuse per tirarci indietro»⁵. Noi dell'Ifmsa abbiamo fiducia nel futuro. Abbiamo visto e incontrato persone da ogni parte del mondo creative, giovani, determinate, gente intenzionata a migliorare il benessere e la salute delle loro comunità e del contesto globale, in un quadro di sviluppo sostenibile. Abbiamo visto, nelle numerose attività di agenda post-2015, che non siamo gli unici a voler lottare per l'equità all'interno di ogni paese e tra paesi. Per questo, continueremo a lavorare insieme per valorizzare il potenziale di ogni essere umano e costruire così passo dopo passo il futuro che vogliamo.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- 1 Rio+20 Conference on Sustainable Development, *Future We Want: Outcome document adopted in June 2012*
<http://www.uncsd2012.org/content/documents/727The%20Future%20We%20Want%2019%20June%201230pm.pdf>
- 2 *The position of health in sustainable development negotiations: a survey of negotiators and review of post-Rio+20 processes*, *The Lancet*
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62177/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62177/fulltext#article_upsell)
- 3 *Policy Statement on Post-2015 Future Development Goals*
<http://www.ifmsa.org/Media-center/Policy-Statements>
- 4 *IFMSA - Hammamet Declaration on Health Post 2015, March 2014*
<http://www.ifmsa.org/Media/Files/IFMSA-Hammamet-Declaration-on-Health-Post-2015>
- 5 *World Bank Group President Jim Yong Kim's Speech at World Health Assembly: Poverty, Health and the Human Future Geneva, Switzerland May 21, 2013*
<http://www.worldbank.org/en/news/speech/2013/05/21/world-bank-group-president-jim-yong-kim-speech-at-world-health-assembly>



SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

Il punto di vista del Sism sulla nuova modalità di concorso che regola l'accesso alle Scuole di Specializzazione e intende garantire maggiore trasparenza nella carriera dei giovani medici.

TESTO DI / CHIARA RIFORGIATO, VERENA ZERBATO, STEFANO GUICCIARDI
SISM - SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI IN MEDICINA

Nel 2014 è stata approvata ed è entrata in vigore una nuova modalità di concorso per l'accesso alle Scuole di Specializzazione con il passaggio della selezione da locale a nazionale. Si tratta di una novità importante perché garantisce maggiore trasparenza nella valutazione dei neo-laureati in Medicina.

Il Sism - Segretariato Italiano Studenti in Medicina è stato parte attiva nel dibattito che ha portato a questo cambiamento, impegnandosi affinché l'accesso alla formazione specialistica divenisse quanto più meritocratico e sostenibile e mettendo a disposizione le competenze sviluppate negli anni, soprattutto in materia di *Medical Education*.

Uno degli strumenti principali per informare sul cambiamento in corso ma anche sui bisogni del percorso formativo in Medicina è stata la diffusione di documenti settimanali informativi a soci e studenti e la pubblicizzazione di manifestazioni ed eventi organizzati da neolaureati e studenti in città italiane per portare all'attenzione dell'opinione pubblica la condizione di precarietà e di incertezza che circonda i giovani medici.

Il Sism ha intrapreso inoltre il dialogo con le associazioni di specializzandi, Sigm - Segretariato Italiano Giovani Medici e Federspecializzandi, partecipando attivamente a numerose iniziative da loro organizzate per rendere noto anche alla società civile come in questi ultimi anni non si sia attuata un'adeguata programmazione della formazione medica e specialistica, con ricadute negative per tutti.

La nuova rielaborazione del Concorso di accesso alle Scuole di Specialità risponde in parte a questa nostra mobilitazione e rappresenta senz'altro un passo avanti rispetto alle passate modalità concorsuali. Tuttavia se il vero intento è quello di creare una prospettiva formativa e lavorativa sostenibile e di qualità, la risposta non può che essere complessa e in questa ottica la modifica di un bando di concorso non è sufficiente.

Sono necessari un intervento più complessivo e una programmazione razionale a lungo termine che prenda in considerazione tempistiche, risorse umane ed economiche nel contesto di un adeguato quadro legislativo.





IN UGANDA DOVE SI LAVORA PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

L'Uganda, dove Medici con l'Africa Cuamm è presente da oltre 50 anni, è un paese in cui la povertà, la conformazione geografica del territorio, il difficile accesso alle strutture sanitarie, la bassa qualità dell'assistenza e operatori sanitari poco motivati, sono alcune delle cause dei gravi ritardi nel campo della salute materna e neonatale. Qui il tasso di mortalità di madri e neonati, le fasce più deboli della popolazione, è molto elevato e lo è ancora di più nelle aree rurali più povere e isolate.

Nel distretto di Oyam, il Cuamm lavora a un progetto pilota a supporto del programma "Prima le mamme e i bambini" che punta a offrire incentivi per incrementare l'utilizzo dei servizi di assistenza al parto da parte delle future mamme.







ESPERIENZE DAL CAMPO

UGANDA. VERSO LA COPERTURA SANITARIA UNIVERSALE?

Gli Obiettivi di sviluppo relativi alla salute, in particolare quelli relativi alla salute materna e a Hiv/Aids, non sono progrediti come desiderato, principalmente a causa della bassa copertura dei servizi sanitari chiave. Abbracciare la copertura sanitaria universale oltre il 2015, quindi, sarà essenziale per progredire su questa strada.

TESTO DI / PETER LOCHORO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

IL CONTESTO

Con l'avvicinarsi del 2015 il dibattito internazionale sul tema della copertura sanitaria universale e sull'agenda post-2015 è sempre più acceso; in questo contributo affronteremo l'argomento guardando il caso specifico del sistema sanitario ugandese.

L'Uganda è uno stato dell'Africa Orientale, composto da 112 distretti amministrativi suddivisi in contee, sotto-contee e parrocchie. La popolazione ugandese, secondo le proiezioni, è di circa 37 milioni di abitanti¹, con un tasso di crescita demografica annua pari al 3,2%. La maggioranza degli ugandesi (56%) sono sotto i 18 anni di età. L'elevato tasso di crescita demografica è determinato dall'elevato tasso di fertilità pari a 6,2². La gran parte degli ugandesi (82%) vive in zone rurali ma la popolazione nelle aree urbane sta crescendo velocemente. C'è stato un improvviso declino nel numero di persone viventi sotto la linea di povertà, dal 56% del 1992/93 al 24,5% del 2009/10³. Il prodotto interno lordo nel 2013 era di 21,48 miliardi di dollari, che si traduce in un Pil per persona di 572 dollari⁴; l'economia in quell'anno era cresciuta del 5,8%. Il paese sta cercando fortemente di ridurre la propria dipendenza dagli aiuti stranieri per lo sviluppo, nel bilancio finanziario annuale 2014-2015, le entrate interne finanzieranno l'81,8% dello stesso bilancio⁵.

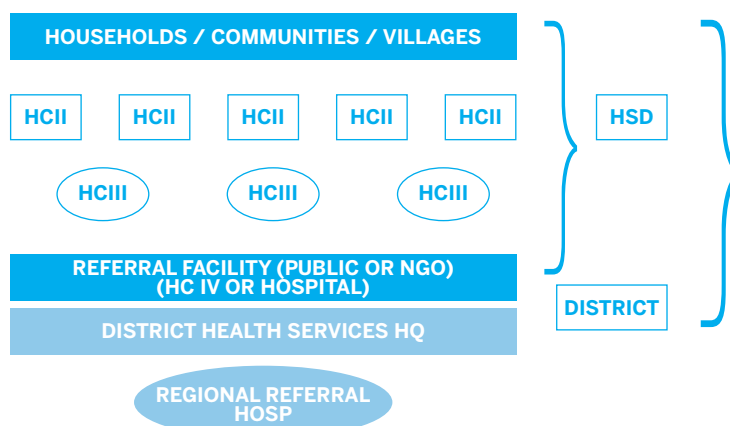
In Uganda gli indicatori dello stato di salute tuttora sono quelli tipici dei paesi a basso tasso di sviluppo, con un'aspettativa media di vita di 51,5 anni⁶, un tasso di mortalità materna di 438 ogni 100.000 nati vivi, la mortalità infantile sotto i 5 anni pari a 96 su 1000 nati vivi e la malnutrizione cronica infantile pari al 33%⁷.

Nonostante l'Uganda abbia registrato un miglioramento relativamente ad alcuni indicatori sanitari, il tasso di mortalità materna è rimasto praticamente invariato nel corso degli ultimi 10 anni. L'Uganda è firmataria degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDGs) e il governo ha affermato l'impegno a incentivare il progresso del paese verso il raggiungimento degli Obiettivi⁸.

L'ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO

Per migliorare l'efficienza della fornitura dei servizi sanitari, il governo ugandese ha decentralizzato la fornitura diretta e la gestione dei servizi sanitari ai distretti e ai sotto-distretti sanitari. Il mandato del Ministero della Sanità⁹ è limitato all'elaborazione e pianifica-

FIGURA / IL SISTEMA SANITARIO IN UGANDA



zione di *policy*, definizione degli *standard*, controllo di qualità, mobilitazione di risorse, sviluppo di capacità, monitoraggio e valutazione. La **Figura** mostra la struttura del sistema sanitario.

I servizi sanitari in Uganda sono erogati da strutture private, strutture pubbliche e da organizzazioni no profit: al momento, delle 4.496 unità sanitarie il governo ne possiede il 66%, il privato no profit ne possiede il 20% e il resto è del settore privato for profit¹⁰; il privato no profit, invece, possiede 63 ospedali rispetto ai 65 del governo e si stima che la metà dei servizi sanitari sia erogata dal privato¹¹. In Uganda, come in molti paesi dell'Africa subsahariana, l'offerta delle risorse umane sanitarie è scarsa, al momento solo il 63% delle posizioni sanitarie, infatti, sono coperte¹².

La *partnership* con il settore privato è un obiettivo chiave della politica sanitaria nazionale e il paese riconosce al momento un partenariato privato-pubblico che coinvolge tre *partner*: il privato no profit che comprende soprattutto istituzioni religiose, centri privati (*Private Health Practitioner*) e guaritori tradizionali (*Traditional and Complimentary Medicine Practitioners*). Il governo estende sovvenzioni principalmente al privato no profit, mentre ne dà poche alle strutture sanitarie del *Private Health Practitioners* e agli istituti di formazione. I *partner* del settore privato sono coinvolti anche in diversi dibattiti di *policy* e di revisione a livello di Ministero della Sanità e distrettuale. Il settore privato no profit è di gran lunga il più organizzato e profondamente coinvolto nel partenariato con il governo attraverso il *network* di organizzazioni: i *medical bureaux* (uffici sanitari).

TABELLA / IL PROGRESSO DEGLI OBIETTIVI DEL MILLENNIO DI CAMPO SANITARIO - INDICATORI SELEZIONATI

MDG	INDICATOR	BASELINE	CURRENT STATUS	2015 TARGET
4: REDUCE CHILD MORTALITY	4.1 UNDER-FIVE MORTALITY RATE (PER 1,000 LIVE BIRTHS)	156 (1995)	90 (2011)	56
	4.2 INFANT MORTALITY RATE (PER 1,000 LIVE BIRTHS)	86 (1995)	54 (2011)	31
5: IMPROVE MATERNAL HEALTH	5.1 MATERNAL MORTALITY RATIO (PER 100,000 LIVE BIRTHS)	506 (1995)	438 (2011)	131
	5.2 PROPORTION OF BIRTHS ATTENDED BY SKILLED HEALTH PERSONNEL	37.8% (1995)	58% (2011)	100%
6: COMBAT HIV/ AIDS, MALARIA AND OTHER DISEASES	6.1 HIV PREVALENCE AMONG POPULATION AGED 15-24 YEARS	2.9% (2004/5)	7.3% (2011)	NO TARGET
	6.6 PROPORTION OF CHILDREN UNDER 5 SLEEPING UNDER INSECTICIDE-TREATED BED NETS	9.7% (2006)	42.8% (2011)	NO TARGET
	6.8 PREVALENCE RATE ASSOCIATED WITH TUBERCULOSIS (PER 100,000 POPULATION)	410 (2001)	183 (2011)	103

Fonte: Uganda MDG progress report 2013

Il finanziamento dei servizi sanitari in Uganda avviene soprattutto attraverso i pagamenti *out of pocket* e un sistema pubblico basato su tasse. Il totale della spesa sanitaria è di 1,6 miliardi di dollari (9% del Pil), di cui il 22%¹³ di contributi governativi e la spesa sanitaria *pro capite* è pari a 52 dollari. Le famiglie contribuiscono al 42% del totale della spesa sanitaria con 22 dollari a testa come spesa diretta per le prestazioni. Nel 2009/2010 il governo ha speso il 7% del suo *budget* nazionale in sanità, cifra molto inferiore al 15% concordato nella Dichiarazione di Abuja (2001) dai Capi di Stato dei paesi dell'Unione Africana.

Le ben note conseguenze di una spesa sanitaria fortemente alimentata dal pagamento diretto delle prestazioni sono l'aumento delle disuguaglianze e il rischio di costi della salute non sostenibili¹⁴. È estremamente difficile raggiungere la copertura sanitaria universale in un contesto in cui le spese "out of pocket" sono elevate.

Nel 2009/2010 solo il 14% del totale della spesa sanitaria è stato speso per la salute riproduttiva e un altro 14% per la salute infantile. Il Ministero della Salute ha intenzione di introdurre meccanismi di pre-pagamento sotto forma di assicurazione sanitaria e schemi di finanziamento comunitario con la possibilità di sovvenzionare i poveri fino all'80% del premio ed è stato considerato un sistema di voucher per far fronte ai limiti dal lato degli utenti¹⁵. Il Piano Strategico e di Investimento del Settore Sanitario definisce il pacchetto dell'assistenza sanitaria minima ugandese come un pacchetto base economicamente vantaggioso che risponde ai principali tipi di patologia. Gli elementi di questo pacchetto sono stati identificati e suddivisi in quattro gruppi: salute materno-infantile, prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili, prevenzione delle malattie non-trasmissibili e promozione della salute e iniziative sanitarie comunitarie. Mentre la maggior parte degli elementi affronta le condizioni della salute materno-infantile e delle malattie trasmissibili, è riconosciuto che il peso delle malattie non-trasmissibili sta crescendo velocemente come nel caso di molti paesi in via di sviluppo¹⁶. Gli indicatori di copertura lungo il *continuum of care* per la salute materna e neonatale sono bassi, per esempio la domanda soddisfatta per la pianificazione familiare è pari al 47%, la frequenza antenatale è del 48%, quella del parto assistito del 57%, l'assistenza postnatale del 33%, l'allattamento esclusivamente al seno è del 62% e la copertura del morbillo è del 82%¹⁷.

LA COPERTURA SANITARIA UNIVERSALE, GLI OBIETTIVI DEL MILLENNIO E L'AGENDA POST-2015

La copertura sanitaria universale

Nel 2005 tutti gli stati membri della Organizzazione Mondiale della Sanità presero l'impegno di raggiungere la copertura sanitaria universale, considerandola un potente meccanismo per il raggiungimento di salute e benessere e cardine dello sviluppo umano¹⁸. La copertura sanitaria universale viene così definita: «tutte le persone ricevono servizi sanitari di qualità che incontrano i loro bisogni senza il rischio di impoverimento o di rovina finanziaria»¹⁹.

Recentemente molti incontri di alto livello si sono focalizzati sulla necessità per i governi di lavorare verso la copertura sanitaria universale, tema che sta acquistando sempre più importanza nell'agenda post-2015 e nel dibattito degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile a livello di Nazioni Unite. Tre però sono le dimensioni critiche del concetto di copertura sanitaria universale: chi è coperto, quali servizi sono coperti con quale qualità, e quale percentuale dei costi è coperta²⁰. In Uganda la copertura sanitaria universale è solo sottintesa. La politica sanitaria nazionale e il Piano Strategico e di Investimento del Settore Sanitario non la menziona espressamente nell'accezione in cui viene intesa a livello internazionale, poiché le *policy* ugandesi sono state definite prima delle attuali discussioni internazionali. Tuttavia alcune scelte del paese, come il pacchetto di assistenza sanitaria minima e la strategia prevista di finanziamento sanitario, sono in linea con la copertura sanitaria discussa a livello internazionale.

Gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio in Uganda e il progresso fino ad ora

L'Uganda ha avuto esiti contrastanti riguardo al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDGs)²¹: dei 19 indicatori chiave stabiliti per l'8° Obiettivo (Sviluppare una *partnership* globale per lo sviluppo), 10 sono stati raggiunti, 6 sono fermi o in crescita lenta, 2 non sono stati centrati e 1 è addirittura peggiorato. Al contrario, il quarto obiettivo per la riduzione della mortalità infantile è sulla via del raggiungimento mentre i due indicatori per il miglioramento della salute materna sono stagnanti o bassi. Riguardo al sesto obiettivo – lotta contro Hiv/Aids, malaria e altre malattie – due degli indicatori sono sulla giusta strada mentre uno è peggiorato.

rato. A pagina 13 una **tabella** sintetica degli Obiettivi relativa alla salute in Uganda nel 2013.

Tra i fattori che hanno contribuito al progresso degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio rileviamo: la crescita del reddito familiare; il miglioramento delle infrastrutture (viabilità della rete stradale rurale ed elettricità); il progresso di alcuni Obiettivi, che ha portato ricadute positive su altri per la complementarità di alcuni fattori; l'ingresso di nuove tecnologie in particolare il telefono cellulare.

Uganda oltre il 2015: quale direzione?

In Uganda il punto di partenza per andare oltre il 2015 è rappresentato dai fattori sopraindicati, tanto che si è discusso di inglobarli nell'agenda di sviluppo post-2015²². Il dibattito internazionale pone l'attenzione principalmente sulle radici del sottosviluppo piuttosto che sulle conseguenze e la strategia ugandese, articolata nel piano di sviluppo nazionale, intende migliorare il *welfare* agendo sui motori del progresso economico. In Uganda il quadro della nuova pianificazione contenuta nell'*Uganda Vision 2040* e nel piano di sviluppo nazionale e nei piani di settore sposta il *focus* del governo dall'assicurare la stabilità macroeconomica e la fornitura dei servizi sanitari a un ulteriore ruolo più ambizioso, quello di condurre la trasformazione strutturale dell'economia con miglioramenti della produttività e un forte aumento degli investimenti nelle infrastrutture nel campo del petrolio, dell'energia (elettricità da fonti rinnovabili), dei trasporti e di informazione e comunicazione²³.

Si prevede che lo sviluppo economico e i miglioramenti nella fornitura dei servizi nel quadro istituzionale del governo incrementino notevolmente i risultati sanitari inclusi quelli indicati per gli Obiettivi di Sviluppo. Si ritiene che l'aumento della crescita economica porterà un aumento delle risorse pubbliche per i servizi e a questo dovranno corrispondere da un lato l'efficienza del settore pubblico e dall'altro nuovi accordi istituzionali anche con il partenariato pubblico-privato. Modelli di simulazione indicano che gli Obiettivi di Sviluppo internazionali relativi all'educazione, alla sanità, all'accesso all'acqua e all'igiene sono estremamente ambiziosi per l'Uganda e potrebbero non essere raggiunti nemmeno nel 2030 se lo scenario resta invariato, mentre *Vision 2040* prospetta uno scenario con tra-

guardi di gran lunga superiori²⁴, per esempio il *target* del tasso di mortalità infantile è previsto spostarsi dal 63 per 1000 nati vivi a 4 su 1000; il rapporto della mortalità materna muoversi da 438 a 15 su 100.000 nati vivi; la mortalità sotto i 5 anni di età da 96 a 8 su 1000 nati vivi; la malnutrizione cronica infantile dal 33% allo 0%. La più grande sfida nel raggiungere gli Osm relativi alla salute è assicurare che tutte le donne e i bambini e l'intera popolazione abbiano accesso ad interventi salvavita lungo il *continuum of care*. Questo è il motivo per cui è importante che vi sia un riferimento e un lavoro nella direzione della copertura sanitaria universale in ogni strategia di *policy* adottata dai paesi. Gli attuali livelli di copertura sono troppo bassi e non fanno che rappresentare un'opportunità mancata²⁵.

Conclusione

L'importanza della copertura universale acquista sempre maggiore valore nella agenda internazionale e potrebbe divenire il principale investimento strategico oltre il 2015. Nel piano e nella *policy* sanitaria dell'Uganda questo concetto, per quanto ancora implicito, si manifesta già nel pacchetto di servizi, nelle strategie di implementazione e in quelle di finanziamento.

Gli Obiettivi di Sviluppo relativi alla salute, in particolare quelli relativi alla salute materna e a Hiv/Aids, non sono progrediti come desiderato, principalmente a causa della bassa copertura dei servizi sanitari chiave. Abbracciare la copertura sanitaria universale oltre il 2015, quindi, sarà essenziale per progredire su questa strada.

L'Uganda dovrà affrontare l'attuale meccanismo di finanziamento sanitario, ridurre la pesante dipendenza dal pagamento diretto per i servizi da parte dei pazienti, aumentare i fondi pubblici destinati alla sanità per attori sia pubblici sia privati, in particolare il settore no profit. Con l'attuale sistema di finanziamento, altrimenti, non ci sarà quasi alcuna possibilità di raggiungere la copertura universale. La visione e il progetto di sviluppo oltre il 2015 dell'Uganda sono molto ambiziosi, largamente focalizzati sulla trasformazione dell'economia e la crescita che si ritiene possano avere ricadute positive anche per la salute e lo sviluppo umano²⁶.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Ministry of Health, *Annual Health Sector Performance Report 2013/14*.
- 2 Uganda Bureau of Statistics, *Uganda Demographic and Health Survey 2011*.
- 3 Uganda Bureau of Statistics, *Uganda National Household Survey 2009/10*.
- 4 <http://data.worldbank.org/country/uganda>
- 5 Minister of Finance, *Budget Speech 2014/15*.
- 6 Ministry of Finance Planning and Economic Development, *Uganda MDG report 2013*.
- 7 Uganda Bureau of Statistics, Macro International, *Uganda Demographic and Health Survey Report 2011*.
- 8 Ministry of Finance Planning and Economic Development, *Uganda MDG report 2013*.
- 9 Ministry of Health, *Health Sector Strategic and Investment Plan, 2010/11 - 2014/15*
- 10 Ministry of Health, *Health Facility Inventory 2013*.
- 11 Ministry of Health, *Health Sector Strategic and Investment Plan, 2010/11 - 2014/15*.
- 12 Ministry of Health, *Annual Health Sector Performance Report 2012/13*.
- 13 Ministry of Health, *National Health Accounts 2008/09 and 2009/10*.
- 14 WHO, World Health Report 2010: *Health Systems Financing, the Path to Universal Coverage*.

- 15 Ministry of Health, *Health Sector Strategic and Investment Plan, 2010/11 - 2014/15*.
- 16 Ministry of Health, *Health Sector Strategic and Investment Plan, 2010/11 - 2014/15*.
- 17 <http://www.countdown2015mnc.org>
- 18 Who, *World Health Report 2013*.
- 19 Who, *Universal Health Coverage Supporting Country Needs 2013*.
- 20 Who, *World Health Report 2010: Health Systems Financing, the Path to Universal Coverage*.
- 21 Ministry of Finance, *Planning and Economic Development, MDG Report for Uganda 2013*.
- 22 Ministry of Finance, *Planning and Economic Development, MDG Report for Uganda 2013*.
- 23 Ministry of Finance, *Planning and Economic Development, MDG Report for Uganda 2013*.
- 24 Government of Uganda, *Uganda Vision 2040*.
- 25 Jennifer Bryce et al., *Millennium Development Goals 4 and 5: Progress and Challenges*, BMC Medicine 2013.
- 26 Sam Okuonzi, *Dying for economic growth? Evidence of a flawed economic policy in Uganda*, Lancet 2004; 364:1632-37.



ESPERIENZE DAL CAMPO

ETIOPIA. LA COPERTURA SANITARIA UNIVERSALE È UN MIRAGGIO

Il fattore maggiormente limitante nella costruzione di un sistema sanitario universalistico resta la scarsità di risorse governative allocate alla sanità, che nel 2012-2013 sono state poco più di quattro euro *pro capite*. Quali obiettivi e quali limiti all'adozione della *Universal Health Coverage* dopo il 2015?

TESTO DI / FABIO MANENTI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

IL CONTESTO SOCIO-ECONOMICO E POLITICO

L'Etiopia è una Repubblica Federale composta da nove stati regionali, si estende su un vasto territorio di circa 1,1 milioni di chilometri quadrati con una popolazione di oltre 96.600.000 abitanti (stime Cia 2014, tasso di crescita annuo 2,89%). L'83% degli abitanti vive in aree rurali con scarsa accessibilità alle strutture sanitarie dovuta a mancanza di mezzi di trasporto e di strade percorribili e al numero limitato di infrastrutture sanitarie. Con un indice di Sviluppo Umano a 0,396¹, si colloca al 173° posto fra i 186 paesi considerati nel 2013 da Undp.

Il 39% della popolazione vive al di sotto della soglia di povertà (1,25 Usd/giorno), con un reddito lordo nazionale *pro capite* (Gni) di 410 Usd (World Bank 2013). La speranza di vita alla nascita è di 59 anni per gli uomini e 62 per le donne.

La spesa sanitaria *pro capite* complessiva del paese è di 16 Usd, nettamente al di sotto del minimo raccomandato dall'Oms (40 Usd).

STATO DI SALUTE: OBIETTIVI DEL MILLENNIO, PROGRESSI E LIMITI

Il piano di sviluppo ventennale, iniziato nel 1995, è alla sua prossima conclusione. Strutturato in quattro fasi, ha contribuito a migliorare lo stato di salute della popolazione attraverso una fortissima espansione della *Primary Health Care*. È stato possibile con il programma chiamato *Health Extension Programm*, che prevedeva la formazione di quadri sanitari inferiori (*Health Extension Workers*) e medi (infermiere, ostetriche e *health officers*) e una forte espansione di posti e centri di salute e, ultimamente, anche di ospedali distrettuali.

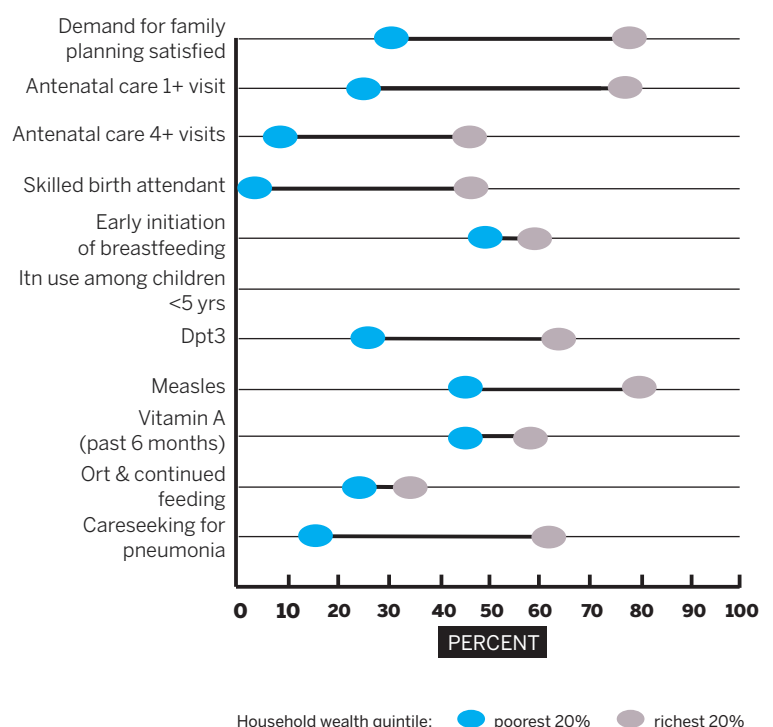
Il piano, in sintonia con gli Obiettivi del Millennio definiti dalle Nazioni Unite, avrebbe contribuito a raggiungere l'obiettivo 4 (riduzione della mortalità infantile) e molti *target* dell'obiettivo 6 (combattere Aids, malaria e le altre malattie), mentre per l'obiettivo 5 (migliorare la salute materna) ci sarebbero discrete evidenze che possa essere raggiunto entro il 2015, grazie all'intensissimo sforzo fatto negli ultimi quattro anni a tutti i livelli.

Nonostante l'Edhs (*Ethiopia Demographic Health Survey*) del 2011 non abbia mostrato una reale diminuzione della mortalità materna dal 2005 (676/100.000 Mm), dati recenti² (2013) in-

dicherebbero che la riduzione dal 1990 sarebbe del 70% con una mortalità materna di 420/100.000 nati vivi. Questo in contrasto con i dati riportati nel *Countdown 2013*: copertura per il parto assistito di circa il 10% dei parti attesi (mentre 23,1% è il dato ufficiale 2012-13³) con ancora una grandissima disuguaglianza tra il quintile più povero (2%) rispetto a quello più ricco (47%).

La **Figura** mostra infatti le disuguaglianze riferite a 11 indicatori diversi (asse verticale) nell'area dell'assistenza materna e neonatale. I due colori diversi, azzurro e grigio, mostrano la copertura per ogni singolo *item* della popolazione più ricca e della popolazione più povera evidenziando come in quasi tutti i casi la distanza di copertura, e quindi di possibilità di accedere a un servizio, sia estremamente diseguale per le due fasce sociali. Più è lunga la barra tra i cerchi grigio e azzurro più la disuguaglianza è grave.

FIGURA / DISEGUAGLIANZE SOCIOECONOMICHE NELLA COPERTURA



IL SISTEMA SANITARIO: ORGANIZZAZIONE, FINANZIAMENTO PUBBLICO E PRIVATO, RISORSE UMANE

Il sistema sanitario etiope, nonostante l'enorme sviluppo infrastrutturale, resta decisamente insufficiente rispetto alle dimensioni del paese e della popolazione. Gli ultimi dati disponibili⁴ indicano un totale di 16.048 posti di salute, 3.245 centri di salute, 132 ospedali primari o distrettuali, 122 ospedali generali e 2 ospedali specializzati di riferimento nazionale. Di questi la maggior parte sono pubblici, circa 60 ospedali privati⁵ (30 solo in Addis Abeba) e solo 10 di natura "non for profit", appartenenti a diverse confessioni religiose. Altre strutture private, per la maggior parte "for profit", sono le cliniche di diverso livello (medio e alto).

Il sistema sanitario pubblico segue la struttura piramidale di riferimento con 3 livelli: il posto di salute, con attività prevalentemente preventiva (1 ogni 5.000 abitanti circa), il centro di salute e a seguire l'ospedale distrettuale. Gli ospedali superiori sono quelli zonali, regionali e di riferimento nazionale. Il sistema privato si interfaccia e relaziona con il resto del sistema senza una vera integrazione e complementarità, ma risponde, almeno in parte, alle gravi carenze di quello pubblico.

L'utilizzo dei servizi ambulatoriali resta fermo a quello di dieci anni fa, con 0,34 visite ambulatoriali *pro capite* per anno e così pure l'utilizzo degli scarsi letti ospedalieri (tasso di occupazione media in anni recenti di circa il 35%, uno studio del 2009⁶ su 13 ospedali riporta un tasso del 68,9%).

Le ragioni sono multifattoriali, tra cui la relativa scarsa qualità offerta e percepita (assenteismo, scarsa motivazione o mancanza di personale qualificato), la frequente mancanza di farmaci e non ultimo i costi dei servizi che, anche se in teoria gratuiti, finiscono per essere a pagamento almeno per la componente farmaci (per mancanza o per *policy* della struttura).

Per far fronte a queste problematiche e aumentarne l'utilizzo, il Ministero ha introdotto dei meccanismi di finanziamento con l'obiettivo di migliorare qualità e disponibilità dei servizi.

Tra questi:

- possibilità non solo di applicare delle *user fees*, ma anche di ritenerne una parte nella struttura stessa da utilizzare per migliorare il servizio;
- sostegno alle esenzioni dal pagamento per i meno abbienti: su richiesta dell'interessato l'autorità pubblica certifica l'indigenza e rimborsa la struttura sanitaria per i costi sostenuti; in realtà, dati del 2012 indicano che a fronte di oltre 2,5 milioni di certificati, il rimborso alle strutture sanitarie è stato di circa 25 milioni di birr cioè circa 10 birr (30 centesimi di euro) per persona;
- attività privata intraospedaliera: 45 ospedali pubblici forniscono attività privata a pagamento, con entrate generate che coprirebbero in alcuni casi anche il 60% dei costi ricorrenti delle strutture;
- sistemi assicurativi comunitari e nazionali: esperienze attuali dicono che il sistema assicurativo comunitario avrebbe generato circa 40 centesimi di euro per persona effettivamente utilizzando i servizi sanitari nello stesso periodo; il sistema assicurativo nazionale per dipendenti pubblici non è ancora attivo, soprattutto per i limiti evidenti di generare sufficienti risorse (visto il basso livello salariale) per coprire i costi dei servizi.

Il fattore maggiormente limitante nella costruzione di un sistema sanitario di qualità resta la scarsità di risorse governative allocate alla sanità, che, nonostante rappresentino il 9,75% del *budget* nazionale, nel 2012-2013 sono state poco più di 4 euro *pro capite*. Secondo gli ultimi dati della Banca Mondiale le spese dirette da parte dei pazienti (*out-of-pocket expenditure*) ammonterebbero all'80% della spesa sanitaria privata, cioè circa il 50% della spesa globale⁷.

Infine, va menzionata la relativa scarsità di risorse umane qualificate, nonostante la forte espansione del sistema formativo a tutti i livelli. Solo per le infermiere si è superato il *target* dell'Oms di una infermiera ogni 5.000 abitanti (1:2311), mentre ancora lon-

TABELLA / INDICATORI DI SALUTE MATERNA

INDICATORS	EFY 2005 BASELINE	EFY 2005 PERFORMANCE	EFY 2005 TARGET	HSDP IV TARGET (EFY 2007)
ANTENATAL CARE COVERAGE	89,1%	97,4%	90,6%	90,0%
PERCENTAGE OF DELIVERIES ATTENDED BY SKILLED HEALTH PERSONNEL	20,4%	23,1%	49,2%	62,0%
CLEAN AND SAFE DELIVERY COVERAGE (PERCENTAGE OF DELIVERIES ATTENDED BY HEWs)	13,2%	11,6%	35,2%	38,0%
POSTNATAL CARE COVERAGE	44,5%	50,5%	70,1%	78,0%
CONTRACEPTIVE ACCEPTANCE RATE	60,4%	59,5%	76,2%	82,0%
PERCENTAGE OF PREGNANT WOMEN COUNSELLED AND TESTED FOR PMTCT	36,7%	54,9%	76,0%	83,0%

Fonte: Efy 2005 Baseline, Performance and Target and Hsdp IV Target

tano è quello per i medici (1:26.943 abitanti a fronte di 1:10.000 previsto dall'Oms), così come per ostetriche e tecnici di anestesia. Per far fronte a tali carenze, sono in atto programmi "accelerati", che sollevano ad ogni modo seri dubbi sulla qualità della formazione stessa, in particolare per le ostetriche, formate ma senza *skills* come l'applicazione della ventosa, la rimozione manuale della placenta e la rianimazione del neonato (per mancanza di attività pratica) necessari a garantire il cosiddetto pacchetto BEmONC nei centri di salute.

AGENDA POST-2015: UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

Con la quasi conclusione del piano ventennale di sviluppo del sistema sanitario, il Ministero della Sanità sta elaborando il piano per i prossimi vent'anni a partire dall'obiettivo di raggiungere la copertura sanitaria universale (Uhc) attraverso l'ulteriore espansione della *Primary Health Care*.

Visto il rapidissimo e costante sviluppo economico, misurato in un tasso di crescita annuale del Pil di circa il 10% l'anno, il paese dovrebbe avviarsi e raggiungere il livello inferiore dei paesi a medio reddito nel 2025 e il livello superiore nel 2035. A partire da questo si proiettano le strategie di sviluppo del sistema sanitario al fine di raggiungere la copertura sanitaria universale.

L'espansione della *Primary Health Care* resta la strategia primaria, accompagnata da un piano sanitario nazionale basato sulle evidenze e con *target* realistici, tradotti in piani operativi annuali a livello distrettuale. Perciò sviluppo delle infrastrutture, degli equipaggiamenti e delle risorse umane sanitarie restano il *focus* centrale. Le aree prioritarie⁸ identificate sono:

- coinvolgimento delle comunità nell'identificazione dei propri bisogni di salute e mobilitazione delle stesse nel promuovere le necessarie risposte preventive o di mobilitazione della comunità e degli individui (ad esempio la creazione di gruppi

femminili che si occupano di promuovere la salute materna e sorvegliare che le vicine di casa abbiano un parto assistito);

- rafforzamento delle unità e dei servizi di *Primary Health Care*;
- potenziamento delle risorse umane per la salute, in termini di numero ma anche di qualità;
- coinvolgimento del settore privato nella visione del Ministero della Salute, visto come potenziale per aumentare le risorse e capacità disponibili al sistema sanitario;
- sistemi di finanziamento innovativi, con potenziato monitoraggio, di cui il principale è l'assicurazione sanitaria nazionale;
- sviluppo delle capacità gestionali e di controllo del Ministero della Sanità, basate su evidenze, ricerca e sviluppo di politiche e regolamenti che rispondano al *target* della copertura sanitaria universale.

Per quanto condivisibili le modalità di analisi e i confronti con la situazione attuale dei paesi a medio reddito, nel complesso resta evidente che l'attuale condizione del sistema sanitario e le sue reali capacità di risposta ai bisogni primari sono dubbie. Su questo si ipotizza tuttavia una espansione e *focus* soprattutto sulle malattie non trasmissibili e i traumi, sicuramente emergenti ma che porranno ulteriori e ancora più complesse sfide. Così pure il finanziamento del sistema sanitario, dove si ipotizza un coinvolgimento del settore privato sostanzialmente "for profit", dimenticando che questo risponde non tanto ai bisogni primari di salute ma a quelli "vendibili", se non addirittura inducendo i bisogni stessi. Il sistema assicurativo sanitario nazionale, sarà in realtà basato su un attuale livello salariale pubblico mediamente basso e che nella migliore delle ipotesi riuscirà a generare non più di 30-40 dollari *pro capite* per gli assicurati, che resteranno per molto tempo la minoranza della popolazione. E questo a fronte di una spesa governativa per la salute coperta per il 39% da aiuti internazionali.

In conclusione, pur essendo condivisibili le scelte strategiche e gli obiettivi, la loro fattibilità resta alquanto dubbia e ambiziosa e altrettanto incerta anche l'applicazione della copertura sanitaria universale in un paese come l'Etiopia.

BIBLIOGRAFIA

1 Undp, Human Development Report 2013, *The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World?*

2 Press release Who Ethiopia, 16th September 2014.

3 Ethiopia MOH Annual Performance Report 2012-2013.

4 Ethiopian Federal Ministry of Health, *Performance Annual report 2012-13*.

5 Ethiopian Federal Ministry of Health, *Annual report 2010-11*.

6 Quarterly Health bulletin of FMOH, *Assessing the performance in selected hospitals*, June 2009.

7 World Bank Indicators, *Ethiopia - Health services*.

8 Federal Ministry of Health, *Visioning Ethiopia's path towards universal health coverage through primary health care*.



**ANCHE IN ETIOPIA,
PRIMA LE MAMME E I BAMBINI**

“Prima le mamme e i bambini” per Medici con l’Africa Cuamm non è soltanto uno *slogan* ma un vero e proprio impegno nei confronti delle fasce più fragili di popolazione. È un programma quinquennale, iniziato nel 2012, che in quattro distretti sanitari in Angola, Etiopia, Tanzania e Uganda propone specifici interventi con lo scopo di ridurre la mortalità materna e neonatale e garantire l’accesso gratuito al parto sicuro e alla cura del neonato. In Etiopia, nonostante il grande sviluppo infrastrutturale, il sistema sanitario è ancora inadeguato rispetto alle dimensioni del paese e della popolazione e tra le cause principali c’è da considerare una politica di investimento nella sanità ancora troppo basso da parte del governo: nel 2012-2013 è stato poco più di quattro euro *pro capite*.







MISURARE LA VOCE DELLA COMUNITÀ LOCALE

Beneficiary Feedback Mechanism è il titolo di un progetto pilota che Medici con l'Africa Cuamm sta sperimentando nel distretto di Iringa, in Tanzania. Iniziato a metà 2013, il progetto vuole valutare l'appropriatezza degli interventi sanitari per comprendere al meglio limiti operativi e bisogni della popolazione e rafforzare quindi i servizi offerti in termini di accesso, qualità ed equità.

TESTO DI / EDOARDO OCCA / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

UN PROGETTO PILOTA

"Beneficiary Feedback Mechanism" (Bfm) è il progetto pilota di valutazione che coinvolge Medici con l'Africa Cuamm nel distretto di Iringa, in Tanzania. Iniziato a metà 2013 e finanziato da Dfid - *Department for International Development* del governo britannico, il progetto vuole valutare l'appropriatezza degli interventi messi in atto nella regione e per questo ha sperimentato, con la supervisione di *World Vision*, responsabile della valutazione, un sistema per stimolare, raccogliere e analizzare impressioni, suggerimenti, critiche da parte della popolazione beneficiaria.

Obiettivo finale del lavoro è stimare l'efficienza dei progetti di salute materna e infantile che Medici con l'Africa Cuamm sviluppa da anni nel territorio: misurando la percezione e la fruizione dei servizi da parte della popolazione del territorio, il progetto potrà fornire indicatori preziosi per migliorare e rafforzare l'offerta in termini di accesso, qualità ed equità nell'ambito dell'approccio integrato del *continuum of care*. Lo scopo del progetto sarà poi riuscire a lavorare su più livelli, migliorando il supporto alle politiche sanitarie del distretto e ai centri di salute.

L'area coinvolta da Bfm, la cui implementazione è iniziata ad agosto 2014 e si concluderà a marzo 2016, si svilupperà in sedici villaggi della divisione di Kizonpelo, per un totale di circa 42.000 persone.

COME OPERA BFM

Bfm viene sperimentato contemporaneamente in nove progetti tra Asia e Africa, e agisce attraverso una tecnologia innovativa basata sul *software open source* "Frontline SMS", che permette di raccogliere e distribuire informazioni tramite sms e chiamate vocali gratuite a un apposito "numero verde" di progetto. Per garantire la possibilità di partecipare anche alla popolazione che non ha accesso al telefono cellulare, è prevista, inoltre, l'installazione di cassette delle lettere e lavagne in punti strategici dei villaggi e dei centri di salute. La popolazione locale, a cui sono rivolti i servizi sanitari, è sollecitata così a fornire impressioni, suggerimenti e critiche in merito ai progetti sviluppati dal Cuamm.

Non deve stupire l'uso del cellulare come strumento di raccolta dati: infatti, pur essendo una società basata su agricoltura di sussistenza, la diffusione del telefono cellulare è ampia. Da una *survey* condotta nelle zone interessate, circa il 60% delle famiglie composte da persone in età riproduttiva ne possiede uno. Lo snodo cruciale di un progetto simile sta nella relazione che si instaura con la popolazione locale, in modo da averne la fiducia e stimolarne così suggerimenti e riscontri. In questo senso si rivela fondamentale il lavoro dei *Community Health Workers* (Chw) in sinergia con i *leader* locali quali il sindaco, il comitato per la salute, il consiglio degli anziani: grazie alla stima di cui godono presso la comunità, infatti, Chw e *leader* hanno potuto informare dell'esistenza del progetto e della necessità di un coinvolgimento diretto della popolazione, mostrandone le ricadute positive di medio periodo sulla qualità dei servizi sanitari che verranno offerti nel territorio.

Questa fase del progetto, attualmente in corso, prevede l'organizzazione di *focus group* in ogni singolo villaggio con i *grupp-target* dei progetti, principalmente donne incinte, i rispettivi mariti/*partner*, anziani, giovani in età riproduttiva ma senza figli. Al momento sono stati organizzati 64 *focus group* che hanno visto la partecipazione di 458 persone tra i gruppi selezionati; come atteso in base alla consuetudine culturale della realtà, gli uomini hanno partecipato in misura maggiore sebbene non nettamente preponderante (249/209). A supporto degli incontri è stato previsto materiale esplicativo, che verrà distribuito a breve, mentre il numero di telefono a cui fornire i *feedback*, e gestito da una persona con un *background* in scienze sociali-relazionali, è già attivo e comincia a ricevere i primi timidi re- sponsi.

La valutazione non è stata pensata attraverso questionari o domande strutturate, bensì prevede, per lo meno nella prima fase di progetto delineata finora, la raccolta spontanea di impressioni, commenti e critiche da parte della popolazione: dagli interventi della popolazione nei *focus group* si delineeranno i temi e i bisogni prioritari del *target*. Solo successivamente, a seconda della qualità e quantità di risposte, si valuterà se introdurre questionari strutturati o eventuali ricerche su temi specifici.

Considerate le tematiche sensibili oggetto del programma (gravidanza, sessualità, rapporti tra popolazione e strutture sanitarie e non solo) si lavora in stretta collaborazione con i servizi sociali e con il distretto sanitario, al fine di smistare a chi di competenza eventuali segnalazioni particolarmente delicate.

IL DISTRETTO DI IRINGA

Il distretto di Iringa conta circa 250.000 persone, 140 villaggi, un ospedale regionale governativo, uno distrettuale, otto centri di salute e circa 65 dispensari. La presenza diffusa di strutture permette a questo distretto di rappresentare quasi un *unicum* nel panorama nazionale, con tassi di parto istituzionalizzato prossimi al 90% e accesso ai programmi di Pmtct (*Prevention to Mother to Child Transmission*) quasi universali. La maggiore criticità è rappresentata però dalla qualità del servizio. Le strutture sono drasticamente sottodimensionate in quanto a personale sanitario rispetto al numero *standard* previsto dal governo (i dispensari per la maggior parte dispongono di una o due persone solamente, in genere infermiere-ostetriche, mentre i centri di salute hanno per lo più un *clinical officer* e alcune infermiere, mentre non vi sono medici laureati a questo livello). Le strutture poi presentano gravi carenze di farmaci, materiali e spesso sono prive di luce e acqua corrente.

Per garantire la definizione di progetti sul campo efficaci, le organizzazioni devono necessariamente avere una conoscenza diretta e profonda del contesto, non solamente in termini di dati statistici, ma di elaborazione del vissuto proprio delle popolazioni coinvolte. Nell'attuazione concreta di Bfm, ad esempio, si è rivelato determinante agire in collaborazione con gli organi direttivi di villaggio, siano essi formali o non: è importante sapere infatti che nella cultura tanzaniana e del popolo Wahehe, figure come il consiglio degli anziani sono tuttora investite di un'indubbia autorevolezza morale e a loro è riconosciuta autorità formale. Dovrà quindi essere presa in considerazione, visto il contesto socio-culturale, l'influenza dei *leader* del villaggio, oltre a quella delle istituzioni governative.

LA COLLABORAZIONE CON LA COMUNITÀ LOCALE

Medici con l'Africa Cuamm può contare su una presenza importante nel territorio di riferimento: dal costante supporto ai dispensari e centri di salute al capillare lavoro nella comunità, il Cuamm ha ottenuto risultati incoraggianti in termini di incremento di accesso a visite pre/postnatali, test Hiv (si consideri che Iringa è la seconda regione della Tanzania per tasso d'infezione con il 9,1%), allattamento esclusivo, preparazione al parto, coinvolgimento della componente maschile durante la gravidanza. Ci si trova pertanto di fronte a una comunità locale già in parte sen-

sibilizzata al lavoro della Ong, che pertanto si prevede possa partecipare senza preclusioni né timori alla raccolta dati.

LA RACCOLTA DEI DATI

La popolazione, seppur non abituata a sentirsi chiedere il parere in merito a questioni da sempre appannaggio esclusivo delle autorità, comincia a fornire indicazioni, suggestioni, critiche e consigli. I temi emergenti vengono a definirsi nettamente: lamentele sulla scarsa collaborazione del personale sanitario e/o delle autorità locali, richieste di essere maggiormente informati sulle campagne educative promosse dai *community workers* innanzitutto. Inoltre, svariate sono già le segnalazioni in merito a casi di violenza domestica, minori malnutriti e/o abusi di varia natura, così ancora come casi solitamente regolati dal diritto consuetudinario tuttora vigente (che si declina oralmente), sistema parallelo al diritto civile e penale ufficiale. Sono state ricevute sollecitazioni in merito allo sfruttamento delle terre coltivabili, dell'acqua, degli spazi comuni, ossia diritti "della quotidianità". Data la delicatezza di alcune delle segnalazioni, il Cuamm ha stabilito di riferire i casi maggiormente complicati ai dipartimenti distrettuali di competenza, non solo quello strettamente sanitario, ma anche ai servizi sociali e amministrativi, i quali vengono coinvolti a fornire risposte in tempi stretti, in modo anche da dimostrare l'utilità e l'opportunità del messaggio inviato.

LA VOCE DELLA COMUNITÀ PER UN OBIETTIVO COMUNE

Auspichiamo, con il passare del tempo, oltre a un maggiore senso di appartenenza della popolazione a questa iniziativa, di disporre di un numero consistente di suggerimenti tale da poter influire nella definizione di proposte progettuali a venire, in modo che queste possano essere ancor più appropriate nel dare risposta alle problematiche realmente avvertite dalle persone.

È incoraggiante segnalare come da subito otto villaggi attualmente estranei al progetto abbiano richiesto di essere coinvolti, sintomo che Bfm è oggetto di discussione interna alle comunità e alimenta dinamiche positive di partecipazione attiva.

Beneficiary Feedback Mechanism Project è un'opportunità unica e preziosa per far emergere e dare risalto alle voci delle persone con le quali il Cuamm ha scelto di intraprendere un percorso comune, per il diritto alla salute, in nome della dignità della persona.



APPROFONDENDO

SI PUÒ INCENTIVARE LA DOMANDA DI SERVIZI SANITARI?

Un progetto pilota a supporto del programma “Prima le mamme e i bambini” mira a valutare l'efficacia di incentivi per l'utilizzo di strutture e servizi rivolti alle donne che devono partorire, quali *Transport voucher* e *Baby kit*: presentiamo i primi dati e la prima valutazione dal distretto di Oyam in Uganda.

TESTO DI / MARIA NANNINI / NEOLAUREATA ALL'UNIVERSITÀ DI FIRENZE IN “SVILUPPO ECONOMICO COOPERAZIONE INTERNAZIONALE SOCIO-SANITARIA E GESTIONE DEI CONFLITTI”

LA SALUTE MATERNA E NEONATALE IN UGANDA

L'Uganda presenta gravi ritardi nel campo della salute materna e neonatale, con tassi di mortalità persistentemente elevati: la mortalità materna è pari a 360 decessi ogni 100.000 nati vivi e la mortalità neonatale è di 23 per 1.000 nati vivi. Il tasso di copertura per l'assistenza qualificata al parto, fattore chiave nella prevenzione della mortalità materna, risulta ancora basso; in media solamente il 58% delle donne partorisce in presenza di personale sanitario qualificato. La copertura per i servizi materni e neonatali appare inoltre ben più povera per gli abitanti delle zone rurali e per le fasce più deboli della popolazione¹.

Sono cause di questi ritardi barriere di diversa natura: restrizioni finanziarie, scarsa accessibilità geografica alle strutture sanitarie in termini di trasporto e distanza, mancanza di potere decisionale tra le donne, bassa qualità dell'assistenza, operatori sanitari poco motivati, preferenza per l'assistenza di parenti, amici o personale non qualificato.

Al fine di migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari materno neonatali possono essere adottate varie strategie, in grado di agire sia sul versante dell'offerta sanitaria, focalizzando gli sforzi sull'erogazione dei servizi, sia sul versante della domanda, orientando l'intervento direttamente sugli utenti dei servizi. In particolare le politiche rivolte all'offerta comprendono il rafforzamento del sistema sanitario, l'incremento delle risorse a questo destinate e incentivi rivolti al personale sanitario basati sulla *performance*. Gli interventi invece che trasferiscono risorse alle categorie più vulnerabili della popolazione si qualificano come strategie sul lato della domanda e includono incentivi monetari o non monetari, volti a stimolare l'utilizzo dei servizi; i programmi di *Conditional Cash Transfer* sono la forma più conosciuta di tali politiche.

L'Uganda, come molti altri Paesi in via di sviluppo, ha adottato diverse strategie per migliorare l'accesso ai servizi di assistenza qualificata al parto e la maggior parte si è concentrata sul versante dell'offerta, dedicando sforzi minori al lato della domanda. Con il progetto pilota “*Evaluation of the effect of demand side incentives on utilization of delivery services in Oyam district: A study protocol*” Medici con l'Africa Cuamm si propone quindi di indagare l'effetto che due tipi di incentivi, *Transport voucher* e *Baby kit*, possono avere sulla domanda dei servizi di assistenza al parto.

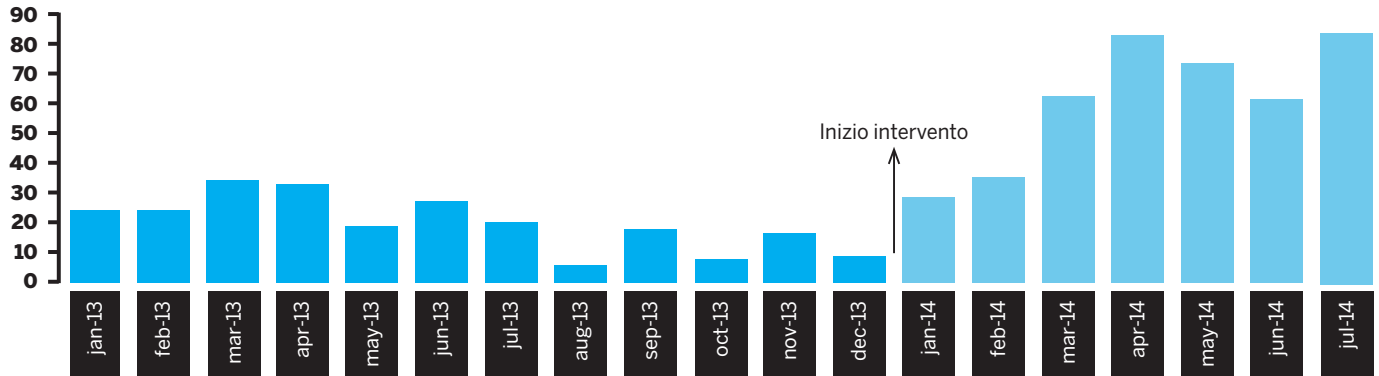
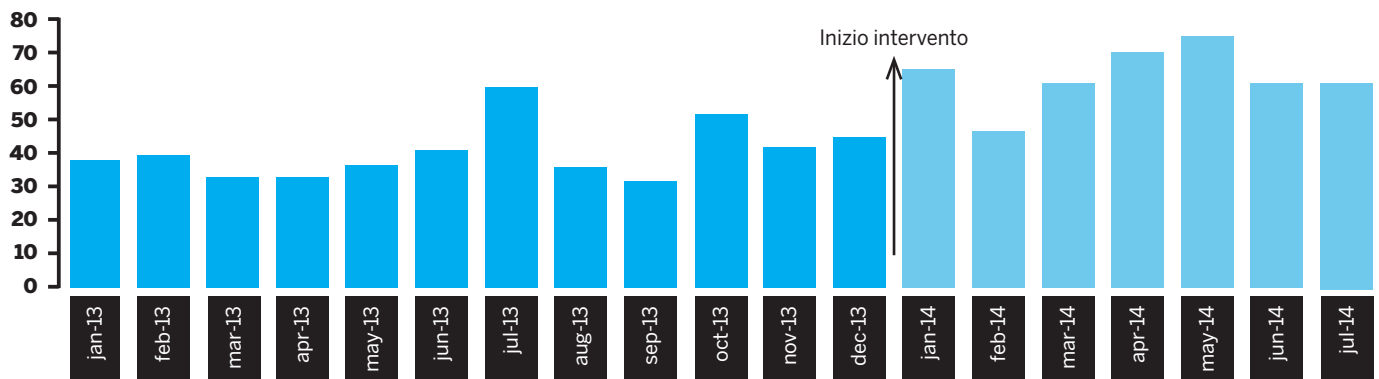
TRANSPORT VOUCHER E BABY KIT: COME INCENTIVARE LA DOMANDA DI SERVIZI SANITARI

Il distretto di Oyam, nella regione settentrionale dell'Uganda, si presenta particolarmente debole sotto il profilo della salute materna e neonatale; a causa di varie barriere all'accesso ai servizi, la maggior parte delle donne partorisce a casa e solamente nel 40,8% dei casi le nascite vengono seguite da personale sanitario qualificato.

Con la realizzazione del progetto “Prima le mamme e i bambini” nel 2012 Medici con l'Africa Cuamm ha lanciato un programma di intervento di cinque anni per il libero accesso ai servizi di assistenza sanitaria materna e neonatale nel distretto, con l'obiettivo di incrementare l'accessibilità e l'utilizzo di questi servizi. A tal fine il programma ha adottato un *mix* di strategie sia sul lato della domanda sia sul lato dell'offerta; queste includono la riduzione/eliminazione dei pagamenti da parte delle utenti (*user fees*), il miglioramento del sistema sanitario di riferimento, la mobilitazione della comunità e il miglioramento della qualità delle cure presso le strutture sanitarie.

In aggiunta all'intervento *standard*, implementato sull'intero territorio del distretto, Medici con l'Africa Cuamm ha deciso di attuare il progetto pilota incentrato sullo strumento degli incentivi rivolti alla domanda.

L'obiettivo primario dello studio è infatti quello di valutare l'efficacia di *Transport voucher* e *Baby kit* quali incentivi volti a incrementare l'utilizzo dei servizi di assistenza al parto nelle unità amministrative più povere del distretto di Oyam.

FIGURA 1 / TREND PARTI ASSISTITI NELLE HEALTH UNIT DI INTERVENTO CON TRANSPORT VOUCHER**FIGURA 2 / TREND PARTI ASSISTITI NELLE HEALTH UNIT DI INTERVENTO CON BABY KIT**

Gli obiettivi secondari si propongono inoltre di:

- comparare il costo-efficacia di *Transport voucher* e *Baby kit* per l'assistenza al parto, con lo scopo di implementare l'intervento migliore nelle altre unità del distretto;
- valutare l'effetto degli incentivi sull'utilizzo delle cure prenatali e postnatali.

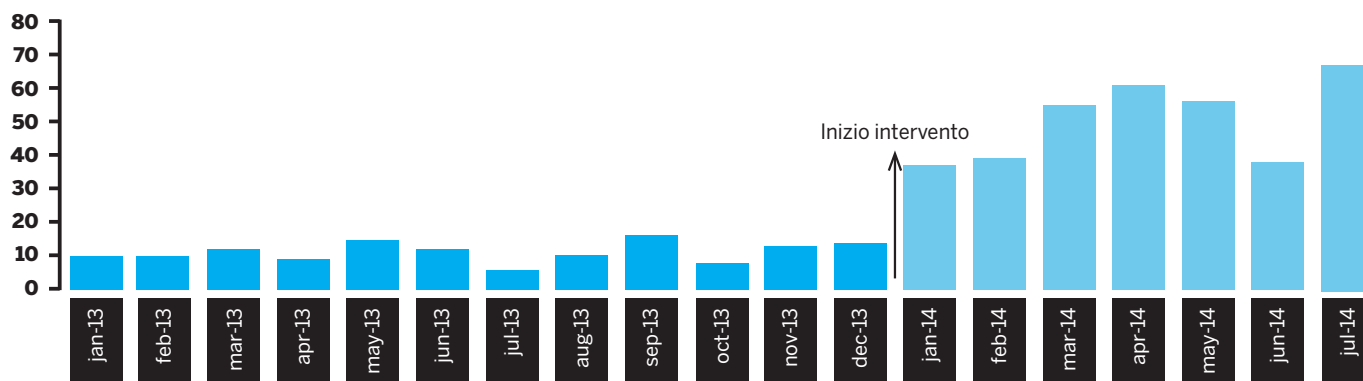
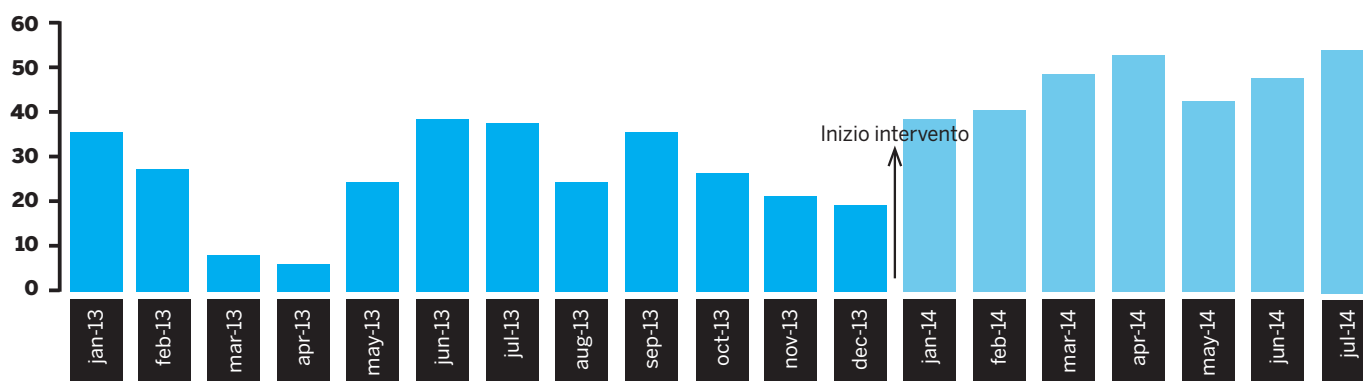
Il progetto ha una durata prevista di 12 mesi, da gennaio a dicembre 2014.

La ricerca adotta un approccio comparativo, con un disegno di ricerca quasi sperimentale, che comprende due bracci di intervento e due bracci di controllo; i due incentivi, *Transport voucher* e *Baby kit*, vengono implementati separatamente nei due bracci di intervento, al fine di valutarli in modo distinto; inoltre vengono monitorate anche le *performance* delle due unità di controllo.

- Nell'unità amministrativa di Achaba vengono distribuiti *Transport vouchers* alle donne in gravidanza che si recano alle strutture sanitarie per le visite prenatali. Il *voucher* permette ad ogni donna di utilizzare qualsiasi mezzo di trasporto locale disponibile (motociclette o biciclette) per recarsi alle strutture sanitarie di intervento (due *Health Centre* di secondo livello) al momento del parto o al comparire di eventuali emergenze ostetriche. Tale sistema mira a minimizzare i costi legati al trasporto.
- Nell'unità di Ngai vengono consegnati *Baby kit* a tutte le donne che partoriscono nell'unità sanitaria di intervento (un *Health Centre* di terzo livello). Ogni *kit* è composto da: 1 bacinella di plastica, ½ barra di sapone, 1 lenzuolo, 1 pezzo di tessuto per avvolgere il neonato, ½ kilo di zucchero. Tale schema mira a ridurre i costi relativi alla cura del neonato.

Al fine di valutare il funzionamento dei due incentivi viene considerato come risultato principale il tasso di copertura per l'assistenza qualificata al parto. I risultati secondari riguardano invece l'utilizzo dei servizi di cura prenatali e postnatali. Durante la raccolta dati nelle singole *Health Unit* vengono quindi registrati, su base mensile, il numero di parti, visite prenatali (prima e quarta) e prima visita postnatale.

Inoltre viene considerato un ulteriore parametro (il numero di visite ambulatoriali effettuate) rappresentativo delle *performance* più generali delle *Health Unit* di studio; tale misura, intesa come fattore di verifica, ha lo scopo di confermare la relazione di causalità tra intervento e risultati.

FIGURA 3 / TREND QUARTA VISITA PRENATALE NELLE HEALTH UNIT DI INTERVENTO CON TRANSPORT VOUCHER**FIGURA 4 /** TREND QUARTA VISITA PRENATALE NELLE HEALTH UNIT DI INTERVENTO CON BABY KIT

La raccolta dei dati considera i risultati relativi al periodo dei 12 mesi precedenti all'intervento, da gennaio a dicembre 2013 (che costituiscono la *baseline* di analisi), e quelli relativi al periodo dei 12 mesi di intervento, da gennaio a dicembre 2014, in tutte le *Health Unit* di studio.

PRIMI RISULTATI DEL PROGETTO

Una revisione intermedia effettuata durante il mese di agosto 2014 ha permesso di evidenziare i primi effetti che gli incentivi hanno avuto sulla domanda di servizi materno neonatali, considerando i risultati dei primi sette mesi di intervento (gennaio-luglio 2014). Negli *Health Centre* dove il progetto pilota è attivo sono stati registrati incrementi significativi nel numero di parti assistiti: entrambi gli incentivi hanno avuto l'effetto di promuovere la domanda di servizi materni di qualità. In particolare i *Transport voucher* hanno portato a un aumento del 137% nel numero di parti assistiti, con un tasso di copertura passato dal 17% al 40%.

Nella *Health Unit* dove è attivo l'incentivo dei *Baby kit* l'assistenza al parto è incrementata del 57%; il servizio ha quindi raggiunto il 46% delle donne interessate, partendo dal 26%.

Gli incentivi hanno avuto un effetto secondario anche sulla domanda di visite prenatali; l'utilizzo della quarta visita è infatti incrementato del 377% con i *Transport voucher* (che prevedono la consegna del buono proprio durante le visite prenatali) e dell'83% con i *Baby kit*.

In conclusione, sebbene sia necessario attendere la raccolta dati finale per avere un quadro completo, appare evidente già dai primi dati disponibili l'efficacia di entrambi gli incentivi nell'incrementare l'accesso a servizi materni di qualità. Rimane comunque da considerare il fatto che l'intervento pilota rivolto al versante della domanda pare avere successo in un contesto dove sono già in atto azioni mirate per rafforzare l'offerta; infatti i ritardi relativi alle dimensioni di qualità, copertura ed equità possono essere efficacemente affrontati con una giusta combinazione di strategie della domanda e dell'offerta, così da fornire servizi adeguati e al tempo stesso portare benefici alle fasce più deboli della popolazione.

BIBLIOGRAFIA

1 World Health Organization, *World Health Statistics 2014*, Geneva, 2014.

IL RWANDA VERSO LA RICOSTRUZIONE

La ricostruzione del sistema sanitario è stata garantita da un sistema assicurativo *community-based*, dalla formazione di operatori sanitari di comunità a livello periferico di villaggio, dall'aumento della spesa sanitaria, sia come percentuale della spesa governativa sia grazie al coinvolgimento dei donatori internazionali.

TESTO DI / SILVIO DONÀ / AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

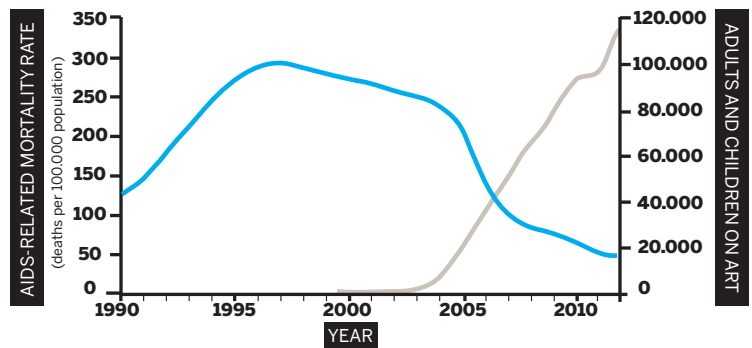
Sono passati vent'anni dal genocidio rwandese del 1994: in pochi mesi un milione di Tutsi venne sterminato barbaramente, circa due milioni furono costretti a espatriare, 250.000 donne furono violentate (e il *virus* dell'Hiv usato come arma di guerra) e il Rwanda fu sull'orlo dell'abisso, con la quasi completa devastazione dei suoi sistemi socio-economico e sanitario.

Oggi, nonostante le previsioni pessimistiche degli esperti, il Rwanda si è risollevato, grazie a una *leadership* governativa che ha precocemente stabilito un piano nazionale di sviluppo (*"Vision 2020"* nel 1998) e una Costituzione, del 2003, in cui vengono enunciati i principi della coesione sociale e di uno sviluppo centrato sulla popolazione, che pone come cardine l'equità in tema di salute, definita come diritto inalienabile.

La ricostruzione del sistema sanitario è stata garantita da un sistema assicurativo *community-based* (*Mutuelle de Santé*, successivamente perfezionato nello *Ubudehe*), dalla formazione di operatori sanitari di comunità a livello periferico di villaggio, dall'aumento della spesa sanitaria, sia come percentuale della spesa governativa sia grazie al coinvolgimento dei donatori internazionali. Il sistema assicurativo inizialmente prevedeva il versamento di una quota fissa, indipendentemente dal reddito, esponendo la popolazione più vulnerabile al rischio della "catastrofe sanitaria" in caso di grave malattia; il sistema è stato successivamente modificato, stabilendo tre livelli di quota in base allo stato socio-economico individuale; la popolazione più povera, circa due milioni, viene inoltre di fatto esentata sia dalla quota sia dal co-finanziamento della prestazione, grazie ai contributi dei programmi *Pepfar* e *Global Fund*.

L'applicazione delle linee guida nazionali e il monitoraggio del personale, per evitare perdita di motivazioni, pratiche pericolose o atteggiamenti negativi verso i pazienti, vengono garantiti da un sistema di pagamento dello stesso personale di tipo *performance-based*, che si basa sulle prestazioni realmente erogate piuttosto che applicare la politica degli incentivi "a pioggia". L'efficienza di tale strumento è legata a un sistema di informatizzazione e di sorveglianza sanitaria, negli ospedali distrettuali e negli *Health Centres*, applicato grazie ai supporti provenienti dalla cooperazione Usa.

FIGURA / HIV/AIDS IN RWANDA, 1990-2012



I risultati sono impressionanti. La diffusione capillare della terapia antiretrovirale, ad esempio, ha determinato un notevole calo della mortalità (**vedi Figura**). La risposta al problema Aids ha catalizzato il rafforzamento dell'assistenza primaria, assicurando a livello periferico l'offerta di un pacchetto di servizi sanitari di base e integrando così in modo equo la fornitura di un servizio di *Primary Health Care*. Attualmente più del 97% dei bambini rwandesi sono vaccinati per dieci malattie (difterite, tetano, pertosse, polio, morbillo, rosolia, epatite B, pneumococco, *Hemophilus infl.* e *Rotavirus*) e il 69% delle nascite avviene in strutture sanitarie. Anche la mortalità materno-infantile, quella per malaria e Tb sono drasticamente diminuite, avvicinandosi alle medie mondiali e ai *target* dei *Millennium Development Goals*.

Oltre a tali successi non vanno dimenticati alcuni problemi, tuttora aperti, che potrebbero compromettere il futuro progresso del paese. Il governo del presidente Paul Kagame, al potere da vent'anni, ha mantenuto l'egemonia con la repressione politica e la violazione dei diritti umani. Egli è inoltre accusato di alimentare i conflitti e l'instabilità politica, sempre presenti nella regione dei grandi laghi, specie nella confinante Repubblica Democratica del Congo. La soluzione di tali problemi è cruciale per assicurare il continuo miglioramento della popolazione, che rappresenta (citiamo alla lettera la conclusione dell'articolo di Agnes Binagwaho, ministro della Sanità rwandese) «la risorsa più preziosa della nazione».

BIBLIOGRAFIA

• Dorothy E. Logie, Michael Rowson, Felix Ndagije, *Innovations in Rwanda's health system: looking to the future*, Lancet 2008; 372: 256-61.

• Agnes Binagwaho et al., *Rwanda 20 years on: investing in life*, Lancet 2014; 384: 371-75.
 • Editorial: *Rwanda: looking to the future*, Lancet 2014; 383: 1184.



RASSEGNA

LA NUOVA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

Per le Ong, o meglio le Organizzazioni della Società Civile, che impiegano come cooperanti personale delle amministrazioni pubbliche (per il Cuamm soprattutto i medici, gli infermieri e le ostetriche) un'importante novità introdotta dalla Legge: il diritto all'aspettativa fino a quattro anni rinnovabili.

TESTO DI / ANDREA BORGATO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Il primo agosto 2014 il Senato ha approvato, in via definitiva, la nuova legge sulla cooperazione internazionale allo sviluppo, intesa come «parte integrante e qualificante della politica estera del nostro paese». Anche la stessa denominazione del dicastero ha dato evidenza a una volontà politica molto chiara e pressoché unanime dal momento che la Legge n. 125/2014 lo identifica come «Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale», una novità rispetto alla denominazione precedente. Dopo diverse legislature, quindi, nelle quali più volte si è tentato senza successo di riordinare e aggiornare il quadro normativo italiano, anche rispetto ai mutati scenari internazionali e all'infittirsi di nuovi interlocutori istituzionali e non solo, il Parlamento ha dato seguito alla pressante richiesta di coloro, come le Ong, che da tempo chiedevano di superare l'ormai obsoleto istituto della Legge n. 49/1987.

Il nuovo articolato normativo appare più agile del precedente, più aperto al mondo della società civile ma, nello stesso tempo, esigente per quanto concerne l'efficienza e l'efficacia degli interventi, mantenendo saldi i valori costituenti della solidarietà. Esso si ispira ai principi della Carta delle Nazioni Unite e alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea. La sua azione, in conformità al principio di cui all'articolo 11 della Costituzione, «contribuisce alla promozione della pace e della giustizia e mira a promuovere relazioni solidali e paritarie tra i popoli fondate sui principi di interdipendenza e partenariato».

Il suo percorso di elaborazione non è stato, comunque, facile ma sicuramente condiviso e partecipato, come probabilmente non lo era stato in passato, tra i diversi soggetti e *stakeholders* coinvolti (Ong, mondo del *profit* e *no profit*, istituzioni, fondazioni ecc.). Il risultato finale, probabilmente, non ha accontentato tutti, è inevitabile, ma sicuramente la nuova norma ora sembra avere tutti i numeri per permettere alla Cooperazione Italiana di confrontarsi «alla pari» con le altre cooperazioni internazionali per fare meglio e di più.

Si delinea un coordinamento più stretto dei «protagonisti» coinvolti che conferma al Ministero degli Esteri e della Cooperazione Internazionale, con un vice ministro delegato, compiti di indirizzo

politico mentre all'Agenzia italiana per la Cooperazione, con autonomia propria, funzioni di gestione e di controllo. Spetterà, quindi, a questa nuova struttura dare compimento alle decisioni politiche.

La «nuova» cooperazione è di tutti, trasversale, e allarga la partecipazione anche al privato «profit» delle piccole e medie imprese, favorendone il processo di internazionalizzazione dentro un proprio sistema di regole. Si prevede l'istituzione di un Consiglio Nazionale per la Cooperazione allo Sviluppo nel quale far convergere le sensibilità e gli interessi dei diversi attori per una consultazione e condivisione permanenti.

Innovativo e in linea con le politiche degli altri paesi membri dell'Unione Europea, il ruolo della Cassa Depositi e Prestiti che assumerà le funzioni di istituzione finanziaria per la nostra Cooperazione, per convogliare tutte le risorse dell'Unione destinate al nostro paese per gli aiuti internazionali e per migliorare l'accesso, il controllo e il coordinamento di altri fondi internazionali multilaterali.

Per le Ong, o meglio le Organizzazioni della Società Civile, che impiegano come cooperanti personale delle amministrazioni pubbliche (per il Cuamm soprattutto i medici, gli infermieri e le ostetriche) un'importante novità introdotta dalla Legge è il diritto all'aspettativa fino a quattro anni rinnovabili. Non c'era stata in precedenza un'apertura così ampia che assume adesso ulteriore enfasi se si considera che il diritto viene allargato anche per altre progettualità dell'Organizzazione non necessariamente finanziate o direttamente collegate alla Cooperazione Italiana.

È in corso, ora, l'elaborazione dei decreti attuativi che consentiranno alla Legge di essere operativa. Si tratta di un passaggio tecnico non irrilevante sul quale ci si gioca il funzionamento futuro degli organismi previsti dalla norma e i meccanismi di relazione tra i diversi soggetti. C'è da augurarsi che in qualche misura il metodo adottato per la predisposizione della Legge, nel quale si è dato ascolto a tutte le parti coinvolte, possa offrire nuove occasioni di confronto dialogico con l'obiettivo di ridurre ostacoli e burocrazia e dare, da subito, un impulso innovativo e rapido alla Legge.

LA TUTELA SANITARIA DEGLI IMMIGRATI IN ITALIA

L'impostazione inclusiva data dal legislatore delle norme per la tutela sanitaria degli immigrati in Italia deve però necessariamente accompagnarsi con la disponibilità da parte delle amministrazioni locali, che nel tempo sono divenute le reali protagoniste delle politiche sociali e sanitarie per gli stranieri.

TESTO DI / SALVATORE GERACI / SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI

UNA STRATEGIA INCLUSIVA

In Italia il diritto alla tutela delle persone straniere non appartenenti all'Unione Europea, anche quando non sono in regola con le norme per l'ingresso e il soggiorno, è garantito dal Decreto Legislativo 286 del luglio 1998, dal titolo: "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero". I principi e le disposizioni contenute in questo decreto hanno trovato poi maggiore concretezza applicativa con l'emanazione del Regolamento di attuazione previsto dallo stesso Testo Unico (Decreto Presidente Repubblica n. 394 del 31 agosto 1999) e dalla Circolare n. 5 del Ministero della Sanità del marzo 2000.

Obiettivo dichiarato di questa impostazione politico-normativa è quello di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica e prevalentemente presenti con permessi di media e lunga durata (lavoro, famiglia, protezione) nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria a parità di condizioni e di opportunità con il cittadino italiano: sono stati così rimossi dei requisiti che nel passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale - Ssn) e introdotti principi di equità (obbligatorietà estesa all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio - richiedenti asilo, detenuti). Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica (Stranieri Temporaneamente Presenti - Stp) garantendo loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative e i programmi di medicina preventiva.

È stata così realizzata una strategia di inclusione, che pone l'Italia all'avanguardia tra i paesi di immigrazione.

Per i cittadini comunitari la tutela sanitaria è garantita nei soggiorni brevi attraverso la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (Team) rilasciata dal paese di provenienza, e, per i soggiorni più lunghi, attraverso l'iscrizione al Ssn o con assicurazioni private. Tuttavia esistono condizioni di marginalità (lunghi soggiorni senza un lavoro regolare, mancanza della Team, assenza di residenza) che espongono cittadini europei a un'inadeguata copertura sanitaria nel nostro paese (di fatto solo la possibilità di accedere al pronto soccorso). Quasi tutte le regioni hanno normato l'accessibilità ai servizi sanitari, analogamente agli Stp, attraverso il codice Eni (Europeo Non Iscritto) dando una copertura universalistica coerente con il mandato costituzionale.

IL RUOLO DELLE AMMINISTRAZIONI LOCALI

L'impostazione **inclusiva** data dal legislatore deve però necessariamente accompagnarsi con una **disponibilità** da parte delle amministrazioni locali, che nel tempo sono divenute le reali **protagoniste** delle politiche sociali e sanitarie per gli stranieri, nell'implementarle e renderle operative; ma è proprio in questo ambito che si evidenzia una preoccupante discontinuità e discrezionalità applicativa in base agli umori politici nazionali e locali.

La Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 dal titolo "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione" per effetto dell'art. 117, ha dato alle regioni e alle Province Autonome (Pa) il potere di definire delle norme sul tema della salute di tutti i residenti e quindi anche degli immigrati, mentre l'immigrazione è tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa.

La tematica "salute e immigrazione" appare ambigualmente sospesa tra la legislazione "esclusiva" (quella dello Stato) e la legislazione "concorrente" (quella delle regioni e Pa) in ciò che abbiamo definito «pendolo delle competenze e delle responsabilità».

UNA REALTÀ NON UNIFORME

Lo Stato in materia di sanità assume il ruolo di **garante dell'equità** ma, nella pratica, le numerose indicazioni normative sull'assistenza sanitaria agli immigrati da parte di vari ministeri a cui si aggiungono indicazioni regionali hanno generato confusione e difficoltà interpretative a livello dei settori amministrativi delle regioni e delle Aziende Sanitarie.

Gli stessi Sistemi Sanitari Regionali operano in modo molto disforme configurando una progressiva divaricazione dei 21 sistemi sanitari che spesso derogano, specie per i gruppi più vulnerabili quali gli immigrati, dai Livelli Essenziali di Assistenza e dal principio di equità, ispiratore del Ssn.

Per evitare questo rischio, il 20 dicembre 2012 è stato sancito un Accordo in seno di Conferenza Stato-Regioni e Province autonome che, pur non essendo una nuova legge, è cogente sul piano interpretativo delle norme esistenti e ha introdotto importanti novità come la possibilità di iscrizione al Ssn di minori figli di immigrati non in regola con il soggiorno (vedi Gazzetta Ufficiale

n. 32 del 7 febbraio 2013). A distanza di quasi due anni dalla sua approvazione, l'Accordo ancora deve essere diffusamente e omogeneamente applicato.

Nella **Tabella** riportiamo schematicamente e non esaustiva-

mente quanto previsto dalla normativa nazionale per la tutela sanitaria di cittadini stranieri e comunitari.

Per saperne di più:

www.simmweb.it www.saluteinternazionale.info

TABELLA / SCHEMA SEMPLIFICATO (E NON ESAUSTIVO) DELLA TIPOLOGIA DELLA PRESENZA DI CITTADINI NON ITALIANI E DIRITTO ALLA TUTELA SANITARIA ALLA LUCE DELL'ACCORDO STATO - REGIONI E PROVINCE AUTONOME DEL 20.12.2012

TIPOLOGIA DI IMMIGRATO	TIPOLOGIA DI TUTELA	NOTE
STRANIERO REGOLARE CON PERMESSO DI SOGGIORNO - PDS (O VISTO) CHE RICHIAMA LAVORO (ANCHE IN FASE DI DISOCCUPAZIONE; STAGIONALI; REGOLARIZZANDI), FAMIGLIA (ANCHE SE PER GRAVIDANZA O PER ACCOMPAGNAMENTO MINORE) O PROTEZIONE SOCIALE (SFOLLATI O PROFUGHI TEMPORANEI)	ISCRIZIONE OBBLIGATORIA AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN)	GARANTISCE I LIVELLI ESSENZIALI D'ASSISTENZA (LEA)
RICHIEDENTE PROTEZIONE INTERNAZIONALE, PDS COME RIFUGIATO, PROTEZIONE INTERN., UMANITARIO	ISCRIZIONE OBBLIGATORIA AL SSN	GARANTISCE I LEA
STRANIERO REGOLARE CON PDS PER STUDIO, MOTIVI RELIGIOSI, RESIDENZA ELETTIVA; RICONGIUNGIMENTO FAMILIARE PER OVER 65ENNI	ASSICURAZIONE PRIVATA O ISCRIZIONE VOLONTARIA SSN	L'ASSICURAZIONE PRIVATA COPRE SOLO URGENZE; L'ISCRIZIONE AL SSN GARANTISCE I LEA
STRANIERO DETENUTO INDIPENDENTEMENTE DAL POSSESSO DI UN PDS	ISCRIZIONE TEMPORANEA SSN	GARANTISCE I LEA
STRANIERO REGOLARE CON VISTO BREVE (TURISMO, AFFARI,...)	ASSICURAZIONE PRIVATA	COPRE SOLO URGENZE
STRANIERO CON VISTO E/O PDS PER MOTIVI DI CURA (AD ECCEZIONE GRAVIDANZE E INESPELLIBILITÀ)	A PROPRIO CARICO O DI SPONSOR (PRIVATI O PUBBLICI - PROGETTI UMANITARI REGIONALI O STATALI)	COPRE ESCLUSIVAMENTE GLI INTERVENTI AUTORIZZATI
STRANIERO MAGGIORENNE IN CONDIZIONE DI IRREGOLARITÀ GIURIDICA (INDIPENDENTEMENTE DAL TEMPO DI PERMANENZA O DALLA NASCITA IN ITALIA)	CODICE STP - STRANIERO TEMPORANEAMENTE PRESENTE	CURE AMBULATORIALI E OSPEDALIERE URGENTI ED ESSENZIALI, INTERVENTI MEDICINA PREVENTIVA E RIABILITATIVA
STRANIERO MINORENNE IN CONDIZIONE DI IRREGOLARITÀ GIURIDICA	ISCRIZIONE TEMPORANEA SSN (NON UNIFORMEMENTE APPLICATA - VEDI STP)	GARANTISCE I LEA
COMUNITARIO PER SOGGIORNI BREVI	TESSERA EUROPEA ASSICURAZIONE MALATTIA (TEAM)	GARANTISCE LE CURE CONSIDERATE MEDICALMENTE URGENTI E NECESSARIE IN RELAZIONE ALLA DURATA DEL SOGGIORNO TEMPORANEO E ALLO STATO DI SALUTE DEL TITOLARE
COMUNITARIO LAVORATORE IN ITALIA (ANCHE DISOCCUPATI GIÀ LAVORATORI SUBORDINATI O AUTONOMI NEL TERRITORIO NAZIONALE; STAGIONALI)	ISCRIZIONE AL SSN	GARANTISCE I LEA
COMUNITARIO FAMILIARE DI LAVORATORE IN ITALIA O A CARICO DI CITTADINO ITALIANO O IN POSSESSO DI "ATTESTAZIONE DI SOGGIORNO PERMANENTE"	ISCRIZIONE AL SSN	GARANTISCE I LEA
COMUNITARIO STUDENTE IN ITALIA	ASSICURAZIONE PRIVATA O ISCRIZIONE VOLONTARIA SSN (IN ALCUNI CASI ESTENSIONE TEAM)	L'ASSICURAZIONE PRIVATA COPRE SOLO URGENZE; L'ISCRIZIONE AL SSN GARANTISCE I LEA
COMUNITARIO CON RESIDENZA IN ITALIA NON AVENTE DIRITTO ALL'ISCRIZIONE OBBLIGATORIA	ASSICURAZIONE PRIVATA O ISCRIZIONE VOLONTARIA SSN	L'ASSICURAZIONE PRIVATA COPRE SOLO URGENZE; L'ISCRIZIONE AL SSN GARANTISCE I LEA
COMUNITARIO SENZA TEAM E ALTRO DIRITTO ALL'ISCRIZIONE AL SSR E IN CONDIZIONE DI FRAGILITÀ SOCIALE	CODICE ENI - EUROPEO NON ISCRITTO	CURE AMBULATORIALI E OSPEDALIERE URGENTI ED ESSENZIALI, INTERVENTI MEDICINA PREVENTIVA E RIABILITATIVA
COMUNITARIO PRESENTE SPECIFICAMENTE PER CURE MEDICHE NON GARANTITE DA TEAM	FORMULARIO E112-S2	COPRE SOLO LE CURE PER LE QUALI È STATO EFFETTUATO IL TRASFERIMENTO. ALTRE CURE CHE SI RENDESSERO NECESSARIE NON RIFERITE ALLA PATOLOGIA IN QUESTIONE VANNO EROGATE ATTRAVERSO LA TEAM

IL CENTRO SALUTE FAMIGLIA STRANIERA DI REGGIO EMILIA

Uno spazio dedicato all'assistenza e alla cura di immigrati stranieri temporaneamente presenti nel territorio provinciale irregolari o clandestini: gestito dall'Azienda Sanitaria in collaborazione con Caritas, offre servizi di medicina generale, pediatria, ginecologia e ostetricia, odontoiatria.

TESTO DI / ANDREA FORACCHIA / MEDICO VOLONTARIO PRESSO CENTRO SALUTE FAMIGLIA STRANIERA DI REGGIO EMILIA

UNO SPAZIO DI ASSISTENZA PER GLI IMMIGRATI IRREGOLARI

A Reggio Emilia dal 1998 è attivo il Centro Salute Famiglia Straniera (Csfs), cioè uno spazio dedicato dall'Ausl all'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari. Il Centro, che lavora in stretta collaborazione con Caritas, ha l'obiettivo di garantire la tutela della salute psico-fisica, la prevenzione, il contenimento delle malattie infettive ai cittadini stranieri temporaneamente presenti sul territorio provinciale che sono in condizioni di irregolarità o clandestinità e non hanno alcuna copertura di assistenza socio-sanitaria. Il Csfs, inoltre, ha allargato i suoi obiettivi all'aiuto e al sostegno anche dei cittadini con il permesso di soggiorno che, per diversi motivi, hanno una scarsa conoscenza della lingua italiana o che non conoscono sufficientemente la rete dei servizi e perciò hanno necessità di orientamento e accompagnamento per accedere alle cure.

Il *target* di popolazione è pertanto costituito da persone irregolari e/o clandestine perché non in regola col permesso di soggiorno o irregolari "di fatto" (regolari in altra provincia ma temporaneamente domiciliati a Reggio Emilia per lavoro o per altri motivi, ma anche persone regolari ma non iscritte al Ssn per mancata conoscenza dei loro diritti o per loro scelta o per problemi burocratici (ricorsi, senza lavoro, in attesa di sentenza).

Le aree di provenienza maggiormente rappresentate al Centro sono Cina, Est Europa e Nigeria.

- Ambulatorio Tbc (un mercoledì al mese per adulti e uno per minori)
- Ambulatorio infermieristico
- Ambulatorio ostetrico
- Ambulatorio "badanti"

IL PERSONALE SANITARIO E INTERCULTURALE

Il personale del Csfs è costituito da operatori sanitari dipendenti dell'Ausl, che prestano servizio in orario di lavoro su base volontaria, cioè hanno chiesto espressamente di fare parte di tale servizio, hanno seguito un percorso specifico di formazione sui temi della interculturalità e della medicina transculturale e continuano ad aggiornarsi.

Inoltre, elemento qualificante che ha caratterizzato fin dalla sua nascita il servizio offerto dal Csfs è la presenza costante di una *équipe* di mediazione culturale delle principali aree di provenienza (araba, albanese, cinese, indo-pakistana, nigeriana, ucraino-rumena).

La collaborazione con Caritas, regolata con una Convenzione a rinnovo annuale, che vede una significativa partecipazione della Ausl al sostegno economico dei servizi ambulatoriali e in particolare del settore odontoiatrico, è molto efficace, con una cartella clinica computerizzata condivisa e con un frequente passaggio di utenti dall'una all'altra struttura per facilitarne il percorso di cura.

I SERVIZI E GLI AMBULATORI SPECIFICI

I servizi ambulatoriali offerti sono quelli del medico di medicina generale, del pediatra, della ostetrica e del ginecologo. Sono offerte anche tre sedute ambulatoriali settimanali dell'ambulatorio odontoiatrico.

Accanto a questi servizi generali sono poi previsti, in concomitanza, ambulatori specifici "dedicati" quali:

- Ambulatorio pediatrico
- Ambulatorio Eva Luna per persone dedite alla prostituzione di strada e di appartamento

I DATI DAL CENTRO

Annualmente accedono a questo servizio circa 2.500-3.000 utenti presso la Ausl e 1.000 in Caritas e vengono effettuate circa 11.000 visite (8.500 in Ausl e 2.500 in Caritas). Il 30% degli accessi riguarda il settore ostetrico ginecologico con circa 150 gravidanze seguite ogni anno, percorsi di prevenzione, contraccezione, applicazione della legge sull'aborto. Le patologie infettive riguardano circa il 10% degli accessi mentre il 6% sono gli accessi pediatrici per controlli di salute. Sempre intorno al 5-6% sono le patologie rispettivamente dell'apparato respiratorio circolatorio e digerente.

L'IMPORTANZA DELLA RICERCA OPERATIVA

Riportiamo di seguito il *paper* pubblicato su *The Lancet Global Health* di giugno 2014, a conclusione del seminario “Strumenti e strategie di intervento per migliorare i programmi sanitari: il ruolo della ricerca operativa nei paesi a basso e medio reddito” che si è svolto a Bruxelles il 4 maggio scorso. Tra gli autori del *paper* anche il dottor Giovanni Putoto di Medici con l’Africa Cuamm.

TESTO DI / PAOLA BARBAN / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Il 4 maggio 2014 si è svolto a Bruxelles il seminario “Strumenti e strategie di intervento per migliorare i programmi sanitari: il ruolo della ricerca operativa nei paesi a basso e medio reddito”, organizzato da Stoa (*Science and Technology Options Assessment*), un organismo del Parlamento Europeo. Hanno partecipato diversi esperti nel campo della ricerca operativa, tra i quali il dottor Giovanni Putoto in rappresentanza di Medici con l’Africa Cuamm.

Sulla base di quanto è emerso a conclusione di tale *workshop* è stato pubblicato un *paper* in *The Lancet Global Health*, numero tematico della prestigiosa rivista interamente dedicato al tema della Salute globale. Il *paper* evidenzia l’impegno dell’Unione Europea ad aumentare il proprio supporto alla ricerca operativa, raccomandando di inserire questo tipo di ricerca nei programmi nazionali e nei sistemi sanitari per migliorare le strategie e i trattamenti sanitari nei Paesi in via di sviluppo.

Anche Medici con l’Africa Cuamm, in linea con le conclusioni del *workshop*, sta potenziando la componente della ricerca operativa

all’interno dei propri progetti sanitari in Africa quale strumento per migliorare la salute delle popolazioni africane e il funzionamento dei sistemi sanitari. Il risultato concreto di questo impegno è rappresentato da una raccolta¹ di articoli scientifici pubblicati su riviste mediche, basati su ricerche cliniche o epidemiologiche condotte nei reparti ospedalieri e nei distretti rurali dove il Cuamm opera.

Attraverso i propri studi sul campo, Medici con l’Africa Cuamm riconosce l’importanza della ricerca anche nell’ambito dell’*Universal Health Coverage* per migliorare la copertura dei servizi sanitari all’interno dei paesi. L’evidenza scientifica generata dalla ricerca è necessaria per sapere come migliorare la copertura degli interventi esistenti e come introdurre di nuovi. I risultati della ricerca dovranno poi essere tradotti in scelte di *policy* e buone pratiche.

Riportiamo qui di seguito il *paper*, a firma di molti autori e altrettante istituzioni, organizzazioni non governative, centri di ricerca, pubblicato su *The Lancet Global Health* di giugno 2014 (vol. 2).

Calling on Europe to support operational research in low-income and middle-income countries

TESTO DI / GIANLUCA QUAGLIO^a, ANDY RAMSAY^{b,c}, ANTHONY D HARRIES^{d,e}, THEODOROS KARAPIPERIS^a, GIOVANNI PUTOTO^f, CHRIS DYE^g, OLE F OLESEN^h, GÖRAN TOMSONⁱ, RONY ZACHARIAH^{j,k}

^a SCIENCE AND TECHNOLOGY OPTION ASSESSMENT (STOA), DIRECTORATE-GENERAL FOR PARLIAMENTARY RESEARCH SERVICES (EPRS), EUROPEAN PARLIAMENT, BRUSSELS, BELGIUM; ^b SPECIAL PROGRAMME FOR RESEARCH AND TRAINING IN TROPICAL DISEASES (WHO/TDR), WORLD HEALTH ORGANIZATION, GENEVA, SWITZERLAND; ^c SCHOOL OF MEDICINE, UNIVERSITY OF ST ANDREWS, SCOTLAND, UK; ^d INTERNATIONAL UNION AGAINST TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASE, CENTRE FOR OPERATIONAL RESEARCH, PARIS, FRANCE; ^e LONDON SCHOOL OF HYGIENE & TROPICAL MEDICINE, LONDON, UK; ^f DOCTORS WITH AFRICA CUAMM, PADOVA, ITALY; ^g WORLD HEALTH ORGANIZATION, GENEVA, SWITZERLAND; ^h EUROPEAN AND DEVELOPING COUNTRIES CLINICAL TRIALS PARTNERSHIP (EDCTP), THE HAGUE, NETHERLANDS; ⁱ DEPARTMENTS OF LEARNING, INFORMATICS, MANAGEMENT, ETHICS AND PUBLIC HEALTH SCIENCES, KAROLINSKA INSTITUTET, SWEDEN; ^j MÉDECINS SANS FRONTIÈRES, OPERATIONAL CENTRE BRUSSELS, BELGIUM; ^k MEDICAL DEPARTMENT, OPERATIONS RESEARCH UNIT (LUXOR), MÉDECINS SANS FRONTIÈRES, LUXEMBOURG, LUXEMBOURG.

Operational research in public health is the investigation of strategies, interventions, instruments, or knowledge that can enhance the quality, coverage, effectiveness, or performance of health systems, health services, or disease control programmes¹. By showing what works and what does not in various contexts, operational research can provide evidence to help policy makers to adapt health interventions and services for maximum public health benefit².

During a recent workshop organised by the Science and Technology Options Assessment body (STOA) of the European Parliament, experts in the field of operational research concluded that the European Union (EU) should increase its support for this form

of research. STOA, which provides independent assessments of scientific and technological options in various sectors including the life sciences, organised the workshop in collaboration with Médecins Sans Frontières, the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, and WHO/TDR.

The participants discussed several overarching themes, concluding that research is too often separate from implementation. A crucial gap remains between the development of efficacious health interventions and their optimum delivery in real-life settings. This gap is particularly true in many low-income and middle-income countries (LMICs). For example, two-thirds of childhood deaths are

BIBLIOGRAFIA

1 Medici con l’Africa Cuamm, *Ricerche sul campo. Articoli, poster, abstract*

scientifici dalle attività di cooperazione sanitaria in Africa 2003-2013, Febbraio 2014.

potentially avoidable with known technologies that are implemented to scale³. Similarly, results of clinical trials have shown major benefits of parenteral artesunate compared with quinine to treat malaria, but quinine remains the standard treatment in most malaria-endemic countries⁴. Operational research could show how to introduce and scale up such interventions, which could have a major effect on Global Health⁵.

Many LMICs are rich in data, but have insufficient information. Massive amounts of routine data are collected within public health systems such as by ministries of health (MOH) and non-governmental organisations (NGOs), but are underused, reducing the potential effect of research on policy and practice. Compounding the problem, most data collected at national level are of little use at the point of care; research instruments to assess equity need to be easily manageable at district level to prompt effective actions⁶. The World Health Report 2013 by WHO⁷ recommended that all countries should become producers as well as consumers of research, and that research capacity should extend beyond academic centres to public health programmes-close to the supply and demand for health services.

In this context, the Structured Operational Research and Training Initiative (SORT IT), a global partnership led by the WHO/TDR, could serve as a global springboard for country-level capacity building. SORT IT programmes support countries to undertake operational research in accordance with their own priorities, develop adequate and sustainable operational research capacity in public health programmes, and create an organisational culture of policy and practice being informed by operational research, leading to improved programme performance⁸.

The initiative teaches the practical skills needed to undertake and publish operational research⁹. SORT IT holds training programmes of 10-12 months with clear targets. By January, 2014, 18 programmes had been run, enrolling 212 participants from 60 countries, mainly in Africa and Asia. Of the first eight completed courses, 89% of 93 enrolled participants successfully completed these courses and 93% of 96 submitted papers were published within 18 months of completion. Of published papers, 74% were reported to have had an effect on policy and practice. Moreover, the average cost per publication was only € 6,800. Although the comparison is not completely appropriate because of the potential greater value of long-term basic scientific research, the average cost of EU-funded research is € 140,000-220,000 per publication¹⁰.

Researchers and experts recognised that very little funding is available for operational research within health programmes and they discussed some possible solutions. Embedding research into na-

tional programmes and health systems would be one way of ensuring cost-efficiency. In this way, the traditional call for funding applications would need to be complemented with integrated funding made available within the programme structure, which would encourage MOHs and NGOs in LMICs to embrace operational research more fully¹¹. Through NGOs, settings often excluded from research activities, such as those in conflict and disaster, could also benefit¹². Although international institutions such as the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria allow a sizeable proportion of country grants to be invested in operational research, absorption of such funds has been poor because of the absence of operational research capacity in-country. The SORT IT model is one way to maximise the use of such funding opportunities.

Arising from these issues, identified by the European Parliament event, was the contribution that the EU could make to operational research. As the world's largest aid donor, the EU is well positioned to support international research collaboration, which works as a type of science diplomacy. Until now, EU investment in research has been directed towards innovation, an essential part of the EU Framework Programmes mission. However, knowledge of how to implement new findings for maximum public health benefit is too often insufficient and should be enhanced by complementary EU actions for social innovations that enable operational research. The European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP), which is part of the EU Framework Programmes, plays an important part in supporting clinical research and capacity building in African countries. However, although the new extended remit of EDCTP includes elements of implementation research, the main focus is on product development, and a necessary continuum would be to support operational research so that the results of EDCTP trials can be effectively applied.

In LMICs, the EU could effectively boost operational research, which could in turn connect organisations that have technical skills in operational research with national public health programmes and strengthen capacity building through north-to-south and south-to-south partnerships. Operational research fellows could be key to building a critical mass of researchers in the public sector who could then be retained. As part of this, the European Commission should establish a clear strategy for operational research, develop a common policy, and increase coordination between different Directorates-General (Research, Development). The EU is one of the world's most prolific funders of both research and development co-operation, but only very few actions relate specifically to operational research in LMICs. There is ample opportunity to use the available financial and political power to better meet these ends.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Zachariah R., Harries A.D., Ishikawa N., et al. Operational research in low-income countries: what, why, and how? *Lancet Infect Dis* 2009; 9: 711-17.
- 2 Harries A.D., Rusen I.D., Reid T., et al. The Union and Médecins Sans Frontières approach to operational research. *Int J Tuberc Lung Dis* 2011; 15: 144-54.
- 3 Jones G., Steketee R.W., Black R.E., Bhutta Z.A., Morris S.S., Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362: 65-71.
- 4 Ford N.P., de Smet M., Kolappa K., White N.J., Responding to the evidence for the management of severe malaria. *Trop Med Int Health* 2011; 16: 1085-86.
- 5 Zachariah R., Ford N., Maher D., et al. Is operational research delivering the goods? The journey to success in low-income countries. *Lancet Infect Dis* 2012; 12: 415-21.
- 6 Wilunda C., Putoto G., Manenti F., et al. Measuring equity in utilization of emergency obstetric care at Wolisso Hospital in Oromiya, Ethiopia: a cross sectional study. *Int J Equity Health* 2013; 12: 27.

7 WHO. The World Health report 2013. Research for universal health coverage. Geneva, 2013.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf?ua=1 (accessed May 6, 2014).

8 Bissell K., Harries A.D., Reid A.J. et al. Operational research training: the course and beyond. *Public Health Action* 2012; 2: 92-97.

9 Ramsay A., Harries A.D., Zachariah R., et al. The Structured Operational Research and Training Initiative (SORT IT) for public health programmes. *Public Health Action* 2014; in press.

10 Galsworthy M.J., Hristovski D., Lusa L., et al. Academic output of 9 years of EU investment into health research. *Lancet* 2012; 380: 971-72.

11 Zachariah R., Ford N., Draguez B., Yun O., Reid T., Conducting operational research within a non-governmental organization: the example of Médecins Sans Frontières. *Int Health* 2010; 2: 1-8.

12 Delisle H., Robert H.J., Munro M., Jones L., Gyorkos W., The role of NGOs in global health research for development. *Health Res Policy Syst* 2005; 3: 3.



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.

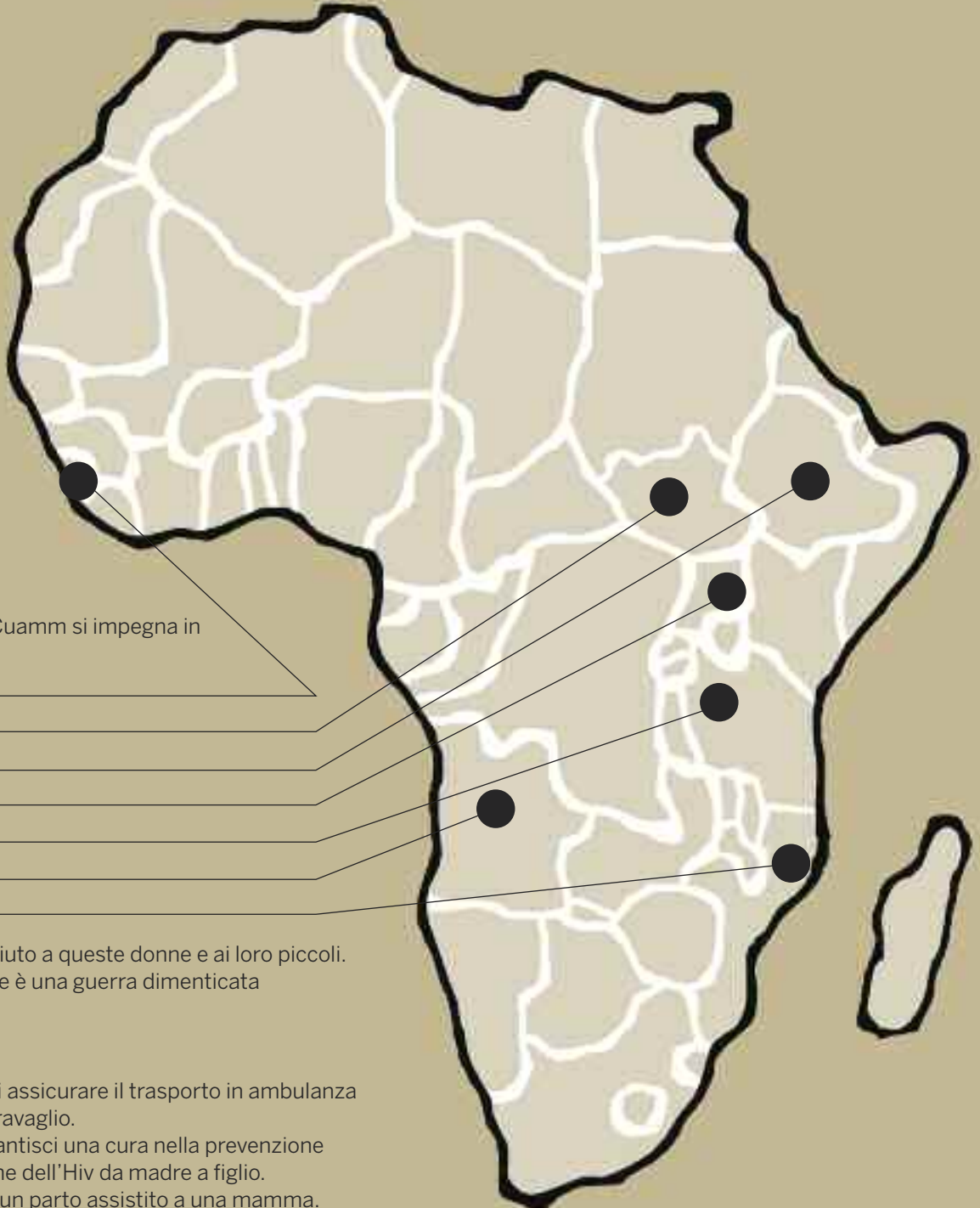
La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.



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
novembre 2014 — n° **70**
www.mediciconlafrica.org

