



**MEDICI  
CON L'AFRICA**  
CUAMM  
Doctors with Africa



## **SALUTE E SVILUPPO**

rivista quadrimestrale  
di cooperazione e politica  
sanitaria internazionale  
ottobre 2022 — n° **84**

*Essere medico,  
nel nome della giustizia sociale*





## LA NOTIZIA

**1967. Gli studenti di medicina e la politica**  
**(Vedi: Formidabili quegli anni)**

### QUADERNI DI INFORMAZIONE

giornale degli studenti della  
 facoltà di medicina di firenze

dove va la facoltà di medicina? \*  
 lettera al preside di facoltà \* gli  
 studenti di medicina al servizio della  
 città \* il servizio civile anche in  
 Italia \* internato post-lauream: un  
 anno facoltativo \* gli internati ospede-  
 dalieri all'estero \* un contributo  
 degli assistenti universitari sul di-  
 partimento \* le nostre interviste

aprile 1967

#### QUADERNI DI INFORMAZIONE

Aprile 1967

anno terzo - numero cinque

Hanno collaborato alla redazione: Anna Anglani, Giu-  
 liana Archi, Ghigo Cellai, Piero Dolara, Marco Geddes,  
 Ninetta Martinetti, Andrea Passigli, Rossella Seniori  
 Costantini; direttore: Gavino Maciocco.

— Supplemento del Salomone - periodico bimestrale dell'ORUF -  
 Responsabile: Umberto Giovine.

Direzione-Amministrazione: via S. Gallo, 25a - Firenze.

TIPOGRAFIA NAZIONALE - FIRENZE

# INDEX

## DIRETTORE

Gavino Maciocco

## COMITATO DI REDAZIONE

Andrea Atzori, Dante Carraro, Adriano Cattaneo, Silvio Donà, Fabio Manenti, Martha Nyagaya, Ana Pilar Betran Lazaga, Giovanni Putoto, Angelo Stefanini, Anna Talami, Ademe Tsegaye, Calistus Wilunda

## 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

## ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA

Lorenzo Gritti

## IMPAGINAZIONE E STAMPA

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

## COPYRIGHT

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

## REGISTRAZIONE E AUTORIZZAZIONE

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

## SPEDIZIONE

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

Con il sostegno di



Illustrazione di copertina

### Essere medico, nel nome della giustizia sociale

Essere medico non significa solo "fare" medicina ma impegnarsi perché la salute possa essere garantita a tutti, anche a coloro che vivono nelle periferie: periferie del mondo, come quelle africane, periferie italiane dove la povertà segna un gap importante, periferie dell'età, perché spesso sono anziani e bambini a rimanere indietro. Questo il nostro impegno: costruire futuro attraverso la salute globale.



## DIALOGO

PAG. 2

### COSTRUIRE IL FUTURO

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

### FORMIDABILI QUEGLI ANNI

Testo di / Gavino Maciocco



## FORUM

PAG. 6

### PER UNA POLITICA SANITARIA DI INIZIATIVA

Intervista a / Marco Geddes da Filicaia

PAG. 8

### SALUTE GLOBALE E GIUSTIZIA SOCIALE

Testo di / Benedetto Saraceno



## ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 10

### LE CURE PRIMARIE CHE VOGLIAMO

Testo di / Cristina Vito e Viviana Forte

PAG. 12

### VICINO AI PIÙ FRAGILI: LE PERIFERIE DELL'ETÀ

Testo di / Angela Bagni

PAG. 13

### LA PRIMARY HEALTH CARE SUL CAMPO

Testo di / Francesca Tognon e Beatrice Sgorbissa



## RASSEGNA

PAG. 15

### COVID, ADVOCACY E DEMOCRAZIA

Testo di / Salvatore Geraci

PAG. 18

### GUERRA IN UCRAINA: UNA NUOVA CRISI PER L'AFRICA

Testo di / Maurizio Murru



## DIALOGO

# COSTRUIRE IL FUTURO

Uno sguardo rivolto agli ultimi, a coloro che stanno nelle periferie: quelle sociali, economiche, territoriali, ma anche periferie dell'età. È qui che noi di Cuamm vogliamo essere.

È il nostro modo di fare cooperazione e, insieme a molti partner, lo racconteremo a Firenze il prossimo 28 ottobre 2022.

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

È un contesto speciale quello in cui nasce questo numero di Salute e Sviluppo, a supporto di una giornata di studio e riflessione che avrà luogo a Firenze a fine ottobre e in cui vedremo convergere e confrontarsi molte voci diverse in un unico incontro, *"Sulla strada della salute globale. Costruire il futuro nel nome della giustizia sociale"*. Sono voci diverse per età, per provenienza professionale, per terreno di riflessione o di azione, c'è chi porta con sé l'esperienza africana e chi il coordinamento dentro a rilevanti istituzioni della salute, c'è chi si spende per la dignità e il benessere degli anziani e chi si domanda come costruire una medicina generale che possa essere "di servizio".

In questo panorama così sfaccettato, c'è un filo che unisce tutte e tutti, ed è quell'attenzione riservata agli "ultimi", quelli che stanno nelle periferie: periferie del mondo, dei territori, dell'età, delle opportunità economiche. C'è in tutti quanti uno spirito che guida verso una ricerca di equità e di giustizia sociale, nella piena consapevolezza che la salute è anche questione di possibilità.

È in questo approccio che un comune virtuoso della Toscana che investe per servizi agli anziani si avvicina a un giovane medico che desidera spingersi fino ai limiti dell'Africa per portare salute dove ce n'è più bisogno, che un docente universitario e una ricercatrice di generazioni diverse si spendono allo stesso modo per una visione comune, quella di un futuro più equo. Ed è in questo che mi piace leggere un valore ulteriore, quello della fiducia nonostante i tempi che viviamo e nonostante i cambiamenti epocali che stiamo attraversando ma che in qualche modo mantengono stabile la ricerca e la spinta verso gli altri e verso una solidarietà concreta.

La risposta che noi di Cuamm abbiamo sempre cercato è quella che viene dallo "stare con" le popolazioni, farsi comunità insieme a loro nei luoghi del nostro intervento per capire, sentire e leggere la realtà e lì costruire; si tratta di fare cooperazione allo sviluppo con un approccio di lungo termine, che è l'unico sviluppo in cui crediamo. Questo significa lavorare prima di tutto sulle cosiddette "cure primarie" attraverso il coinvolgimento diretto delle comunità e dei team dei professionisti sanitari del territorio. Rilevamento continuo dei bisogni, integrazione dei servizi, continuità dell'assistenza e collaborazione intersettoriale sono i capisaldi di questo approccio. Non è un percorso dove tutto è noto e scontato, meno che mai in Africa, dove le disuguaglianze sono grandi e le emergenze complesse. Piuttosto, la si può guardare come un'evoluzione continua che richiede apprendimento, sperimentazione, valutazione e ricerca.

Questa visione di cura l'ho ritrovata in molti dei contributi di questo numero della rivista e la ritroveremo, anche con ulteriori approfondimenti, nella giornata di studi di Firenze, voluta e organizzata da noi di Cuamm insieme al Centro regionale per la Salute Globale della Regione Toscana e l'Università di Firenze. Mi piace portare l'attenzione, inoltre, sulle molte dimensioni che la cura riveste e di cui abbiamo chiara conferma da questa pubblicazione: costruire salute globale non significa farlo solo come pratica clinica e di intervento, ma anche come accesso a formazione e informazione, pratiche in cui Cuamm stesso si spende da sempre, nella piena certezza che da qui passa una spinta culturale necessaria. C'è poi la dimensione della ricerca scientifica, come ulteriore approfondimento e guida al lavoro e si arriva anche alla cura come visione di politica sanitaria.

Tutti questi fattori, complementari e necessari, li sentiamo vicini allo spirito del Cuamm da sempre e abbiamo la fortuna di averli condivisi in tanti anni di cammino insieme con Gavino Maciocco, professore di Igiene e sanità Pubblica all'Università di Firenze, cooperante del Cuamm in anni passati e direttore di questo giornale. A lui va oggi il mio ringraziamento in questo anno per lui importante, con la fiducia che continueremo insieme a tessere cultura e azione per la salute di tutti.



## DIALOGO

# FORMIDABILI QUEGLI ANNI

«Sortirne tutti insieme è la politica. Sortirne da soli è l'avarizia» (don Lorenzo Milani)

TESTO DI / GAVINO MACIOCCO / DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SALUTE, UNIVERSITÀ DI FIRENZE

«La commissione ha apprezzato la tesi e il suo corso di studi, le abbiamo dato 110, ma si è giocata la lode con tutte quelle citazioni politiche, del tipo *I dannati della terra* di Franz Fanon». Con questa frase fui apostrofato da un membro della commissione di tesi di laurea in medicina e chirurgia all'uscita dell'aula, la mattina del 17 novembre 1967. Il titolo della tesi era *“La fame nel mondo”* di cui il relatore, il professore di Igiene Giuseppe Mazzetti, aveva invece approvato l'analisi storico-politica: **la povertà di massa, e la fame, che affliggeva i due terzi della popolazione del globo era frutto in larga parte dello sfruttamento coloniale, rappresentando una flagrante smentita a quel principio di uguaglianza dei popoli che era alla base del nuovo ordine affermatosi dopo la seconda guerra mondiale** (vedi Dichiarazione universale dei diritti umani, 1948: art. 1 *Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti*).

In quegli anni all'Università si studiava e si faceva politica. A Medicina si era costituita una lista studentesca composta di cattolici, comunisti e alcuni liberali che alle elezioni batteva regolarmente e largamente la lista concorrente di destra. Eravamo un gruppo di persone molto coeso che si riuniva per discutere di come migliorare il nostro corso di studi, ma allargava lo sguardo alla riforma universitaria e a quella sanitaria, nell'ottica dell'eguaglianza e della giustizia sociale. Era un gruppo di persone che d'estate organizzava vacanze comunitarie (ed estremamente economiche) nei posti più sperduti della Sicilia, della Sardegna, della Calabria e una volta anche un giro della ex Jugoslavia, fino a Sarajevo. Un gruppo di studenti che si mise immediatamente a disposizione della città devastata dall'alluvione del 1966, liberando dal fango le strutture sanitarie delle zone più colpite. Pubblicavamo con i fondi dell'università una rivista periodica “Quaderni d'informazione - giornale degli studenti della facoltà di medicina di Firenze”. Il numero uscito nell'aprile 1967 l'avevamo preparato in vista dell'occupazione della facoltà che avremmo realizzato il mese successivo. La rivista (vedi copertina e composizione della redazione in La Notizia) conteneva la nostra piattaforma politica e una serie di richieste al preside di facoltà. L'occupazione, della durata di due settimane, fu più che altro simbolica: occupammo infatti solo la sede della biblioteca medica, ma faceva comunque un certo effetto vedere quella palazzina collocata nel centro del policlinico di Careggi ricoperta di manifesti e di lenzuoli che sporgevano dalle finestre. Alle 7 di mattina del terzo giorno di occupazione si sentì bussare al portone. Si pensò che fosse la polizia venuta a schedarci (cosa che avvenne qualche giorno dopo), era invece il prof. Antonio Lunedei, preside di facoltà. Rimanemmo colpiti perché era da solo e chiese se potevamo offrirgli un caffè. Usciti tutti e tutte dai sacchi a pelo, preparati litri di caffè con i nostri fornelli da campo, ci riunimmo a discutere a lungo col preside, con risultati che si manifestarono nei mesi successivi.

Per molti di noi quegli anni, al di là della scelta professionale, furono davvero *life changing*. La questione dell'obiezione di coscienza al servizio militare irruppe – era il 1965 – nel dibattito politico fiorentino a seguito della risposta di don Milani a un ordine del giorno dei cappellani militari in congedo che gettava disprezzo sugli obiettori di coscienza, in cui tra l'altro si leggeva: «Non discuterò qui l'idea di Patria in sé. Non mi piacciono queste divisioni. Se però voi avete il diritto di dividere il mondo in italiani e stranieri allora vi dirò che, nel vostro senso, io non ho Patria e reclamo il diritto di dividere il mondo in diseredati e oppressi da un lato, privilegiati e oppressori dall'altro. Gli uni sono la mia Patria, gli altri i miei stranieri»<sup>1</sup>. Quella risposta costò a don Lorenzo due processi per apologia di reato. Per me e per Loretta fu la molla che mi/ci portò all'obiezione di coscienza e alla scelta di optare per un lungo periodo di servizio civile all'estero dopo la laurea, alternativo a quello militare. Di qui l'incontro col Cuamm e tutto il resto.

### NOTE

<sup>1</sup> Don Lorenzo Milani, *L'obbedienza non è più una virtù*.  
<https://www.famigliacristiana.it/articolo/l-obbedienza-non-e-piu-una-virtu-il-testo-di-don-lorenzo-milani.aspx>



**LA COOPERAZIONE  
CHE CREA SVILUPPO**

Essere con l'Africa e insieme costruire azioni che possano rafforzare il sistema sanitario locale: è sempre stato questo il modo di fare cooperazione di Medici con l'Africa Cuamm e continua ancora oggi, pur in scenari globali rinnovati. Un'attenzione allo sviluppo di lungo periodo, perché la cooperazione costruisca valore. In foto, medici cooperanti a Kampala, Uganda, nel 1986. Tra questi il direttore della rivista *Salute e Sviluppo*, Gavino Maciocco.



# TB CONTROL PROGRAMME (20/11/66)

## SPECIFIC OBJECTIVES

- How gauge the size of the problem in our areas?
- PREVALENCE** - Is the tubercle infection a problem in our areas?
- How many disseminations into TB are there?
- What is the magnitude of risk factors (prevalence)?
- PREVENTION** - How good is BCG coverage?
- What are the risks of chemotherapy?
- WHERE - How often sputum?
- DIAGNOSIS** - What should be done?
- What criteria for the diagnosis of TB in children?
- What about the fertility of sputum cultures?
- IP or OP regimen?
- MANAGEMENT** - Long or short course?
- What about the patient?
- What's the cost of treatment?
- What kind of records?
- What about the training?





## PER UNA POLITICA SANITARIA DI INIZIATIVA

Marco Geddes da Filicaia, medico ed esperto di sanità pubblica, ha alternato l'attività di ricerca a quella di direttore sanitario dell'Istituto nazionale tumori di Genova, vice presidente del Consiglio Superiore di Sanità e assessore alla Sanità a Firenze. Pratica e visione sanitaria medica che indirizzano verso una medicina che si fa di nuovo azione e strumento di costruzione di una cultura della salute globale.

INTERVISTA A / MARCO GEDDES DA FILICAIA / ESPERTO DI POLITICHE SANITARIE

**o Nel 1981 lei scrive, insieme a Gavino Maciocco ed Eva Buiatti, il Manuale di sanità pubblica: un libro innovativo per approccio e temi. Che ruolo ha avuto per i medici di allora, e non solo per loro?**

Pubblicazioni su igiene e salute pubblica esistevano già dalla fine dell'800 ma in genere erano dei trattati tecnici, che fornivano elementi amministrativi-giuridici sotto forma di informazione sui contesti nei quali il medico condotto, l'ufficiale sanitario o l'ufficio di igiene si muovevano secondo la legislazione.

L'approccio del nostro manuale invece era diverso poiché forniva anche un indirizzo politico, fortemente radicato in caratteristiche tecnico-scientifiche.

E forse anche per questo motivo la sua diffusione è stata ampia e si è protratta nei decenni successivi, facendolo diventare un punto di riferimento per molti medici e operatori dei servizi di sanità pubblica.

Va sottolineato inoltre il contesto specifico in cui il manuale fu scritto, solo pochi anni dopo l'approvazione della legge sanitaria che istituiva il Servizio sanitario nazionale, nel 1978, e che lo ha in qualche modo indirizzato: tra i suoi obiettivi c'era infatti quello di definire un quadro della normativa e dell'organizzazione e, insieme, di offrire una riflessione sui principi politici a monte e, anche se in modo non del tutto esplicito, sull'etica politica in senso più ampio.

Nel manuale si dava spazio a temi diversi come la programmazione sanitaria e l'epidemiologia, individuando le novità e le priorità da perseguire nel nuovo SSN.

In particolare si approfondivano due dei settori oggetto di maggiore innovazione: quelli legati alla salute mentale e alla maternità e infanzia, a cui facevano capo i consultori e con richiami cruciali alle leggi 180 (legge Basaglia) e 194 (legge sull'aborto) intese non solo come riferimenti normativi ma anche con indicazioni per orientare l'organizzazione dei servizi.

Altro settore molto innovativo trattato è stato quello della medicina del lavoro, in un momento in cui assumeva una particolare rilevanza a livello sociale, con lo statuto dei lavoratori che permetteva alle organizzazioni sindacali di avere consulenti e servizi di controllo in fabbrica e gli enti locali che, con i laboratori di igiene, avevano messo in piedi servizi di medicina del lavoro attivi nelle fabbriche.

**o Attenzione al territorio e alla cura primaria, quindi, come fattori cruciali: un tema evidenziato già 40 anni fa e ancora attuale. Ce lo ha ricordato anche il Covid mostrando come i territori in cui la sanità territoriale era meno radicata si siano rivelati più fragili.**

I territori sono molto diversificati da regione a regione e anche durante il Covid le risposte sono state varie, con alcuni esempi eclatanti come la Lombardia e il Veneto di cui io stesso ho scritto.

In generale però tutto il territorio italiano si è dimostrato debole e indebolito durante la pandemia e questo a causa di vari elementi: minor cura e minori finanziamenti destinati negli ultimi decenni alla medicina del territorio e una presenza meno forte di strutture private, a parte laboratori e medicina specialistica, a fare da spalla in situazioni critiche.

La parte ospedaliera era in qualche modo più pronta ad affrontare complessità e alti rischi, sebbene non le grandi emergenze come hanno dimostrato le vicende del pronto soccorso e delle terapie intensive, anche grazie al riferimento a strutture private e convenzionate.

Infine un altro elemento è stato fondamentale, ovvero la totale arretratezza di competenze di medicina di base nei medici di medicina generale.

Al di là delle singole buone volontà, sono ancora troppi gli elementi critici e contraddittori che pesano e hanno pesato sull'avanzamento della medicina territoriale, dalla tipologia organizzativa e strutturale degli ambulatori – locali privati non aperti al pubblico – e la mancata connessione con il SSN.

**o A proposito di Servizio sanitario nazionale: come sta quello italiano?**

In generale mi sento di affermare che le politiche del passato, anche recente, sulla medicina territoriale non sono state particolarmente fruttuose. Di certo è stata affrontata la pandemia e, grazie al PNRR, sono state ipotizzate e avviate azioni anche di medicina territoriale; ma l'organizzazione peculiare del territorio da un lato e la prospettiva delle risorse per le strutture come case o ospedali di comunità, non sono ancora state definite sotto il profilo normativo- organizzativo e dei finanziamenti, con

la conseguente incertezza sui modi in cui tali progetti si potranno realizzare.

In questo contesto gli ospedali hanno mostrato una resilienza maggiore nonostante le difficoltà, anche grazie alla presenza dei professionisti che ne indirizzano e guidano le azioni.

**o Il ruolo del medico oggi: solo clinico o anche di promotore di una lettura della realtà in un senso ampio e in chiave di salute globale?**

Difficile fare previsioni ma, a mio avviso, in questo momento i medici stanno procedendo nella direzione verso la salute globale meno di quello che hanno fatto negli anni '80, per motivi strutturali e di "visione".

La complessità della medicina è certamente aumentata e l'orientamento si è fatto in un certo senso più tecnologico, a differenza del decennio '70-'80 in cui un clinico aveva un rapporto con la persona e una visione clinica complessiva ora impensabili.

Inoltre, anche i giovani medici di oggi che operano con una prospettiva ampia e di salute globale, usano la loro attività e impegno in ambito strettamente professionale e non lo traducono quasi mai in iniziative di tipo più "politico", siano esse sindacali siano esse politiche in senso stretto. Qualcosa che possa rompere un po' gli schemi, senza arrivare al conflitto ma creando

nuove possibilità, nuovo dialogo o un'eco nel dibattito o sulla stampa come accadeva in passato.

Fatico a immaginare che i preparatissimi giovani medici di oggi, che peraltro conoscono le politiche internazionali molto di più rispetto alla nostra generazione, si attivino in iniziative su questo fronte. Un atteggiamento probabilmente influenzato dal clima politico generale di oggi, ben diverso da quello dei decenni scorsi in cui gli interlocutori politici risultavano, generalmente, propensi a un maggiore ascolto. Le esperienze esemplari che esistono sul territorio restano spesso confinate in alcune nicchie e non diventano casi nazionali, fermandosi a livello di testimonianza che non si traduce in azione o cambiamento ampio.

Per questo continua a esserci bisogno di formazione in salute globale.

**o Un suggerimento ai giovani medici di oggi, ispirato dal suo patrimonio di esperienza e di studio.**

Riflettete e confrontatevi anche con altre competenze – politiche, giuridiche e normative – per capire se e come le vostre esperienze possano tradursi in organizzazioni e norme che indirizzino la sanità nazionale.

E fatelo in maniera da generare una politica sanitaria di iniziativa e non solo di testimonianza.

Una medicina di azione, che vada verso le persone.



FORUM

## SALUTE GLOBALE E GIUSTIZIA SOCIALE

La dimensione globale delle politiche sanitarie si è rivelata troppo spesso un fallimento, inadatta alle specificità e alle esigenze dei Paesi. Trovare un equilibrio tra globale e locale, unire linee generali alle specifiche realtà, coinvolgere attivamente tutti gli attori: sono alcuni degli spunti possibili per riportare la salute delle persone al centro.

TESTO DI / BENEDETTO SARACENO / LISBON INSTITUTE OF GLOBAL MENTAL HEALTH

Bisognerebbe chiedersi se la diffusa e abusata nozione di "globale" non sia un esempio paradigmatico di una visione del bene pubblico che, nata nel secondo dopoguerra, si è trasformata nella giustificazione ideologica di molti aspetti del neocolonialismo. Un'ampia letteratura dimostra infatti come gli approcci globali allo sviluppo delle politiche sanitarie abbiano sistematicamente fallito l'obiettivo di rispondere ai bisogni delle comunità locali (Thomas e altri 2005)<sup>1</sup>.

L'associazione della salute globale al concetto di sviluppo resta, infatti, un enunciato *politically correct* che non si traduce in un'associazione effettiva di interventi integrati per la salute e la riduzione della povertà e delle disuguaglianze: se la questione dei diritti è entrata nel grande dibattito globale, giuridico, morale e politico tuttavia il godimento reale dei diritti stenta a divenire parte integrante delle pratiche della salute globale.

### GLOBALE E LOCALE, UNA CONVERGENZA NECESSARIA

I limiti del discorso globale sono palesi: una epistemologia medica universale ma fragile, una presenza pervasiva degli interessi dell'industria farmaceutica, un'egemonia culturale delle lobby professionali, un universalismo culturale delle agenzie globali che si limita a enunciazioni di principio o a indicazioni normative e stenta a confrontarsi con la realtà di Paesi molto differenti tra loro, nei quali l'applicazione di tali misure risulta critica. Un limite drammatico che si ritrova analizzando l'impatto reale della OMS nei Paesi e, in generale, la frattura sistematica fra il "discorso" delle Nazioni Unite e la realtà degli Stati membri.

Vi è un possibile *bridging* di locale e globale che faccia sì che «*the global and the local can become reciprocal instruments in the deepening of democracy*» (Appadurai 2002)<sup>2</sup>? Il quesito è cruciale per comprendere i tanti fallimenti dei programmi di salute globale, concepiti per soccorrere le fallimentari politiche locali dei Paesi a basso e medio reddito. Dunque, fallimenti locali e fallimenti globali.

Stewart, Keusch e Kleinman<sup>3</sup> osservano che il proverbiale fallimento dei modelli di *primary health care* nei Paesi poveri è imputabile alla verticalità dei programmi che si concentrano su singole malattie, al modello biomedico tradizionale di controllo delle ma-

lattie che ignora il contesto culturale e i determinanti sociali e, infine, alle gravi disuguaglianze nell'accesso al sistema sanitario. La distanza fra la comprensione del locale e la logica dei programmi globali è immensa e finché i soggetti locali saranno esclusi dalla concezione, produzione, assemblaggio e diffusione dei programmi di intervento, tale lontananza sarà un ostacolo per implementare gli interventi. La nozione di "locale", inoltre, sembra essere solo rituale, coinvolgendo i soggetti locali principalmente come recipienti passivi più che come protagonisti attivi.

### DEEP DEMOCRACY: UNA CHIAVE DI LETTURA POSSIBILE?

La *deep democracy* potrebbe essere la dimensione indispensabile alla comprensione dei contesti in cui i programmi di salute dovrebbero essere sviluppati? «La democrazia profonda è la democrazia più prossima, più a portata di mano, la democrazia del quartiere, della comunità, delle relazioni di sangue e dell'amicizia, che si esprime nelle pratiche quotidiane della condivisione delle informazioni, della costruzione delle abitazioni e dei servizi igienici» (Appadurai 2013)<sup>4</sup>.

La dimensione personale della moralità, ossia dei singoli che operano nei progetti di costruzione della salute collettiva, e la dimensione collettiva dei diritti, ossia l'insieme delle garanzie politiche, sociali e giuridiche che ogni comunità locale o nazionale esprime costituiscono i vettori della costruzione di salute collettiva e dell'incontro fra strumenti globali e strumenti locali. La ratio tecnologica della medicina non può costituire di per sé un vettore ma soltanto un complemento tecnico dei vettori principali: i diritti collettivi e la moralità individuale.

### SE L'ECONOMIA INDIRIZZA LA SALUTE

Scriva Gianni Tognoni: «L'influenza crescente delle variabili economiche (che si traducono nelle prescrizioni del FMI restrittive di diritti sociali, educativi e sanitari), l'assunzione da parte della Banca Mondiale dei ruoli della OMS nel definire le priorità della salute in termini di compatibilità economiche dei costi delle malattie... hanno portato alla scomparsa della salute come diritto

in favore della sanità come insieme di prestazioni ossia come beni commerciali»<sup>5</sup>.

Questa "influenza crescente" ha un impatto fattuale sulle scelte dei sistemi sanitari e permea la cultura e i linguaggi della sanità, che diluisce e stempera la forza morale e tecnica della visione di salute pubblica trasformando la salute in merce anziché in bene pubblico. La salute viene derubricata da diritto assoluto a diritto relativo: le politiche sanitarie e l'organizzazione dei servizi si occupano sempre di più di *management* e di *cost containment* e vivere anziché morire o stare bene anziché stare male divengono variabili dipendenti dalle logiche economiche invece che variabili indipendenti.

Da tutto questo si possono trarre alcune riflessioni provvisorie.

### 1. La salute globale non è globale.

Globale, piuttosto, è la disuguaglianza: le grandi campagne globali della OMS sono state grandi sconfitte: alcol, vaccini sono esempi recenti. Basti pensare alla potente *lobby* della industria dell'alcol che non solo ha sabotato la *Global Strategy on Harmful Use of Alcohol* della OMS (2010) ma la ha vanificata attraverso politiche aggressive che hanno prodotto significative defezioni dei governi dalla battaglia per la salute pubblica e hanno conseguito un aumento anziché una diminuzione del consumo di bevande alcoliche.

### 2. Le grandi vittorie della salute globale pubblica non sono state quelle delle istituzioni internazionali e delle agen-

### zie specializzate delle Nazioni Unite ma piuttosto quelle dei movimenti di base e di paesi *low e middle income*, come India, Brasile e Sud Africa.

Basti pensare alla battaglia storica e vittoriosa per i brevetti e i prezzi dei farmaci antiretrovirali e alle relative modifiche delle normative della Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC) sui brevetti dei farmaci e sulle loro possibili deroghe.

### 3. I determinanti sociali ci interrogano e ci sfidano.

I determinanti sociali non possono essere considerati come un'interessante componente eziologica delle malattie e delle condizioni di disabilità. Al contrario, andrebbero inseriti nei protocolli standard degli interventi sanitari tutte le azioni di "poverty alleviation" e di modificazione dei fattori di rischio causati dai determinanti sociali.

### 4. La questione resta quella di sempre ossia se il diritto alla salute sia, in quanto diritto, una variabile indipendente oppure, in quanto merce, sia una variabile dipendente.

I diritti devono riconquistare un ruolo e una collocazione centrali nella concezione, pianificazione e organizzazione dei sistemi sanitari: è urgente e necessario smettere di considerare i diritti come "contesti desiderabili" dell'offerta di salute da parte dei sistemi sanitari ma cominciare a trattarli come indicatori della politica, della pianificazione e dell'erogazione di salute e sanità.

## NOTE

<sup>1</sup> Thomas P., Bracken P., Cutler P., Hayward R., May R., Yasmeen S. (2005). Challenging the globalisation of biomedical psychiatry. *Journal of Public Mental Health*, 2005, 4,3, 23-32.

<sup>2</sup> Appadurai A., «Deep Democracy: Urban Governmentality and the Horizon of Politics» in *Public Culture*, 2002, 14 (1), pp. 21-47.

<sup>3</sup> Stewart K.A., Keusch G.T., Kleinman A., «Values and moral experience in global health: bridging the local and the global», in *Global Public Health*, 2010, 5:2, pp. 115-121.

<sup>4</sup> Appadurai A., «Cosmopolitismo dal basso», in *SouQuaderni*, 2013, 7, [http://www.souqonline.it/default\\_souq](http://www.souqonline.it/default_souq).

<sup>5</sup> Tognoni G. La dominanza del fattore economico contro salute, diritti e beni comuni. In: *Rapporto sui Diritti Globali*, p. 1132-1136, Ediesse, Roma, 2012.



## ESPERIENZE DAL CAMPO

### LE CURE PRIMARIE CHE VOGLIAMO

Formare e orientare chi si occupa di Medicina generale, per garantire cure primarie efficaci: è l'obiettivo del nuovo Manuale "Medicina generale e Cure primarie. Guida teorico-pratica per MMG", edito pochi mesi fa da Edises. Una mappa pensata per rendere giustizia alla complessità della Medicina generale e formare medici e operatori del futuro.

TESTO DI / CRISTINA VITO E VIVIANA FORTE / MEDICHE DI MEDICINA GENERALE

#### o Perché parlare di Medicina Generale e Cure Primarie oggi?

Sin dall'inizio della pandemia da Covid-19 le problematiche dei servizi di Cure Primarie e della Medicina Generale sono state sottoposte a severe analisi.

Da tempo, infatti, i dibattiti nazionali e internazionali<sup>1</sup> avvertono che senza un modello di Cure Primarie adeguato a fronteggiare le sfide poste dalle transizioni in atto dovremo attenderci la convergenza di due gravi fenomeni che porteranno i sistemi sanitari a una crisi strutturale.

Da una parte un incremento del numero di persone con malattie croniche e condizioni di non autosufficienza, conseguenza anche di un mancato intervento proattivo, preventivo e individualizzato. Dall'altra, l'impossibilità di dare una risposta adeguata e sistematica a tali persone, effetto dell'incapacità a programmare – innanzitutto – i servizi territoriali, prossimi al contesto di vita delle persone. Solo un modello assistenziale fondato sui principi della *Comprehensive Primary Health Care* può garantire tutto questo.

#### o Perché avete ritenuto necessario scrivere un Manuale di Medicina Generale e Cure Primarie?

Riteniamo che non possano esistere Cure Primarie efficaci senza un'adeguata formazione degli operatori che vi lavorano e per questo abbiamo ideato e scritto una guida che possa orientare i futuri operatori alla Medicina Generale e alle Cure Primarie che verranno.

Abbiamo voluto soprattutto contrastare l'adattamento a una narrazione sciatta e anacronistica della figura del/della Medico/a di Medicina Generale (MMG), mostrando che una parte di loro ha alt(r)e aspettative per la professione, alt(r)e esigenze formative, assistenziali, sociali e di ricerca.

Abbiamo descritto quanto la Medicina Generale sia una disciplina che esercita un sapere specifico delimitabile, per quanto transdisciplinare e contesto-dipendente, apprendibile, indagabile e sempre aperto a nuove evoluzioni.

Un sapere che non è, come spesso erroneamente ancora si ritiene, una risultante dalla mera sommatoria delle competenze "di base" di ogni branca specialistica ma che, al contrario, necessita di molteplici competenze specifiche e caratteristiche che, a nostro parere, richiedono di essere dapprima svelate per

poter poi colmare quel vuoto conoscitivo e formativo che ne è causa (e conseguenza).

Abbiamo quindi voluto assumere il futuro come un fatto culturale, immaginando che una nuova cultura della Medicina Generale – quella che desideriamo apprendere e praticare per la salute collettiva e pubblica della popolazione – avesse bisogno di una mappa (intesa come tecnologia di conoscenza e orientamento): un manuale, che speriamo possa essere da guida nell'esplorare criticamente i determinanti del *continuum* salute-malattia, con un occhio sempre attento alle persone che incontriamo e incontreremo nelle comunità e nei territori.

#### o Come strutturare la formazione del medico del territorio per l'assistenza che verrà?

A livello internazionale il/la MMG (*General Practitioner* o *Primary Care Physician*) è riconosciuto quale figura professionale che deve operare specificatamente su nove livelli:

TABELLA 1 /

1) PROMOZIONE DELLA SALUTE	5) DIAGNOSI DI MALATTIA CONCLAMATA
2) PREVENZIONE DELLE MALATTIE	6) GESTIONE DELLA MALATTIA
3) RILEVAZIONE PRE-SINTOMATICA DI MALATTIA	7) GESTIONE DELLE COMPLICANZE DI MALATTIE
4) DIAGNOSI PRECOCE	8) RIABILITAZIONE
	9) CURE PALLIATIVE E COUNSELLING

Secondo l'OMS<sup>2</sup> ogni MMG dovrebbe essere in grado di agire dentro una cornice teorico-pratica particolarmente complessa, ricorrendo a competenze specifiche e utilizzando approcci differenti, da gestire in maniera complementare e non meno impegnativa rispetto a quella degli specialisti d'organo.

Seguendo questi valori e principi abbiamo deciso di strutturare il manuale in tre parti, ognuna dedicata a un macro tema e al suo inquadramento: Cure Primarie e la Medicina Generale, Promozione e prevenzione della salute in Medicina Generale e la clinica in Medicina Generale.

La sezione dedicata alle Cure Primarie e la Medicina Generale

traccia un *inquadramento di sistema* che illustra i principi delle politiche sanitarie del SSN e dei servizi nelle Cure Primarie e di Medicina Generale; i principi che ispirano la formazione degli operatori e la loro attività di ricerca; lo studio medico e la sua gestione pratica; la relazione e la comunicazione nella consultazione; gli aspetti pratici e normativi legati alla prescrizione e alla certificazione.

Si passa poi ad approfondire i temi della Promozione e prevenzione della salute in Medicina Generale, per offrire un *inquadramento di popolazione* che analizza l'influenza dei sistemi complessi, ovvero i contesti sociali e ambientali, sulle dinamiche di salute-malattia e passa in rassegna le principali pratiche di promozione e prevenzione.

Infine, si affronta la clinica in Medicina Generale, con un *inquadramento clinico* tracciato attraverso una disamina puntuale e aggiornata delle principali problematiche di presentazione delle patologie, di gestione delle consulenze e delle terapie specifiche, farmacologiche e non: nelle cure domiciliari, nelle cronicità, in situazioni d'emergenza, dall'età pediatrica a quella anziana, comprese le cure palliative primarie.

### o Come affronta il manuale il tema della tutela della salute nelle persone con fragilità sociale?

Siamo partite proprio dal "riconoscimento della complessità sociale" e abbiamo cercato di declinare il concetto *oltre e dentro* la clinica del MMG; abbiamo tentato di fornire una lettura di come i legami economici, sociali e culturali influenzino le condizioni di salute della persona da assistere.

Per questo abbiamo indirizzato il lavoro verso più direzioni e obiettivi connessi tra loro.

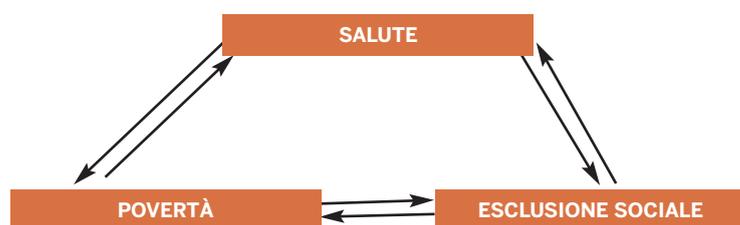
Prima di tutto per fornire gli strumenti utili a identificare le persone a rischio di esclusione e ad alta vulnerabilità sociale, in modo tale che ogni MMG possa intervenire prima che l'esclusione si produca e possa impostare interventi precoci e non rinforzare ulteriori pratiche di esclusione.

Poi, per mostrare pratiche di partecipazione attiva, costruzione e manutenzione delle reti territoriali socio-sanitarie e del terzo settore, seguendo l'idea che co-costruire interventi di salute congiunti e integrati sia un valore in sé che favorisce l'inclusione. Infine, per sollecitare la registrazione e produzione in ambito territoriale di dati di epidemiologia sociale che possano mostrare come lo status sociale, messo in relazione ai dati sanitari, ci possa guidare verso pratiche di contrasto alle disuguaglianze in salute.

La complessità delle dinamiche di vita di queste persone può mettere a dura prova qualunque professionista della salute (su vari livelli, sia personali che professionali); si rende indispensabile quindi allenare ingegno, sensibilità e caparbia per costruire degli interventi socio-sanitari personalizzati ed efficaci, nei quali l'automatismo procedurale non è e non sarà applicabile.

Sarà inoltre importante vedersi in una rete socio-sanitaria e prepararsi ad affrontare la complicata gestione delle problematiche di salute delle persone che presentano maggior vulnerabilità sociale e per le quali l'accesso ai diritti socio-sanitari è spesso costellato di ostacoli, muri (in)visibili, che devono essere correttamente inquadrati per poter essere superati.

Ciascun MMG dovrà sviluppare meta-competenze su come imparare ad imparare, sul saper mappare su più livelli, formali ed informali, i servizi socio-sanitari nel suo ambito territoriale specifico.



### NOTE

1 Su tutti il "World health report 2008" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità intitolato "Primary health care now more than ever".

2 euro.who.int <https://www.who.int/europe/Sezione> → Health systems, primary health care, main terminology.



## ESPERIENZE DAL CAMPO

### VICINO AI PIÙ FRAGILI: LE PERIFERIE DELL'ETÀ

Un *co-housing* residenziale per anziani autosufficienti come alternativa possibile alle RSA, in un equilibrio riuscito tra le dimensioni di autonomia, vita comunitaria e connessione con l'esterno. Un progetto di visione innovativa nato ormai più di 40 anni fa a Lastra a Signa in Toscana e che ancora oggi rappresenta un modello e una testimonianza di azione politica, sanitaria e sociale vicina a chi entra in un'età fragile.

TESTO DI / ANGELA BAGNI / SINDACA DI LASTRA A SIGNA

Un esempio di *co-housing community* pubblica, di fatto un condominio collettivo rivolto ad anziani autosufficienti, che consente loro di rimanere presso la propria abitazione il più a lungo possibile, grazie alla creazione di una rete di aiuto costituita dagli operatori, dai familiari, dal vicinato e dal terzo settore. È il Centro Sociale Residenziale (CSR), che nasce nel 1979 a Lastra a Signa (FI) e da più di 40 anni rappresenta una risorsa preziosa per la comunità locale.

Si tratta di «una struttura che favorisce la vita collettiva e associativa dei cittadini, fatta di spazi, di locali disponibili, di verde pubblico attrezzato», un'organizzazione che permette di fornire servizi in modo «perequato, efficiente, rigoroso e perciò economico», come ne scrisse Gavino Maciocco nel 1978. Un modello residenziale edificato nel 1979 eppure ancora oggi innovativo e in evoluzione, orientato com'è verso un vivere comunitario che mantiene il tipico stile condominiale dell'area urbana circostante.

Il CSR interviene in quel delicato momento della vita in cui avviene il passaggio dall'età produttiva a quella del consumo, a promozione di una «vecchiaia attiva» dando l'opportunità di impiegare il tempo in attività collettive, socialmente utili, e tali da apportare un beneficio individuale e libertà di scelta. La struttura è costituita da un complesso che oltre ai mini appartamenti accoglie una scuola materna, l'associazione AUSER, una mensa cui tutti possono accedere liberamente, i servizi alla persona, la bi-

blioteca e un asilo nido comunali. L'area è in stretta relazione con il centro commerciale, con le altre strutture abitative e con le attività industriali e commerciali adiacenti.

Uno dei tratti che lo caratterizzano è di essere aperto all'esterno secondo il principio che «chi è fuori deve entrare dentro, e chi è dentro deve uscire fuori»: un polo di socialità per la comunità e sede aperta a tutti per attività di socializzazione con ospiti esterni o con gli altri residenti.

L'inquilino del CSR vive la propria quotidianità con la totale autonomia e libertà di scelta di chi abita presso casa propria: ogni appartamento è dotato di un bagno e di un angolo cottura e non esistono orari uguali per tutti, dettati ad esempio da una cucina comune. Gli appartamenti sono arredati dagli assegnatari al momento dell'ingresso e, quando possibile, vengono traslocati alcuni mobili della precedente abitazione. Il CSR in questi quarant'anni è stato in grado di fronteggiare i cambiamenti socio-demografici della società nel suo complesso e in particolare della popolazione anziana, adeguandosi ai nuovi bisogni delle persone ma soprattutto ponendosi come filtro efficace rispetto al ricovero in R.S.A. Soprattutto, dimostra la possibilità di verificare la praticabilità di soluzioni differenti, meno costose e socialmente più gradite agli stessi anziani, riportando l'attenzione sulle indicazioni provenienti da una concreta esperienza sviluppata e consolidata.



## 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 inadeguate<sup>1</sup>. 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%<sup>2</sup>.

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

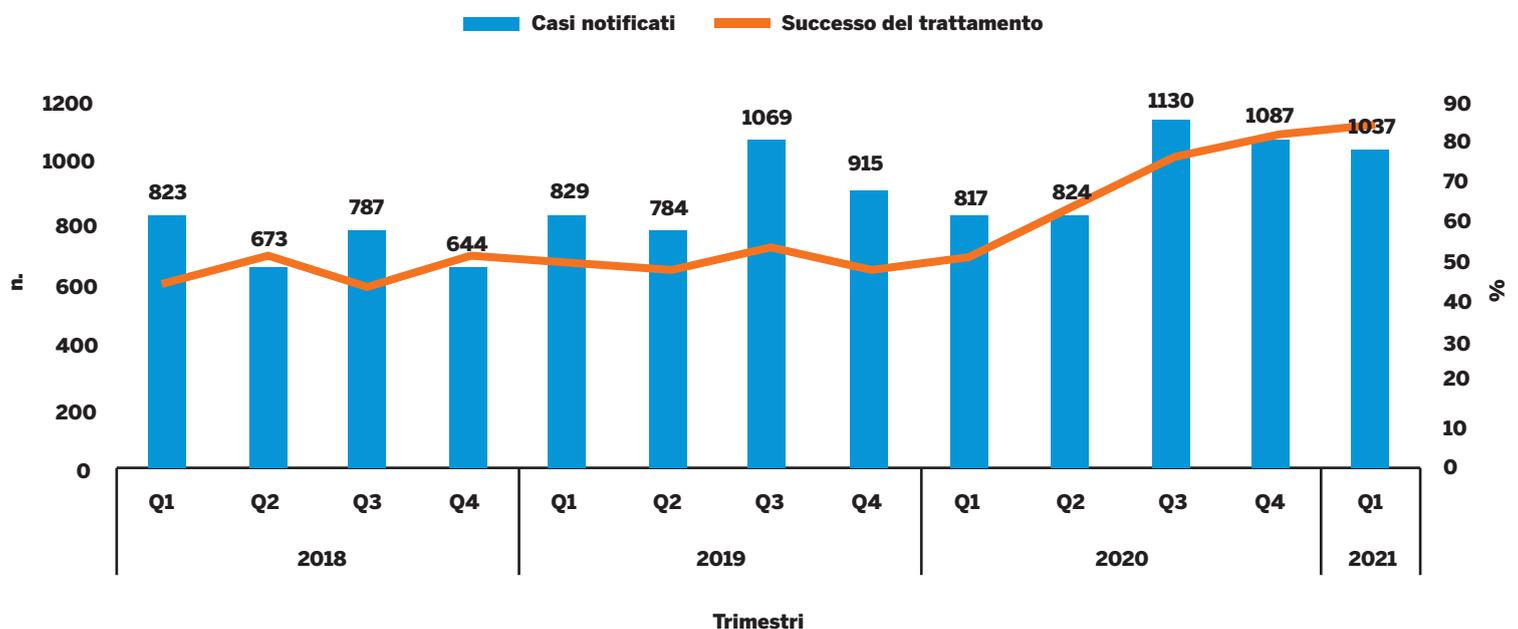
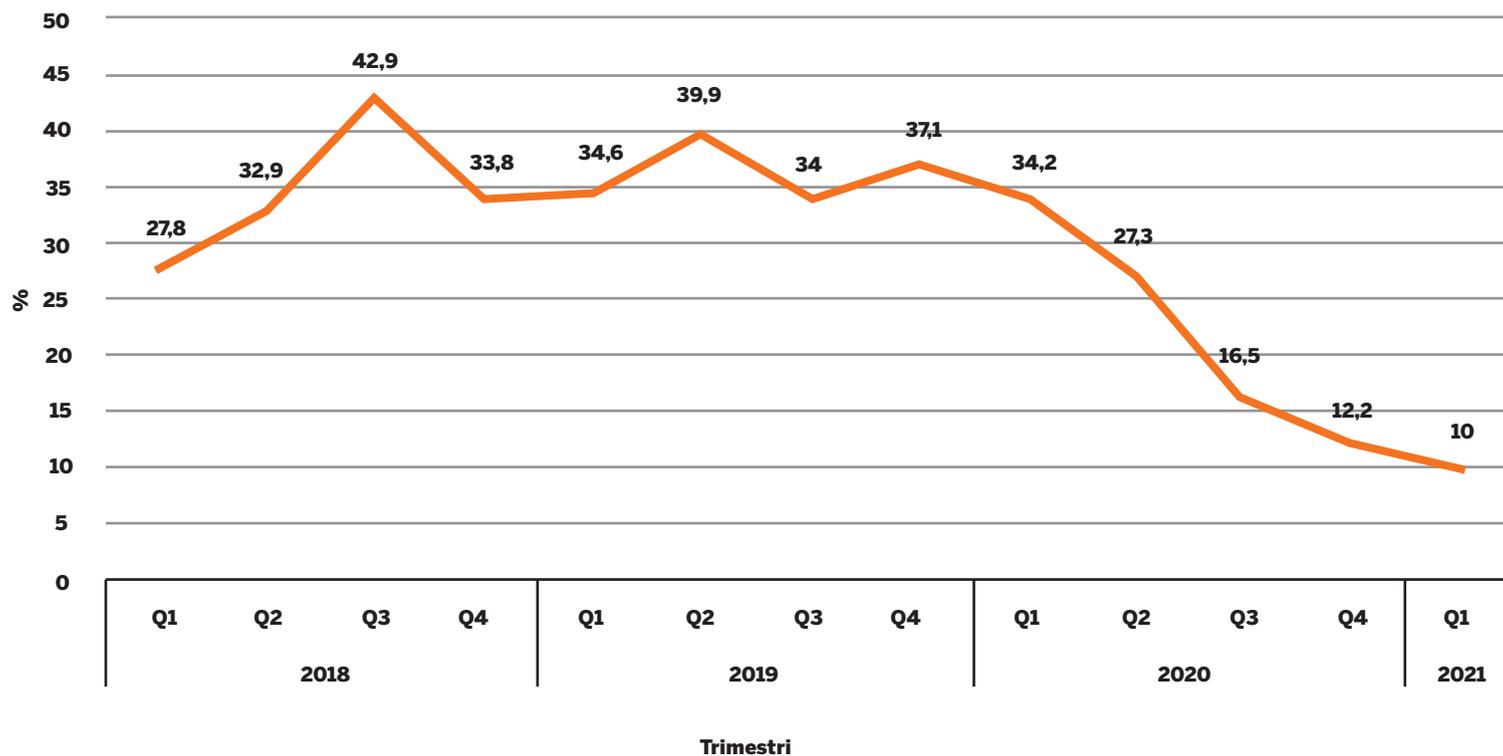


FIGURA 2 / PERCENTUALE LOST FOLLOW UP



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**)<sup>3</sup>.

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 tutti<sup>4</sup>.

## 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)



## RASSEGNA

# COVID, ADVOCACY E DEMOCRAZIA

Dare voce a chi non ha voce per garantire accesso alle cure, ai vaccini e alla tutela della salute: durante la pandemia di Covid-19 l'associazionismo italiano ha fatto azione di *advocacy*, necessaria per contribuire a sanare alcune importanti fratture sociali e costruire percorsi e azioni partecipate tra pubblico e privato.

TESTO DI / SALVATORE GERACI / SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA MIGRAZIONI E CARITAS ROMA

Italiani e stranieri in condizione di fragilità sociale, senza dimora, con situazioni di irregolarità amministrativa, privi di tessera sanitaria<sup>1</sup>: sono le persone che in Italia, fin dall'inizio della pandemia, hanno avuto difficoltà ad accedere ai percorsi di tutela e di prevenzione.

Nei confronti di questa popolazione la società civile ha messo in campo sia iniziative di reale prossimità per intercettarle, orientarle e assisterle in modo concreto ed efficace, sia puntuali azioni di *advocacy* per segnalare la presenza di ostacoli, di barriere nell'accesso o di dimenticanze organizzative che si sono prodotte in tutte le fasi della pandemia<sup>2</sup>.

Ad esempio, sebbene in modo tardivo e residuale, sono state adottate le proposte fatte dall'associazionismo riguardo a Procedure, Percorsi e Processi – le 3P – attenti alla marginalità sociale ed è stata accolta la richiesta di attivazione di “strutture ponte” per l'accoglienza in sicurezza. La mancanza di tessera sanitaria, invece, ha escluso interi gruppi di popolazione italiana e straniera dalla possibilità di prenotarsi per le vaccinazioni nei portali regionali anche quando per età sarebbe stato possibile: in assenza di indicazioni puntuali le Regioni e le Province autonome si sono attivate in modo disomogeneo e questo ha prodotto, ancora una volta, un ritardo “strutturale” a scapito di questa popolazione. Alla fine l'accesso ai tamponi, ai vaccini, al Green Pass c'è stato: ma la fatica e le difficoltà sono state tante.

Leggendo a ritroso questa storia recente si vedono malattie e morti che potevano essere evitate, alcuni *cluster* prevenibili, un'esitazione vaccinale favorita dalla troppe incertezze, una produzione di tensione sociale tra le persone più povere di cui si sarebbe potuto fare a meno.

Ma cosa è successo? Perché le sollecitazioni dell'associazionismo non sono state prese in considerazione?

Domande ancora aperte<sup>3</sup> a cui è difficile rispondere, se non col-

legandole al momento di emergenza reale che è stato vissuto durante la pandemia: la chiusura e l'abbattimento delle relazioni interpersonali come parole chiave anche dell'approccio di sanità pubblica; la drastica riduzione dei percorsi assistenziali esistenti e il nuovo assetto organizzativo nell'ottica del contenimento del rischio; percorsi decisionali concentrati, a regia politica con le persone competenti piegate sull'operatività; azzeramento dei percorsi partecipativi più o meno consolidati.

A livello nazionale ma soprattutto a livello locale c'è stato un arroccamento tecnico-politico con linee di comando spesso autoreferenziali giustificate dalla necessità di essere rapidi ed efficienti. Percorsi verticali che si sono mostrati anche efficaci ma che hanno lasciato indietro una parte della popolazione, marginale in termini numerici ma significativa dal punto di vista sociale.

Una possibile causa di questa criticità risiede forse nel fatto che nel nuovo assetto organizzativo non è stata prevista la “partecipazione” come elemento qualificante nella definizione di politiche pubbliche. Si è evidenziato come sia ancora debole nella cultura organizzativa quella sussidiarietà circolare<sup>4</sup> che vede il pubblico e il privato sociale insieme non solo per l'aspetto strettamente assistenziale ma anche in termini di analisi, collaborazione e programmazione, in altre parole per una *governance* in parte condivisa.

L'*advocacy* non ha funzionato per un disallineamento apparente degli interessi: le istanze presentate sono state percepite paradossalmente come una rivendicazione di categoria e non come un'attenzione a chi “non ha voce”. Solo tardivamente si è capita l'importanza di includere a pieno titolo nei percorsi di tutela anche le persone socialmente e amministrativamente fragili, e che l'associazionismo era un prezioso alleato e non un fastidioso ostacolo da contenere. Esempi virtuosi di alleanze e sinergie si sono poi diffusi in varie parti d'Italia ma rimane l'amarezza del tempo perso in riunioni aphone e nel silenzio di un ascolto mancato.

### NOTE

<sup>1</sup> Geraci S. *E gli ultimi sono rimasti ultimi*. In salute e Sviluppo, n. 82, luglio 2021. Medici con l'Africa Cuamm, 17:18

<sup>2</sup> AA.VV.: Tavolo Asilo Nazionale, Tavolo Immigrazione e Salute, Dossier COVID 19. *Procedure, condizioni di sicurezza, criticità nei sistemi di accoglienza in Italia*, N. 1 giugno 2020, TA-TIS. <https://immigration.caritas.it/sites/default/files/2021-03/Primo%20report%20salute.pdf>

AA.VV.: Tavolo Asilo Nazionale, Tavolo Immigrazione e Salute, Dossier COVID 19. *Procedure, condizioni di sicurezza, criticità nei sistemi di accoglienza in Italia*, N. 2 febbraio 2021, TA-TIS.

[https://immigration.caritas.it/sites/default/files/2021-](https://immigration.caritas.it/sites/default/files/2021-03/secondo%20dossier%20covid_rev2402.pdf)

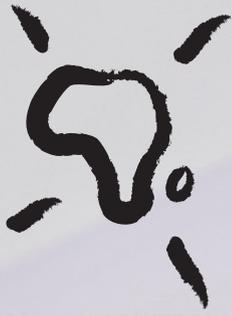
[03/secondo%20dossier%20covid\\_rev2402.pdf](https://immigration.caritas.it/sites/default/files/2021-03/secondo%20dossier%20covid_rev2402.pdf)

AA.VV.: Tavolo Asilo Nazionale, Tavolo Immigrazione e Salute, Dossier COVID 19. *Indagine sulla disponibilità a vaccinarsi contro il covid-19 da parte delle persone ospitate nei centri/strutture di accoglienza in Italia*, N. 3 luglio 2021, TA-TIS.

<https://www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/Terzo%20Monitoraggio%20Covid%20-%20TIS-TAI%20rev.pdf>

<sup>3</sup> Geraci S.: *Immigrazione, salute e advocacy: successi e fallimenti*. In Atti dell'XVI Congresso Nazionale SIMM: “La SIMM, 30 Anni + le Epidemie: Nuove Diseguaglianze, Nuove Sfide.” Roma, 18/20 ottobre 2022. Pendragon, Bologna, 2022; in press.

<sup>4</sup> Zamagni S.: *Dell'origine e del fondamento del principio di sussidiarietà circolare*. In press per i tipi della Edizioni Studium; 2022.



### FORMARSI ALLA SALUTE GLOBALE

La formazione come investimento di capitale umano e di valore: sono ormai consolidati i progetti di formazione che Cuamm propone a studenti di Medicina e a specializzandi. Si tratta di vivere la cooperazione sul campo e maturare un approccio alla salute globale che quasi sempre diventa patrimonio della propria professionalità medica. Lo testimonia anche una recente indagine condotta dall'Università di Padova su tutti i giovani medici partiti con Cuamm – in totale 157 specializzandi e 257 studenti. Tra i risultati più rilevanti è “quel che rimane” dell'esperienza anche dopo molti anni: resilienza nella professione e come atteggiamento, sguardo “globale” al paziente visto nel contesto e non solo nei confini di malattia, attitudine alla responsabilità e all'azione.

I risultati della ricerca sono stati pubblicati a livello internazionale:

Quaglio et al., *Medical Electives in Sub-Saharan Africa: A 15-Year Student/NGO-Driven Initiative*, in *Journal of Community Health*







## RASSEGNA

# GUERRA IN UCRAINA: UNA NUOVA CRISI PER L'AFRICA

L'impatto dirompente della guerra in Ucraina si sta abbattendo anche sull'Africa, aggiungendosi alle molte crisi di natura finanziaria, sanitaria, alimentare e debitoria che già la affliggono. Questa vicenda renderà ancora più complessi e delicati gli equilibri e le prospettive di crescita, non solo economica, di molti Paesi africani.

TESTO DI / MAURIZIO MURRU / MEDICO DI SANITÀ PUBBLICA

La guerra in Ucraina e le sanzioni imposte alla Russia hanno conseguenze sul mondo intero. In Africa si aggiungono a quelle di crisi preesistenti che si intrecciano aggravandosi a vicenda: dagli effetti dell'onda lunga della crisi finanziaria del 2008 a quelli della pandemia di Covid-19, da quelli di una grave crisi alimentare a quelli di una crisi debitoria diffusa che limita le possibili azioni di molti governi.

### FIGLI DI UN DIO MINORE

All'indomani dell'invasione russa del 24 febbraio scorso, la prima crisi a manifestarsi è stata quella dei rifugiati. Oltre ai milioni di sfollati interni, circa 6.700.000 ucraini hanno cercato rifugio immediato nei Paesi confinanti per continuare, in molti casi, verso altri Paesi<sup>1</sup>. Molti Africani sono stati coinvolti in questa fuga, coinvolti e discriminati prima e dopo avere superato le frontiere. Almeno 10.000 studenti africani fuggiti dall'Ucraina non riescono, per ostacoli burocratici, a continuare i loro studi in altri Paesi europei<sup>2</sup>.

### CRISI ENERGETICA

Quando la Russia ha invaso l'Ucraina il prezzo del petrolio è volato fino a 120 dollari al barile per poi scendere agli attuali 93<sup>3</sup>. Il prezzo si mantiene elevato sia per le preoccupazioni legate alla guerra sia per riluttanza dei paesi dell'OPEC (Organizzazione dei Paesi Esportatori di Petrolio) ad aumentarne la produzione che è ancora di circa due milioni di barili al di sotto di quella pre-pandemica<sup>4</sup>. I Paesi africani produttori di petrolio possono trarre benefici dal suo prezzo elevato, tutti gli altri invece ne saranno danneggiati. I Paesi dell'Unione Europea dipendono dal gas russo per circa il 40%<sup>5</sup>: la necessità di differenziare le forniture potrebbe tornare a vantaggio di alcuni Paesi africani ricchi di questa risorsa, dall'Algeria all'Egitto, dalla Nigeria al Mozambico, al Congo-Brazzaville e all'Angola.

### CRISI ALIMENTARE

Un tema complesso su cui circolano articoli con dati spesso parziali e apparentemente contraddittori<sup>6,7</sup>, è quello della crisi alimentare. Il prezzo dei generi alimentari sui mercati internazionali è fissato in dollari, che ultimamente si è rafforzato in modo considerevole. Per molti Paesi, ciò si traduce in un aumento di prezzo delle importazioni, comprese quelle di cibo, a cui va aggiunto il costo dei trasporti aumentato in modo sostanziale, basti pensare al solo costo dei trasporti via mare aumentato del 60%<sup>8</sup> tra febbraio e maggio 2022 (rapporto UNCTAD - *United Nations Conference on*

*Trade and Development*). Si è anche affermato che la paventata "crisi alimentare mondiale" non esista e sia stata ventilata per motivi speculativi o propagandistici perché il pianeta produce cibo a sufficienza per tutti<sup>9</sup>. Come Amartya Sen ha spiegato una quarantina di anni fa, molte carestie si verificano in periodi in cui il cibo abbondava<sup>10</sup>: che ci sia cibo sufficiente per tutti non significa che sia disponibile per tutti, è così da sempre. In molti Paesi africani la crisi alimentare è realtà quotidiana in peggioramento e il blocco dei porti ucraini ha peggiorato una situazione già resa drammatica da cambiamenti climatici, siccità e conflitti, specialmente, ma non solo, nel Corno d'Africa. I Paesi africani, nel loro complesso, importano circa il 40% del loro fabbisogno in cereali da Russia e Ucraina<sup>11</sup> ma sono toccati in modo diverso perché, in modo diverso, dipendono da quelle importazioni: Eritrea e Somalia ne dipendono quasi totalmente; Madagascar ed Egitto per più del 70%, Namibia, Tanzania, Congo, Rwanda, Gibuti e altri per più del 50%, e così via<sup>12</sup>. Inoltre, la metà del grano bloccato nei porti ucraini era destinata ad operazioni del programma alimentare mondiale in Africa<sup>13</sup>.

### RIFONDARE L'AGRICOLTURA AFRICANA?

Considerando che l'Africa detiene il 60% delle terre ancora coltivabili sulla terra, l'*Africa Development Bank* ha stanziato 1,5 miliardi di dollari per avviare, con investimenti e finanziamenti alla crisi alimentare che affligge il continente africano aumentando la produzione agricola e migliorando la distribuzione<sup>14</sup>. La guerra in Ucraina ha dato una spinta a questo tipo di iniziative, idee e intenzioni, tra cui anche quella che auspica l'incremento della produzione di cereali tradizionali quali fonio, sorgo, teff, miglio, nutrizionalmente validi e più adatti al clima di molti Paesi africani<sup>15</sup>. Ma queste sono idee per il futuro e, nell'immediato, milioni di persone – le stime variano da 20 a 50 – sono a rischio fame nei soli Paesi del Corno d'Africa che sta entrando nel quinto anno consecutivo di grave siccità<sup>16</sup>. Indirettamente, la guerra in Ucraina aggrava questa situazione perché molti Paesi donatori stanno destinando fondi crescenti a quella crisi a scapito di quelle che affliggono Paesi più poveri, in Africa e altrove<sup>17,18,19</sup>. È utile ricordare che la scintilla che nel 2011 innescò le "primavere arabe" fu proprio il rincaro dei generi alimentari.

### GUERRA E DIPLOMAZIA

La guerra in Ucraina ha accelerato una "corsa all'Africa" che era già in atto per assicurarsi l'accesso alle sue grandi risorse naturali e l'appoggio diplomatico dei suoi 54 paesi. A fine luglio il ministro

degli Esteri russo Lavrov, ha iniziato un tour che lo ha portato in Egitto, Etiopia, Uganda e Repubblica del Congo e durante il quale ha ribadito che "l'operazione militare speciale" russa mira, anche, a contrastare il disegno egemonico mondiale dell'Occidente. Ha aggiunto che il blocco delle esportazioni di grano ucraino e russo non è dovuto alla guerra ma alle sanzioni imposte contro la Russia<sup>20</sup>. Quasi in contemporanea il Presidente francese Macron ha visitato Cameroon, Benin e Guinea Bissau<sup>21</sup>. In una battaglia diplomatica a distanza, Macron ha definito la Russia "l'ultimo impero coloniale"<sup>22</sup> e il Presidente Biden ha annunciato, per il prossimo dicembre, l'atteso summit a Washington con i leader africani. Lavrov ha poi annunciato, al Cairo, che il secondo summit Russia-Africa avrà luogo l'anno prossimo mentre il Segretario di Stato americano Blinken è atterrato a Johannesburg, in Sudafrica, all'inizio del suo secondo tour africano che lo ha portato anche nella Repubblica Democratica del Congo e in Rwanda. Nelle settimane successive una delegazione del Congresso americano ha visitato il Mozambico<sup>23</sup> e Macron<sup>24</sup>. Anche Cina e Giappone si stanno dando molto da fare in questo senso, con conferenze, condoni di debiti, promesse di vario tipo<sup>25, 26, 27</sup>.

## DIVISIONI DA NUOVA GUERRA FREDDA IN AFRICA?

La guerra in Ucraina sta di nuovo dividendo il continente in due bloc-

### NOTE

- 1 United Nations High Commissioner for Refugees, Ukraine Situation, <https://reporting.unhcr.org/ukraine-situation> consultato il 23 agosto 2022.
- 2 Al Jazeera, May 13th 2022, Across Europe, African students fight to study after Ukraine exit. Across Europe, African students fight to study after Ukraine exit | Russia-Ukraine war News | Al Jazeera.
- 3 Tradingeconomics.com, <https://tradingeconomics.com/commodity/crude-oil>, consultato il 27 agosto 2022.
- 4 British Broadcasting Corporation, August 4th 2022, Oil prices have soared. Why won't OPEC bring them down?, <https://www.bbc.com/news/business-61188579>
- 5 Selectra, Europa dipendenza da gas russo: abbassare di 3 gradi il riscaldamento aumenterà l'indipendenza del continente europeo?, Europa Dipendenza Gas Russo: qual è la situazione oggi? (selectra.net)
- 6 The Guardian, August 24th 2022, Food price rises around the world are result of broken system, say experts, Food price rises around the world are result of 'broken' system, say experts | Environment | The Guardian.
- 7 The Economist, August 22nd 2022, Against expectations, food prices have tumbled, Against expectations, global food prices have tumbled | The Economist.
- 8 United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD), June 28th 2022, Maritime trade disrupted, The war in Ukraine and its effects on maritime trade logistics, Maritime Trade Disrupted: The war in Ukraine and its effects on maritime trade logistics (unctad.org).
- 9 Federico Fubini, 23 agosto 2022, Corriere della Sera, La crisi alimentare mondiale è un allarme infondato, Corriere.it
- 10 Sen A, Hunger and Entitlements, World Institute for Economic Development and Research, United Nations University, 1987, WIDER RESEARCH FOR ACTION-1 Hunger and Entitlements (unu.edu).
- 11 Il Manifesto, 4 giugno 2022, Mancano grano e fertilizzanti "Africa vittima della guerra" | il manifesto.
- 12 The Economist, July 28th 2022, Will the grain deal between Russia and Ukraine reduce global hunger? | The Economist
- 13 Atlante delle Guerre e dei Conflitti nel mondo: 2 agosto 2022, Dossier / La questione del grano, Dossier/ La questione grano – atlante guerre
- 14 Devex, July 27th 2022, A food crisis in Africa "can be averted", AfDB Chief Economist says, A food crisis in Africa "can be averted," AfDB chief economist says | Devex.
- 15 Deutsche Welle, June 29th 2022, With vast arable lands, why does Africa need to import grain? | World | Breaking news and perspectives from around the globe | DW | 29.06.2022

chi, uno allineato alle posizioni "occidentali" e uno allineato a Russia e Cina. Indipendentemente dalle posizioni dei governi, la popolazione di molti Paesi, anche fa quelli "allineati" all'occidente, sembra più incline a condannare l'ipocrisia e il "doppiopesismo" degli Stati Uniti e dell'Europa che a dividerne le posizioni<sup>28</sup>. Il trattamento molto diverso riservato ad ucraini e africani in fuga dall'Ucraina, il dirottamento di fondi dagli aiuti allo sviluppo ad aiuti, militari e non, all'Ucraina, l'attenzione per questa guerra paragonata all'indifferenza per i numerosi conflitti sul continente, sono tutti fattori, fondati, che favoriscono lo scetticismo della popolazione di molti Paesi africani nei confronti dell'"occidente". Inoltre, è ancora molto vivo il ricordo dell'appoggio dell'Unione Sovietica a molte guerre di liberazione dal colonialismo. Non a caso, Lavrov ha recentemente affermato che la Russia aiuterà l'Africa a "completare il processo di decolonizzazione".

In conclusione, le conseguenze della guerra in Ucraina si riflettono sul mondo intero, Africa inclusa. Occorrerà tempo per valutarne la portata sia in senso positivo, per i Paesi produttori di gas e petrolio, sia in senso negativo: crisi energetica, alta inflazione, crisi alimentare, diminuzione degli aiuti internazionali, anni di istruzione perduti da migliaia di studenti africani. Quello che si può dire fin d'ora, senza tema di smentita, è che questa, come quasi tutte le guerre, creerà, direttamente e indirettamente, più problemi di quanti non ne possa risolvere. In Africa e nel resto del mondo.

- 16 UN News, August 26th 2022, WMO: greater Horn of Africa drought forecast to continue for fifth year, <https://news.un.org/en/story/2022/08/1125552>
- 17 The Guardian, August 20th 2022, Horn of Africa drought places 22 million people at risk of starvation, says UN, 'Horn of Africa drought places 22 million people at risk of starvation, risk of 20 million risk of 20 starvation' 20 UN & text=The number of 20 people 20 at food 20 programme 20 (WFP) 20 says.
- 18 OXFAM, March 22nd 2022, As many as 28 million people across East Africa at risk of extreme hunger if rains fail again | Oxfam International.
- 19 Oxfam International, March 18th 2022, Some governments contemplating raids on aid funds earmarked for other crises to pay for new costs of Ukrainian support | Oxfam International.
- 20 ISPI (Istituto per gli Studi di Politica Internazionale), 25 luglio 2022, Lavrov in tour in Africa, <https://www.ispionline.it/it/publicazione/lavrov-tour-africa-35871>
- 21 France 24, Macron embarks in African visit to "renew relationship" with continent, Macron embarks on African visit to 'renew relationship' with continent (france24.com).
- 22 Institute of Security Studies, July 29th 2022, Lavrov's African safari was not routine, <https://issafrica.org/iss-today/lavrovs-african-safari-was-not-routine>
- 23 United States Embassy in Mozambique, August 17th 2022, United States Congressional Delegation visits Mozambique, <https://mz.usembassy.gov/u-s-united-states-congressional-delegation-visits-mozambique/#:~:text=August%2017%2C%202022%20%E2%80%93%20From%20August,conservation%2C%20business%2C%20and%20health>
- 24 Le Monde, 25 Aout 2022, Emmanuel Macron et l'Algérie, une longue histoire contrariée, [https://www.lemonde.fr/afrique/article/2022/08/25/emmanuel-macron-et-l-algerie-une-longue-histoire-contrariee\\_6138955\\_3212.html](https://www.lemonde.fr/afrique/article/2022/08/25/emmanuel-macron-et-l-algerie-une-longue-histoire-contrariee_6138955_3212.html)
- 25 Ministry of Foreign Affairs of the People's Republic of China, August 19th 2022, China and Africa: Strengthening Friendship, Solidarity and Cooperation for a New Era of Common Development, [https://www.fmprc.gov.cn/eng/zxxx\\_662805/202208/t20220819\\_10745617.html](https://www.fmprc.gov.cn/eng/zxxx_662805/202208/t20220819_10745617.html)
- 26 Nikkei Asia, March 28th 2022, Japan vows to boost post-covid development cooperation with Africa - Nikkei Asia.
- 27 Africanews, August 27th 2022, African and Japanese delegates meet to promote continent's growth, African and Japanese delegates meet to promote continent's growth | Africanews.
- 28 Nikkei Asia, June 15th 2022, Not everyone sees Ukraine as the main issue, Not everyone sees Ukraine as the main issue - Nikkei Asia.



# 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 **72** anni di storia:

- o oltre **200** i programmi realizzati;
- o **2.100** le persone coinvolte nei progetti;
- o **43** i Paesi d'intervento;
- o **239** gli ospedali serviti;
- o **1.160** gli studenti ospitati dal collegio di cui 874 italiani e 286 stranieri provenienti da 34 diversi Paesi;
- o oltre **5.000** gli anni di servizio cumulativi effettuati.

## ISTANTANEA

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

- o **162 progetti** di cooperazione principali e un centinaio di micro-realizzazioni di supporto, con i quali appoggia:
  - 23 ospedali;
  - 95 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, formazione);
  - 761 strutture sanitarie;
  - 4 scuole infermieri (Lui e Rumbek - Sud Sudan, Wolisso - Etiopia, Matany-Uganda);
  - 1 università (Beira - Mozambico);
- o **4.581 risorse umane** di cui 270 espatriati europei, di cui 230 italiani.

## 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 32 C 05018 12101 000011078904 presso Banca Popolare Etica Padova
- **carta di credito:** telefonando allo 049.8751279
- **online:** [www.mediciconlafrica.org](http://www.mediciconlafrica.org)
- **5x1000:** con la tua firma e il nostro codice fiscale 00677540288

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

**SALUTE E SVILUPPO** offre studi, ricerche e documentazione unici nel panorama editoriale italiano.

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



## L'AFRICA DEI BISOGNI

### OGNI ANNO NELL'AFRICA A SUD DEL SAHARA:

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



Medici con l'Africa Cuamm si impegna in

**SIERRA LEONE**

**REPUBBLICA CENTRAFRICANA**

**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.

Per prendersi cura di una mamma e di un bambino bastano  
6 euro al mese per 33 mesi (1.000 giorni), che comprendono:

- 50 euro per assicurare 4 visite di controllo alla mamma in gravidanza;
- 40 euro per garantire un parto assistito;
- 30 euro per accompagnare mamma e bambino nelle fase dell'allattamento al seno;
- 80 euro per garantire i vaccini e i controlli di crescita nella fase dello svezzamento.



rivista quadrimestrale  
di cooperazione e politica  
sanitaria internazionale  
ottobre 2022 – n° 84  
[www.mediciconlafrica.org](http://www.mediciconlafrica.org)

**«Riflettete e confrontatevi anche con altre competenze – politiche, giuridiche e normative – per capire se e come le vostre esperienze possano tradursi in organizzazioni e norme che indirizzino la sanità nazionale. E fatelo in maniera da generare una politica sanitaria di iniziativa e non solo di testimonianza. Una medicina di azione, che vada verso le persone».**