



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



## **SALUTE E SVILUPPO**

rivista quadrimestrale  
di cooperazione e politica  
sanitaria internazionale  
agosto 2025 — n° **90**

*La salute in ombra  
nella crescita*

agosto 2025/ n° 90





# LA NOTIZIA

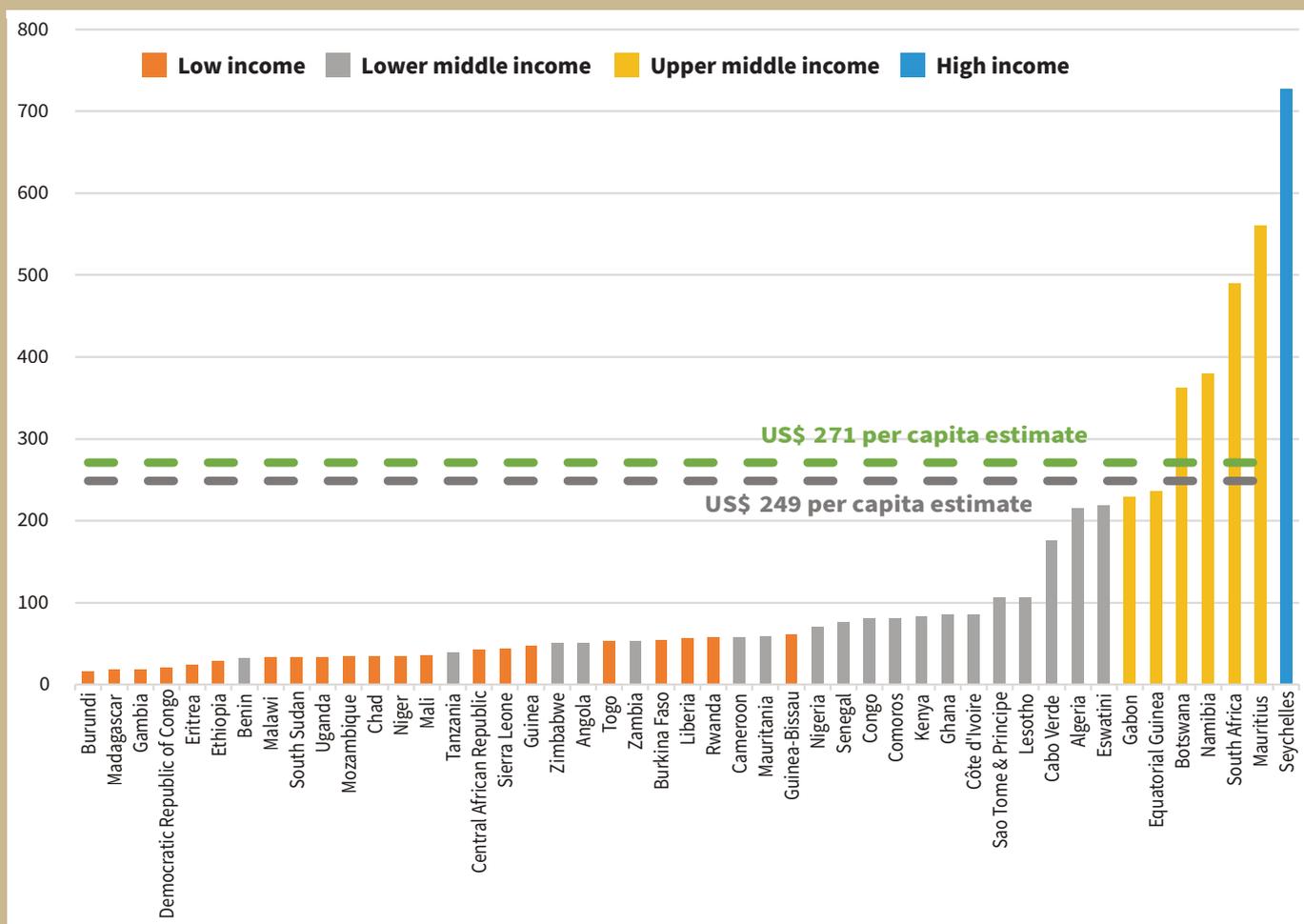
## La spesa sanitaria dei Paesi dell'Africa sub-Sahariana

La grande maggioranza dei Paesi dell'Africa sub-sahariana ha una spesa sanitaria pro-capite infima (al di sotto dei 100 US\$ all'anno, ma molti anche al di sotto dei 50, tra cui l'Uganda, cui è dedicata una gran parte dell'attuale numero della rivista). Se si confrontano questi dati con la media dei Paesi europei (circa 5000 US\$) o con la spesa pro-capite degli USA (circa 12 mila US\$), ci si rende conto delle enormi disuguaglianze nella distribuzione delle risorse sanitarie, che è una delle conseguenze della oscena accumulazione della ricchezza nelle mani di un numero sempre più ridotto di soggetti.

La storia della **Figura 1** in basso ha inizio alla fine degli anni Ottanta dello scorso secolo, quando la Banca Mondiale impose ai Paesi africani indebitati e sull'orlo della bancarotta (e quindi bisognosi del supporto della Banca Mondiale) durissime condizioni, coerenti con le politiche ultra-liberiste di cui la Banca stessa si faceva interprete: fortissimi tagli alla spesa pubblica (in particolare alla sanità e all'istruzione); servizi sanitari pubblici a pagamento; decisa promozione del settore privato e di quello assicurativo.

Una tendenza che da allora non si è allentata (e che ha qualche vaga similitudine con quello che avviene a casa nostra).

**FIGURA 1 / SPESA SANITARIA CORRENTE PRO CAPITE, PER PAESE, 2020, WHO AFRICAN REGION**



# 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

Jessica Marzaro

## ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA

Lorenzo Gritti

## IMPAGINAZIONE E STAMPA

Publistampa, Via Pennella, 70 - 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

Illustrazione di copertina

### La salute in ombra nella crescita

Una crescita economica visibile e strutturale, fatta di produzione e nuove infrastrutture, che però non si traduce in un reale rafforzamento del sistema sanitario. È una tensione che attraversa molte realtà africane: la sanità pubblica, fragile e sottodimensionata, rischia di rimanere schiacciata sotto il peso di altre priorità. I grandi grattacieli che sovrastano un piccolo ospedale raccontano questa sproporzione: infrastrutture che si moltiplicano mentre l'accesso alle cure resta fragile e sospeso.

Come garantire salute per tutti in un contesto in cui il diritto alla cura non è ancora al centro dell'agenda politica?

L'Uganda diventa così l'emblema di molte realtà a basso e medio reddito, dove lo sviluppo corre e diventa visibile, ma la sanità arranca.

## DIALOGO

PAG. 2

### “CURARE È UN ATTO DI FORZA”

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

### MIGRANTI. QUANDO IL POTERE È SCHIZOFRENICO

Testo di / Gavino Maciocco

## FORUM

PAG. 6

### L'UGANDA VERSO LA COPERTURA SANITARIA UNIVERSALE

Testo di / Peter Lochoro

PAG. 8

### DA “DENTRO” I SISTEMI SANITARI

Jessica Marzaro intervista Aliyi Walimbwa

PAG. 10

### RISPONDERE ALLE EMERGENZE SANITARIE

Testo di / Jerry Ictho, Godfrey Esiru, Peter Lochoro, Alexia Pastori

## ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 12

### OLTRE I SERVIZI: LO SGUARDO DAGLI OSPEDALI

Jessica Marzaro intervista Sam Orach

PAG. 13

### LAVORARE CON SCARSE RISORSE: IL DISTRETTO DI OYAM

Testo di / Giovanni Dall'Oglio

PAG. 15

### LA SFIDA DELLA RESISTENZA ANTIMICROBICA IN KARAMOJA

Testo di / Simone Cadarin

## FOCUS

PAG. 18

### VACCINAZIONI, DATI E SALUTE: LEZIONI DALL'UGANDA

Jessica Marzaro intervista Joseph Katetemera

## RASSEGNA

PAG. 19

### SALUTE E CLIMA: L'ALTRA EMERGENZA DELL'AFRICA

Testo di / Andrea Atzori





## DIALOGO

# “CURARE È UN ATTO DI FORZA”

Mentre il diritto alla salute viene messo in discussione da crisi globali, tagli alla cooperazione e scelte miopi, milioni di persone restano escluse dai servizi essenziali. In questo numero di Salute e Sviluppo raccogliamo voci dal campo per raccontare disuguaglianze, sfide e segni di resilienza. Perché curare, oggi più che mai, richiede coraggio, visione e responsabilità.

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

In un mondo attraversato da incertezze, guerre e nuove corse agli armamenti, diventa fin troppo facile dimenticare un diritto fondamentale: “il diritto alla salute”.

Un diritto riconosciuto e ribadito anche tra gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, ma che oggi viene messo sempre più a rischio. Carenza di risorse, disimpegno politico, interessi in conflitto, emergenze impreviste: sono tanti gli ostacoli che impediscono a milioni di persone, soprattutto nei Paesi a risorse limitate, di accedere a servizi sanitari essenziali: in Africa sub-sahariana, oltre il 50% della popolazione non ha accesso a questi servizi.

Come Medici con l'Africa Cuamm, conosciamo bene il volto concreto di queste sfide: le ascoltiamo nei racconti dei nostri operatori sul campo, nei silenzi degli ospedali senza forniture, nei volti di chi aspetta una cura che non c'è. Abbiamo raccolto le loro voci in questo numero di *Salute e Sviluppo*, per offrire uno spazio di riflessione e di racconto sulle disuguaglianze che viviamo da vicino. Pensiamo, ad esempio, alle recenti scelte in tema di cooperazione internazionale. L'amministrazione americana ha sospeso i finanziamenti a USAID, un'agenzia storicamente fondamentale per sostenere il diritto alla salute nei Paesi più fragili. Una decisione seguita anche dal Regno Unito, che ha tagliato il proprio budget per gli aiuti internazionali, scendendo dallo 0,5% allo 0,3% del reddito nazionale lordo<sup>1</sup>.

Ma i tagli non hanno colpito solo la cooperazione. Anche la ricerca scientifica, che riguarda temi di importanza primaria, come HIV, malaria, cambiamenti climatici etc., è stata fortemente ridimensionata, sacrificata sull'altare di un non meglio definito “efficientamento” delle spese pubbliche.

A pagarne il prezzo più alto sono le persone, spesso i più fragili. Quando mancano i finanziamenti, quando la volontà politica viene meno, quando si perdono di vista le priorità, il diritto alla salute si svuota di senso. E la sfida si fa doppia: perché questa mancanza di attenzione si manifesta sia a livello internazionale che a livello nazionale.

Eppure, proprio da alcuni Paesi africani – che spesso pagano il prezzo più alto – possiamo imparare lezioni di grande resilienza. È il caso dell'Uganda, un Paese in crescita e con strutture organizzate, dove però gli investimenti in sanità restano insufficienti anche a fronte di una crescita economica importante. Come ci ricordano il nostro Rappresentante Paese ugandese, Peter Lochoro, e il dottor Aliyi Walimbwa, del Ministero della Salute ugandese, lo sviluppo economico non porta automaticamente con sé un miglioramento dell'accesso alle cure di base. Eppure gli sforzi per rafforzare il sistema sanitario sfidano queste difficoltà.

Ne scriviamo in queste pagine, ascoltando voci e storie che arrivano dai diversi livelli del sistema. Dall'ospedale al distretto, come racconta Giovanni Dall'Oglio. Dal fronte dell'immunizzazione, con tutte le difficoltà che descrive il dottor Katetema. Il tutto mentre si affacciano nuove sfide globali, come l'approccio One Health o l'impatto crescente del cambiamento climatico, come racconta Andrea Atzori.

Ma come si può “garantire salute” per tutti quando mancano le risorse anche per i bisogni più basilari? Come si può rispondere alle sfide di oggi se non si riesce ancora ad affrontare quelle di ieri? Non abbiamo una risposta definitiva. Ma continuiamo a cercarla, con determinazione e umiltà, offrendo strumenti di lettura e condivisione, e tanto impegno concreto sul campo, rimanendo fedeli alla nostra missione: rimettere la salute al centro, fino all'ultimo miglio.

E oggi più che mai sentiamo vere e necessarie le parole del *Lancet*<sup>2</sup>, che facciamo nostre:

«La cooperazione e le partnership costruttive siano vitali e che la scienza abbia la capacità non solo di far progredire la nostra comprensione del mondo, ma anche di unire le persone. Che la salute sia un bene sociale, benefico per le società, un motore delle economie e un percorso verso lo sviluppo. [...] Che l'equità, ovvero curare in base alle necessità, sia fondamentale per ciò che è la medicina. E che prendersi cura non è un atto di debolezza, ma di forza».

### NOTE

<sup>1</sup> <https://www.reuters.com/world/uk/charities-appalled-by-uk-cut-aid-budget-fund-defence-spending-2025-02-25/>

<sup>2</sup> [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)00237-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)00237-5/fulltext)



## DIALOGO

# MIGRANTI. QUANDO IL POTERE È SCHIZOFRENICO

L'Italia sembra preda di una schizofrenia sul tema migratorio: si riconosce che il Paese ha necessità di molti migranti, ma le energie si concentrano nell'impedire l'arrivo degli irregolari e dei richiedenti asilo, infierendo su di loro. Si investe poco su chi è arrivato regolarmente e si rende arduo il loro accesso alla cittadinanza. Come se ci fosse incompatibilità tra immigrazione e nazione.

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

Il ministro dell'Economia, Giancarlo Giorgetti, si è detto molto preoccupato del declino demografico dell'Italia, nel corso dell'audizione dinanzi alla Commissione parlamentare di inchiesta sugli effetti economici e sociali derivanti dalla transizione demografica in atto.

Se nascono sempre meno bambini e chiudiamo le frontiere agli immigrati, l'Italia non avrà più gambe per camminare né risorse per assicurare reddito e cure ai propri anziani. «Si tratta di un tema che tutta la classe politica ha presente, ma che tende deliberatamente ad accantonare» ha aggiunto il ministro dell'Economia, sottolineando che «non essendo il primo tema per nessuno, evidentemente poi non viene trattato» (*Il Sole 24 Ore*, 18 giugno 2025<sup>1</sup>).

È da anni che le analisi demografiche segnalano l'inarrestabile declino demografico dell'Italia, dovuto a uno dei tassi di fertilità più bassi al mondo. I dati sulla riduzione della popolazione italiana sono drammatici, se la riproduttività rimanesse invariata rispetto ad oggi: all'inizio del 2024, la popolazione del Paese era di 58,8 milioni; tra 30 anni (nel 2054) scenderebbe a 53,2 milioni e tra 50 (nel 2074) a 44,7. In mezzo secolo si tornerebbe alla popolazione del 1940. Questo tema era stato oggetto di un nostro editoriale nel n. 88 di *Salute e Sviluppo* (febbraio 2024) dal significativo titolo "Solo l'Africa ci salverà". L'Africa è l'unico continente con popolazione in forte crescita, una popolazione giovane e ricca di energie e di risorse: quello che serve per salvare l'Italia dallo spopolamento e dal declino. «Quanti immigrati servono all'Italia per salvare lavoro, sanità e PIL? Oltre 13,5 milioni entro il 2050», conferma il *Corriere della Sera* del 25 giugno<sup>2</sup>.

Loro la chiamano "sostituzione etnica" e la paventano come il male assoluto. E sorprendono le affermazioni informate e preoccupate di Giancarlo Giorgetti che, oltre ad essere ministro dell'Economia, è anche uno di "loro". La politica governativa non solo ha accantonato il problema dello spopolamento, ma ha fatto molto di peggio, con politiche sull'immigrazione chiuse e vessatorie, rese ancora più dure dopo il Decreto Cutro: zero accoglienza e integrazione, periodi più lunghi di detenzione nei famigerati CPR e deportazioni.

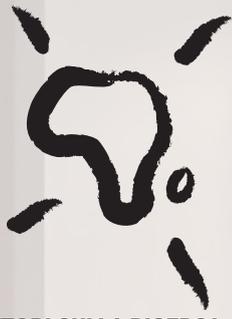
A proposito dei CPR (Centri di Permanenza per il Rimpatrio) – ora riprodotti anche in Albania – la SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) lancia un grido di allarme. Sempre maggiori evidenze descrivono i CPR come contesti di degrado igienico-sanitario, sofferenza fisica e mentale e abbandono sociale, caratterizzati da un continuum di violenza auto- ed etero-inflitta sui corpi delle persone recluse. Per questo la SIMM rivolge un appello alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e Chirurghi (FNOMCeO) «Affinché si proceda nell'immediato alla chiusura dei CPR e all'apertura di un dibattito a livello europeo per l'abolizione della detenzione amministrativa, in quanto realtà patogene per le persone migranti, di cui violano i diritti fondamentali e mettono a rischio la salute e la vita. Affinché si dichiari che nessun professionista della salute che operi in rispetto dell'articolo 32 della Costituzione e del Codice di Deontologia Medica possa fornire e tantomeno essere costretto a fornire le proprie prestazioni professionali in tali luoghi funzionalmente alla loro operatività (ad esempio tramite la sottoscrizione di valutazioni di idoneità alla reclusione nei CPR, richieste dalle autorità di polizia), in Italia e all'estero, in quanto privi delle tutele essenziali per le persone detenute e contrari all'etica professionale della cura. Tale posizione è stata tra l'altro avvalorata proprio da una analoga dichiarazione della FNOMCeO sull'inammissibilità dell'utilizzo del personale sanitario per le pratiche di selezione delle persone migranti destinate ai centri di detenzione in Albania».

L'Italia sembra dunque preda di una schizofrenia sul tema migratorio: si riconosce che il Paese ha necessità di molti migranti, ma le energie si concentrano nell'impedire l'arrivo degli irregolari e dei richiedenti asilo, si infierisce su di loro, si pongono ostacoli alla regolarizzazione di chi è già nel Paese e non rappresenta un pericolo per la società; si investe poco su chi è arrivato regolarmente e si rende arduo il loro accesso alla cittadinanza. Come se ci fosse incompatibilità tra immigrazione e nazione. Insomma, gli immigrati ci sono utili... ma non li vogliamo.

### NOTE

<sup>1</sup> N. Cottone, Giorgetti: spopolamento drammatico, politica accantona il tema, *Il Sole 24 Ore*, 18 giugno 2025.

<sup>2</sup> [https://www.corriere.it/economia/lavoro/25\\_giugno\\_16/quant-immigrati-servono-all-italia-per-salvare-lavoro-sanita-e-pil-oltre-13-5-milioni-entro-il-2050-9ad23a4f-235a-4b99-87d9-def5a64d9xlk.shtml](https://www.corriere.it/economia/lavoro/25_giugno_16/quant-immigrati-servono-all-italia-per-salvare-lavoro-sanita-e-pil-oltre-13-5-milioni-entro-il-2050-9ad23a4f-235a-4b99-87d9-def5a64d9xlk.shtml)



## RIFLETTORI SULLA RICERCA OPERATIVA: SALUTE MATERNO-INFANTILE IN AFRICA

Il 16 maggio 2025, a Milano, si è svolto l'appuntamento di Medici con l'Africa Cuamm sul ruolo della ricerca operativa in Africa nel migliorare la salute materno-infantile. L'evento, promosso con la Regione Lombardia e ospitato nella cornice istituzionale di Palazzo Lombardia, ha riunito 250 partecipanti tra rappresentanti istituzionali e professionisti sul campo.

Giovani ricercatrici e ricercatori hanno raccontato storie **concrete**: da soluzioni ingegnose per prematuri a studi sulla malnutrizione, passando per l'uso di respiratori frugali e l'analisi delle condizioni di lavoro infermieristico. Centrale il momento della tavola rotonda, uno spazio di dialogo con voci africane e italiane che hanno fatto emergere il valore concreto dell'innovazione, aprendo uno spazio di confronto vivo tra sapere accademico ed esperienza.

In un mondo in cui ogni anno muoiono 260.000 donne per cause legate alla gravidanza, 2,3 milioni di neonati e oltre 5 milioni di bambini sotto i cinque anni, la **ricerca** diventa un tassello fondamentale per rendere la salute un vero motore di sviluppo sostenibile e ridurre queste cifre inaccettabili.

## DIALOGHI DI RICERCA RICERCA CHE CREA SALUTE: INNOVAZIONI FRUGALI

**Modera:**  
**Andrea Atzori,**  
Responsabile Relazioni internazionali,  
Medici con l'Africa Cuamm

**Intervengono:**  
**Annajoyce Claver,**  
**Kamugishato,**  
Caposala reparto m  
ospedale di Tosama  
Tanzania

**Tarikua Endrias B**  
Responsabile sanita  
intensiva neonatale  
Hospital, Etiopia

**SFIDE E SOLUZIONI PER LA SALUTE MATERNO-INFANTILE:**  
IL CONTRIBUTO DELLA RICERCA OPERATIVA IN AFRICA



y  
maternità  
aganga.

**Serge Boni,**  
Professore ordinario di  
Ginecologia e ostetricia,  
Consulente del Ministro della  
Salute della Costa d'Avorio

**utta,**  
aria terapia  
Saint Luke

**Mario Merialdi,**  
Founder di Maternal Newborn  
Health Innovation (Mnhi)\*

In collaborazione con  
 Regione  
Lombardia

 **MEDICI  
CON L'AFRICA**  
CUAMM





# L'UGANDA VERSO LA COPERTURA SANITARIA UNIVERSALE

Come si costruisce un sistema sanitario capace di raggiungere tutti, davvero? In Uganda, dove la copertura sanitaria universale è un obiettivo dichiarato per il 2030, il divario tra città e aree rurali, la carenza di risorse e personale e la dipendenza dagli aiuti pongono sfide enormi, ma aprono anche spazi per soluzioni concrete nate dal territorio.

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

L'Uganda, paese dell'Africa orientale senza sbocco sul mare, conta oltre 47 milioni di abitanti ed è tra i Paesi con la crescita demografica più rapida al mondo. Attraverso il *Piano Strategico del Settore Sanitario 2020/21-2024/25*, il Paese punta a «rafforzare il sistema sanitario e i suoi meccanismi di supporto, con un focus sull'assistenza sanitaria primaria, per raggiungere la Copertura Sanitaria Universale (UHC) entro il 2030»<sup>1</sup>.

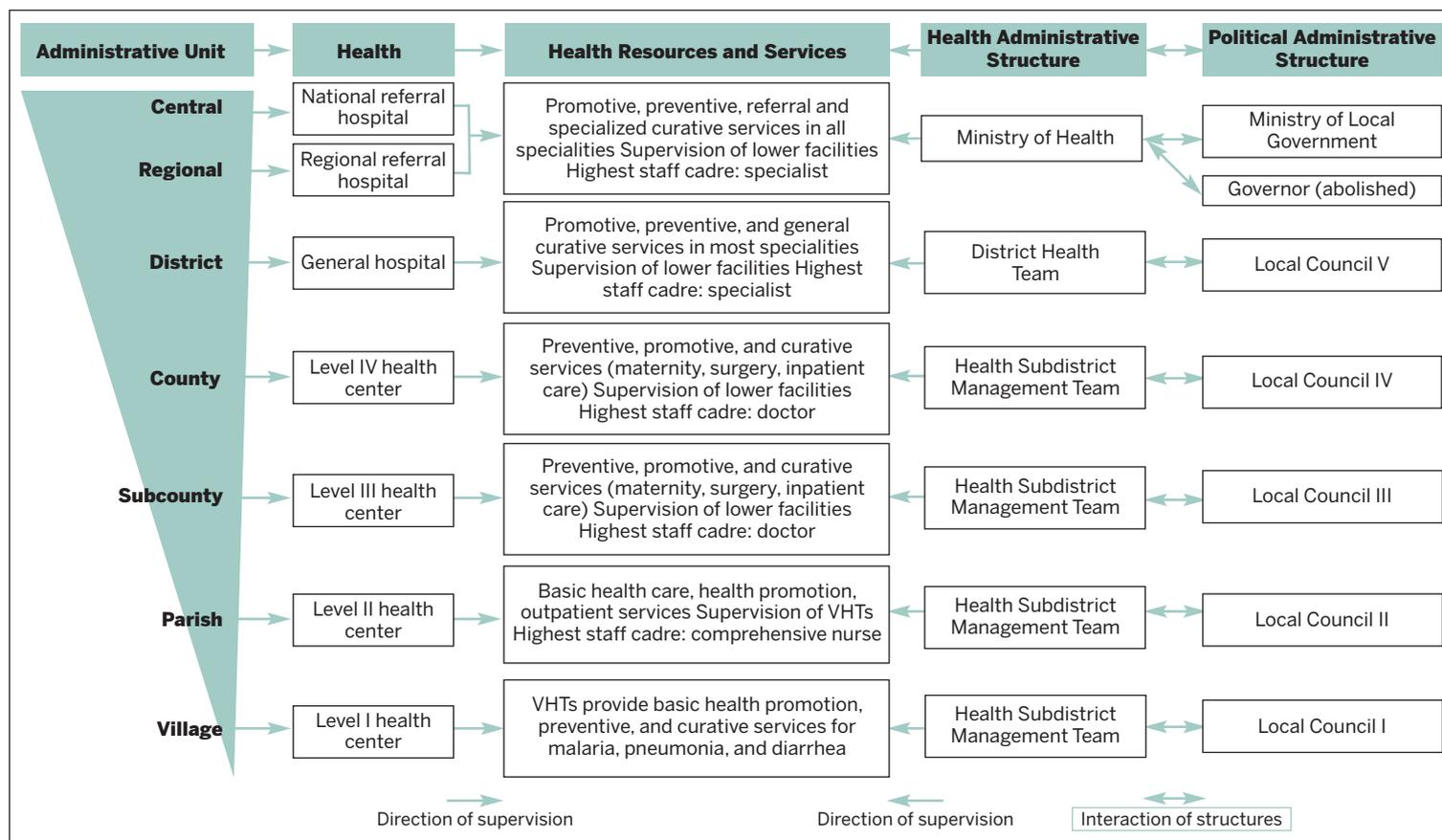
I progressi sono visibili: il 91% della popolazione vive oggi entro 5 km da una struttura sanitaria; la prevalenza dell'HIV è scesa dal 7,2% (2010) al 5,1% (2023); il Paese offre vaccinazioni di routine contro 14 malattie, con tassi di copertura tra i più alti della re-

gione. Tuttavia, permangono alti carichi di malattie prevenibili, carenze infrastrutturali e gravi limiti nel finanziamento e nelle risorse umane per la salute.

## UN SISTEMA DI ASSISTENZA MULTILIVELLO

Il sistema sanitario ugandese è organizzato su più livelli, ciascuno con pacchetti di servizi specifici. Vi contribuiscono anche organizzazioni private e ONG, che offrono supporto in ambito urbano

FIGURA 1 / STRUTTURA DEL SISTEMA SANITARIO DELL'UGANDA (NANYONJO A, ET AL)



e rurale. La base è rappresentata dai servizi comunitari, focalizzati su prevenzione, promozione della salute e cure di base. Il primo contatto con il sistema avviene tramite i *Village Health Teams* (VHT), volontari che collegano le famiglie al sistema sanitario. Dal 2016 è in corso un processo di professionalizzazione di questo personale tramite l'introduzione dei *Community Health Extension Workers* (CHEW)<sup>2</sup>, sebbene non ancora completato. A livello primario, sono gli *Health Centre* di II e III livello a offrire servizi ambulatoriali di base, assistenza materna e attività di prevenzione. Gli *Health Centre* di IV livello e gli ospedali generali forniscono diagnostica avanzata, interventi chirurgici come i parti cesarei e trasfusioni. Ai vertici si trovano gli ospedali regionali di riferimento e le strutture nazionali di terzo livello, con tecnologie e specialisti per trattamenti complessi.

## RESILIENZA ATTRAVERSO LE DIFFICOLTÀ

Nonostante una struttura definita, il **divario tra aree urbane e rurali è marcato**.

Città come Kampala dispongono di migliori infrastrutture, tecnologie e personale qualificato, mentre le zone rurali spesso soffrono la mancanza di farmaci essenziali, elettricità e operatori sanitari<sup>3</sup>. Distanze, barriere culturali e scarsa consapevolezza scoraggiano la ricerca di cure, aggravando tassi di morbilità e mortalità, in particolare tra madri e bambini.

Con un tasso di mortalità materna di 189 ogni 100.000 nati vivi, il Paese continua a registrare numeri elevati, principalmente a causa dell'accesso insufficiente a personale sanitario qualificato per l'assistenza al parto, a cure materne di qualità e a servizi di emergenza ostetrica. Se è vero che gli indicatori relativi alla salute dei bambini stanno migliorando, inclusi la mortalità infantile e la malnutrizione, è anche vero che in termini relativi restano comunque molto alti.

Il Paese continua a confrontarsi con risorse finanziarie limitate per il sistema sanitario, che dipende in larga misura da aiuti esterni e donazioni, spesso imprevedibili. Nel 2023/24<sup>4</sup>, del budget totale pari a 4.052 trilioni, il 38,4% è stato finanziato da donatori, una percentuale ancora più alta in alcuni programmi specifici, come quello per l'HIV/AIDS. Di conseguenza, l'Uganda

deve affrontare forti vincoli di bilancio, che portano a carenze di farmaci essenziali, attrezzature mediche e personale sanitario qualificato. Negli ultimi anni, il numero di operatori registrati è aumentato (9.388 medici e 119.132 infermieri e ostetriche), ma solo il 34% dei posti pubblici risulta coperto. Molte aree rurali<sup>5</sup> si affidano ancora a personale volontario o mal retribuito per garantire i servizi essenziali.

Nonostante i miglioramenti strutturali, il sistema sanitario rimane vulnerabile agli shock esterni, in particolare le epidemie e le crisi sanitarie causate dal cambiamento climatico. Negli ultimi anni, il Paese ha affrontato ricorrenti focolai di Ebola, Mpox, malaria e tubercolosi e la vicinanza a Paesi epicentro di epidemie (come Congo e Sud Sudan) e la libera circolazione delle persone, inclusi i rifugiati, ha aumentato il rischio sanitario. A ciò si aggiungono gli effetti del cambiamento climatico, come alluvioni e siccità, che favoriscono la diffusione di epidemie.

A complicare ulteriormente il quadro vi è il **peso crescente delle malattie non trasmissibili** tra le quali ipertensione, diabete e cancro, che richiedono cure continuative e servizi specializzati spesso assenti fuori dai grandi centri urbani.

## GUARDANDO IL FUTURO

Il sistema sanitario ugandese ha compiuto passi importanti nell'estendere l'accesso alle cure e affrontare sfide storiche come HIV e malaria. Tuttavia, resta un sistema fragile, sottofinanziato e penalizzato dalla scarsità di personale adeguatamente formato e da una distribuzione iniqua delle risorse. Per costruire un sistema più equo e resiliente, l'Uganda dovrà continuare a investire nel rafforzamento dell'assistenza primaria, nella formazione e stabilizzazione del personale e in un migliore equilibrio tra risorse pubbliche e aiuti esterni. L'esperienza dal campo ci ricorda che la Copertura Sanitaria Universale non è solo un obiettivo politico, ma **una vera responsabilità collettiva**, e le sfide aperte confermano il ruolo essenziale che attori come Medici con l'Africa Cuamm possono avere nel sostenere il percorso verso questo obiettivo, trasformando la visione in azioni concrete a favore delle comunità più vulnerabili.

## NOTE

<sup>1</sup> Ministry of Health, Health Sector Strategic Plan 2020/21 - 2024/25.

<sup>2</sup> Ministry of Health, National Community Health Strategy 2021/22-2025/26.

<sup>3</sup> Ministry of Health, Human Resource for Health Audit Report, 2017/18.

<sup>4</sup> Uganda Ministry of Health, Annual Health Sector Performance Report 2023/24.

<sup>5</sup> Ramadhan H, 2015, Retention challenges of human resources for health: What are the alternatives incentives for retention of skilled health workers in Uganda health sector? Med. Pract. Rev. <https://doi.org/10.5897/MPR.2014.0110>



## DA “DENTRO” I SISTEMI SANITARI

Per garantire il diritto alla salute per tutti, dobbiamo partire dai sistemi sanitari. Aliyi Walimbwa è un esperto di strategie e politiche sanitarie del ministero della Salute dell'Uganda.

In questa intervista condivide spunti sulle strategie messe in campo per migliorare l'accesso ai servizi sanitari, ridurre l'onere economico sulle famiglie e superare gli ostacoli sistemici.

JESSICA MARZARO INTERVISTA ALIYI WALIMBWA / SPECIALISTA DEL MINISTERO DELLA SALUTE DELL'UGANDA, ESPERTO IN PIANIFICAZIONE ED ECONOMIA SANITARIA

L'accesso a servizi sanitari di qualità resta una sfida cruciale in molti Paesi, soprattutto dove le risorse sono limitate e la popolazione continua a crescere. Ma in che modo il finanziamento innovativo, lo sviluppo del sistema e le iniziative sanitarie nazionali possono plasmare il futuro della sanità?

Ne parliamo con Aliyi Walimbwa, esperto in pianificazione e economia sanitaria e specialista del Ministero della Salute dell'Uganda.

### **Qual è l'impegno politico del governo ugandese in ambito sanitario?**

Se si guardano i documenti ufficiali, il livello di impegno politico viene definito “elevato”. Ma è lecito chiedersi: come si misura questo impegno?

Un modo è osservare la quota di bilancio nazionale destinata alla sanità. In Uganda, il settore sanitario è tra le prime cinque priorità, un segnale che la salute è considerata centrale. In situazioni di emergenza, come durante le epidemie, al settore vengono spesso assegnati fondi supplementari, a conferma della reattività del governo rispetto ai bisogni sanitari.

Oltre ai numeri, l'impegno politico si riflette anche nelle dichiarazioni pubbliche del Presidente, del Ministro della Salute, dei membri del Gabinetto e del Parlamento. Quindi sì, l'impegno è forte. Se poi questo si traduca in azioni concrete, è un'altra questione.

### **Visto che solleva il tema: questo impegno si traduce davvero in azioni?**

È il punto chiave: bisogna passare dall'impegno alle azioni. Prendiamo l'accesso finanziario. L'Uganda ha ancora uno dei livelli più alti della regione per quanto riguarda la spesa sanitaria a carico diretto delle famiglie. Negli ultimi cinque anni, circa il 30% della spesa sanitaria totale è stato sostenuto direttamente dai cittadini, ben oltre la soglia del 15–20% raccomandata da OMS e Banca Mondiale. E questo accade nonostante un quadro normativo che prevede l'erogazione gratuita dei servizi.

Per affrontare il problema, ci riferiamo a parametri internazionali. La Dichiarazione di Abuja impegna i governi ad allocare almeno il 15% del bilancio nazionale alla salute. In Uganda, questa percentuale si è attestata tra il 7% e l'8% nell'ultimo decennio. L'OMS raccomanda inoltre una spesa pubblica di almeno 86 dollari pro capite all'anno per garantire servizi essenziali; l'Uganda

ne spende circa 11. E in rapporto al PIL, la spesa sanitaria si ferma sotto il 2%, ben lontana dal 5% indicato come soglia di riferimento.

Anche dove esistono riforme, come l'aumento degli standard di personale sanitario, l'attuazione si blocca per mancanza di fondi: gli standard sono stati triplicati, ma senza un budget adeguato, la copertura è crollata dal 60% al 22%.

### **Ha citato due indicatori fondamentali: spesa pubblica sanitaria e costi per le famiglie. Possiamo approfondire? Ad esempio, il PIL dell'Uganda è in crescita: la spesa pubblica sanitaria sta tenendo il passo?**

Attualmente, l'Uganda destina circa l'1,7% del PIL alla spesa pubblica sanitaria, molto al di sotto dell'obiettivo nazionale del 5%. Questo scarto evidenzia una criticità: anche se l'economia cresce, la quota destinata alla salute non cresce in proporzione. In concreto, significa che se anche la “torta” economica si allarga, la fetta riservata alla salute resta piccola o altalenante. Questo sottofinanziamento limita la capacità del settore di migliorare i servizi, aumentare il personale o estendere la copertura.

Proprio per questo, l'Uganda ha promosso Dialoghi Nazionali sul Finanziamento, con l'obiettivo di fissare traguardi chiari. Tra questi, l'impegno ad aumentare progressivamente la spesa sanitaria pubblica fino al 5% del PIL entro il 2040. È considerato un passo essenziale per raggiungere la copertura sanitaria universale e garantire la sostenibilità dei servizi sanitari essenziali.

Questo è cruciale anche per ridurre la spesa diretta delle famiglie, che spesso diventa catastrofica. Se i cittadini si rivolgono alle strutture pubbliche e non trovano i farmaci essenziali, le analisi diagnostiche o tempi d'attesa accettabili, finiscono per rivolgersi al settore privato, dove devono pagare di tasca propria.

### **Come può il sistema sanitario ridurre il peso economico delle spese sanitarie per le famiglie?**

Per perseguire questo obiettivo, è fondamentale aumentare i finanziamenti pubblici al settore. Tuttavia, anche quando il budget sanitario cresce, spesso non tiene il passo con la crescita demografica del Paese. In Uganda la popolazione cresce rapidamente, quindi un aumento del budget può non tradursi in maggiori risorse pro capite.

Per questo, il governo sta esplorando sistemi di pagamento preventivo e contributivi, come lo Schema Nazionale di Assicurazione Sanitaria, pensato per raccogliere risorse da tutti i cittadini

in base alla loro capacità contributiva, garantendo l'accesso ai servizi sanitari in base al bisogno e non alla disponibilità economica immediata. Schemi simili sono già attivi in Paesi vicini come Kenya, Rwanda e Tanzania, spesso all'interno delle strategie di Copertura Sanitaria Universale.

Accanto alle riforme di finanziamento, l'Uganda ha introdotto modelli di finanziamento basati sui risultati, che premiano le strutture sanitarie in base a indicatori di *performance*. Ad esempio, i fondi trimestrali sono parzialmente legati a una dozzina di indicatori relativi alla salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile (RMNCH), oltre che a malattie non trasmissibili e tubercolosi. Questo incentiva le strutture a cercare attivamente i pazienti e migliorare l'accesso e la qualità dei servizi. I dati mostrano che questo approccio ha portato a un aumento significativo dell'accesso ai servizi mirati.

Anche lo sviluppo delle infrastrutture ha un ruolo chiave. L'apertura di nuovi centri sanitari e il potenziamento di quelli esistenti, a livello di contea e sotto-contea, servono a ridurre le barriere fisiche, come la distanza. Allo stesso modo, è stato aumentato il personale, con l'obiettivo di garantire la presenza di medici nei centri sanitari per migliorare la qualità delle cure e rafforzare il sistema di riferimento.

La prevenzione è un altro pilastro. La strategia nazionale sulla salute comunitaria promuove educazione e prevenzione a livello locale, grazie agli operatori sanitari comunitari che offrono cure tempestive e attività di promozione della salute nelle comunità, riducendo così la necessità di cure ospedaliere, più costose. Tutti questi interventi mirano a ridurre la spesa diretta e quella catastrofica per le famiglie, ma le sfide restano.

### **Quali sono secondo lei le principali sfide per raggiungere questi obiettivi?**

Una delle principali è l'influenza politica. Spesso i politici preferiscono investire in opere visibili e di impatto immediato, come strade o edifici, mentre i risultati della spesa sanitaria richiedono anni o decenni per manifestarsi, ad esempio con la riduzione della mortalità materna o l'aumento dell'aspettativa di vita. Que-

sto orizzonte di lungo termine rende più difficile ottenere finanziamenti adeguati e continui, anche se dimostrare il valore e il ritorno dell'investimento in salute è fondamentale per competere con altri settori nella ripartizione delle risorse.

Un'altra sfida importante è l'inefficienza. Storicamente, il sistema sanitario ha puntato molto sulla cura delle malattie piuttosto che sulla prevenzione, con conseguente spreco di risorse e occasioni mancate. Anche se la consapevolezza sull'importanza della prevenzione sta crescendo, reindirizzare risorse e mentalità non è semplice. Inoltre, i fondi vengono spesso assegnati secondo formule fisse, anziché in base alla reale erogazione di servizi o al numero di pazienti, riducendo gli incentivi a migliorare l'efficienza e la qualità.

Dipendiamo fortemente dai finanziamenti esterni, il che può complicare la pianificazione e ridurre il senso di proprietà nazionale. Le priorità dei donatori non sempre coincidono con i bisogni locali, e la capacità di assorbire i fondi esterni è spesso inferiore rispetto a quelli locali, generando incertezza e ostacolando le strategie a lungo termine.

Anche la mobilitazione di risorse interne è una sfida. A differenza di altri Paesi che prevedono imposte vincolate alla salute, in Uganda queste entrate confluiscono nel bilancio generale e devono competere con settori come la difesa. Il risultato è che il settore sanitario riceve aumenti minimi anno dopo anno, rendendo difficile l'espansione dei servizi.

Infine, la rapida crescita della popolazione esercita una pressione enorme sul sistema, rendendo quasi impossibile rispondere in modo sostenibile alla domanda crescente.

Nonostante queste sfide, resto fiducioso. Esiste una volontà politica chiara, e l'impegno per trasformare le promesse in azione è reale. Ora spetta al settore sanitario la responsabilità di essere innovativo, costruire una forte capacità di advocacy e coinvolgere efficacemente tutti gli attori: governo, parlamento, donatori, società civile e settore privato. Solo attraverso una collaborazione strategica sarà possibile trasformare le intenzioni in progresso reale e costruire un sistema sanitario più forte per il futuro.



## RISPONDERE ALLE EMERGENZE SANITARIE

Come affrontare emergenze di salute pubblica in Paesi a limitate risorse?

Come rispondere alle epidemie e alle crisi?

Dall'Uganda le esperienze di un Paese che ha dovuto affrontare Ebola, malaria, tubercolosi e, più di recente, Covid19, e che raccontano una prospettiva legata alle comunità.

TESTO DI / JERRY ICTHO, GODFREY ESIRU, PETER LOCHORO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM  
ALEXIA PASTORI / JUNIOR PROJECT OFFICER IN SALUTE PUBBLICA

In Uganda, molti indicatori sanitari chiave sono ancora lontani dal raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG): fino a 1 bambino su 28 muore prima del primo compleanno e 1 su 19 prima dei cinque anni<sup>1</sup>. Le **frequenti epidemie di malattie infettive** come Ebola, febbre gialla, Mpox, malaria, tubercolosi, HIV, COVID-19, morbillo e colera<sup>2-3</sup> contribuiscono a questi dati e la politica di accoglienza dei rifugiati dai Paesi confinanti aumenta la mobilità della popolazione e il rischio di diffusione di malattie<sup>4-5</sup>.

Per far fronte a queste sfide, nel 2019 è stato adottato il *National Multi-hazard Emergency Preparedness and Response Plan* (NMEPRP)<sup>6</sup>. Da allora, grazie a una leadership efficace e all'attuazione rapida di azioni chiave (comunicazione del rischio, assistenza clinica, logistica, diagnostica, sorveglianza e coinvolgimento comunitario), il Paese ha risposto efficacemente a numerose crisi mantenendo attivi i servizi sanitari essenziali.

### L'ESPERIENZA DELLA PANDEMIA COVID-19

Tra il 2019 e il 2022, la pandemia di Covid-19 ha messo in luce la necessità di un **approccio multidisciplinare e decentralizzato** alle emergenze sanitarie<sup>7</sup>. In risposta, il Ministero della Salute ha istituito un *Public Health Emergency Operations Center* nazionale e 17 centri regionali per supportare le task force distrettuali. Questi centri, basati sul modello OMS, hanno coordinato le risposte ai focolai e la pianificazione d'emergenza<sup>8</sup>.

Medici con l'Africa Cuamm ha contribuito in modo significativo all'implementazione di questo modello, in particolare nelle regioni di Karamoja, Lango e West Nile, rafforzando la preparazione e la continuità dei servizi essenziali. Grazie al sostegno di partner come Elma Foundation, Unicef, Global Fund, Aics, Usaid e Oms, Cuamm ha migliorato la pianificazione e il coordinamento a livello distrettuale, sub-contea, sanitario e comunitario, intensificando la comunicazione del rischio, la mobilitazione sociale e l'uso dei dati per pianificare e indirizzare le azioni di risposta.

### CUAMM E LA RISPOSTA A COVID-19

Medici con l'Africa Cuamm ha fornito supporto tecnico alle task

force d'emergenza distrettuali, facilitato la valutazione dei rischi e la mappatura dei focolai nei nove distretti del Karamoja, rafforzando il coinvolgimento comunitario per promuovere la prevenzione e la vaccinazione contro il COVID-19. Sono state distribuite forniture e attrezzature a 456 operatori sanitari in 76 strutture, mentre 323 operatori di prima linea sono stati formati su prevenzione e gestione dei casi, e altri 330 sulla vaccinazione COVID-19. Cuamm ha inoltre potenziato la produzione e distribuzione di ossigeno medico in sei ospedali e quattro centri di salute, colmando gravi carenze durante la pandemia.

Fino a marzo 2022, nella Karamoja sono stati registrati 3.332 casi di COVID-19, con 3.278 guarigioni (98,4%) e 54 decessi (1,6%).

### IL RUOLO DELLE COMUNITÀ

Nella Karamoja, 1.125 *Village Health Teams* (VHT) sono stati formati sulle linee guida per il coinvolgimento comunitario e l'assistenza domiciliare COVID-19. Il ruolo svolto è stato essenziale per **mobilitare le comunità** e gestire l'esitazione vaccinale, per fornire feedback ai fornitori sanitari e nel collegamento ai servizi. Cuamm ha identificato 45 aree hotspot e ha mobilitato 25 VHT attivi per area, formando task force locali per la gestione dell'emergenza.

Durante le campagne vaccinali, i VHT hanno usato altoparlanti e megafoni per sensibilizzare la popolazione sulle misure preventive. Queste azioni, insieme alla sensibilizzazione dei *District Health Educators*, hanno portato ad un aumento della copertura vaccinale negli adulti, dal 3,7% di luglio 2021 al 74,1% di marzo 2022, con l'aumento degli hub vaccinali da 45 a 76. Cuamm ha inoltre fornito cinque motociclette per supportare la comunicazione nelle aree di Karenga, Napak, Amudat, Nakapiripirit e Kaabong, integrando gli sforzi di Unicef e del Ministero della Salute. Tuttavia, sono rimaste alcune resistenze legate a convinzioni culturali radicate.

### LEZIONI PER IL FUTURO

L'esperienza ha evidenziato alcune **buone pratiche** fondamentali. Nella Karamoja, le task force distrettuali, guidate dai *Resi-*

**TABELLA 1 /** ADOZIONE DEL VACCINO COVID-19 TRA MARZO 2021 E MARZO 2022 TRA GLI ADULTI (FONTE DATI: RAPPORTI HMIS)

DISTRETTO	PRIMA DOSE (ALTRO ANTIGENE)	SECONDA DOSE (VACCINAZIONE)	ADOZIONE DEL VACCINO NELLA POPOLAZIONE DA MARZO 2021 A MARZO 2022
ABIM	20.271	22.721	66,7%
AMUDAT	16.956	5.492	47,9%
KAABONG	21.954	10.809	86,9%
KARENGA	11.933	6.212	85,8%
KOTIDO	25.311	17.800	61,4%
MOROTO	22.221	13.410	82,6%
NABILATUK	18.719	10.185	80,2%
NAKAPIRIPIT	16.311	19.662	86,7%
NAPAK	25.897	25.395	82,8%
KARAMOJA	178.636	131.686	74,1%

dent District Commissioners, hanno supervisionato le attività e promosso le iniziative Cuamm, favorendo anche l'advocacy per risorse aggiuntive. I governi locali hanno coordinato la pianificazione e il budget con i partner, ottimizzando l'uso di personale, mezzi e attrezzature in base alle priorità condivise.

Cuamm ha supportato la mappatura degli hotspot utilizzando dati spaziali e temporali, inclusi GPS e dati sull'utilizzo dei servizi, per indirizzare le risposte nelle aree più vulnerabili. La formazione continua degli operatori sanitari e dei VHT ha migliorato competenze e motivazione, anche in condizioni difficili.

Lo **scambio di informazioni** via Zoom e WhatsApp ha garantito aggiornamenti tempestivi sulle linee guida e sulle buone pratiche. Cuamm ha garantito un coinvolgimento regolare con i VHT nelle riunioni delle aree, per rafforzare comunicazione del rischio, sorveglianza e partecipazione comunitaria. Infatti, proprio i VHT hanno mobilitato le comunità ad adottare misure preventive, promuovere la vaccinazione e diffondere informazioni su salute e nutrizione.

## NOTE

- <sup>1</sup> UBOS, Uganda Demographic and Health Survey 2022, Uganda Bureau of Statistics Kampala, Uganda.
- <sup>2</sup> Ashraf, S., et al., Emerging viruses are an underestimated cause of undiagnosed febrile illness in Uganda. *International Journal of Infectious Diseases*, 2023. 130: p. S17.
- <sup>3</sup> Mbonye, A.K. and M. Sekamatte, Disease outbreaks and reporting in Uganda. *The Lancet*, 2018. 392(10162): p. 2347-2348.
- <sup>4</sup> Bohnet, H. and C. Schmitz-Pranghe, Uganda: A role model for refugee integration? 2019.

- <sup>5</sup> Mylan, S., Key Considerations: Balancing Epidemic Preparedness and Response with Humanitarian Protection in Ugandan Refugee Settlements. 2024.
- <sup>6</sup> Ario, A.R., et al., The logic model for Uganda's health sector preparedness for public health threats and emergencies. *Global health action*, 2019. 12(1): p. 1664103.
- <sup>7</sup> Muhwezi, W.W., et al., The Performance of the COVID-19 District Task Forces in Uganda: Understanding the Dynamics and Functionality. 2020: ACODE.
- <sup>8</sup> Kayiwa, J., et al., Establishing a public health emergency operations center in an outbreak-prone country: lessons learned in Uganda, January 2014 to December 2021. *Health security*, 2022. 20(5): p. 394.



## ESPERIENZE DAL CAMPO

### OLTRE I SERVIZI: LO SGUARDO DAGLI OSPEDALI

In Uganda, il ruolo degli ospedali va oltre la cura: sono nodi strategici per la formazione, la prossimità e la protezione delle comunità. Il dottor Sam Orach, alla guida dell'Uganda Catholic Medical Bureau, racconta come questa rete affronta le sfide dell'Universal Health Coverage, tra sottofinanziamento, nuovi bisogni di salute e ricerca di un equilibrio tra accessibilità, sostenibilità e benessere.

JESSICA MARZARO INTERVISTA SAM ORACH / SEGRETARIO ESECUTIVO UGANDA CATHOLIC MEDICAL BUREAU

Il livello ospedaliero in Uganda svolge un ruolo centrale e multifunzionale nel sistema sanitario. Gli ospedali non sono solo fornitori di cure secondarie, ma anche punti di riferimento per i centri sanitari periferici, centri di formazione per operatori e reti di protezione per le comunità. Tra i principali attori non statali figura l'*Uganda Catholic Medical Bureau* (UCMB), che gestisce una delle più ampie reti confessionali del Paese: 308 strutture, tra cui 33 ospedali. Per approfondire sfide e prospettive legate a questo modello ospedaliero, ne parliamo con il dottor Sam Orach, Segretario Esecutivo dell'UCMB.

#### OPERARE IN ASSENZA DI UN FINANZIAMENTO STRUTTURALE

Finanziare queste strutture significa muoversi in un panorama complesso di flussi economici. Secondo i dati UCMB, nel 2023–2024 le strutture sanitarie hanno attinto da tre fonti principali: il contributo diretto dei pazienti (*user fees*), pari al 60%, il finanziamento pubblico (8%) e il supporto da parte di donatori internazionali e partner di sviluppo (22%). L'Uganda continua ad **affrontare il peso delle spese catastrofiche** per la salute, che spingono le famiglie vulnerabili verso una povertà ancora più profonda, in assenza di un meccanismo nazionale efficace di protezione finanziaria: «l'implementazione della *National Health Insurance Scheme* è eccessivamente lenta», osserva Orach. A questo si aggiunge il cronico sottofinanziamento dei servizi di prevenzione e promozione della salute, essenziali per ridurre l'incidenza delle malattie e i costi.

#### SALUTE O PRESTAZIONI SANITARIE?

Oltre agli aspetti economici, Orach invita a rivedere il concetto stesso di copertura sanitaria universale. «Per prima cosa, bisogna definire correttamente cosa si intende per *Universal Health Coverage*. Molti tendono a interpretarla come **Universal Healthcare Coverage**. In realtà, include l'intero continuum dei servizi sanitari: prevenzione, promozione della salute, riabilitazione e cure sanitarie».

Aggiunge però che neanche questa definizione è sufficiente. «L'Obiettivo 3 degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile ONU punta a garantire salute e benessere per tutti, a tutte le età, non solo servizi. La salute è uno stato di benessere». Gli attuali indicatori della copertura sanitaria universale, come l'*Health Services Coverage Index*,

si concentrano sull'accesso ai servizi, ma non misurano lo stato reale di salute della popolazione. «In Uganda, questo indice è quasi raddoppiato tra il 2020 e il 2022», osserva Orach, «ma ciò non significa che la popolazione sia più sana». Per orientare efficacemente le politiche è necessario sviluppare metriche che riflettano la loro capacità di vivere e agire pienamente, libere da condizioni morbose.

#### STRATEGIA E AZIONE DEL CATHOLIC MEDICAL BUREAU

Per migliorare l'accesso e proteggere le famiglie da spese sanitarie insostenibili, l'UCMB incoraggia le proprie strutture a mantenere tariffe accessibili, cercando un equilibrio tra sostenibilità economica ed equità. La collaborazione con il *Joint Medical Store* (JMS) assicura disponibilità costante ed efficienza nell'uso di farmaci e materiali. L'ingresso graduale di JMS nella produzione farmaceutica locale potrebbe rafforzare nel tempo la filiera degli approvvigionamenti. L'UCMB promuove anche meccanismi di finanziamento comunitario, come le assicurazioni mutualistiche, per ridurre il rischio di spese catastrofiche, sostiene il potenziamento della prevenzione e degli interventi di prossimità nelle comunità, incoraggia anche i controlli regolari, e non solo il ricorso alle cure in caso di malattia, promuovendo un modello di "assistenza sanitaria olistica" che guarda alla persona nella sua interezza.

La salute digitale è parte della strategia futura: «stiamo esplorando come usare meglio la tecnologia per ampliare l'accesso ai servizi sanitari e alle attività di promozione della salute», afferma Orach.

#### SFIDE CHE PERSISTONO E FUTURO

Nonostante questi sforzi, le sfide rimangono significative. Prevenzione e promozione della salute sono ancora poco valorizzate. «Le malattie non trasmissibili stanno aumentando e dobbiamo prestare loro grande attenzione», avverte Orach, «ma le malattie trasmissibili non stanno diminuendo». Il cammino verso una vera copertura sanitaria universale richiederà un cambiamento di paradigma: dal focus esclusivo sull'accesso ai servizi e sulla sostenibilità economica, verso una **visione più ampia**, orientata al miglioramento effettivo degli esiti di salute e del benessere complessivo della popolazione ugandese.



## ESPERIENZE DAL CAMPO

# LAVORARE CON SCARSE RISORSE: IL DISTRETTO DI OYAM

Lavorare in un Distretto significa mettersi in gioco con più livelli: dall'ospedale, alla comunità, all'approvvigionamento, ai centri di salute. Ma vuol dire anche misurarsi con il livello nazionale e con il contesto globale, mantenendo forte il legame con il personale e la dimensione rurale del distretto stesso.

TESTO DI / GIOVANNI DALL'OGGIO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM AREA PROJECT MANAGER, REGIONE DEL LANGO, UGANDA

Nel distretto di Oyam, Regione del Lango, nel nord dell'Uganda, dove il Cuamm è presente da tanti anni, è sempre difficile non lasciare mai indietro nessuno, specialmente mamme, bambini, adolescenti e i più poveri e lontani dalle unità sanitarie. Le difficoltà, spesso di natura economica, organizzativa e logistica, sono il riflesso di complessità di altro livello.

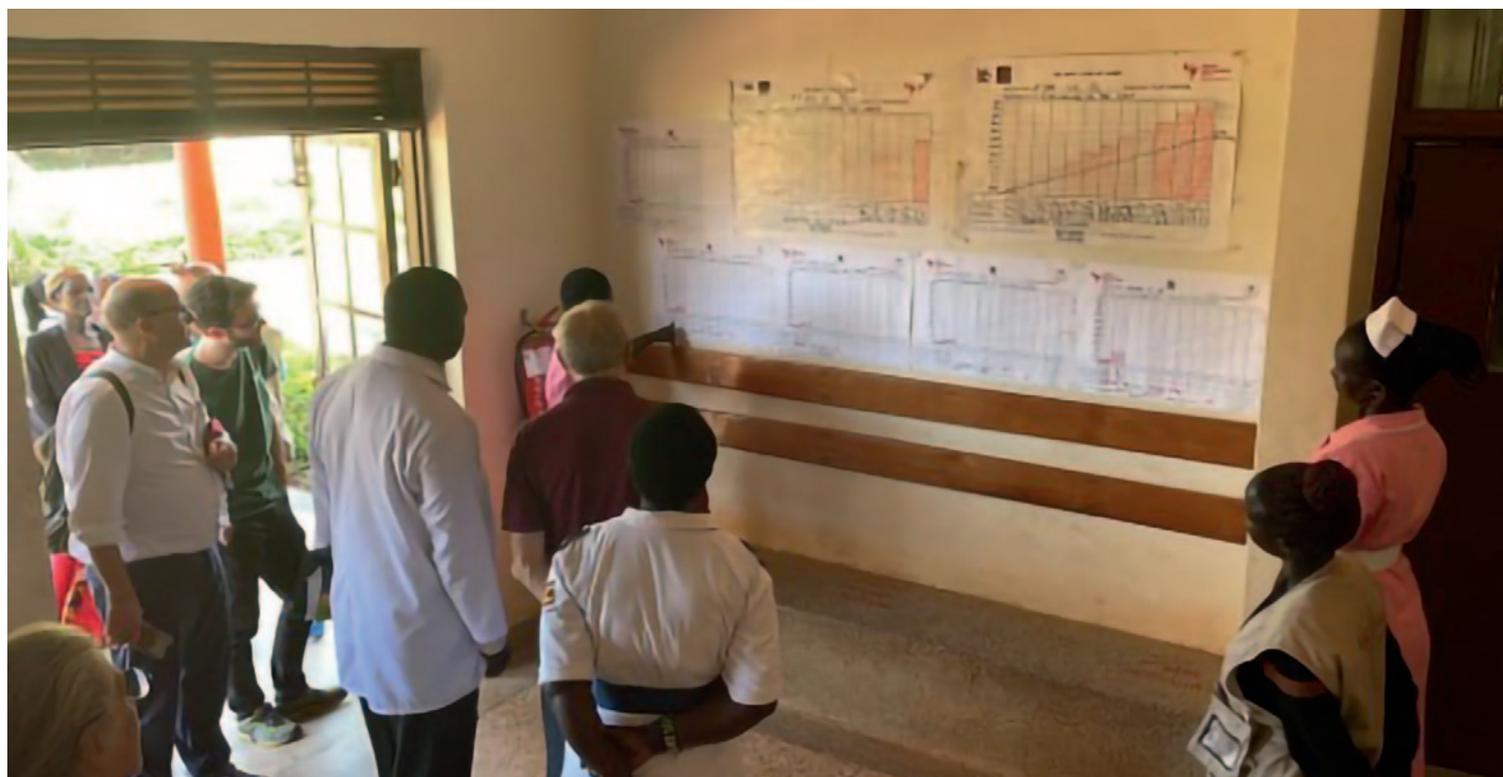
### UN DISTRETTO IN CONNESSIONE GLOBALE

Supportare il Distretto significa far fronte alle necessità sanitarie di oltre 500.000 persone che vivono in zone rurali ma allo stesso tempo connesse a **dinamiche globali**. Ad esempio, speravamo che periodi impegnativi come quello del Covid non si sarebbero più ripetuti, ma da anni ormai vediamo le conseguenze della guerra in Ucraina: prezzi dei beni alimentari aumentati vertiginosamente e scarsità di farmaci, con riduzioni anche del 50%.

In aggiunta, questi primi mesi del 2025 sono stati un susseguirsi di incertezze, con la notizia repentina dello stop dei progetti da parte di USAID (il programma di cooperazione USA, cancellato da Donald Trump). Ma la realtà distrettuale si misura anche con la realtà nazionale: la crescita economica dell'Uganda non va di pari passo all'impegno in tema di salute. Rispetto alle risorse umane previste nelle unità sanitarie governative secondo l'organigramma nazionale, solo il 35% sono state impiegate con conseguenze pesanti sul personale, che diventa sovra impegnato, e impatti negativi sulla qualità delle cure. Davanti a scenari complessi, come garantire la **continuità** dei progetti?

### FOCUS SULLE SOLUZIONI

La cosa più importante è trovare delle soluzioni per tamponare le conseguenze sulla salute delle persone. Si cerca di non inter-



rompere mai attività importanti, come quelle erogate dai volontari nei villaggi, i *Village Health Teams*, e di assicurare la disponibilità dei farmaci per le cure di diarrea, malaria e polmoniti dei bambini. E se i farmaci scarseggiano, si fa la ridistribuzione dei farmaci tra le stesse unità sanitarie: le unità sanitarie che svolgono adeguatamente il proprio lavoro e riescono ad avere tanti pazienti, infatti, sono le prime a ritrovarsi senza farmaci. Si ottimizzano le prescrizioni dei farmaci nelle unità, attenendosi alle linee cliniche del Ministero: questo significa fare visite di supporto e supervisione anche insieme ad autorità per risolvere problemi di negligenza, assenteismo e di mancato rispetto degli obblighi contrattuali che mettono a rischio lo spirito di squadra nelle unità.

### LE PERSONE SONO (DAVERO) RISORSE

In contesti di basse risorse, le **risorse primarie sono le persone**.

I risultati importanti devono essere condivisi, prima di tutto tra coloro che ne sono i protagonisti: lo staff nelle unità sanitarie ed i responsabili. Per esempio, abbiamo registrato una sensibile diminuzione delle morti materne, di oltre il 35%: formazione delle ostetriche nelle unità, aumento della qualità delle cure e disponibilità del servizio delle due ambulanze per le urgenze hanno portato questo risultato.

Per questo in ogni unità il Cuamm predispose ogni anno delle elaborazioni grafiche che evidenziano gli indicatori più importanti (come il numero dei parti) che vengono aggiornati ogni mese, comparati con le performance precedenti e i target, e discussi nei meeting mensili prima di inviare i rapporti al distretto. A questo si aggiungono le presentazioni fatte ogni tre mesi nei



meeting di valutazione a cui partecipano i responsabili delle unità, oltre a politici, partners e i membri e direttore del *District Health Team*.

Queste presentazioni trovano posto nelle grandi bacheche del distretto, in modo che tutti sappiano del lavoro svolto e delle sfide ancora aperte.

Tutti quanti hanno un bisogno assoluto di conoscere il risultato del loro duro lavoro, per lo più svolto con grande dedizione e in condizioni di vita precaria spesso lontani dalle loro famiglie. Per il Cuamm, ad Oyam, questa è una priorità ed è un metodo assolutamente vincente: **visibilità, dati e il giusto modo di comunicarli** sono fondamentali per promuovere i miglioramenti di qualità dei servizi di salute a tutti i livelli.



## ESPERIENZE DAL CAMPO

# LA SFIDA DELLA RESISTENZA ANTIMICROBICA IN KARAMOJA

I temi della ricerca, anche in Africa, si evolvono in base alle nuove prospettive.

Un esempio di ciò è l'attenzione alle nuove frontiere della One Health, che nella regione rurale ugandese della Karamoja si traduce nell'introduzione di approcci nuovi per limitare la diffusione dell'antibiotico resistenza.

TESTO DI / SIMONE CADORIN / PROJECT MANAGER MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

27,3 decessi ogni 100.000 abitanti. È il tasso di decessi da antibiotico resistenza (AMR) nell'Africa sub-sahariana<sup>1</sup>: da oltre sessant'anni, la comunità scientifica porta all'attenzione questo fenomeno. Gli sforzi globali per identificare in modo sistematico i principali fattori che ne favoriscono la diffusione e attuare strategie efficaci per contrastarla si sono intensificati nel 2015<sup>2</sup>, dopo la risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità.

Secondo il *Lancet*<sup>1</sup> ogni anno 1,27 milioni di decessi sono direttamente causati da **batteri resistenti ai farmaci**, mentre 4,95 milioni sono associati alla resistenza batterica. Inoltre, un decesso su cinque legato all'AMR riguarda bambini sotto i cinque anni. Si stima che entro il 2050 i decessi attribuibili all'AMR potrebbero raggiungere i 10 milioni all'anno e l'Africa sub-sahariana è al primo posto in questa classifica.

### UNA RISPOSTA INNOVATIVA DALL'UGANDA

L'Uganda ha risposto all'appello internazionale sviluppando diverse politiche nazionali. Lo *Uganda One Health Strategic Plan*<sup>3</sup> definisce le strategie per le tre dimensioni chiave - salute umana, animale e ambientale - con un focus sulla prevenzione, il controllo e la sorveglianza delle malattie zoonotiche. Parallelamente, il Piano d'Azione sulla Resistenza agli Antibiotici<sup>4</sup> stabilisce obiettivi specifici per rafforzare i programmi di prevenzione e controllo delle infezioni, promuovere l'antimicrobial stewardship e potenziare i laboratori microbiologici ospedalieri. In questo contesto, dal 2023, Medici con l'Africa Cuamm, con il sostegno dell'Agenzia Italiana per la Cooperazione e lo Sviluppo (AICS), implementa un progetto a supporto degli ospedali di Matany e Moroto, nella regione rurale della Karamoja, per sviluppare e attuare **tre programmi essenziali** nella lotta alla resistenza agli antibiotici.

In primo luogo, il potenziamento dei *laboratori diagnostici* e l'adozione di *tecnologie microbiologiche*: Cuamm ha supportato la creazione dell'unità di microbiologia dell'Ospedale di Matany e il potenziamento di quella già esistente presso l'Ospedale di Moroto.

### NOTE

<sup>1</sup> Christopher J L Murray et al. (2022) Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Available at: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02724-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02724-0/fulltext)

<sup>2</sup> Global action plan on antimicrobial resistance. Sixty-eight world health assembly (2015). Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763>

<sup>3</sup> Government of Uganda. Uganda One Health Strategic Plan 2018-2022 (2018)

Questa è una vera sfida per l'Africa, perché prevede **strumenti** essenziali per identificare patogeni resistenti, migliorare la sorveglianza microbiologica e guidare strategie sanitarie contro la resistenza antimicrobica. Il progetto prevede uno sforzo di *antibiotic stewardship* a supporto della formazione del personale sanitario, definizione di linee guida ospedaliere e monitoraggio di consumo e utilizzo di antimicrobici per garantire un uso appropriato degli antibiotici, solo quando necessario e nelle giuste modalità. Anche le misure di *Infection Prevention and Control* (IPC) sono fondamentali per limitare la diffusione delle infezioni in ambito sanitario. Il progetto punta a rafforzare igiene, gestione dei dispositivi medici e formazione del personale, contribuendo alla riduzione delle infezioni nosocomiali e alla lotta contro la resistenza antimicrobica.

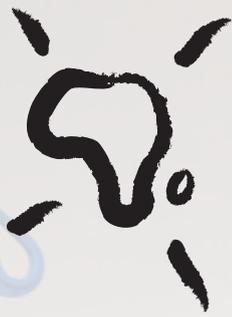
### LA SALUTE CHE DIVENTA "ONE HEALTH"

Tutte queste misure concorrono all'approccio integrato della *One Health*, che riconosce l'interconnessione tra salute umana, animale e ambientale, promuovendo un'azione coordinata tra i settori sanitario, veterinario e ambientale.

La resistenza antimicrobica è una delle più grandi sfide sanitarie globali, imponendo un **cambio di paradigma** che ci spinge a rivedere le priorità e ad ampliare l'attenzione verso aree finora marginali nei programmi sanitari africani. Affrontarla richiede un impegno coordinato, investimenti mirati e un approccio multidisciplinare. L'esperienza in Karamoja mostra come strategie integrate possano migliorare i servizi sanitari e ridurre i costi, ottimizzando l'uso degli antibiotici negli ospedali e alleggerendo il peso economico per le famiglie che affrontano spese per trattamenti prolungati o inefficaci. Il lavoro di Medici con l'Africa Cuamm, in collaborazione con partner locali e internazionali, rappresenta un modello di intervento che rafforza la salute delle comunità e costruisce un sistema più resiliente e sostenibile. Proseguire su questa strada significa proteggere le generazioni future e preservare l'efficacia degli antibiotici nella cura delle infezioni.

Available at: <https://health.go.ug/sites/default/files/Uganda%20HSP%20Final%20Launched%2015-02-2018%20%281%29.pdf>

<sup>4</sup> Government of Uganda. Antimicrobial Resistance National Action Plan 2018-2023 (2018) Available at: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/antimicrobial-resistance/amr-spc-npm/nap-library/uganda-nap-amr.pdf?sfvrsn=6ea2650d\\_5&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/antimicrobial-resistance/amr-spc-npm/nap-library/uganda-nap-amr.pdf?sfvrsn=6ea2650d_5&download=true)



## UNA NUOVA CHANCE PER I NEONATI DI KARAMOJA

Nel cuore di una delle regioni più svantaggiate dell'Uganda, il Karamoja, è stata inaugurata una nuova **unità di terapia intensiva neonatale (NICU)** presso lo St. Kizito Hospital di Matany. L'iniziativa, sostenuta da Medici con l'Africa Cuamm, dall'Ambasciata d'Irlanda e dal Ministero della Salute ugandese, offre cure salvavita ai neonati in un contesto dove la mortalità neonatale resta drammaticamente elevata. In Karamoja si registrano ogni anno circa **550 decessi perinatali**, di cui **160 nei primi 28 giorni di vita**. La NICU rappresenta non solo un luogo sicuro per i neonati più fragili, ma anche un investimento più ampio nel rafforzamento del sistema sanitario locale. Oltre alla nuova struttura, Cuamm garantisce formazione del personale, attrezzature essenziali e supporto ad altri ospedali distrettuali a Moroto, Kaabong e Abim.

Un passo fondamentale per ridurre le morti evitabili e dare a ogni bambino una possibilità concreta di vivere.



ATION WARMER 1





# FOCUS

## VACCINAZIONI, DATI E SALUTE: LEZIONI DALL'UGANDA

Una componente cruciale della copertura sanitaria universale (UHC) è l'equo accesso ai vaccini, che dipende da dati affidabili per pianificare e allocare le risorse in modo efficace. In Uganda è attivo un progetto per migliorare la qualità dei dati vaccinali. Scopriamo le lezioni apprese con il dott. Joseph Katetemera, Consulente Tecnico di Medici con l'Africa Cuamm.

JESSICA MARZARO INTERVISTA JOSEPH KATETEMERA / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Poter contare su dati affidabili sui vaccini è fondamentale per garantire programmi di immunizzazione efficaci e raggiungere la Copertura Sanitaria Universale (UHC). In Uganda, però, la qualità dei dati vaccinali resta una **sfida**, soprattutto nel sud della Karamoja, dove i registri risultano spesso incompleti, non aggiornati o inaccurati.

Per affrontare queste criticità, Medici con l'Africa Cuamm, in collaborazione con il Ministero della Salute e Co.Lab, ha avviato il progetto *Improving Vaccine Data Quality and Usability across Three Districts in Southern Karamoja*. Finanziato dal Foreign and Commonwealth Development Office del Regno Unito (FCDO/UK-AID), il progetto punta a migliorare l'affidabilità dei dati, rafforzare i sistemi di reportistica e sostenere processi decisionali più informati.

### Dr. Joseph Katetemera, perché parliamo di inaffidabilità dei dati?

«La nostra valutazione, condotta in 30 dei 38 centri sanitari ad alto volume, ha rivelato lacune importanti nella gestione dei dati vaccinali. Gli operatori necessitavano di maggiore formazione sulla gestione dei dati e sul *continuous quality improvement* (CQI - miglioramento continuo della qualità), oltre a strumenti migliori per raccogliere e archiviare le informazioni. Anche quando gli strumenti erano disponibili, ostacoli come sicurezza, manutenzione e forniture elettriche ne limitavano l'uso. Il problema più ricorrente era l'incoerenza tra gli strumenti di raccolta, tra registri, fogli di conteggio, report e il sistema DHIS2 (*District Health Information System 2*). Queste discrepanze hanno ridotto l'accuratezza dei dati, rallentando le decisioni e influenzando la distribuzione dei vaccini, rendendo difficile raggiungere le popolazioni con minor copertura vaccinale di Amudat, Moroto e Nabilatuk.»

### Che strategie avete adottato?

«Abbiamo formato dei *mentor* basandoci sulle linee guida *Immunization in Practice* del Ministero della Salute. Questi, a loro volta, hanno formato gli operatori sanitari con un approccio a cascata. Abbiamo rafforzato il CQI concentrandoci su registrazione,

reportistica, archiviazione e analisi dei dati. A Moroto, 17 centri sanitari hanno adottato la *Smart Paper Technology* (SPT), affiancata da pannelli solari, laptop e scanner, per superare le carenze energetiche. Questo sforzo di digitalizzazione ha migliorato l'accuratezza dei dati, superando anche le barriere infrastrutturali. Abbiamo distribuito nuovi moduli per la raccolta dati del Sistema Informativo Sanitario Nazionale (HMIS), armadi per l'archiviazione e strumenti di monitoraggio. Inoltre, abbiamo promosso iniziative di miglioramento della qualità guidate direttamente dai centri, che hanno permesso di identificare e risolvere le principali lacune nei dati. Le sessioni di apprendimento hanno favorito la **condivisione di buone pratiche** e rafforzato una cultura decisionale basata sui dati.»

### Cosa avete imparato?

«Il progetto ha evidenziato problemi strutturali ma anche opportunità. A livello nazionale, gli investimenti limitati e i ritardi nella distribuzione degli strumenti HMIS aggiornati hanno ostacolato i miglioramenti e complicato la reportistica nazionale. A livello distrettuale, le incongruenze nei flussi informativi richiedono una digitalizzazione completa dell'ultimo miglio, affrontando carenze di energia, competenze digitali e manutenzione. A livello locale, i dati si sono rivelati meno affidabili del previsto. Tuttavia, formazione mirata, mentorship e strumenti adeguati hanno portato a miglioramenti significativi. Il CQI, però, resta poco applicato, perché molti operatori sanitari non sono ancora abituati ad applicarlo nella pratica.

Per rendere questi miglioramenti sostenibili nel tempo, è infatti fondamentale **rafforzare la cultura del dato** all'interno delle strutture sanitarie, affinché dati vaccinali accurati guidino i processi decisionali e contribuiscano alla copertura sanitaria universale (UHC).

L'esperienza nel sud del Karamoja dimostra che investire nella gestione dei dati, nelle risorse tecniche e umane, è fondamentale per programmi vaccinali efficaci. Migliorare i sistemi informativi non è solo un'esigenza tecnica, ma un passo chiave per garantire accesso equo ai vaccini salvavita e avanzare verso la UHC.»



## RASSEGNA

# SALUTE E CLIMA: L'ALTRA EMERGENZA DELL'AFRICA

Il clima africano sta cambiando più rapidamente della media globale e aumentano malattie infettive, insicurezza alimentare, migrazioni interne. Sono le nuove emergenze sociali e sanitarie che accrescono le disuguaglianze: rafforzare sistemi sanitari e strategie di adattamento è la prima linea di difesa per affrontarle.

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

Il cambiamento climatico sta trasformando in modo rapido e profondo il clima africano. Tra il 1991 e il 2023, la temperatura media del continente è aumentata di **+0,3°C** per decennio<sup>1</sup>, un tasso superiore alla media globale. Anche se l'Africa è responsabile di meno del 10% delle emissioni globali di gas serra<sup>2</sup>, Paesi come l'Uganda, che contribuiscono pochissimo al cambiamento climatico, ne subiscono le conseguenze peggiori. Secondo l'IPCC<sup>1</sup>, gli eventi estremi (ondate di calore, siccità, inondazioni) sono diventati più frequenti e intensi, con conseguenze drammatiche per le popolazioni.

### INEQUITÀ CLIMATICA

Il rischio climatico **non è distribuito equamente**: dipende non solo dall'intensità degli eventi, ma anche dalla capacità di prepararsi, rispondere e riprendersi. Una capacità profondamente influenzata dal reddito e dall'accesso ai servizi essenziali. Le comunità più povere, spesso escluse da reti di protezione e infrastrutture resilienti, hanno margini di adattamento molto ridotti.

Nel continente africano, la regione dei Grandi Laghi, assieme al Sahel e al Corno d'Africa, è tra le aree più esposte<sup>1</sup>. In Uganda, dal 1961 a oggi, la temperatura media è aumentata di circa 1,3°C, e il 2023 è stato l'anno più caldo mai registrato, accompagnato da forti anomalie nelle piogge: alcune zone hanno sofferto siccità prolungate, altre sono state colpite da inondazioni devastanti. La crisi climatica diventa anche crisi sociale e sanitaria.

### ZONE RURALI SOTTO PRESSIONE

L'agricoltura ugandese, basata quasi interamente sulle piogge stagionali, è tra i settori più colpiti<sup>3</sup>. Nel 2023, la produzione di cereali come sorgo e miglio è calata. Tra il 2012 e il 2022, le persone in condizioni di insicurezza alimentare acuta sono aumentate di circa il 30%, e oggi un bambino su tre sotto i cinque anni soffre di ritardi nella crescita dovuti alla malnutrizione. Ma anche le malattie infettive preoccupano: nelle aree montuose più fresche dell'Uganda, le temperature record e l'umidità crescente favoriscono la proliferazione delle zan-

### NOTE

- 1 IPCC, *Sixth Assessment Report – Working Group II: Impacts, Adaptation and Vulnerability*, Chapter 9 – Africa, 2022. <https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/>
- 2 WMO, *Africa suffers disproportionately from climate change*, <https://wmo.int/media/news/africa-suffers-disproportionately-from-climate-change>
- 3 FAO, *Uganda Country Brief – Food Security and Nutrition*, <https://www.fao.org/countryprofiles/index/en/?iso3=UGA>

zare portatrici di malaria, dengue e febbre gialla<sup>4</sup>. Inoltre le comunità rurali, con accesso limitato all'acqua potabile, sono colpite da epidemie di colera<sup>4</sup>. Questi fattori contribuiscono ad alimentare il fenomeno dell'abbandono delle campagne per rifugiarsi nelle città.

### CRISI URBANA E SALUTE PUBBLICA

Negli ultimi vent'anni, in Uganda, la migrazione interna dalle zone rurali a quelle urbane è cresciuta del 50%, contribuendo all'espansione di insediamenti informali (*slums*) dove l'accesso a servizi sanitari, acqua potabile e igiene è estremamente limitato.

In aggiunta, anche le città sono colpite da fenomeni climatici estremi, come inondazioni, che danneggiano gravemente le infrastrutture (strade, scuole, ospedali) ostacolando l'accesso ai servizi essenziali. Non solo: le inondazioni, infatti, hanno contaminato le fonti idriche, aumentando il rischio di colera, diarrea e tifo.

Le città ugandesi, più **vulnerabili e impreparate** ad affrontare questi fenomeni, si trovano così sotto crescente pressione. I sistemi sanitari devono affrontare un aumento di malattie infettive e malnutrizione, soprattutto tra gli sfollati climatici: Kampala e altre città hanno registrato un aumento significativo dei casi di diarrea e negli ultimi 15 anni, i focolai di colera sono più che raddoppiati.

### RAFFORZARE I SISTEMI SANITARI

In questo scenario, rafforzare i sistemi sanitari è una priorità cruciale. Secondo OMS e IPCC, la resilienza sanitaria si costruisce con infrastrutture capaci di resistere agli eventi estremi, operatori formati sui rischi ambientali, sistemi di sorveglianza che integrano dati sanitari e climatici, e accesso sicuro all'acqua e ai servizi igienici<sup>1</sup>. Alcuni di questi principi sono già stati inclusi nel Piano Nazionale di Adattamento Sanitario dell'Uganda, sostenuto da partner come la Rockefeller Foundation<sup>5</sup>. **Integrare** salute, agricoltura, ambiente e urbanizzazione – secondo un approccio *One Health* – è essenziale per rispondere alla crisi ecoclimatica, ridurre le disuguaglianze, proteggere le persone più esposte e, con esse, il futuro della regione.

<sup>4</sup> WHO, *Climate Change and Health Country Profile – Uganda* <https://www.afro.who.int/countries/uganda>

<sup>5</sup> Ministry of Health (2024), *Climate Change Health – National Adaptation Plan (H-NAP) 2025- 2030*, Government of Uganda <https://www.rockefellerfoundation.org/wp-content/uploads/2024/08/Health-National-Adaptation-Plan-H-NAP-2025-2030-Final.pdf>



# 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 **73** anni di storia:

- o oltre **200** i programmi realizzati;
- o **2.500** le persone coinvolte nei progetti;
- o **43** i Paesi d'intervento;
- o **239** gli ospedali serviti;
- o **1.200** gli studenti ospitati dal collegio di cui 900 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, Costa d'Avorio, 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:
  - 21 ospedali;
  - 116 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, formazione);
  - 843 strutture sanitarie;
  - 4 scuole infermieri (Lui e Rumbek - Sud Sudan, Wolisso - Etiopia, Matany - Uganda);
  - 1 università (Beira - Mozambico);
- o **3.465 risorse umane** di cui 282 internazionali (espatriati) europei.

## 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;
- 280.000 donne perdono la vita per cause legate alla gravidanza e al parto.

Medici con l'Africa Cuamm si impegna in

**SIERRA LEONE**

**COSTA D'AVORIO**

**REPUBBLICA CENTRAFRICANA**

**SUD SUDAN**

**ETIOPIA**

**UGANDA**

**TANZANIA**

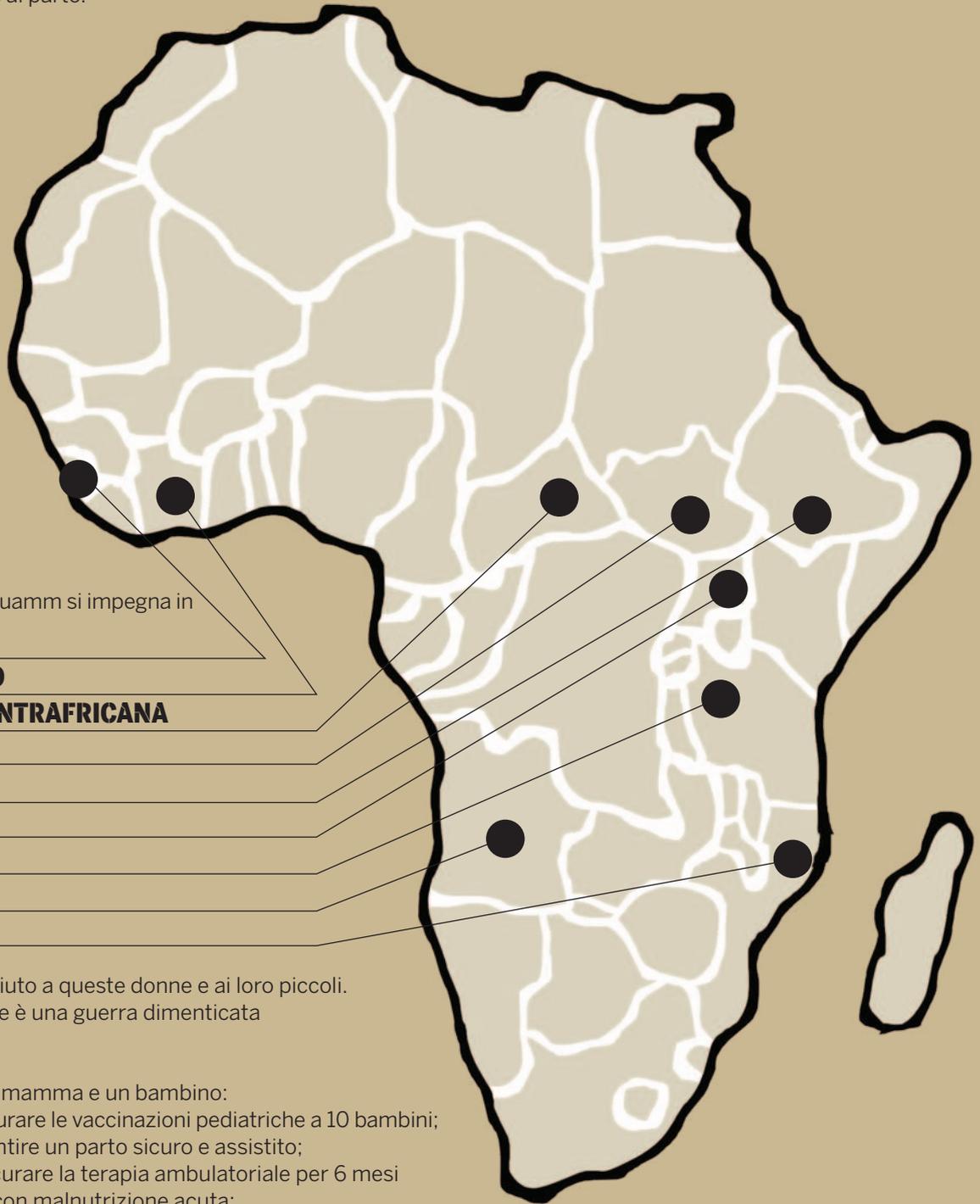
**ANGOLA**

**MOZAMBICO**

per portare cura e aiuto a queste donne e ai loro piccoli. Aiutaci in questa che è una guerra dimenticata e silenziosa.

Prenditi cura di una mamma e un bambino:

- 10 euro per assicurare le vaccinazioni pediatriche a 10 bambini;
- 40 euro per garantire un parto sicuro e assistito;
- 60 euro per assicurare la terapia ambulatoriale per 6 mesi per un bambino con malnutrizione acuta;
- 80 euro per sostenere un corso di aggiornamento per un'ostetrica;
- 100 euro per sostenere un corso di aggiornamento per un medico locale (formazione continua)



**E oggi più che mai sentiamo vere e necessarie le parole del *Lancet*,  
che facciamo nostre:**

**«La cooperazione e le partnership costruttive siano vitali e che  
la scienza abbia la capacità non solo di far progredire la nostra  
comprensione del mondo, ma anche di unire le persone. Che  
la salute sia un bene sociale, benefico per le società, un motore  
delle economie e un percorso verso lo sviluppo. [...] Che l'equità,  
ovvero curare in base alle necessità, sia fondamentale per ciò  
che è la medicina. E che prendersi cura non è un atto di debolezza,  
ma di forza».**