



ESPERIENZE DAL CAMPO

LA PRIMARY HEALTH CARE SUL CAMPO

Nella regione della Karamoja, una delle più povere dell'Uganda, la tubercolosi (TB) si contrasta anche con programmi di *Primary Health Care* (PHC). Un modello di assistenza che Medici con l'Africa Cuamm ha attivato in collaborazione con le autorità locali e che continua a dimostrarsi efficace, agendo su interventi medico-assistenziali ma anche sulla formazione del personale sanitario e sulla sensibilizzazione della popolazione.

TESTO DI / FRANCESCA TOGNON E BEATRICE SGORBISSA / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Il modello di assistenza sanitaria basato sui principi delle *Primary Health Care* (PHC) continua a essere cruciale per garantire equità di accesso alle cure, qualità dei servizi erogati e miglioramento degli *outcomes* di salute sia nei Paesi ad alte risorse sia in quelli a basse risorse.

È il caso anche della tubercolosi (TB) nella regione della Karamoja, una delle più povere dell'Uganda, che continua a registrare un'elevata morbilità e mortalità a fronte di un sistema sanitario fragile e dalle risorse inadeguate¹. Povertà, spese catastrofiche ed eccessiva distanza dai centri di diagnosi e cura sono i determinanti maggiormente associati al basso successo terapeutico, che si attesta attorno al 48% dei casi notificati, il più basso del Paese, e ad un alto tasso di abbandono prossimo al 45%².

Dal 2018 ad oggi è attivo, su iniziativa di Medici con l'Africa Cuamm, un innovativo programma di contrasto alla TB che si realizza in 5 distretti del sud della Karamoja e si ispira alla PHC, in particolare alla centralità del paziente, all'approccio comuni-

tario e alla valorizzazione della rete sanitaria periferica secondo la logica della continuità assistenziale. Questo approccio, concordato e condiviso con le autorità sanitarie distrettuali, si basa principalmente su interventi medico-assistenziali ma tocca anche aspetti di formazione e *mentorship* del personale sanitario e di comunicazione e sensibilizzazione per la popolazione.

I pilastri dell'approccio PHC sono rappresentati innanzitutto dal potenziamento dei servizi di diagnosi e cura della TB nel territorio (*intensified case finding*); dalla riduzione dei casi persi al *follow-up* attraverso il coinvolgimento diretto e sistematico degli operatori dei centri sanitari e degli operatori comunitari (*Village Health Teams*) nella sorveglianza attiva dei casi attraverso appuntamenti programmati, telefonate, visite a domicilio (*Bring back to care strategy*); dall'istituzione della giornata della TB presso i centri sanitari attraverso il miglioramento della qualità della diagnosi laboratoristica e clinica (*TB Clinic day strategy*) e l'associazione di uno sportello chiamato "*one-stop-shop*" per offrire servizi integrati per la TB e l'HIV, il Covid-19, la malnutri-

FIGURA 1 / PERCENTUALE SUCCESSO DEL TRATTAMENTO SUI CASI NOTIFICATI

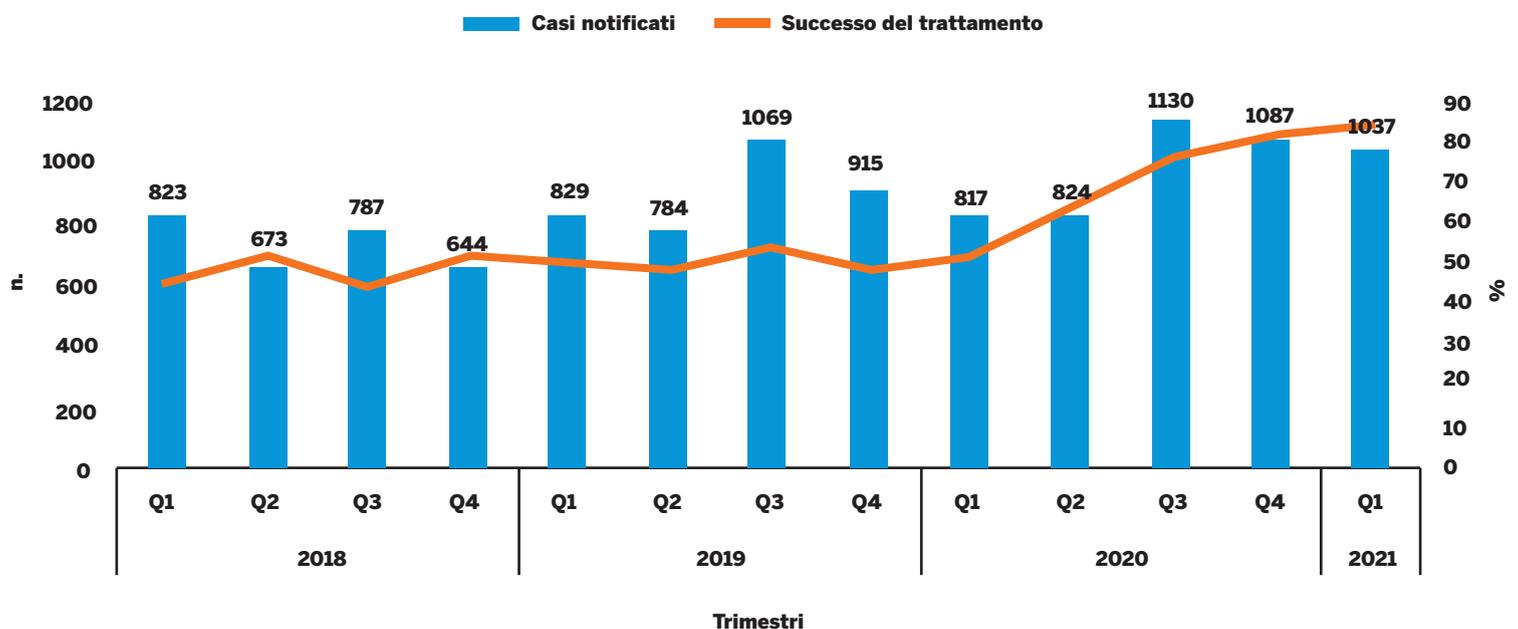
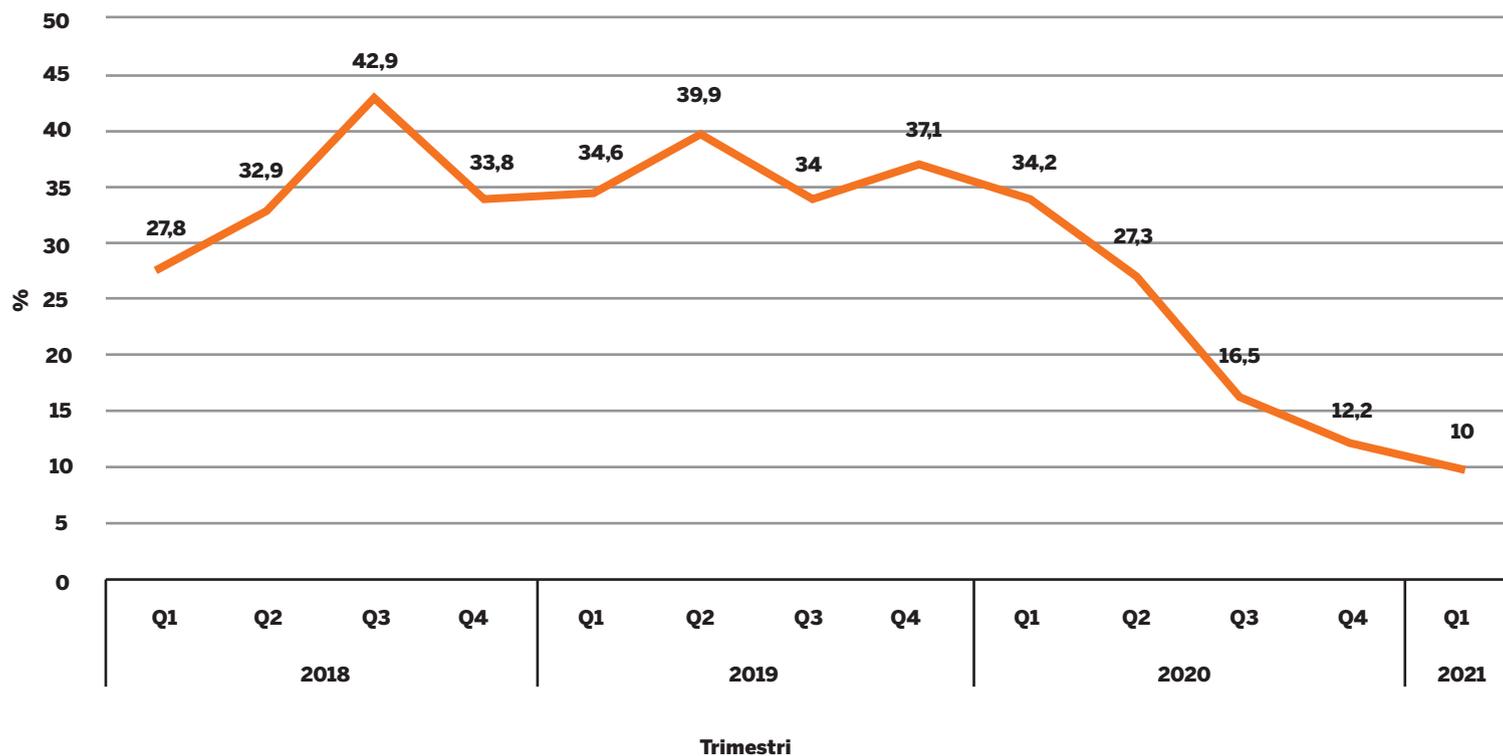


FIGURA 2 / PERCENTUALE LOST FOLLOW UP



zione e il diabete. Inoltre, per cercare di garantire servizi di prossimità, è stato sperimentato con successo un modello ambulatoriale “decentrato” di assistenza per le forme stabili, non complicate di TB resistente al trattamento (MDR-TB), attraverso attività di formazione e di *mentorship* del personale sanitario responsabile della presa in carico; sono state organizzate cliniche mobili che raggiungessero le comunità più distanti e si occupassero del trasporto dei campioni per l’analisi.

È stata facilitata l’individuazione e la sorveglianza di *hotspot* considerati ad alto rischio, come le prigioni e le scuole, e sono state promosse attività di sensibilizzazione comunitaria con eventi porta a porta e collettivi, come dialoghi comunitari, giornate dedicate, *talk show* e *spot* radiofonici.

Un forte investimento sulla formazione, sul monitoraggio e sulla qualità del dato usando la piattaforma informatica ministeriale (DHIS2) e sulla ricerca operativa (analisi dei determinanti, valutazione del programma attraverso caso controllo) a sostegno della programmazione distrettuale e nazionale ha rappresen-

tato la componente di rafforzamento del sistema sanitario locale.

Nonostante l’insicurezza, la natura semi nomadica della popolazione e l’interruzione dei servizi a causa del Covid-19, l’impatto positivo di questo modello di assistenza, in un territorio vulnerabile come la Karamoja, è osservabile attraverso l’analisi dell’andamento di alcuni indicatori legati alla TB riferiti proprio ai distretti interessati dall’intervento. Dal 2018 ai primi mesi del 2021, infatti, i casi notificati e la percentuale di successo del trattamento sono aumentati fino all’85% (**Figura 1**), mentre è diminuita fino al 10% la percentuale di pazienti persi durante il follow up (**Figura 2**)³.

Questi dati sottolineano il valore di un approccio sanitario basato sulle cure primarie che fa della partecipazione della comunità, dell’integrazione dei servizi e dell’equità di accesso le basi per una sanità che sia accessibile ed equa per tutti⁴.

NOTE

1 National Tuberculosis and Leprosy Division. National Tuberculosis And Leprosy Division: July 2017 – June 2018 Report. Uganda Ministry of Health 2018.

2 Nidoi J, Lochoro P et al *Impact of socio-economic factors on Tuberculosis treatment outcomes in north-eastern Uganda: a mixed methods study* BMC Public Health 2021 Nov 26;21(1):2167.

3 Dr. EMINA Godfrey Cuamm TB Project for Southern Karamoja presentation to MOH, 4th July 2022.

4 Theresa Ryckman et al *Ending tuberculosis in a post-COVID-19 world: a person centred, equity-oriented approach* Lancet Infect Dis 2022 August 10, 2022 [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00500-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00500-X)