



**MEDICI  
CON L'AFRICA**  
CUAMM

rivista quadrimestrale  
di cooperazione e politica  
sanitaria internazionale  
marzo 2009 / n° 57



**SALUTE**

**E SVILUPPO**



**SALUTE****E SVILUPPO****CON QUESTO NUMERO****CELEBRA I VENTI ANNI****DELLA SUA VITA**

Il primo numero – con la testata di “Cuamm Notizie” – porta la data del gennaio 1989. I quasi sessanta numeri della collezione hanno registrato cambiamenti epocali nella politica e nell'economia internazionale, nelle politiche sanitarie mondiali e in quelle della cooperazione allo sviluppo.

«La crescita organizzativa e culturale di questo organismo di volontariato (Cuamm, ndr) è stata influenzata da molteplici fattori, tra i quali vogliamo sottolinearne in particolare uno: l'espansione della cooperazione italiana allo sviluppo verificatasi negli ultimi anni. Nelle pagine interne (vedi recensione del rapporto CeSPI) il lettore può trovare i “numeri” di questa espansione che ha portato l'Italia a essere uno dei più importanti donatori (il rapporto CeSPI riferiva che l'Italia nel 1986 destinava alla cooperazione allo sviluppo lo 0,40% del Pil ed era in assoluto il 4° paese donatore in ordine d'importanza, dopo Francia, Usa e Germania, ndr)».

Questo brano è tratto dal primo editoriale della rivista. Basterebbe confrontare il dato del 1986 con quello attuale (Italia ultima nelle classifiche della cooperazione, con un contributo che nel 2009 sarà probabilmente inferiore allo 0,10% del Pil) per capire com'è radicalmente cambiato il contesto interno nelle politiche di cooperazione.

La rivista è stata fedele testimone anche di cambiamenti delle politiche sanitarie mondiali. Siamo stati i primi a pubblicare e commentare (grazie a un'intuizione di Maurizio Murru) un anonimo rapporto della Banca mondiale dall'innocuo titolo “Come finanziare i servizi sanitari nei paesi in via di sviluppo”. Si trattava in realtà del documento che sanciva l'inizio dell'egemonia della Banca mondiale (e delle sue politiche liberiste) nell'arena della politica sanitaria mondiale, provocando di riflesso l'eclisse dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Siamo stati tra i primi a evidenziare il fenomeno dell'immigrazione, con un Focus pubblicato nel maggio del 1990 (contenente un profetico articolo di Ernesto Balducci dal titolo: “Gli immigrati, il futuro che arriva”) e – con una pubblicazione *ad hoc* (“Il paziente immigrato”) – a trattare il tema del rapporto tra immigrazione e salute. Dal 1991 la rivista contiene una sezione, “Afrinews”, che ha il pregio di fornire informazioni ampie e dettagliate sugli eventi politici e riferimenti storici sui paesi dell'Africa sub-Sahariana (raramente reperibili altrove).

Abbiamo fatto questa specie di *Amarcord* per dichiarare che la rivista, nella sua rinnovata (forse anche più bella e fruibile) veste tipografica, continuerà a svolgere il suo ruolo di testimone attento e critico, che continuerà a fornire ai suoi lettori un servizio di informazione e analisi sulle politiche di cooperazione internazionale, che ci è riconosciuto, “unico” nel nostro paese.

**D/**  
dialogo

PAG. 06

**I SISTEMI SANITARI  
AL TEMPO DELLA CRISI**

Testo di / Gavino Maciocco

PAG. 08

**A PROPOSITO DEL  
FORUM DI ACCRA**

Testo di / Dante Carraro

PAG. 09

**EQUAL OPPORTUNITIES FOR HEALTH:  
ACTION FOR  
DEVELOPMENT**

Testo di / Elisabetta Bertotti e Serena Foresi

**PS/**  
politica sanitaria

PAG. 14

**ASSISTENZA  
SANITARIA DI BASE  
ORA PIÙ CHE MAI**

Testo di / Gavino Maciocco

PAG. 21

**IL FORUM DI ACCRA  
/ I GRANDI  
AL CAPEZZALE DELLA  
COOPERAZIONE  
ALLO SVILUPPO**

Testo di / Stefano Piziali

**CS/**  
cooperazione sanitaria

PAG. 28

**L'OSPEDALE SAN LUCA  
DI WOLISSO**

Testo di / Fabio Manenti

**A/**  
afrinews

PAG. 42

**AGENDA / ANGOLA  
GUINEA MAURITANIA  
SUDAFRICA**

Testo di / Maurizio Murru

PAG. 46

**FOCUS / REPUBBLICA  
DEMOCRATICA  
DEL CONGO**

Testo di / Maurizio Murru

**O/**  
osservatorio

PAG. 52

**MI SCUSI / MI DICE  
PERCHÉ**

Testo di / Giovanni Putoto

**N/**  
i numeri della salute

PAG. 58

**G7 / SPESA  
SANITARIA E STATO  
DI SALUTE DELLE  
POPOLAZIONI****R/**  
rassegna

PAG. 62

**SALUTE INTERNAZIONALE.INFO / PER  
SAPERNE DI PIÙ SULLA  
SALUTE GLOBALE**

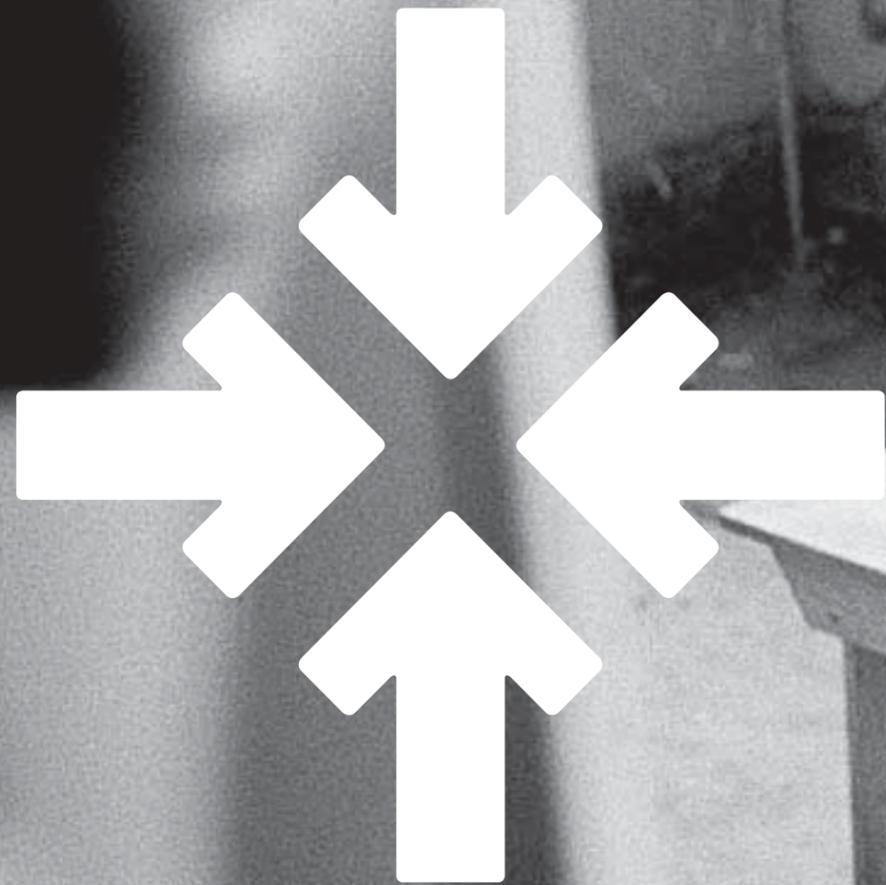
Testo di / Gavino Maciocco

PAG. 64

**MONITORAGGIO  
DELL'IMPLEMENTAZIONE  
DELLA NUOVA TERAPIA  
ANTIMALARICA  
IN UGANDA**Testo di / Simona Ghigo, Carlo Mamo, Luigi Ciccio,  
Enrico Tagliaferri, Alan Harogha, Mario Drasiku

PAG. 68

**NEGARE L'ASSISTENZA  
SANITARIA AGLI  
IMMIGRATI NON  
REGOLARI**



# I SISTEMI SANITARI AL TEMPO DELLA CRISI

La crisi è globale ma a pagarne più duramente le conseguenze sono i paesi a medio e basso livello di sviluppo, con più poveri e più morti. Ma, in questi momenti più che mai, la salute va tutelata come un diritto fondamentale, anche perché con la buona salute della popolazione si contribuisce alla ripresa economica, alla riduzione della povertà e allo sviluppo sociale. La crisi inoltre può rappresentare non solo una minaccia, ma anche un'opportunità. Il caso americano.

Testo di / Gavino Maciocco / Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

## 1 / LA RIFORMA SANITARIA USA: OBAMA IN MEZZO AL GUADO

L'elezione di Barack Obama è avvenuta nel pieno della "perfetta tempesta" finanziaria che ha provocato prima negli Usa e poi nel resto del mondo la più grave recessione economica globale dai tempi della "Grande depressione" degli anni '30 del secolo scorso. Barack Obama non ha mancato, fin dai suoi primi atti di presidente, di confermare la sua linea politica riguardo alla sanità: l'immediata firma su una legge (a lungo bloccata dalla precedente amministrazione Bush) che garantisce la copertura assicurativa a più di 4 milioni di bambini non-assicurati, l'investimento di 634 miliardi di dollari in dieci anni per cercare di raggiungere la copertura universale della popolazione americana (metà della somma ricavata dall'aumento del prelievo fiscale alle fasce più ricche della popolazione, un quarto dall'eliminazione di esenzioni fiscali alle assicurazioni sanitarie più generose, un quarto infine dalla riduzione dei pagamenti di *Medicare* a imprese farmaceutiche, ospedali e agenzie di assistenza domiciliare). Questi provvedimenti sono considerati un inizio, un semplice acconto (*down payment*), nella strada di una riforma dai contenuti ancora molto incerti<sup>1</sup>. Innanzitutto la cifra di 634 miliardi di dollari è ritenuta del tutto insufficiente al raggiungimento della copertura universale, anche alla luce del rapido incremento dei disoccupati e di conseguenza di coloro che perdono la copertura assicurativa: secondo alcuni la cifra investita rappresenta appena la metà del reale fabbisogno<sup>2</sup>. Inoltre la nuova amministrazione dovrà necessariamente affrontare la questione degli alti costi del sistema sanitario americano: l'eccesso di spesa, calcolato rispetto alla media dei paesi più ricchi dell'Ocse, risulta essere di +477 miliardi di dollari all'anno, pari a +1.645 dollari *pro capite*<sup>3</sup>. In assenza di interventi correttivi, tale spesa è destinata a salire alle stelle: *Health Affairs* ha in questi giorni pubblicato le proiezioni della spesa sanitaria Usa fino al 2018, tenendo conto degli effetti della recessione: la spesa sanitaria *pro capite* raggiungerà tra dieci anni il livello di 13.300 dollari *pro capite* (il doppio di quella attuale Usa, che è oggi il doppio della media dei paesi europei più ricchi, come Francia e Germania), pari al 20,3% del Pil; e la componente della spesa sanitaria pubblica – *Medicare*, *Medicaid* e altri programmi governativi – oltrepasserà (con 2.233 miliardi di dollari) la componente privata – assicurazioni private, spesa *out-of-pocket* – (2.120 miliardi di dollari)<sup>4</sup>. Per questi motivi Barack Obama sarà costretto ad andare rapidamente oltre il primo "acconto" e ad affrontare con misure adeguate, e possibilmente con una riforma organica, i punti critici della sanità americana: il crescente numero di persone senza assicurazione e l'impennata dei costi.

## 2 / UNA CRISI CHE PROVOCA IN TUTTO IL MONDO PIÙ POVERI E PIÙ MORTI

Anche se è stato osservato che in tempo di crisi economica talora si può registrare una riduzione della mortalità perché c'è meno traffico (e quindi meno incidenti stradali) e si riducono le vendite di alcol e tabacco, in generale la recessione economica, con il suo carico di disoccupazione, genera un eccesso di malattie psichiatriche e somatiche<sup>5</sup>. Quando alla disoccupazione, alla perdita del reddito (e talora della casa) e al precipitare delle famiglie nella povertà si accompagna la perdita della copertura assicurativa o il collasso delle reti di protezione sociale, gli effetti sulla salute della popolazione sono devastanti, come testimoniano i dati dell'eccezionale eccesso di mortalità verificatosi in Russia, e in misura minore anche negli altri paesi dell'ex Unione Sovietica e dell'Europa centro-orientale, dopo il crollo del muro di Berlino avvenuto alla fine degli anni '80. In Russia, in un breve arco temporale (dal 1989 al 1994), la speranza di vita alla nascita registrò un crollo di cinque anni; è stato calcolato che in questo paese nel periodo 1991-1994 l'aumento della mortalità ha prodotto un eccesso di oltre 2 milioni di morti<sup>6</sup>. La *Task Force on Innovative International Financing for Health Systems*, un gruppo composto da rappresentanti delle massime istituzioni internazionali, co-presieduto da Gordon Brown, primo ministro britannico, e da Robert Zoellick, presidente della Banca mondiale, e di cui fa parte anche il ministro dell'Economia italiano Giulio Tremonti, in un comunicato del 4 marzo<sup>7</sup> scorso ha espresso una serie di valutazioni sulle conseguenze dell'attuale crisi finanziaria: a causa della crisi, 100 milioni di persone

saranno trascinate nella povertà; se la crisi persisterà, ogni anno si verificheranno nel mondo da 200.000 a 400.000 maggiori morti tra i bambini, equivalenti a più 1,4-2,8 milioni di maggiori decessi entro il 2015 (già oggi muoiono quasi dieci milioni di bambini all'anno, quasi tutti nelle aree più povere del pianeta...); le economie si costruiscono su persone sane e non su soggetti indeboliti e morenti, i più vulnerabili devono essere assistiti per consentire loro di prendersi cura delle loro nazioni; se non vengono istituiti rapidamente solidi sistemi sanitari e non viene garantito il loro adeguato finanziamento (sono necessari subito 30 miliardi di dollari), la povertà crescerà e le richieste nei confronti delle nazioni più ricche diventeranno estreme.

## 3 / UNA SFIDA PER I SISTEMI SANITARI: TRASFORMARE UNA MINACCIA IN UN'OPPORTUNITÀ

L'Organizzazione mondiale della sanità ha dedicato una consultazione ad alto livello all'impatto dell'attuale crisi economica e finanziaria sulla salute globale, da cui è scaturito un documento pubblicato lo scorso 16 gennaio 2009<sup>8</sup>. La crisi è globale – afferma il documento dell'Oms – ma a pagarne più duramente le conseguenze saranno i paesi a medio e basso livello di sviluppo, attraverso una serie di meccanismi ben noti: il calo delle esportazioni dovuto alla flessione della domanda globale, la svalutazione della moneta locale (che ha tra le varie conseguenze il rialzo dei prezzi dei prodotti farmaceutici importati), la riduzione degli investimenti esteri e delle rimesse degli emigrati e, infine, il taglio degli aiuti da parte dei donatori.

La riduzione del reddito della popolazione produrrà la riduzione dei consumi; consumi già fortemente contratti dal recente rialzo del prezzo di beni essenziali, come i cereali. Riduzione anche nell'accesso ai servizi sanitari, a pagamento nella gran parte dei paesi del pianeta.

Le conseguenze della recessione economica sulla salute sono anch'esse ben note come testimoniano non solo i casi già citati della Russia e degli paesi dell'ex Unione Sovietica. Altre recessioni, come quella del 1996-1999 in Asia o alla fine degli anni '80 in America Latina, sono state segnate da significativi aumenti della mortalità sia tra i bambini, che tra gli adulti. Anche in paesi più ricchi, come la Svezia, eventi recessivi si sono accompagnati a un maggiore rischio di mortalità, così com'è stata rilevata una stretta associazione tra crisi economica e suicidi in paesi come Giappone, Nuova Zelanda, Russia e Stati Uniti.

Bisogna mitigare l'impatto sulla salute della crisi finanziaria, sostiene con forza il documento dell'Oms. Di fronte al declino della ricchezza e del reddito, la salute va tutelata come un diritto fondamentale; anche perché con la buona salute della popolazione si contribuisce alla crescita economica, alla riduzione della povertà, allo sviluppo sociale e alla sicurezza umana. La crisi finanziaria deve essere un'occasione per rafforzare i valori su cui si fonda una società e la tutela della salute dovrebbe essere usata per promuovere una maggiore attenzione alla giustizia sociale. Di qui un solenne appello ad attuare riforme basate sull'assistenza sanitaria di base (*Implementing primary health care reforms*) che si muovano verso l'obiettivo della copertura universale e che si basino sull'equità, la solidarietà e la tutela delle donne. Peraltro, si legge in un articolo recentemente comparso sul Bulletin dell'Oms<sup>9</sup>, ci sono esempi di paesi che sono usciti dalla recessione economica con sistemi sanitari più forti e più equi. È il caso della Thailandia che durante la crisi della seconda metà degli anni '90 ha orientato il consumo dei farmaci verso i prodotti "generici" e ha attuato una radicale riforma sanitaria con copertura universale. In Messico la recessione del 1995-96 indusse il governo prima ad attuare un programma contro la povertà che forniva alle famiglie con basso reddito incentivi finanziari se i bambini seguivano programmi di medicina preventiva, e poi a introdurre una forma di assicurazione popolare (*Seguro popular*) per coprire la parte più povera della popolazione e per conseguire nel tempo la copertura universale.

1 J.K. Iglehart, *Budgeting for change - Obama's down payment on health care reform*, *Nejm* published at [www.nejm.org](http://www.nejm.org) on March 4, 2009 (10.1056/NEJMp0901927).

2 Editorial, *A start on health care reform*, *New York Times*, 7 march, 2009.

3 McKinsey Global Institute, *Accounting for the cost of U.S. health care: a new look at why Americans spend more*. San Francisco: McKinsey & Company, 2008.

4 A. Sisko et al, *Health spending projections through 2018: recession effects add uncertainty to the out look*, *Health Affairs* 2009; February 24, w 347.

5 R. Catalano, *Health, Medical Care, and Economic Crisis*, *Nejm* 2009, 308:749-51.

6 T. Men et al, *Russian mortality trends for 1991-2001: analysis by cause and region*, *Bmj* 2003; 327:964-6.

7 Taskforce on Innovative International Financing for Health. *Systems meets in London on 13 March*. Press Release 04 march 2009.

8 Who. *High-Level Consultation on the Financial and Economic Crisis and Global Health. The Financial Crisis and Global Health*. Information note/2009, 16 January 2009.

9 J. Parry, G. Humphreys, *Health amid a financial crisis: a complex diagnosis*, [www.who.int/bulletin/volumes/87/1/09-010109/en/print.html](http://www.who.int/bulletin/volumes/87/1/09-010109/en/print.html).

# A PROPOSITO DEL FORUM DI ACCRA

## LE POLITICHE DI COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE E IL RUOLO DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Medici con l'Africa Cuamm ha deciso di allinearsi con le linee guida di Accra per essere un buon compagno di viaggio per i sistemi sanitari dei paesi in cui operiamo, abbandonando l'approccio a progetto e proponendosi come sostegno all'elaborazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione dei piani distrettuali, secondo le priorità identificate localmente dai piani nazionali.

Testo di / Dante Carraro / Direttore di Medici con l'Africa Cuamm

**1 / IL DIRITTO ALLA SALUTE** In questo numero della rivista Stefano Piziali descrive l'incontro di Accra, svoltosi a fine agosto 2008, sull'efficacia degli aiuti; analizza la dichiarazione programmatica che ne è scaturita e l'impatto probabile sui diversi attori. Medici con l'Africa Cuamm vuole portare il proprio contributo al dibattito sulla cooperazione, particolarmente oggi, in cui il clima culturale italiano sembra assumere un tono cinico, introverso e a tratti ostile ai problemi globali. Noi crediamo fermamente che la salute sia un diritto universale e che le presenti ineguaglianze tra paesi e nei paesi siano inaccettabili. Siamo consapevoli che la vera lotta per affermare il diritto alla salute sia la lotta alla povertà, che va combattuta e vinta con importanti investimenti e politiche ampie e coraggiose, che vadano dal commercio internazionale alle leggi sull'immigrazione e alla ricerca scientifica, dalla protezione dell'ambiente al controllo del commercio e della circolazione delle armi. Sappiamo che la salute di intere popolazioni non dipende solo da un settore sanitario funzionante, ben organizzato e accessibile ma moltissimo anche da azioni, concomitanti e coordinate, eseguite nei settori del cibo, dell'acqua, dell'istruzione, del lavoro, delle abitazioni, ecc. Non vogliamo però attendere che tutto questo si realizzi prima di dare il nostro contributo come ong impegnata da molti anni nella cooperazione sanitaria internazionale. La cooperazione internazionale per il diritto alla salute è per noi un compito irrinunciabile.

**2 / L'EFFICACIA DEGLI AIUTI** La sfida con la quale Medici con l'Africa Cuamm è continuamente chiamata a confrontarsi non riguarda solo i nostri valori e la nostra missione, ma le modalità programmatiche e di implementazione del lavoro sul campo. Le modalità di cooperazione internazionale nell'ambito della salute per molti dei paesi nei quali stiamo lavorando e nei quali siamo stati presenti con progetti, a volte anche molto consistenti, stanno cambiando profondamente. La nostra rivista ha avuto modo ripetutamente di descriverne i meccanismi e di esaminarne le cause e gli effetti. In accordo con i principi espressi dalla Dichiarazione di Parigi (2005) e ribaditi dal Forum di Accra (2008) sull'efficacia degli aiuti, riteniamo che gli approcci quale il sostegno diretto al bilancio dello Stato, in generale e a quello sanitario in particolare, adottati da donatori significativi come l'Unione Europea e non solo, nei riguardi di paesi poveri ma stabili, rappresentino un modo corretto ed efficiente di aiuto al fine di raggiungere obiettivi chiari e condivisi di salute. Questa modalità è necessaria per semplificare, armonizzare e allineare la pletora di agenzie esterne interessate alla salute. È necessaria per diminuire i costi di gestione degli obiettivi. È necessaria per rendere le autorità del paese beneficiario realmente responsabili delle risorse a loro affidate. Pensiamo anche che questa modalità di aiuto, da sola, sia insufficiente. Riteniamo che debba essere integrata, favorendo una solida *partnership* tra pubblico e privato *non for profit* che in alcuni paesi è molto sviluppata (ad es. Uganda e Tanzania) e, in altri, sarebbe opportuno potenziare (ad es. Etiopia). La nostra esperienza ci dimostra inoltre con chiarezza che l'aiuto finanziario diretto al bilancio dello Stato deve essere accompagnato da un sostegno forte e intelligente per far crescere le capacità dei servizi e degli operatori sanitari in periferia (a livello di distretto); solo così riusciamo a produrre servizi di qualità e accessibili, necessari per correggere le ineguaglianze di salute esistenti. Medici con l'Africa Cuamm ha quindi deciso di allinearsi con le linee guida di Accra per essere un buon compagno di viaggio per i sistemi sanitari dei paesi in cui operiamo, abbandonando l'approccio a progetto e proponendosi come sostegno all'elaborazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione dei piani distrettuali, secondo le priorità identificate localmente dai piani nazionali.

**3 / IL BUON COMPAGNO DI VIAGGIO** Il cambio di strategia programmatica di Medici con l'Africa Cuamm avviene in un contesto in cui i donatori da un lato si impegnano con i paesi *partner* ad appoggiare il loro bilancio, ma dall'altro continuano a finanziare progetti orientati a singole malattie e scarsamente integrati nei sistemi sanitari locali, ognuno con le proprie strutture e procedure gestionali.

Questa incoerenza sta indebolendo e fiaccando i sistemi sanitari locali; proprio per questo è forte il nostro lavoro per accrescere conoscenza e cultura a difesa del diritto alla salute e contemporaneamente per percorrere con determinazione, anche a rischio di dover lavorare ancor di più per la ricerca dei fondi necessari, la strada identificata del sostegno ai distretti sanitari periferici, senza il quale i buoni propositi non si tradurranno in risultati verificabili per i poveri.

# EQUAL OPPORTUNITIES FOR HEALTH: ACTION FOR DEVELOPMENT

## UN PROGETTO FORMATIVO PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

Una nuova offerta formativa per gli studenti universitari: un corso in salute globale, comprensivo di sei moduli formativi: la salute e i suoi determinanti; l'origine e lo sviluppo dei sistemi sanitari: la salute come diritto umano. Globalizzazione e salute. Diseguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria. Immigrazione e salute. La cooperazione sanitaria internazionale quale strumento di intervento per ridurre le diseguaglianze.

Testo di / Elisabetta Bertotti e Serena Foresi / Medici con l'Africa Cuamm

**1 / LA SALUTE IN UN MONDO GLOBALIZZATO** Viviamo in un mondo globale, caratterizzato non solo da un intenso scambio di merci e di persone, ma anche da una forte diffusione della conoscenza favorevole al progresso scientifico e tecnologico. Ciononostante, la salute globale, la salute per tutti, non sembra avvantaggiarsi di questo processo. Se da un lato a livello mondiale si assiste a un generale miglioramento dello stato di salute, dall'altro aumentano le disparità in salute non solo tra le varie nazioni, specialmente tra Nord e Sud del mondo, ma anche all'interno delle nazioni stesse. Pensiamo ad esempio ai 48 anni di differenza nell'aspettativa di vita degli abitanti del Giappone e di quelli della Sierra Leone; agli 11 milioni di bambini al di sotto dei cinque anni che muoiono ogni anno prevalentemente nei Paesi in via di sviluppo, spesso per malattie facilmente curabili e prevenibili come diarree, infezioni respiratorie e malaria; al fatto che il 99% delle morti legate al parto avvenga nei Paesi in via di sviluppo, con una prevalenza di 900 morti per 100.000 nati vivi nell'Africa contro le 3,9 morti in Europa<sup>1</sup>. Ancora, al fatto che in India e nelle Filippine le fasce benestanti della popolazione hanno possibilità tre volte superiori di accedere ai servizi sanitari rispetto a quelle vulnerabili, così come in Inghilterra un manovale vive in media sette anni in meno rispetto a un professionista. Pochi dati che descrivono in maniera significativa un mondo e delle società sempre più diseguali e stratificate, dove sono le persone privilegiate a vivere meglio e più a lungo, a godere dei benefici della globalizzazione. Un mondo squilibrato dove, riprendendo le parole di Richard Horton, direttore di *Lancet*, «bambini e donne stanno morendo perché coloro che hanno il potere di prevenire quelle morti hanno scelto di non agire. Questa indifferenza – da parte di politici, amministratori, donatori, finanziatori della ricerca, da parte della stessa società

civile – è il tradimento della nostra speranza collettiva per una società più forte e più giusta; per una società che dà valore a ogni vita, indipendentemente da quanto giovane o nascosta agli occhi del pubblico questa vita possa essere»<sup>2</sup>.

Medici con l'Africa Cuamm non vuole restare indifferente e si impegna affinché vengano meno le differenze nei livelli di salute, differenze socialmente determinate, evitabili e non necessarie, pertanto ingiuste sul piano etico, morale e politico. Affinché ogni individuo possa godere del massimo *standard* di salute ottenibile, di un benessere fisico, mentale e sociale, riprendendo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità. Un obiettivo importante che pensiamo si possa raggiungere attraverso un'azione collettiva, attraverso la creazione di un movimento per la salute globale che faccia della lotta alle iniquità una questione di giustizia sociale e che solleciti una forte presa di coscienza, in particolare da parte degli operatori sanitari, presenti e futuri. In considerazione del loro ruolo sociale e professionale, gli operatori sanitari possono infatti svolgere l'importante funzione di moltiplicatori di informazione e di *opinion maker*, promuovendo un approccio globale alla salute e divenendo attivisti per il diritto alla salute per tutti.

**2 / INVESTIRE IN FORMAZIONE** Per sostenere questo cambiamento culturale è essenziale investire in informazione, educazione e formazione sui temi della salute globale, *in primis* verso gli operatori sanitari. Ed è questo l'obiettivo che Medici con l'Africa Cuamm si prefigge di raggiungere attraverso il progetto *Equal opportunities for health: action for development*, cofinanziato dall'Unione Europea e realizzato in collaborazione con 29 soggetti rappresentativi della comunità sanitaria.

Il progetto è attualmente al secondo anno di svolgimento. In ambito universitario, da un censimento condotto nelle Facoltà di Medicina sui corsi inerenti alle tematiche della salute globale, è emerso come l'attuale *curriculum*, ancora fortemente concentrato sulla dimensione nazionale e prettamente clinica, non risponda in modo adeguato alle realtà e alle sfide di un mondo globalizzato. Dei 40 atenei in Italia che ospitano Facoltà di Medicina, sono 11 quelli dove sono stati individuati corsi elettivi inerenti alle tematiche della salute globale, in totale 27 corsi con assegnazione di almeno un credito formativo. Dall'analisi delle informazioni, emerge un'offerta formativa molto variegata, sia sul versante dei contenuti, dove alla prevalenza di aspetti di sanità pubblica in alcuni casi si affianca la componente clinica, in particolare per quanto riguarda le patologie tropicali, sia sul versante della distribuzione geografica, con una concentrazione dei corsi prevalentemente al Centro-Nord. Un'offerta che è espressione di una crescita spontanea e legata all'interesse del singolo docente, che richiede quindi uno sforzo di coordinamento e di elaborazione comune, anche al fine di estendere l'insegnamento nelle Facoltà di Medicina dove non sono attivi insegnamenti in questo ambito. Con questi obiettivi – diffusione dell'offerta formativa e coordinamento dei contenuti – è stata quindi elaborata una proposta di *curriculum* in salute globale, comprensivo di sei moduli formativi: la salute e i suoi determinanti; l'origine e lo sviluppo dei sistemi sanitari; la salute come diritto umano; globalizzazione e salute; disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria; migrazione e salute; cooperazione sanitaria internazionale quale strumento di intervento per ridurre le disuguaglianze. La proposta è stata diffusa attraverso la rete di contatti realizzata con l'attività di mappatura, sollevando molto favore e interesse come testimoniano, da un lato, la partecipazione di una quarantina di discenti – sia universitari sia professionisti nel campo della cooperazione sanitaria internazionale – alla "formazione per formatori", tenutasi a Padova lo scorso settembre 2008 e, dall'altro, l'attivazione, attraverso i docenti formati, di una ventina di nuovi corsi elettivi presso le Facoltà di Medicina italiane. La formazione e il lavoro di programmazione dei nuovi corsi elettivi hanno favorito un importante scambio di esperienze e buone pratiche e il rafforzamento della rete di esperti in materia di salute globale, che mira a promuovere l'inclusione di questa materia nel *core curriculum* di studi delle Facoltà di Medicina. A stimolare una maggiore presa di coscienza a livello universitario, nel prossimo mese di aprile 2009, in tutte le Facoltà di Medicina dove c'è una sede del Segretariato italiano studenti di medicina (Sism), verrà organizzata una giornata di sensibilizzazione dedicata alla salute globale. All'impegno sul fronte della formazione universitaria, si affianca quello in ambito di formazione continua del personale sanitario. Sempre facendo riferimento ai contenuti della proposta di *curriculum*, nei prossimi mesi verranno realizzati, a livello locale, dei seminari informativi e formativi presso le Aziende ospedaliere e gli Ordini dei medici con l'obiettivo di sensibilizzare il personale sanitario sui temi della salute globale, accrescere le competenze professionali e sociali necessarie a operare in un contesto globale, ad esempio, trovandosi a curare pazienti di diversa provenienza geografica o a trattare malattie riemergenti, e promuovere un loro coinvolgimento attivo, sia come promotori di politiche sanitarie più eque sia con un impegno nel campo della cooperazione sanitaria internazionale.

**3 / LA CONFERENZA INTERNAZIONALE "EQUAL OPPORTUNITIES FOR HEALTH"** Accanto al personale sanitario, il progetto mira a sensibilizzare anche un pubblico più vasto con incontri, seminari ed eventi organizzati su tutto il territorio italiano attraverso i Gruppi di Medici con l'Africa Cuamm, in particolare attraverso i volontari che nei mesi scorsi hanno partecipato al percorso formativo per promotori locali in salute globale, previsto dal progetto. L'obiettivo era da un lato quello di approfondire le conoscenze tecniche in tema di salute globale e, dall'altro, di acquisire competenze specifiche per la realizzazione di eventi di sensibilizzazione e di educazione allo sviluppo.

Sia per le attività di formazione sia per quelle di sensibilizzazione e mobilitazione dell'opinione pubblica, è continuo il lavoro sul fronte della comunicazione: oltre all'area del sito di Medici con l'Africa Cuamm ([www.mediciconlafricacuamm.org/globalhealth](http://www.mediciconlafricacuamm.org/globalhealth)) e alla *newsletter* digitale semestrale dedicata al progetto, è stato pubblicato, in italiano e in inglese, un dossier sulla salute globale, nell'ambito della nostra *newsletter* cartacea "ÈAfrica" ed è in corso la traduzione in inglese del Rapporto 2008 dell'Osservatorio italiano sulla salute globale, dal titolo "Salute globale e aiuti allo sviluppo. Diritti, ideologie, inganni".

Infine, per mobilitare il consenso politico necessario a promuovere innovazioni effettive e radicali nel campo della formazione, universitaria e continua, e della politica sanitaria, e per rafforzare reti e partenariati, il 3-4 aprile 2009 si terrà a Padova, presso

il Dipartimento di Sociologia, la Conferenza internazionale *Equal opportunities for health: action for development. An action plan to teach and advocate Global Health*.

Nel corso della Conferenza verrà presentato il quadro attuale dello stato di salute e delle disuguaglianze a livello mondiale e si discuterà delle principali sfide che il personale sanitario si trova oggi a dovere affrontare.

In particolare, verranno trattate, sia in termini di analisi sia di sviluppo di azioni, le seguenti tematiche: l'insegnamento della salute globale in ambito universitario; la formazione continua degli operatori sanitari nel campo della salute globale; la cooperazione sanitaria per promuovere e insegnare la salute globale; il coinvolgimento e la mobilitazione di risorse umane e finanziarie per la salute globale. Studenti, accademici, professionisti, ricercatori, rappresentanti di organizzazioni e istituzioni sanitarie e della formazione e di imprese del settore sono invitati a iscriversi alla Conferenza consultando il sito [www.mediciconlafrica.org/globalhealth](http://www.mediciconlafrica.org/globalhealth).

<sup>1</sup> Fonte: [www.who.int](http://www.who.int).

<sup>2</sup> R. Horton, *Countdown to 2015: a report card on maternal, newborn and child survival*. Lancet, Vol. 317, April 12, 2008, p. 1219.



# ASSISTENZA SANITARIA DI BASE. ORA PIÙ CHE MAI

## IL RAPPORTO 2008 DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ

Da Alma Ata ad Alma Ata potrebbe essere il significato profondo del Rapporto Oms 2008. Un ritorno al passato per riscoprire e rivalutare linee di politica sanitaria internazionale basate su una formula tanto semplice, quanto potente: "salute per tutti". Brindiamo al fatto che la formula "salute per tutti" è tornata a far parte del lessico dell'Oms. Con queste parole infatti si chiude la presentazione del Rapporto, firmata dal direttore generale, dr. Margaret Chan: «Non vi sono ragioni per cui tutti i paesi – ricchi e poveri – debbano esitare a dare l'avvio a queste riforme. (...) Uniti nella comune sfida di realizzare i principi dell'assistenza sanitaria di base, il tempo è maturo, oggi più che mai, per sviluppare una comune coscienza e una politica condivisa che rendano più rapido il cammino verso la salute per tutti».

Testo di / Gavino Maciocco / Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

Nel settembre 1978 si tenne ad Alma Ata (allora capitale della repubblica sovietica del Kazakistan), sotto l'egida dell'Organizzazione mondiale della sanità, una storica conferenza sull'assistenza sanitaria di base (*Primary Health Care*) che si concluse con un documento sottoscritto da quasi tutti i paesi del mondo – la Dichiarazione di Alma Ata –, considerato una delle pietre miliari della politica sanitaria internazionale.

Ne citiamo di seguito alcuni passaggi:

μ «La salute, come stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità, è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso a un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale, e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari».

μ «Le profonde disuguaglianze nello stato di salute tra i paesi più industrializzati e quelli in via di sviluppo, così come all'interno dei paesi stessi, sono politicamente, socialmente ed economicamente inaccettabili e costituiscono motivo di preoccupazione comune per tutti i paesi».

μ «Tutte le nazioni dovrebbero agire in uno spirito di stretta cooperazione e di servizio per garantire a ciascuno l'assistenza sanitaria primaria, dal momento che il raggiungimento della salute da parte delle persone di un qualsiasi paese interessa direttamente e rappresenta un beneficio per tutte le altre nazioni».

μ «Nei prossimi decenni un obiettivo sociale essenziale dei governi, delle organizzazioni internazionali e dell'intera comunità mondiale dovrebbe essere il raggiungimento, entro l'anno 2000, di un livello di salute che permetta a tutti i popoli del mondo di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva. L'assistenza sanitaria di base è la chiave per conseguire questo risultato dentro la cornice dello sviluppo, in uno spirito di giustizia sociale».

μ «L'assistenza sanitaria di base è una parte integrante sia del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale, sia del completo sviluppo so-

ciale ed economico della comunità. Essa rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria».

A distanza di trent'anni, l'Oms, dopo anni di oblio, sente il dovere di riscoprire il valore di quel documento dedicando il Rapporto annuale 2008 all'oggetto di quella conferenza, *Primary Health Care*, con l'aggiunta di un significativo sottotitolo: *Now More Than Ever* ("Ora più che mai"). E non è una banale rievocazione. Non poteva esserlo.

### LA SPERANZA TRADITA

La promessa della "salute per tutti entro il 2000" si è rivelata un miraggio, una speranza tradita. Trent'anni dopo quel solenne impegno, meno del 20% della popolazione mondiale vive in contesti politici, sociali ed economici che garantiscono a tutti gli individui l'accesso ai servizi sanitari essenziali senza barriere economiche, geografiche e culturali. Parimenti, l'assistenza sanitaria di base ha faticato enormemente – e in molti casi ha fallito nello scopo – a divenire la chiave per il raggiungimento di un adeguato livello di salute.

Di seguito riportiamo un brano dell'analisi del Rapporto:

«Le politiche sanitarie globali, ma sempre più anche quelle nazionali, si sono focalizzate su singoli problemi, con vari gruppi di potere a contendersi le scarse risorse, mentre troppa poca attenzione è stata rivolta ai problemi che limitano lo sviluppo dei sistemi sanitari a livello locale. Piuttosto che migliorare la loro capacità di risposta ai bisogni della popolazione e far fronte alle nuove sfide, i sistemi sanitari sembrano passare da una priorità a breve termine all'altra, sempre più frammentati, senza un chiaro senso di marcia.

Oggi, è chiaro che i sistemi sanitari spontaneamente non si muovono verso gli obiettivi della salute per tutti attraverso l'assistenza

FIGURA 1 / LE TENDENZE (CURRENT TRENDS) CHE ALLONTANANO I SISTEMI SANITARI DAL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DELLA PHC

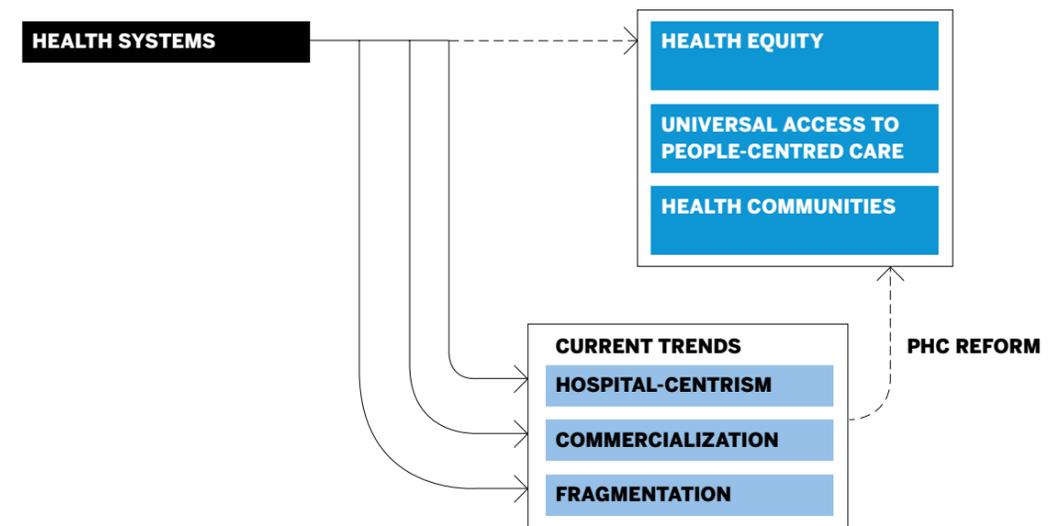
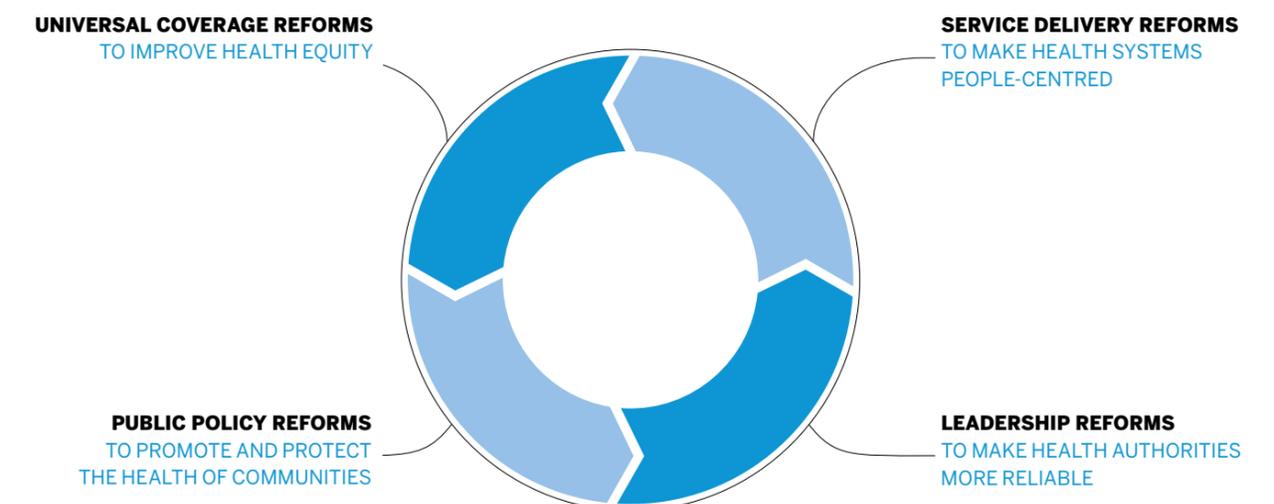


FIGURA 2 / LE QUATTRO FONDAMENTALI RIFORME PROPOSTE DAL RAPPORTO OMS 2008



sanitaria di base, come auspicato dalla Dichiarazione di Alma Ata. I sistemi sanitari si stanno sviluppando in direzioni che contribuiscono poco all'equità e alla giustizia sociale e non riescono a raggiungere i migliori risultati di salute con le risorse che hanno a disposizione. Queste le preoccupanti tendenze che caratterizzano la sanità internazionale (**figura 1**):

- μ (sistemi sanitari che si stanno focalizzando su un'offerta assistenziale eccessivamente ristretta alle cure specialistiche;
- μ (sistemi sanitari dove l'approccio prevalente è finalizzato al controllo della malattia, focalizzato su obiettivi a breve termine e su servizi frammentati;
- μ (sistemi sanitari dove prevale la deregolamentazione, consentendo la diffusione sfrenata della commercializzazione della salute.

Queste tendenze si muovono in direzione contraria rispetto a una risposta unitaria e bilanciata nei confronti dei bisogni sanitari della popolazione. In molti paesi la conseguente iniquità nell'accesso, i costi della sanità che impoveriscono le famiglie, l'erosione nella fiducia verso l'assistenza sanitaria rappresentano una minaccia alla stabilità sociale».

#### RISCOPRIRE, RIVALUTARE, AGGIORNARE I VALORI DI ALMA ATA

Secondo il Rapporto 2008 dell'Oms per dare una risposta efficace alle sfide della sanità di oggi, per rispondere alle aspettative delle popolazioni è necessario riscoprire, rivalutare, aggiornare i valori di Alma Ata: i valori di equità, solidarietà e giustizia sociale. Attraverso quattro fondamentali riforme (**figura 2**).

#### 1/ Riforma della copertura universale per migliorare l'equità nella salute

Per i 5,6 miliardi di persone che vivono in paesi a medio e basso reddito oltre la metà della spesa sanitaria totale è rappresentata dalla spesa *out-of-pocket*, ovvero dai pagamenti diretti da parte dei pazienti in caso di malattia. Ciò priva molte famiglie delle cure necessarie, perché non se le possono permettere. Più di cento milioni di persone nel mondo ogni anno sono trascinate nella povertà a causa di spese sanitarie catastrofiche.

Ma il pagamento *out-of-pocket* delle prestazioni e la conseguente barriera nell'accesso ai servizi sanitari, non è che una delle cause di iniquità nella salute. Le iniquità nella salute, ovvero le differenze sistematiche nello stato di salute tra gruppi socio-economici, affondano le loro radici nel contesto socio-economico dove le persone vivono e hanno principalmente a che vedere con il reddito e lo stato sociale, con l'ambiente di vita e di lavoro.

La lotta alle disuguaglianze nella salute si gioca quindi in primo luogo sul terreno dei determinanti sociali della salute, attraverso interventi che riguardano:

- μ (la riduzione della stratificazione sociale: ad esempio, la riduzione delle disuguaglianze di reddito attraverso le tasse; la promozione di eguali opportunità per le donne; l'accesso gratuito all'istruzione;
- μ (la riduzione della vulnerabilità: ad esempio, fornendo la previdenza sociale per i disoccupati e i disabili; sviluppando reti sociali a livello comunitario; introducendo politiche di inclusione sociale e politiche che proteggono le madri lavoratrici; fornendo cibi sani gratuiti nelle scuole;

μ (la protezione contro l'esposizione a rischi per la salute (particolarmente per i gruppi più svantaggiati): ad esempio fornendo acqua potabile e adeguati sistemi di smaltimento dei rifiuti; promuovendo stili di vita sani; adottando politiche per una "sana" edilizia.

La necessità di adottare tali ampie strategie potrebbe scoraggiare i politici della sanità dall'intervenire nel campo delle disuguaglianze nella salute ritenendo che queste siano un problema sociale nei confronti del quale essi abbiano scarse possibilità di influire. Invece – avverte il Rapporto – il problema delle disuguaglianze nella salute li coinvolge direttamente. Molte delle loro scelte infatti riguardano il modo con cui i sistemi sanitari aggravano o mitigano le disuguaglianze nella salute. La questione quindi non è se, ma come i politici della salute possono efficacemente perseguire strategie in grado di garantire una maggiore equità nell'erogazione dei servizi sanitari.

Il passo fondamentale che un paese deve fare per promuovere l'equità nella salute è procedere verso la copertura universale, ovvero l'accesso universale a un ampio ventaglio di servizi sanitari, attraverso un sistema di sicurezza sociale. Tale obiettivo – osserva il Rapporto – può essere raggiunto attraverso un sistema basato sulle tasse (modello Beveridge) o organizzato attraverso le assicurazioni sociali (modello Bismarck), o attraverso una *mix* dei precedenti. Il principio però è lo stesso: raccogliere i contributi in relazione alla capacità di pagare dei contribuenti e usare tali fondi per garantire servizi sanitari accessibili e di qualità a coloro che ne hanno bisogno, senza esporli al rischio di spese catastrofiche. La copertura universale non è di per sé sufficiente a garantire una salute equa per tutti – disuguaglianze nella salute esistono anche in paesi con copertura universale – ma costituisce il fondamento necessario.

Il Rapporto descrive con un originale grafico (**figura 3**) le tre diverse dimensioni della copertura sanitaria pubblica:

μ (la larghezza della copertura (*The breadth of coverage*). Esprime la proporzione della popolazione che fruisce della copertura sanitaria. Tendenzialmente non ci dovrebbero essere persone non assicurate, ma questo è un obiettivo che spesso richiede anni per essere raggiunto, attraverso un processo incrementale di progressiva espansione, come è avvenuto nei paesi industrializzati nel 20° secolo. Tuttavia esistono esempi, anche recenti, di copertura universale realizzata molto più velocemente;

μ (la profondità della copertura (*The depth of coverage*). Riguarda la tipologia dei servizi resi accessibili attraverso la copertura. Talora tale tipologia viene definita esplicitamente col termine di "pacchetto di servizi essenziali" (*Essential package*, tradotto in italiano: Lea, livelli essenziali di assistenza). La dimensione del pacchetto riflette le risorse che una società decide (o è in grado) di allocare alla sanità;

μ (l'altezza della copertura (*The height of coverage*). Riguarda la porzione dei costi dei servizi finanziata con risorse pubbliche. In quasi tutti i sistemi sanitari si richiede ai pazienti di partecipare alla spesa (*cost sharing*). La compartecipazione alla spesa può essere più o meno pesante (in termini di percentuale rispetto al costo totale della prestazione) e può riguardare una vasta gamma di servizi, dalle prestazioni farmaceutiche a quelle specialistiche e diagnostiche: tanto più basso è il *cost sharing*, quanto più alta è la copertura.

#### 2/ Riforma dell'erogazione dei servizi per mettere le persone al centro dei servizi sanitari

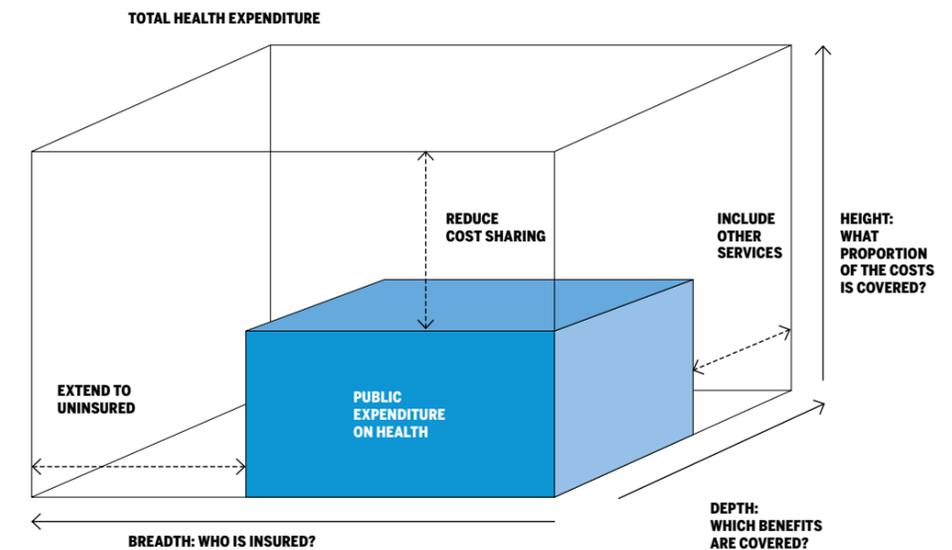
Questo capitolo inizia con la citazione di una frase tratta da un libro di William Osler (1849-1919), uno dei fondatori della medicina moderna: «È molto più importante conoscere che tipo di paziente ha quella malattia, piuttosto che sapere che malattia ha quel paziente». Il Rapporto prende una posizione molto netta, per certi versi inedita, a favore del riconoscimento dell'importanza della dimensione umana nell'assistenza sanitaria. «L'insufficiente riconoscimento di tale dimensione e del bisogno di adattare la risposta dei servizi sanitari alla specificità di ciascuna comunità e alla situazione di ciascun individuo rappresenta uno dei limiti maggiori dell'assistenza sanitaria contemporanea, provocando non solo ingiustizie ed effetti sociali negativi, ma anche risultati negativi in termini di salute a fronte di rilevanti investimenti nei servizi sanitari».

Ogni individuo ha il suo modo di sperimentare e affrontare i problemi di salute all'interno di specifiche situazioni di vita. Gli operatori sanitari devono essere in grado di riconoscere queste diversità e gestire gli stati di sofferenza e di difficoltà, perché questo – sostiene il Rapporto – è ciò che vogliono i pazienti. Sfortunatamente molto spesso i servizi sanitari trascurano quest'aspetto della relazione terapeutica, particolarmente se hanno a che fare con i gruppi svantaggiati. Troppo spesso l'attenzione ai problemi dei pazienti (il rispetto della dignità, della riservatezza, del consenso, dell'autonomia, la tempestività nella risposta, l'informazione corretta, la libertà di scelta) è considerata un oggetto di lusso da riservare a pochi selezionati clienti. Negli ultimi trent'anni si è accumulata una considerevole

massa di ricerche che dimostra inequivocabilmente che mettere al centro dei servizi la persona (*person-centredness*) è importante non solo per alleviare l'ansia dei pazienti. È stato dimostrato che focalizzando l'attenzione sui bisogni del paziente (e non solo sulla malattia) e garantendo l'integrazione tra diversi servizi e la continuità delle cure si migliorano l'efficacia dell'intervento e la qualità della vita, si rafforzano la fiducia e la *compliance*, si facilita l'integrazione della prevenzione e della promozione della salute nella risposta terapeutica.

Riscoprire oggi i principi (attualissimi) di Alma Ata significa anche progettare un'assistenza sanitaria di base molto diversa da quella convenzionale e da quella basata sui programmi verticali. Un'assistenza che da una parte plasma i servizi in funzione dei bisogni e dell'*empowerment* dei pazienti (accessibilità, informazione, proattività, *self-care*) e dall'altra presidia l'approccio comunitario e di sanità pubblica (valutazione dei bisogni della comunità, partecipazione dei cittadini, lotta alle disuguaglianze nella salute, interventi di prevenzione primaria). (**tabella 1**). In conclusione, la seconda riforma auspicata dal Rapporto deve mettere al centro del sistema sanitario l'assistenza sanitaria di base, intesa come: a) una piattaforma (*hub*) attraverso la quale i pazienti sono guidati attraverso il sistema sanitario, con meccanismi che garantiscono la continuità delle cure; b) un sistema che facilita le relazioni tra pazienti e medici e all'interno del quale i pazienti partecipano alle decisioni che riguardano la loro salute e acquisiscono le conoscenze, ed eventualmente le abilità, necessarie per essere *partner* attivi nel processo assistenziale e per partecipare alle decisioni che riguardano la loro salute;

FIGURA 3 / LE TRE DIMENSIONI DELLA COPERTURA SANITARIA PUBBLICA



**TABELLA 1 / ASPETTI CHE DISTINGUONO L'ASSISTENZA SANITARIA CONVENZIONALE DALL'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE "CENTRATA SULLA PERSONA"**

ASSISTENZA MEDICA AMBULATORIALE CONVENZIONALE	ASSISTENZA BASATA SU PROGRAMMI VERTICALI DI CONTROLLO DELLE MALATTIE	ASSISTENZA SANITARIA DI BASE CENTRATA SUL PAZIENTE
Focus sulle malattie e sulla cura	Focus sulle malattie prioritarie	Focus sui bisogni sanitari
Relazioni limitate al momento della consultazione	Relazione limitata all'implementazione del programma	Relazioni personali che durano nel tempo
Assistenza curativa episodica	Interventi finalizzati al controllo di determinate malattie	Assistenza globale, continua e centrata sulla persona
Responsabilità limitata alle prescrizioni che riguardano quella specifica consultazione	Responsabilità per il controllo della specifica malattia rispetto alla popolazione target	Responsabilità per la salute di tutti i membri della comunità durante tutto il ciclo della vita; responsabilità nei riguardi dei determinanti di malattia e delle disuguaglianze nella salute
Gli utenti sono consumatori dell'assistenza che essi hanno acquistato	Gruppi di popolazione sono l'oggetto dei programmi di controllo di una determinata malattia	Le persone sono <i>partner</i> nella gestione della loro malattia e affrontano i problemi di salute della loro comunità

c) un'organizzazione che si basa su *team* di professionisti: medici, infermieri e altri operatori dotati di specifiche e sofisticate abilità biomediche e sociali; d) un'organizzazione aperta alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle malattie, alla promozione della salute (figura 4).

### 3/ Riforma delle politiche pubbliche per promuovere e proteggere la salute delle popolazioni

Le popolazioni vogliono vivere in comunità e in ambienti che garantiscono e promuovono la loro salute. L'assistenza sanitaria di base, con accesso universale e protezione sociale, rappresenta la risposta chiave a queste aspettative. Tuttavia l'assistenza sanitaria di base e la stessa copertura universale rischiano di perdere il loro impatto e il loro significato se non sono accompagnate da politiche pubbliche che, spaziando dal livello locale a quello sovranazionale, si occupano a vario titolo della salute dei cittadini. Queste politiche pubbliche, secondo il Rapporto, si possono raccogliere in tre gruppi:

μ (il primo gruppo riguarda il corretto funzionamento del sistema sanitario: dalle politiche per le risorse umane a quelle dei farmaci essenziali, dal controllo di qualità all'accreditamento, dall'uso delle tecnologie alla logistica;

μ (il secondo gruppo riguarda le strategie di sanità pubblica, dai classici interventi di igiene pubblica e di promozione della salute a livello locale (acqua, aria, alimenti, edilizia, rifiuti, etc.) alle strategie estremamente più complesse e di portata sovranazionale quali il controllo dei cambiamenti climatici o la prevenzione delle pandemie e la preparazione della risposta rapida in caso di eventi catastrofici;

μ (il terzo gruppo riguarda le politiche di settori diversi da quello sanitario, che influenzano profondamente la salute della popo-

lazione: dalle politiche scolastiche a quelle del lavoro e della sicurezza sociale, dalle politiche commerciali a quelle alimentari. È questo il motivo per cui è necessario che il tema della salute sia considerato in tutte le politiche (*health in all policies*).

### 4/ Riforma della leadership per rendere le autorità sanitarie più responsabili di fronte ai cittadini

Negli Stati moderni ai governi è richiesto di proteggere la salute dei cittadini, di garantire l'accesso ai servizi sanitari e di salvaguardare le persone dal rischio di impoverimento che una malattia può provocare. Dall'inizio del 20° secolo queste funzioni sono progressivamente entrate a far parte del cuore del contratto tra Stato e cittadini. E la legittimazione dei governanti dipende oggi dalla loro capacità di rispettare questo contratto ed è quindi normale che la spesa sanitaria di una nazione sia prevalentemente a carico del settore pubblico; inoltre – come evidenzia la figura 5 – i paesi che spendono maggiormente nel settore sanitario sono quelli che hanno la spesa pubblica più alta. L'eccezione degli Usa non sta in una bassa spesa sanitaria pubblica – il suo 6,9% del Pil di spesa sanitaria pubblica è più alto della media dei paesi ad alto reddito, 6,7% – ma in una spropositata spesa sanitaria privata aggiuntiva. Le basse performance degli Usa nei risultati di salute, nell'efficienza, nella qualità e nell'equità sono l'effetto di una latitanza del governo nel governare efficacemente il sistema, soprattutto nel garantire un più equo accesso all'assistenza sanitaria. Ma alla fine del 20° secolo, dagli anni '80 in poi, il principio della responsabilità dei governi nei confronti della salute e dell'assistenza sanitaria si è eclissato in larga parte del mondo. Il Rapporto, nel paragrafo intitolato *Disengagement and its consequences* ("Il disimpegno e le sue conseguenze"), spiega le ragioni di questo rovi-

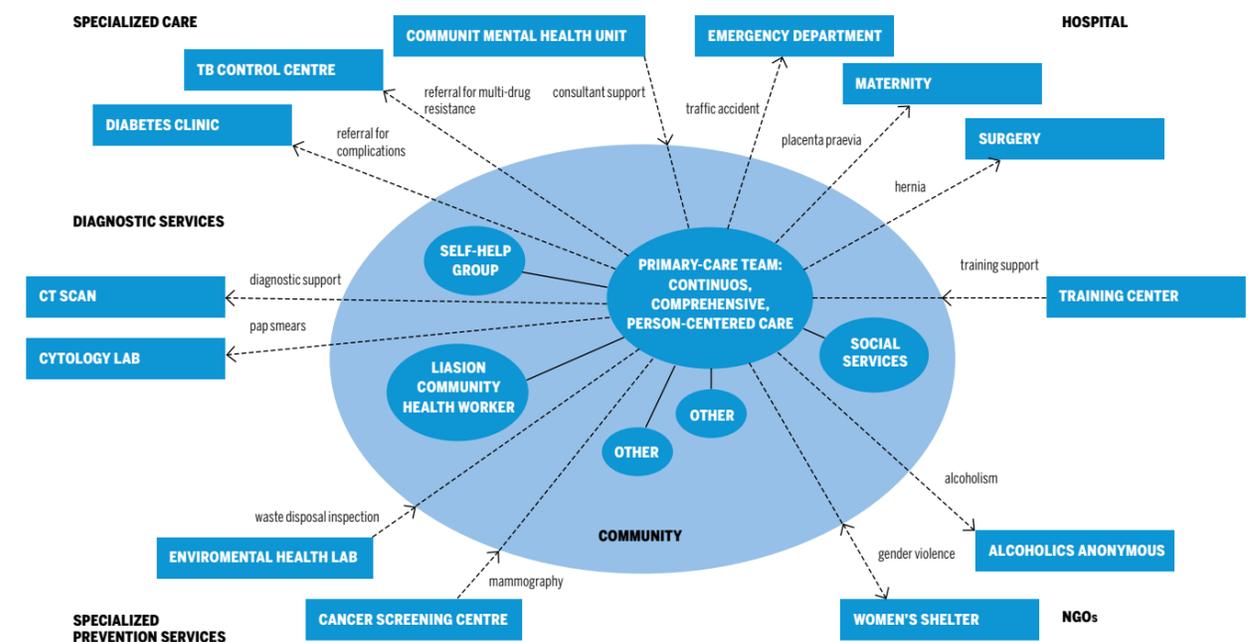
noso arretramento, citando i casi della Cina e dei paesi dell'ex Unione Sovietica e dell'Europa centrale e orientale, dove d'improvviso si è passati da un totale controllo statale a una spietata deregolamentazione liberista. Lo spettacolare deterioramento dei sistemi di assistenza sanitaria e di protezione sociale che ne è seguito, soprattutto nelle aree rurali, ha avuto pesanti ripercussioni sullo stato di salute delle popolazioni ed è stato causa di spese catastrofiche e quindi di povertà per milioni di famiglie. Il fenomeno del *disengagement* dei governi nei confronti della salute e dell'assistenza sanitaria è entrato a far parte delle ricette neo-liberiste per il risanamento delle economie dei paesi a medio e basso livello di sviluppo, note come politiche di *structural adjustment* ("aggiustamento strutturale"). Come se non bastasse sugli stessi paesi, negli stessi anni (ovvero dagli anni '80-90 in poi), si è abbattuta un'altra calamità, così descritta dal Rapporto: «Per decenni l'agenda sanitaria della comunità internazionale – inclusa quella dell'Oms – si è strutturata intorno agli interventi verso specifiche malattie (i cosiddetti programmi "verticali"), piuttosto che sul rafforzamento dei sistemi

sanitari. Se da una parte questa politica ha contribuito a una migliore valutazione del carico di malattie che grava sui paesi poveri, dall'altra ha profondamente alterato la struttura delle istituzioni governative dei paesi a basso e medio livello di sviluppo. Ne è derivata una completa frammentazione dei meccanismi di governo del settore sanitario che ha favorito il dilagare del mercato non regolato nella sanità, ha messo in ginocchio lo sviluppo dell'assistenza sanitaria di base e ha prodotto una crisi senza precedenti delle risorse umane».

I governi – questo è l'auspicio, l'appello del Rapporto – devono tornare a occuparsi della salute dei propri cittadini e del funzionamento dei propri sistemi sanitari, portando avanti le riforme indicate nei punti precedenti.

Per fare ciò è necessaria una nuova *leadership*. Una *leadership* che non si limiti all'amministrazione burocratica del sistema, ma che sappia investire in innovazione e confrontarsi e dialogare con una molteplicità di attori (*stakeholders*): dai clinici alla società civile, dai gruppi organizzati di cittadini ai ricercatori, al mondo accademico.

**FIGURA 4 / LA PHC COME PIATTAFORMA DI COORDINAMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA**



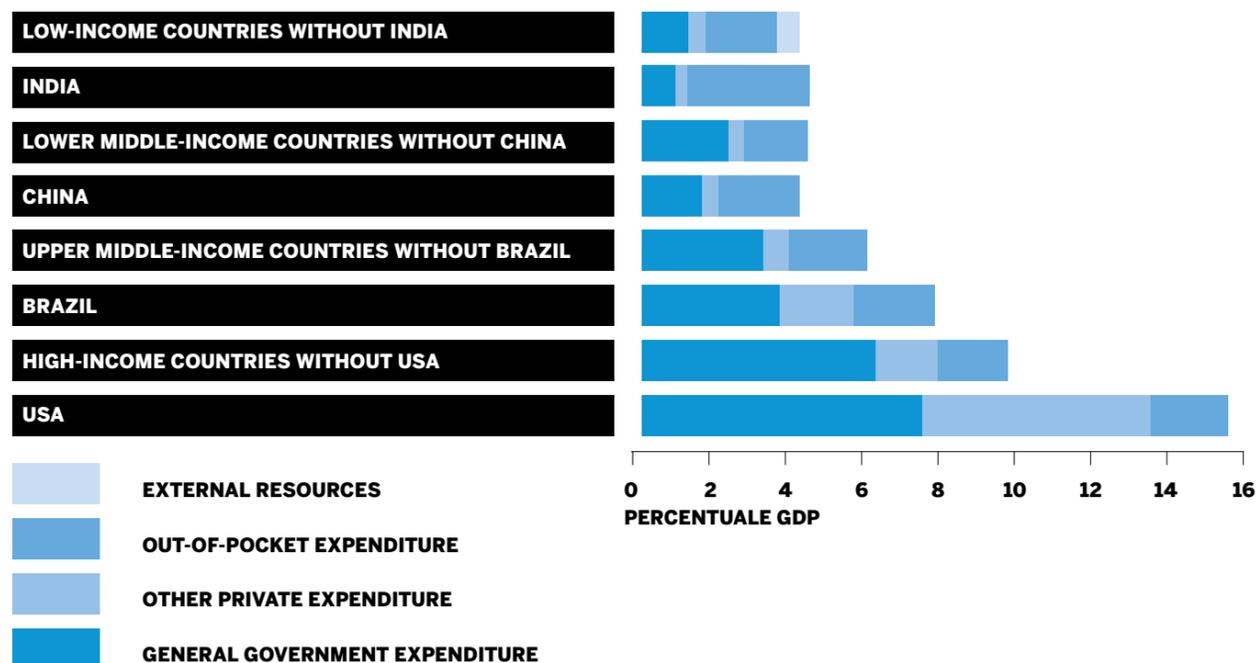
## CONCLUSIONI

Il 14 ottobre 2008 a Almaty (già Alma Ata, già capitale del Kazakistan) è stato presentato il Rapporto Oms 2008 e solennemente commemorato il trentennale dell'omonima Dichiarazione.

Da Alma Ata ad Alma Ata potrebbe essere il significato profondo del Rapporto Oms 2008. Un ritorno al passato per riscoprire e rivalutare linee di politica sanitaria internazionale basate su una formula tanto semplice, quanto potente: "salute per tutti".

Brindiamo al fatto che la formula "salute per tutti" è tornata a far parte del lessico dell'Oms. Con queste parole infatti si chiude la presentazione del Rapporto, firmata dal direttore generale, dr. Margaret Chan: «Non vi sono ragioni per cui tutti i paesi – ricchi e poveri – debbano esitare a dare l'avvio a queste riforme. (...) Uniti nella comune sfida di realizzare i principi dell'assistenza sanitaria di base, il tempo è maturo, oggi più che mai, per sviluppare una comune coscienza e una politica condivisa che rendano più rapido il cammino verso la salute per tutti».

FIGURA 5 / PERCENTUALE DEL PIL (GDP) DESTINATA ALLA SANITÀ IN DIFFERENTI CONTESTI



# IL FORUM DI ACCRA I GRANDI AL CAPEZZALE DELLA COOPERAZIONE ALLO SVILUPPO

Nel settembre 2008 si è svolta ad Accra (Ghana) una conferenza al vertice dei paesi industrializzati per definire le linee politiche della cooperazione allo sviluppo, che sono le seguenti:

- 1 / i donatori forniranno previsioni a tre-cinque anni sul loro aiuto ai paesi *partner*
- 2 / i paesi *partner* saranno direttamente coinvolti nella scelta delle priorità
- 3 / i donatori abbandoneranno le condizioni limitative su come e quando l'aiuto è speso
- 4 / i donatori attenueranno le restrizioni che impediscono ai Paesi in via di sviluppo di comprare beni e servizi di cui abbisognano da chiunque e ovunque essi ottengano *best quality and lowest prices*.

Il Forum di Accra ha inoltre preso l'impegno di migliorare l'efficacia degli aiuti per ridurre sensibilmente il numero di 1,4 miliardi di persone che vivono con meno di 1,25 dollaro al giorno.

Nel frattempo, l'Italia decurta del 56% i fondi per la cooperazione allo sviluppo.

Testo di / Stefano Piziali / Policy Advisor di Cesvi

Il terzo Forum di alto livello (Hlf) si è svolto ad Accra (Ghana) dal 2 al 4 settembre 2008 ed è stato preceduto da un evento organizzato dalla società civile il 31 agosto e il 1° settembre, con un'appendice il 5 settembre. La conferenza ufficiale era inserita nell'ambito del processo sull'armonizzazione e l'efficacia dell'aiuto che ha preso il via nel quadro dell'Ocse-Dac<sup>1</sup> con il Forum di Roma sull'armonizzazione tra donatori del 2003 ed è sfociato poi in quello di Parigi sull'efficacia degli aiuti del 2005.

## LA DICHIARAZIONE DI PARIGI

La constatazione che l'aiuto allo sviluppo non riuscisse a dispiegare tutte le sue potenzialità, a causa degli elevati costi di transazione, dello scarso coordinamento tra gli attori, dell'esistenza di vincoli nazionali all'erogazione delle risorse e della scarsa responsabilizzazione dei paesi *partner*, è stata alla base di un processo di riforma, culminato nel 2005 nella Dichiarazione di Parigi (*Paris Declaration*, PD) sottoscritta da numerosi paesi donatori, paesi *partner*, Organizzazioni internazionali, alcuni rappresentanti della società civile. La Dichiarazione di Parigi, sottoscritta da più di cento Stati e organizzazioni internazionali, ha stabilito cinque principi a cui far riferimento, partendo dal presupposto che l'aiuto è maggiormente efficace se:

- 1 / i paesi beneficiari si appropriano delle loro politiche di sviluppo (*ownership*);
- 2 / i donatori basano le loro attività sulle strategie di sviluppo dei paesi beneficiari e sui sistemi locali (*alignment*);

- 3 / i donatori coordinano le loro attività per ridurre le duplicazioni e minimizzare i costi di transazione (*harmonisation*);
- 4 / donatori e paesi beneficiari orientano le loro attività al raggiungimento di risultati verificabili (*managing for results*);
- 5 / donatori e paesi beneficiari sono reciprocamente responsabili per i progressi conseguiti nell'efficacia degli aiuti e per i risultati ottenuti in termini di sviluppo (*mutual accountability*).

Il Dac ha poi identificato una serie di indicatori per verificare concretamente i progressi conseguiti in tali aree e ha previsto tre *round* di monitoraggio, nel 2006, nel 2008 e infine nel 2011, data di riferimento per il conseguimento degli obiettivi fissati a Parigi. Una parte del monitoraggio 2008, relativa al 2007, è dedicata anche all'Italia, con i risultati piuttosto positivi in alcuni ambiti e negativi in altri.

## IL MONITORAGGIO DEGLI INDICATORI DI PARIGI PER QUANTO RIGUARDA L'ITALIA

È molto interessante analizzare in dettaglio il monitoraggio degli indicatori di Parigi per avere in concreto un quadro di che cosa significhi efficacia degli aiuti.

Il *Survey on Monitoring the Paris Declaration 2008*, lanciato dopo quello del 2006 e curato da un apposito gruppo di lavoro con esperti, ha raccolto i risultati ottenuti da 54 paesi che vi hanno partecipato su base volontaria, 33 dei quali (fra cui l'Italia) avevano aderito anche nel 2006, consentendo così la misurazione

TABELLA 1 / SURVEY ON MONITORING THE PARIS DECLARATION. LA VALUTAZIONE DELL'ITALIA

INDICATORI	AVANZAMENTO ITALIA 2005-07	MEDIA AVANZAMENTO PAESI 2005-07
3 / AID ON BUDGET	- 5%	—
4 / COORDINATED TECHNICAL COOPERATION	+33%	+16,9%
5A / USING COUNTRY SYSTEMS (PFM)	-11%	-0,7%
5B / USING COUNTRY SYSTEMS (PROCUREMENT)	+2%	+2,3%
6 / AVOID PARALLEL PIUS	+ 10 unità	- 13 unità
7 / IN-YEAR PREDICTABILITY	+7%	—
9 / PROGRAMME-BASED APPROACHES	-14%	-3,0%
10A / JOINT MISSIONS	+9%	—
10B / JOINT COUNTRY ANALITIC WORK	+23%	—

dinamica dei progressi ottenuti. Il monitoraggio è effettuato secondo diversi indicatori, alcuni dei quali si riferiscono alle attività dei donatori e altri a quelle dei *partner*.

La tabella seguente mostra i risultati raggiunti dall'Italia secondo il *Survey 2008* per ciascun indicatore che faccia riferimento all'attività dei donatori (indicatori da 3 a 10b).

I dati fanno riferimento agli anni 2005-2007; i dati 2008, che pure figuravano nell'inchiesta, sono stati omessi perché incompleti e provvisori. I risultati italiani sono da intendersi relativi a 23 paesi *partner* <sup>2</sup> con i quali nel 2007 l'Italia ha avuto rapporti di cooperazione.

L'indicatore 3 (*Aid on Budget*) segnala la percentuale del flusso di aiuto pubblico allo sviluppo (Aps) a un paese ricevente che è iscritta in bilancio da quel paese. È finalizzato a una maggiore consapevolezza e trasparenza dei flussi d'aiuto e a un loro miglior allineamento alle priorità dei Pvs.

Il "paese donatore medio" ha migliorato l'indicatore dal 42% nel 2005 al 48% nel 2007. Già questi sono risultati deludenti se confrontati con l'obiettivo finale, per il 2010, dell'85%. La percentuale italiana è arretrata, dal 2005 al 2007, di cinque punti percentuali (l'indicatore segnala il 30% nel 2007).

L'indicatore 4 (*Coordinated Technical Cooperation*) è finalizzato ad accrescere l'armonizzazione e la *ownership* e a consentire un *capacity development* allineato con le reali priorità di sviluppo dei Pvs. Esso indica la percentuale di cooperazione tecnica coordinata in sostegno al *capacity development*, rispetto al totale della cooperazione tecnica.

I risultati italiani sono positivi, tuttavia c'è da considerare che complessivamente per questa voce è stato registrato un successo che ha addirittura ecceduto il *target* prefissato (dal 48% nel

2005 al 60% nel 2007, con un obiettivo del 50% nel 2010). Il dato di partenza era già molto vicino al risultato da raggiungere, ma in ogni caso l'Italia con il 72% ha nettamente superato nel 2007, per questo indicatore, l'obiettivo finale.

Gli indicatori 5a/5b (*Using Country Systems*) sono stati congegnati per misurare la riduzione dei costi di transazione e il relativo rafforzamento delle strutture amministrative del paese, tramite la canalizzazione dell'aiuto attraverso di esse.

L'indicatore 5b misura quanto i donatori usano per gare e appalti; il 5a misura l'uso, per i programmi d'aiuto, delle amministrazioni finanziarie dei paesi riceventi. Questo ultimo, il 5a, rappresenta in percentuale la differenza tra l'Aps totale per il settore governativo e l'Aps erogato per il settore governativo utilizzando i Country Systems; il 5b, invece, calcola in percentuale l'Aps erogato dai governi usando i sistemi di gare e appalti del paese sul totale dell'Aps al paese ricevente medesimo.

Il *trend* generale rispetto a questo indicatore è positivo (si registra un aumento del 4-5%) ma ancora modesto rispetto all'obiettivo dell'80% per il 2010. L'Italia registra peraltro un dato negativo, con il -11% dal 2005 al 2007 per l'indicatore 5a; e un incremento del 2%, quindi inferiore rispetto a una media già bassa, per l'indicatore 5b.

L'indicatore 6 (*Avoid Parallel PIUs*) cerca di limitare il numero delle Unità di implementazione di progetto create al di fuori di strutture già esistenti del paese; è diretto quindi a rafforzare la capacità di gestire e implementare progetti e a incoraggiare i donatori a fare un uso più consistente dei *Country Systems*. L'obiettivo è quindi negativo in quanto aspira a una riduzione, precisamente dei 2/3 dei PIUs.

Dal 2005 al 2007, il numero dei PIUs paralleli è diminuito da 1.832

a 1.601. L'obiettivo è l'eliminazione di 611 PIUs paralleli per il 2010. Se non ne saranno creati di nuovi, appare realistico pensare che il loro numero tenderà a decrescere naturalmente, dal momento che essi hanno un ciclo di vita limitato nel tempo. I risultati variano molto da donatore a donatore: c'è stato chi è riuscito a ridurre di molto il numero dei propri PIUs e chi, come l'Italia con 10 unità in più nel biennio 2005-07, ne ha creati di nuovi; la media è stata di -13 unità.

L'indicatore 7 (*In-year Predictability*) dovrebbe assicurare una migliore prevedibilità dell'aiuto e una allocazione delle risorse più efficace, oltre a una integrazione dei flussi d'aiuto nei *Country Systems*. Esso è calcolato con la differenza tra l'aiuto programmato dai donatori per il 2007 e quello effettivamente erogato per lo stesso anno, quindi ex post, in percentuale.

Nonostante un aumento generale dal 41% del 2005 al 46% del 2007, i risultati prefissati (71% nel 2010) sono ancora ben lungi dall'essere raggiunti. Sarà necessario, quindi, accelerare i tempi. L'Italia, ad ogni modo, ha registrato un dato positivo con un avanzamento del 7%.

L'indicatore 9 (*Programme-based Approaches*) si propone di migliorare l'armonizzazione, di rafforzare la *ownership* e di aumentare l'allineamento. Esso viene calcolato in percentuale, mettendo in rapporto l'Aps totale con quello erogato con programmi organici di cooperazione.

Rispetto a questo indicatore non si registrano cambiamenti significativi, probabilmente per difetti della stessa metodologia usata. Sembra, ad ogni modo, che si sia verificato un avanzamento, ma in percentuali insignificanti (una media del +3,5%) rispetto al *target* del 66% del 2010. In tale contesto il dato italiano, nettamente negativo, sembra riflettere le perplessità suscitate da questo indicatore.

Gli indicatori 10a e 10b (rispettivamente *Joint missions* e *Joint country analytic work*) si propongono di misurare la riduzione dei costi di transazione e di accrescere l'armonizzazione. Il primo è calcolato in percentuale mettendo in rapporto il numero totale delle missioni del donatore sul campo con quello totale delle missioni coordinate; il secondo mettendo in relazione il numero totale delle analisi di un paese con quello delle analisi congiunte, ed è espresso anch'esso in percentuale. Anche in questi casi, l'avanzamento è scarso rispetto agli obiettivi concordati del 40% di missioni congiunte e del 66% di analisi coordinate per il 2010. La misura generale pare essere ancora del 20% per il primo indicatore (10a) e del 40% per il secondo (10b), con l'Italia che ha registrato fra 2005 e 2007 un miglioramento del 9% nel primo caso e del 23% nel secondo.

#### L'ACCRA AGENDA FOR ACTION (AAA)

Il processo del negoziato della Aaa è durato mesi. Il presidente del gruppo di lavoro dell'Ocse-Dac sull'efficacia dell'aiuto (Wp-Eff), Jan Cedergren, l'ha definito come «uno dei più ampi mai condotti nel campo della cooperazione allo sviluppo». Ciò ha naturalmente implicato la produzione di un documento che, per il fatto stesso di rappresentare il compromesso fra proposte molto differenti, non è in alcuni casi incisivo come i

paesi più coinvolti nel dibattito sull'efficacia avrebbero auspicato. Un gruppo formato da Giappone, Usa, Banca mondiale e Fondo monetario internazionale ha cercato fino all'ultimo di chiudere il negoziato prima dell'Hlf, mantenendo l'Aaa su un livello relativamente poco ambizioso.

Dall'altra parte l'Unione Europea, pur con diverse accentuazioni fra gli Stati membri, ha cercato di spingere per un testo che sia più politico e *visionary*, oltre che capace di fissare impegni precisi e scadenze definite.

Nel corso dei negoziati, l'Ue ha incentrato le proprie priorità sulla necessità di passi avanti sul tema della divisione del lavoro fra donatori nei diversi paesi e dello slegamento dell'aiuto, sull'uso dei sistemi locali (*Country Systems*), sulla prevedibilità dell'aiuto e sulla responsabilità reciproca (*Mutual Accountability*).

Il Forum di Accra ha costituito una tappa fondamentale nella verifica *in itinere* dell'andamento del processo, per affrontare nodi critici e rilanciare lo sforzo collettivo volto a ridurre sensibilmente, anche attraverso un aiuto più efficace, il numero di 1,4 miliardi di persone che vivono con meno di 1,25 dollari al giorno (fonte *World Bank*, settembre 2008).

In breve le maggiori acquisizioni di Accra riguardano:

μ (prevedibilità dell'aiuto: i donatori forniranno previsioni a tre-cinque anni sul loro aiuto ai paesi *partner*;

μ (sistemi dei paesi *partner*: i paesi *partner* saranno coinvolti nella scelta delle priorità;

μ (condizionalità: i donatori abbandoneranno le condizioni limitative su come e quando l'aiuto è speso e adotteranno condizioni basate sugli obiettivi propri del Paese in via di sviluppo;

μ (aiuto legato: i donatori attenueranno le restrizioni che impediscono ai Paesi in via di sviluppo di comprare beni e servizi di cui abbisognano da chiunque e ovunque essi ottengono *best quality and lowest prices*).

Il metodo stesso che ha portato al documento finale va valutato positivamente. Ad Accra c'è stato un vasto e partecipato coinvolgimento di tutti gli attori, convenzionali e non, che si occupano di cooperazione internazionale.

Oltre alle delegazioni governative, hanno partecipato al Forum ottanta esponenti della società civile di diversi paesi e un'ottantina di delegazioni provenienti dai Paesi in via di sviluppo. Il processo di elaborazione della Aaa pertanto ha visto, rispetto alla Dichiarazione di Parigi, un buon coinvolgimento delle Organizzazioni della società civile e delle ong che, anche se in modo ancora da definire nei dettagli, sono sempre più parte integrante dell'intero processo.

#### LA CONFERENZA PARALLELA DELLA SOCIETÀ CIVILE AD ACCRA

Negli stessi giorni del Forum ufficiale si è svolta una conferenza parallela di varie organizzazioni della società civile, del Nord e del Sud: *network*, ong, movimenti, etc. È bene accennare a questa iniziativa per mostrare le potenzialità e i limiti di tali processi paralleli, che se da un lato riescono a far emergere punti di vista "non ufficiali" dall'altro peccano spesso di scarsa rappresentatività.

La conferenza parallela è servita per puntualizzare le richieste al Forum ufficiale, ma soprattutto a consolidare il processo interno della società civile per giungere alla definizione di propri criteri

di efficacia da applicare all'operato delle Cso (*Civil Society Organisations*) e delle ong (*Non-Governmental Organisations*). Accra da questo punto di vista ha segnato la conferma dell'importanza di questo percorso che si completerà entro il 2010, percorso sul quale il *network* delle ong europee, *Concord*, sta avendo un ruolo importante di coordinamento e proposta.

Il tema dell'efficacia dell'aiuto allo sviluppo è un tema decisivo perché alle tante parole spese seguano fatti certi. Le ong sono del tutto consapevoli che solo la crescita di partenariati durevoli e di soggetti protagonisti *in loco* dello sviluppo del proprio paese assicura il successo alla cooperazione allo sviluppo. I *network* di ong che sono fortemente impegnati sul campo stanno da tempo lavorando tra loro e con i loro *partner* per migliorare l'efficacia della loro azione, fornire servizi utili alla popolazione, documentare i risultati ottenuti e realizzare quei cambiamenti che rendono effettiva la lotta alla povertà.

Questo punto di vista è stato in parte preso in considerazione da alcune delegazioni ufficiali alla Hlf, a cominciare dall'Unione Europea, che da tempo ha manifestato disponibilità ad accogliere le riflessioni provenienti dalle Cso.

La contro conferenza ha comunque fatto emergere alcuni limiti del processo autogovernato delle ong:

- μ la partecipazione di una vasta rappresentanza di Cso e ong pone un problema di legittimità, rappresentanza e *accountability*, che difficilmente può essere risolto senza passaggi anche traumatici di natura organizzativa da parte delle ong;
- μ in eventi così complessi, come il Forum, il rischio che gli attori più forti, come l'Unione Europea e alcuni paesi donatori come quelli del Nord Europa, strumentalizzino le preoccupazioni delle Cso sono apparsi evidenti;
- μ lo scenario della cooperazione sta cambiando: soprattutto le ong del Nord avvertiranno maggiormente le conseguenze di questo cambiamento. Il tema provocatorio "serviranno ancora le ong del Nord" è stato posto da attori differenti non più solo in forma sfidante ma come un processo ineluttabile di trasformazione delle ong del Nord in soggetti che si danno un ruolo nella misura in cui assecondano e sostengono il rafforzamento, politico e organizzativo delle ong del Sud. Diversi *network* europei hanno raccolto la sfida (ad esempio Link 2007 in Italia e Alliance 2015 in Europa) promuovendo il punto di vista delle ong direttamente impegnate nella gestione di servizi al Sud. La consapevolezza che li guida è basata sul principio di sussidiarietà (in cui i privati possono gestire servizi a beneficio pubblico, nell'ambito di accordi condivisi con il servizio pubblico) e su una visione della cooperazione in cui il trasferimento di risorse da Nord a Sud è parte di un processo ben più complesso che prevede la partecipazione, la cogestione e la crescita di soggetti sociali protagonisti della vita sociale, economica e culturale, tanto al Sud come al Nord.

#### OLTRE ACCRA: LIMITI E POTENZIALITÀ DEL PROCESSO DA UNA PROSPETTIVA ITALIANA

Malgrado le resistenze di alcuni paesi come Usa, Giappone e alcune organizzazioni come la Banca mondiale, i risultati della Accra *Agenda for Action* appaiono promettenti. Vengono delineati i prossimi passi dei paesi donatori e dei paesi *partner* verso il

2011, quando saranno tirate le somme dell'intero processo di armonizzazione e miglioramento dell'efficacia degli aiuti.

Rimangono però alcuni punti critici nel documento finale:

- μ (poca attenzione alle scadenze, per l'attuazione degli impegni;
- μ permane il richiamo a condizionalità per la concessione dell'aiuto allo sviluppo, anche se sottoposte a decisioni caso per caso;
- μ il coinvolgimento della società civile ancora non è completo, anche se ad Accra la sua voce si è fatta sentire in modo forte, influenzando il dibattito.

Comunque la società civile potrà costituire d'ora in poi uno stimolo certo all'intero processo sull'efficacia degli aiuti, perché è riuscita a mettere sul tavolo il nodo politico che una vera ed efficace titolarità dell'aiuto nelle mani dei destinatari si ottiene solo quando le diverse organizzazioni e soggetti della società civile sono pienamente riconosciuti nel processo di pianificazione, realizzazione e controllo delle iniziative di aiuto allo sviluppo.

Non è ancora del tutto affermato nella Aaa il principio della piena titolarità democratica, attraverso il coinvolgimento della società, dei parlamenti, delle ong, ma il tema ormai è parte integrante del processo.

L'Italia, attraverso una delegazione aperta a rappresentanti delle ong, ha svolto un ruolo di stimolo e di mediazione, importante per rafforzare la posizione dell'Unione Europea, in ciò mostrando una vitalità che potrà essere confermata dall'avvio di un gruppo di lavoro italiano sull'efficacia dell'aiuto presso la Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo del ministero degli Affari Esteri.

Perché tutto ciò sia credibile è però necessario che il tema cooperazione allo sviluppo diventi centrale nell'agenda politica italiana. L'Italia non può fare politica estera senza ancorarla in modo stabile a una forte politica di cooperazione allo sviluppo.

Lo stesso impiego massiccio di soldati italiani nei principali contesti di crisi internazionali è fortemente indebolito dalla continua riduzione di risorse per la cooperazione allo sviluppo nei medesimi paesi. In ciò il governo e il Parlamento devono avere il coraggio e la capacità di guardare oltre i limiti dell'orizzonte presente, fatto di crisi economica e finanziaria per ritrovare, possibilmente nel dialogo con le ong più strutturate e organizzate, impegnate direttamente nell'attività sul campo, le ragioni ultime della importanza della cooperazione. Un paese serio si fa portatore di principi di giustizia internazionale e la cooperazione è il principale strumento di politica estera che ha a disposizione. Invece l'Italia entra nel 2009 con decisioni assai discutibili.

Sono stati tagliati 411 milioni di euro, nella Finanziaria per il 2009. Si passa così dai quasi 733 milioni di euro della Finanziaria 2008 a 321 milioni di euro, con una decurtazione del 56%. In considerazione del fatto che: 128 milioni circa sono già stati deliberati, 130 andranno al Fondo globale per la lotta all'Aids e alla malaria e alla Tbc, 40 milioni circa saranno assorbiti dal funzionamento della Dgcs-Mae, non rimangono che 30 milioni per nuove iniziative. Per le nuove iniziative delle ong saranno disponibili non più di 9 milioni.

Tutto ciò getta una luce ambigua sul processo di Accra, visto da Roma, e sul suo vero significato.

In un contesto di crisi finanziaria ed economica come quello che sta caratterizzando il 2008 e il 2009 le indicazioni sull'efficacia dell'aiuto assumono un sapore amaro. Come si può parlare di

efficacia dell'aiuto quando le risorse pubbliche vengono meno in modo così indiscriminato? Come si può parlare di responsabilità dei paesi *partner* quando l'Italia riduce l'aiuto pubblico allo sviluppo a meno dello 0,1% del Pil? Che tipo di sistema paese può far crescere un paese che abdica in modo così palese alle responsabilità pubbliche?

**1** L'Ocse, in inglese Oecd (*Organisation for Economic Cooperation and Development*), è l'organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico che riunisce trenta paesi impegnati a promuovere la democrazia e l'economia di mercato nel mondo. Il Dac (*Development Assistance Committee*) è il comitato dell'Ocse che si occupa in modo specifico di cooperazione allo sviluppo.

**2** Afghanistan, Albania, Bolivia, Burkina Faso, Capo Verde, Colombia, Rep. Dem. Congo, Egypt, Ethiopia, Gabon, Honduras, Kenya, Kosovo, Mali, Morocco, Mozambique, Niger, Senegal, South Africa, Tanzania, Uganda, Viet Nam, Yemen. Fonte: Ocse Dac.



# L'OSPEDALE SAN LUCA DI WOLISSO

Quest'ospedale, fondato nel 2001, rappresenta una delle sfide più impegnative per Medici con l'Africa Cuamm. La sfida è come coniugare la qualità delle cure con l'equità e l'accessibilità, l'efficienza con l'efficacia, gli interventi specialistici con lo sviluppo dei servizi territoriali.

Da una parte la missione di servire principalmente i poveri, dall'altra il rischio di curare soprattutto i più ricchi. A Wolisso si giocano tutte queste sfide. Nel seguente articolo presentiamo un'analisi dettagliata del funzionamento dell'ospedale. L'utilizzazione dei servizi, il *case-mix*, la qualità, l'equità.

Testo di / Fabio Manenti / Medici con l'Africa Cuamm

## CONTESTO

L'ospedale San Luca di Wolisso è privato, *not-for-profit*, di proprietà della Chiesa cattolica etiopica, situato nella città di Wolisso, capitale della South West Shoa Zone nella Regione Oromia, la più vasta e popolata dell'Etiopia.

È l'ospedale di riferimento per l'intera zona, che consta di circa 1.750.000 abitanti. Al suo interno è situata anche una scuola di formazione professionale per infermieri.

Nato nel 2001 per il bisogno della Chiesa cattolica etiopica di avere una scuola infermieri per il proprio personale che, nei primi anni '90, aveva serie difficoltà ad accedere alle scuole governative, è oggi un ospedale di 164 letti con attività ambulatoriali di tipo generale e specialistico e con servizi di ricovero e diverse specialità.

A livello ambulatoriale ci sono cliniche generali per adulti e bambini, la clinica prenatale, la clinica per malati cronici, inclusi i malati di Aids, le cliniche specialistiche: chirurgica, ortopedica, ginecologica, oculistica, odontoiatrica e otorinolaringoiatrica. Queste ultime due offrono i loro servizi in occasione di missioni specifiche di consulenti.

Per quanto riguarda i ricoveri, dispone di reparti di medicina, pediatria, maternità e ginecologia, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, nonché di una sala parto, cinque sale operatorie, due laboratori e servizi diagnostici di radiologia ed ecografia. Dispone inoltre di un Dipartimento di Sanità pubblica con attività di tipo preventivo nel Distretto di Wolisso e, in collaborazione con l'Ufficio zonale di sanità, anche in altri distretti con attività in progressiva espansione.

La scuola infermieri diploma 30 infermieri professionali per anno. Inoltre, da due anni, l'ospedale collabora con l'università di Jimma e l'Ufficio regionale di sanità dell'Oromia alla formazione di ufficiali sanitari (*Health Officers*, figura intermedia tra l'infermiere professionale e il medico), nella misura di 50 per anno.

I primi anni sono stati difficili perché segnati da bassa accessibilità e credibilità da parte della comunità locale e delle autorità governative.

Tale situazione dipendeva soprattutto dalle tariffe applicate ai pazienti, alte e indipendenti dalla patologia e dal tipo di paziente,

e dalla scarsa efficienza del sistema ospedale dovuta all'alto numero di personale rispetto al volume di attività.

Solo dopo l'introduzione di una politica di riduzione delle tariffe per i pazienti, del contenimento dei costi di gestione e del coinvolgimento delle autorità governative nella sostenibilità finanziaria della struttura, si è capovolta l'immagine negativa e l'ospedale, in pochi anni, si è qualificato come un modello di partenariato pubblico e privato nel fornire servizi di qualità a un costo accessibile alla popolazione. Nel 2005, l'ospedale San Luca di Wolisso è stato citato come «*best practice* per il Sistema informativo sanitario» nel documento di valutazione dell'*Health Sector Development Programme II* del ministero della Sanità etiopica.

## PREMESSA

Nel contesto della riforma del Sistema informativo sanitario in corso in Etiopia, l'attenzione è centrata sull'uso dell'informazione per la presa di decisione gestionale basata sull'evidenza (*evidence based*) anche nel luogo in cui l'informazione viene generata (p. es. ospedali, centri di salute, distretti sanitari ecc.). L'informazione è necessaria ai dirigenti locali e fornitori di servizi sanitari per coniugare le risorse disponibili ai bisogni dei pazienti al fine di raggiungere il miglior risultato possibile a un costo sostenibile. Tali scelte diventano particolarmente complesse in contesti caratterizzati da alta morbilità e limitatezza di risorse. Ciò che segue è l'analisi del costo dei servizi e della produttività, del profilo epidemiologico, dei risultati e della qualità dei servizi dell'ospedale San Luca di Wolisso, realizzata utilizzando le informazioni raccolte dal Sistema informativo di *routine* dell'ospedale.

Vengono studiate inoltre le relazioni tra il *case-mix*, i servizi offerti, la loro qualità, e in particolare la loro equità e accessibilità alla popolazione, così come i risultati delle cure, da cui si ricava un modello di processo decisionale basato sull'evidenza.

## UTILIZZAZIONE DEI SERVIZI

Le attività ambulatoriali e di ricovero dell'ospedale (*St. Luke Catholic Hospital and College of Nursing, 2008*) sono in aumen-

TABELLA 1 / UTILIZZAZIONE DEI SERVIZI DELL'OSPEDALE DI WOLISSO / ANNI 2001-2007

ATTIVITÀ AMBULATORIALE	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
NUMERO TOTALE DI VISITE AMBULATORIALI	14.620	20.570	32.059	42.110	57.268	47.088	52.799	55.510
DI CUI VISITE AMBULATORIALI DI BAMBINI SOTTO I 5 ANNI	N.D.	1.241	2.397	5.215	10.929	8.277	9.930	8.993
NUMERO MEDIO QUOTIDIANO DI VISITE AMBULATORIALI	57	80	125	168	222	189	212	220
CLINICA HIV/AIDS: PAZIENTI SIEROPOSITIVI ARRUOLATI MA NON ELIGIBILI PER LA TERAPIA	—	—	—	—	—	584	894	885
CLINICA HIV/AIDS: PAZIENTI CHE HANNO INIZIATO LA TERAPIA ANTIRETROVIRALE	—	—	—	—	—	287	333	340
<b>RICOVERI</b>								
NUMERO TOTALE DI RICOVERI	2.032	3.312	5.332	6.521	7.985	7.182	7.816	8.260
INTERVENTI DI CHIRURGIA MAGGIORE	242	332	696	1.237	1.693	1.908	2.607	2.540
NUMERO TOTALE DI PARTI	391	635	852	1.078	1.554	1.820	2.213	2.524
DI CUI PARTI CESAREI	59	96	166	249	428	533	497	444
PERCENTUALE DI PARTI CESAREI	15%	15%	19%	23%	28%	29%	22%	18%

to sin dalla sua apertura nel 2001 con un volume medio per anno, negli ultimi tre anni (2005-2007), superiore a 52.000 visite e 7.600 ricoveri (vedi **tabella 1**).

La descrizione delle attività ospedaliere sarà centrata sul periodo 2005-2007 al fine di tracciare l'andamento dell'utilizzo dei servizi.

Il numero totale di visite ambulatoriali è stato di 157.155 (57.268 nel 2005, 47.088 nel 2006 e 52.799 nel 2007): la brusca caduta nel 2006 è in gran parte legata all'inizio delle attività della clinica per i malati di Aids in aprile 2006 che ha comportato lo spostamento di un medico dalle attività ambulatoriali alla clinica antiretrovirale. Il problema fu corretto con l'assunzione di due medici negli ultimi due mesi dell'anno, il cui effetto è evidenziabile dalla ripresa del numero delle visite ambulatoriali nell'anno successivo. Il numero totale di visite nella clinica pediatrica è stato di 29.136 visite nello stesso periodo (10.929 nel 2005, 8.277 nel 2006 e 9.930 nel 2007). Le visite prenatali sono aumentate da 7.710 nel 2005 a 9.023 nel 2006 e a 10.237 nel 2007 mentre il numero totale di vaccinazioni somministrate è compreso tra gli 11.918 del 2005 e i 14.675 del 2007, con un totale di 38.282 nel periodo 2005-2007. Il numero totale di ricoveri è stato di 22.983 nel periodo 2005-2007 con un tasso medio di occupazione dei posti letto dell'86,9%, una degenza media di 6,6 giorni e un tasso di rotazione di 52,2 pazienti per letto per anno.

Il numero di interventi di chirurgia maggiore è aumentato da 1.693 nel 2005 a 2.607 nel 2007. Per quanto riguarda i servizi ostetrici, dei 5.587 parti assistiti nell'ospedale tra il 2005 e il 2007 quasi la metà (43%) sono stati parti complicati. Tra questi ultimi, 1.458 sono rappresentati da tagli cesarei.

In qualità di ospedale di riferimento dell'intera zona (e ricevendo in alcuni casi anche pazienti provenienti da altre zone), solo un quinto dei pazienti ricoverati proviene dalla città di Wolisso, un quarto dal distretto di Wolisso (25,3%) mentre la maggioranza proviene dal di fuori del distretto stesso (54,9%).

I servizi di prevenzione forniti includono la clinica prenatale, le vaccinazioni e il test volontario per l'Hiv (questi ultimi ammontati a 7.475). L'ospedale fornisce inoltre il servizio di prevenzione della trasmissione materno-fetale del virus Hiv e la terapia antiretrovirale a 333 pazienti che hanno iniziato il trattamento nel 2007.

## EPIDEMIOLOGIA E CASE-MIX

Il *case-mix* gioca un ruolo importante nel governo delle risorse ospedaliere e il suo studio è rilevante sia da un punto di vista epidemiologico sia di gestione.

Essendo il profilo delle patologie "dinamico", è essenziale rilevarne i mutamenti per rispondere a eventuali nuove esigenze apportando opportuni aggiustamenti all'organizzazione dei servizi.

**TABELLA 2 / CAUSE DI RICOVERO E INDICATORI DI DURATA DELLA DEGENZA**

CAUSA DI RICOVERO	NUM. RICOVERI	% RICOVERI	GIORNI DEGENZA	% GIOR. DEGENZA	DURATA MEDIA DEG.
PARTI	5.650	25,2%	19.382	13,1%	3,4
TRAUMI	1.759	7,9%	18.393	12,4%	10,5
MALNUTRIZIONE	1.003	4,5%	13.489	9,1%	13,4
PATOLOGIE MUSCOLO-SCHELETRICHE	984	4,4%	10.624	7,2%	10,8
TUBERCOLOSI	870	3,9%	9.744	6,6%	11,2
INFEZIONI RESPIRATORIE	1.203	5,4%	8.807	6,0%	7,3
ALTRE CAUSE DI RICOVERO	10.908	48,7%	67.577	45,7%	6,2
TOTALE	22.377	100,0%	148.016	100,0%	6,6

Nella **figura 1** è rappresentata la ripartizione percentuale delle 16 prime cause di ricovero, per classi d'età, nel periodo 2005-2007.

#### CAUSE DI RICOVERO E SEX RATIO

Il parto è la prima causa di ricovero (25,2%) seguito da traumi (7,9%), malaria (5,9%), infezioni respiratorie (5,4%) e complicanze del parto (4,9%).

Il numero totale dei ricoveri è stato più alto per le femmine che per i maschi (59,7%) a causa all'alta frequenza dei ricoveri per il parto e le patologie ostetrico-ginecologiche.

Se però si escludono queste due ultime cause, risulta che i ricoveri di maschi sono prevalenti. In particolare, il rapporto maschi/femmine è particolarmente elevato per i traumi (M:F ratio = 2,6) e per le patologie muscolo-scheletriche (M:F ratio = 1,8).

#### DURATA DEI RICOVERI

Un fattore importante che condiziona l'uso delle risorse è la durata del ricovero. Essa è misurata dai seguenti principali indicatori che esplorano la dimensione "durata dei ricoveri" da diverse prospettive: numero di giorni di degenza (*Bed days*) totale e per causa di ricovero e durata media di degenza (*Average Length of Stay - Alos*) per causa di ricovero (vedi **tabella 2**).

A titolo di esempio, durante il periodo 2005-2007, l'ospedale di Wolisso ha contato in totale 148.016 giorni di degenza per l'insieme delle cause di ricovero.

Il più alto numero assoluto di giorni di degenza è da attribuire ai parti con 19.382 giorni (13,1% del totale dei giorni di ricovero e durata media di 3,4 giorni), seguiti dai traumi con 18.393 giorni (12,4%) e, analogamente, la malnutrizione (13.489 e 9,1%), le

malattie muscolo-scheletriche (10.624 e 7,2%), la tubercolosi (9.744 e 6,6%) ecc.

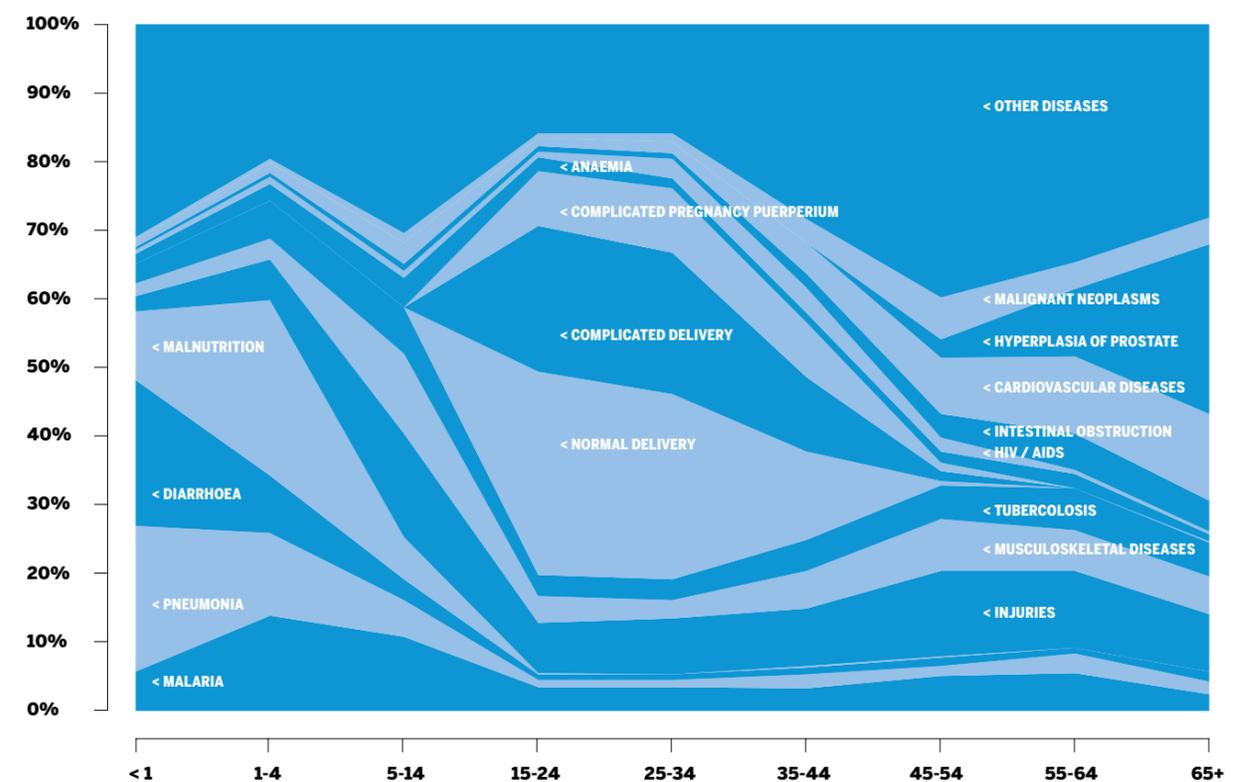
Se consideriamo invece le prime sei cause di ricovero con più lunga degenza media, possiamo osservare (vedi **tabella 3**) che in percentuale rappresentano solo il 22% sul numero dei ricoveri, ma ben il 37% sui giorni di degenza con un peso quindi rilevante sull'uso delle risorse disponibili. Considerando le prime cause di ricovero in termini di durata media di degenza (per patologie che contano più di 50 ricoveri), la malnutrizione è la prima (13,4 giorni) seguita dall'iperplasia della prostata e dalla tubercolosi (11,2 giorni), le malattie muscolo-scheletriche incluse le osteomieliti (10,8 giorni) e i traumi (10,5 giorni). La durata media di degenza è in generale correlata con la complessità dei casi trattati. La riduzione della lunghezza della durata media di degenza può essere ottenuta in vari modi: modificando i protocolli di trattamento di una patologia (più efficaci), introducendo nuove tecnologie, integrando servizi di ricovero con servizi ambulatoriali, migliorando l'efficienza dei servizi e implementando politiche di dimissione precoce.

Il numero e la percentuale dei giorni di ricovero per malattia, legata alla frequenza dell'ammissione e alla durata del ricovero, possono essere considerati un buon indicatore del peso relativo delle diverse patologie sui servizi ospedalieri. Le malattie infettive sono state le cause principali di ricovero: comunque queste hanno avuto in generale una breve durata di ricovero rappresentando un peso relativamente basso sui servizi ospedalieri.

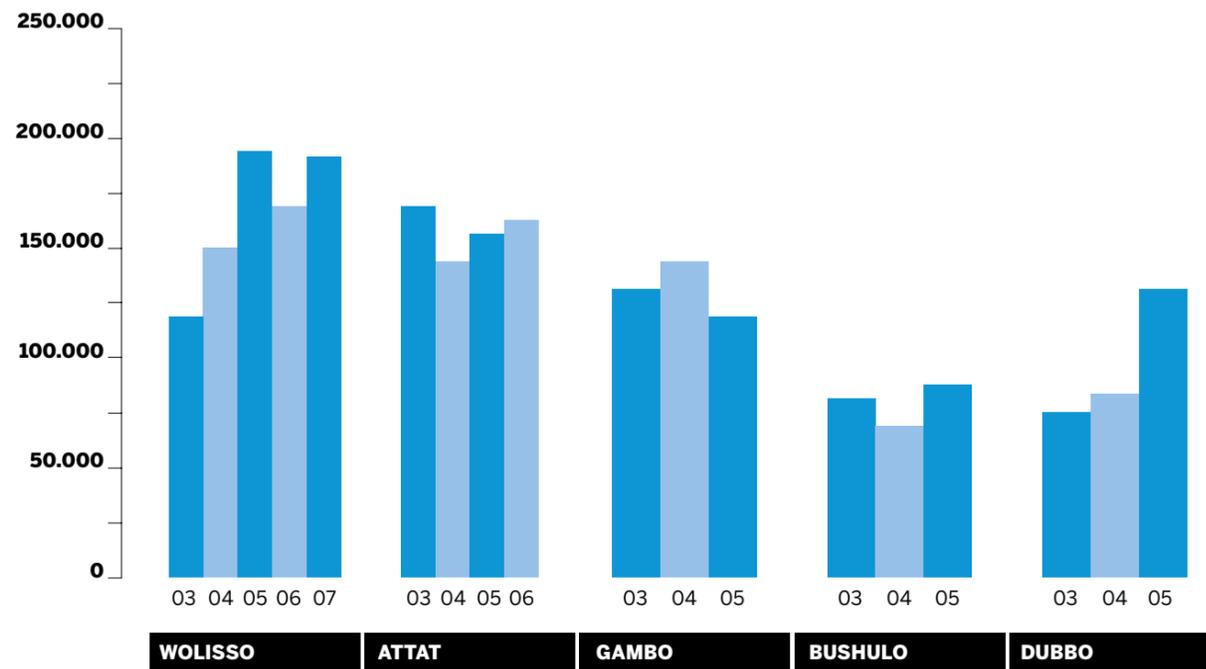
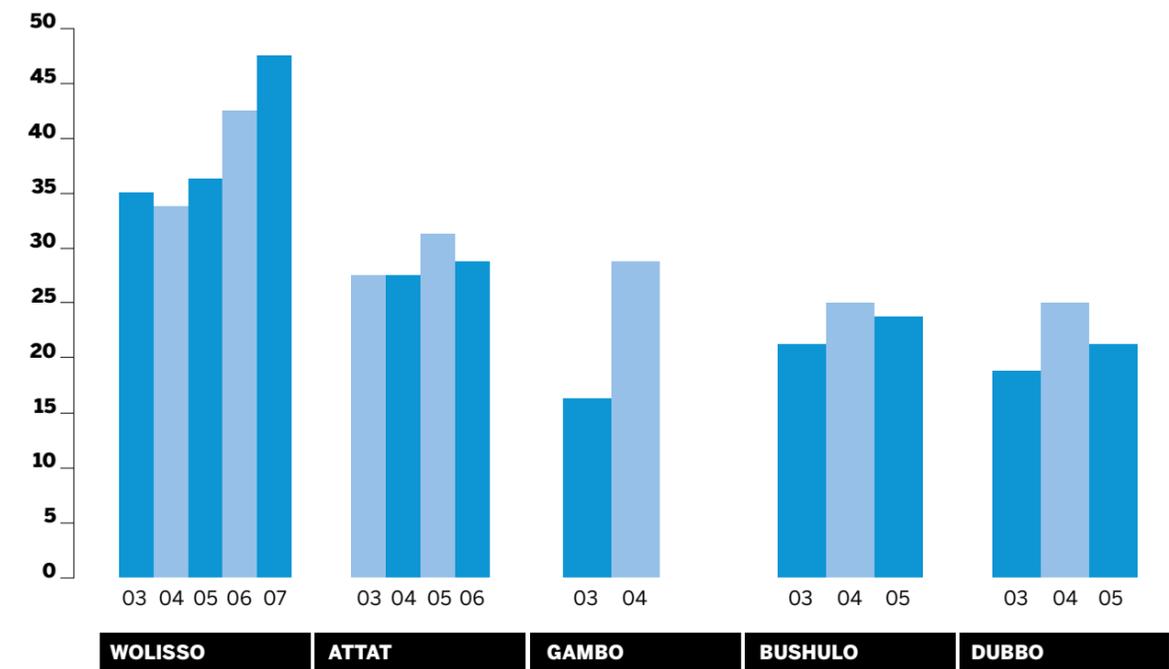
Al contrario, la malnutrizione, i traumi e le malattie "non infettive" hanno rappresentato un alto peso sui servizi in termini di allocazione delle risorse misurate in numero di giorni di ricovero. Da osservare è anche che i casi di traumatologia non solo rappresentano un costo in termini di giorni di ricovero e di interventi chirurgici, ma anche in termini di cure primarie ambulatorie.

**TABELLA 3 / PRIME SEI CAUSE DI RICOVERO CON PIÙ LUNGA DEGENZA MEDIA**

CAUSA DI RICOVERO	NUM. RICOVERI	% RICOVERI	GIORNI DEGENZA	% GIOR. DEGENZA	DURATA MEDIA DEG.
MALNUTRIZIONE	1.003	4,5%	13.489	9,1%	13,4
IPERPLASIA PROSTATICA	280	1,3%	3.141	2,1%	11,2
TUBERCOLOSI	870	3,9%	9.744	6,6%	11,2
PATOLOGIE MUSCOLO-SCHELETRICHE	984	4,4%	10.624	7,2%	10,8
TRAUMI	1.759	7,9%	18.393	12,4%	10,5
TETANO NON NEONATALE	51	0,2%	480	0,3%	9,4
ALTRE CAUSE DI RICOVERO	17.430	77,9%	92.145	62,3%	5,3
TOTALE	22.377	100,0%	148.016	100,0%	6,6

**FIGURA 1 / CAUSE DI RICOVERO IN % RISPETTO AL TOTALE DEI RICOVERI NEL 2005-2007 E ANDAMENTO PER CLASSI DI ETÀ**



**FIGURA 3 /** CONFRONTO DEL "SUO" NEGLI OSPEDALI CATTOLICI ETIOPI / VALORE ASSOLUTO 2003-2007

**FIGURA 4 /** COSTO PER UNITÀ DI "SUO" 2003-2007


ni incluse la copertura dei servizi e l'utilizzo. Recentemente maggior enfasi è stata posta sulla misura della *performance*, che ad esempio può essere definita come il costo per unità di servizio prodotta, cioè legando il costo dei servizi alla quantità dei servizi prodotti ponendo quindi le basi per comparare diverse performance e quindi promuovendo le "best practices". Ovviamente la disponibilità di risorse, la qualità delle cure e il profilo epidemiologico non possono non essere considerati nella valutazione della *performance*. Alti costi per unità di servizio possono dipendere da scarsa efficienza, alta qualità o una complessità maggiore delle patologie trattate. In particolare il *case-mix* deve essere valutato insieme ai costi e ai servizi prodotti.

Recentemente il ministero della Salute etiopie (Fmoh; 2007) ha commissionato uno studio dei costi unitari dei servizi ambulatoriali e di ricovero, in vista di iniziare un sistema assicurativo nazionale a partire dalla copertura dei dipendenti pubblici. I costi di un servizio ambulatoriale e di ricovero (H. Barnum, et al., 1993) nell'ospedale di Wolisso lo pongono al di sotto della media rilevata nei 27 ospedali analizzati (25 governativi e 2 *not for profit*).

Utilizzando un semplice indicatore, lo *Standard unit of output* (Suo), che include oltre ai costi dei servizi curativi anche quelli preventivi, si possono fare valutazioni anche circa la produttività del personale e dell'equità. Tale indicatore, sviluppato in Uganda (A. Mandelli, D. Giusti, 2005), è correntemente usato per monitorare la *performance* ospedaliera nazionale ugandese. È così

definito: Suo = n. visite ambulatoriali (Opd) + 15x n. totale dei ricoveri (Ip) + 5 x n. dei parti + 0,2 x n. di vaccinazioni + 0,5 x n. di visite prenatali e controllo del peso dei bambini (Mch).

Nei grafici (**figura 3 e 4**) viene mostrato il confronto tra l'ospedale di Wolisso e gli altri ospedali della Chiesa cattolica etiopie. Il costo è espresso in moneta etiopie, dove 1 euro equivale a 12,5 *ethiopian birr*.

Appare subito evidente come l'ospedale di Wolisso sia quello con la più alta "produzione", in quanto ospedale di riferimento zonale, ma anche con il costo per unità di prodotto più alto, legato al fatto che, essendo ospedale di riferimento, ha anche un *case-mix* più complesso con un più alto numero di interventi chirurgici maggiori, la chirurgia ortopedico-traumatologica e così via. A questo va anche aggiunto il grande aumento dei costi dell'ultimo anno, del personale in particolare che ammonta a circa il 50% dei costi ricorrenti ma anche dei materiali di consumo (farmaci e altri materiali).

#### L'EQUITÀ

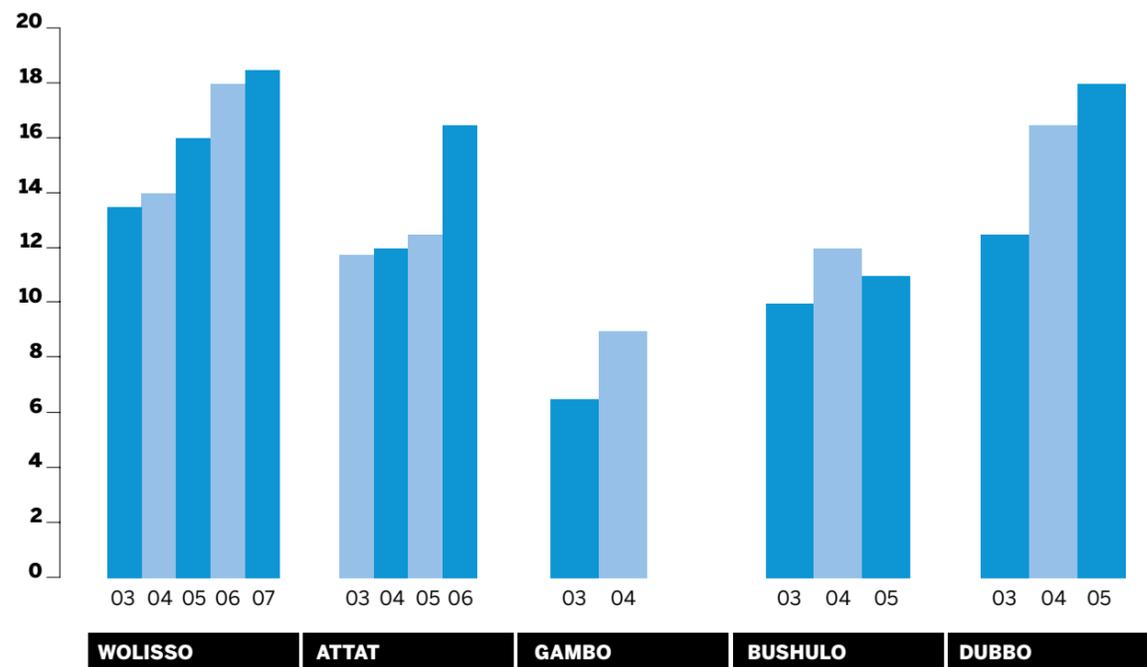
Come è noto le *user fees* (pagamento diretto delle prestazioni sanitarie) sono uno dei sistemi più iniqui di finanziamento dei sistemi sanitari, caricando un peso variabile del costo dei servizi direttamente sui pazienti. Tali sistemi sono d'altra parte largamente presenti nei Paesi in via di sviluppo dove gli ospedali privati anche *not for profit* non hanno la copertura finanziaria tota-

le da parte dei donatori o dei governi. Questi ultimi a loro volta non sono in grado di finanziare il sistema sanitario pubblico attraverso la tassazione generale se non con le assicurazioni comunitarie (cioè di condivisione del rischio) che non sono o sono ancora scarsamente applicate. Il pagamento diretto da parte del paziente di una quota del servizio ricevuto rappresenta perciò, nei diversi contesti, una componente anche importante di copertura dei costi dei servizi. In particolare in Etiopia il contributo del paziente esiste da sempre anche nel sistema pubblico, dove al paziente questo contributo è sempre stato richiesto a meno di poter esibire il certificato di "povertà", e quindi di esenzione, rilasciato dal capo villaggio. È d'altra parte noto ed esperienza comune, anche se non ufficialmente riconosciuto, che il paziente è sottoposto a una forma di pagamento nel sistema pubblico, vuoi in modo "illegale" (sottobanco), vuoi anche "legalmente" perché invitato ad acquistare i farmaci o i materiali sanitari necessari a fornire il servizio nelle farmacie private, sempre numerose al di fuori delle istituzioni sanitarie governative, perché "non disponibili" nei magazzini delle strutture pubbliche. Così come lo stesso certificato di "povertà" rilasciato dal capo villaggio è spesso elargito, "illegalmente", a pagamento.

Come detto anche l'ospedale di Wolisso applica delle tariffe per la fornitura dei servizi. In ogni caso la richiesta di pagamento del contributo non esclude il paziente dai trattamenti d'urgenza che vengono comunque garantiti. Allo stesso tempo esiste un sistema di esenzione per chi non è in grado di pagare quanto richiesto

e attraverso una valutazione caso per caso l'esenzione può anche essere totale. Nel grafico seguente (**figura 5**) viene visualizzato il "peso" delle *user fees* per unità di prodotto, cioè quanto è il pagamento richiesto ai pazienti per unità di prodotto. Il confronto con gli altri ospedali della Chiesa cattolica etiopie mostra come l'ospedale di Wolisso sia quello più "costoso" per i pazienti insieme a quello di Dubbo. Questo indicatore può essere visto come una misurazione del grado di equità, sottendendo che minore è il pagamento per unità di prodotto, più equo e quindi accessibile è il servizio stesso. Nel caso dell'ospedale di Wolisso va anche detto che circa un terzo delle entrate dal pagamento diretto dei pazienti viene dalla chirurgia elettiva che contribuisce però a meno del 20% dei ricoveri: questo perché il sistema tariffario è in regime di *flat rates* con tariffe anche molto diverse per le diverse categorie di pazienti e per diversa patologia. Ad esempio un ricovero in pediatria costa al paziente 50 *ethiopian birr*, mentre un intervento di chirurgia maggiore ne costa anche 1.500, un taglio cesareo 150, un parto normale 50, un ricovero in medicina per un adulto 250. Queste tariffe si intendono tutto compreso, cioè degenza, consulenze, diagnostica, intervento chirurgico, farmaci e materiali sanitari, cibo e assistenza infermieristica. Un dato indiretto di equità può anche essere considerato la percentuale di esenzione dal pagamento: nel 2007 è stata dello 0,7% per i pazienti ambulatoriali e del 2,3% nei ricoveri, cioè solo queste percentuali di quanto richiesto non sono state pagate dai pazienti, perché esentati dopo verifica dello stato di "povertà".

**FIGURA 5 / USER FEES PER UNITÀ DI "SUO" A CONFRONTO NEGLI OSPEDALI CATTOLICI ETIOPI 2003-2007**



Le *user fees* applicate, come detto nell'introduzione, sono state inizialmente una delle cause dello scarso utilizzo dei servizi ospedalieri, basti confrontare che il tasso di esenzione nei primi due anni di apertura dell'ospedale era del 10-15%. Ovviamente questo non è sufficiente a poter affermare che l'ospedale sia ora accessibile ed equo, anche se certamente lo è più di prima. Le *user fees* applicate costituiscono un'entrata finanziaria considerevole nel *budget* dell'ospedale, che ha coperto con queste entrate il 33% dei costi dei servizi nel 2007, mentre le stesse arrivavano a coprire anche oltre il 40% dei costi nei primi anni di attività dell'ospedale. Nel grafico seguente (**figura 6**) si può vedere la tendenza del numero di visite ambulatoriali in relazione ai diversi regimi tariffari applicati.

Dopo la prima riduzione delle tariffe nell'ottobre del 2002 si può notare un'impennata verso l'alto della tendenza, divenuta ancora più marcata dopo il giugno 2004 quando oltre a una riduzione delle tariffe si è passati a un regime di *flat rates* (cioè dove si applica una tariffa forfettaria e non una sommatoria di contributo per ogni singolo servizio, farmaco o presidio ricevuto dal paziente). Dopo il giugno 2005 la tendenza diviene invece stabile o appare in lieve diminuzione. L'aumento delle tariffe sia nel giugno 2005 sia successivamente nel dicembre 2007, non spiega però, da solo, questa "stabilizzazione", anche perché il sistema tariffario è rimasto in regime di *flat rates* e gli aumenti sono stati minimi o nulli per le categorie più vulnerabili, cioè le donne e i bambini. Probabilmente si è raggiunta l'offerta massima di servizi date le condizioni infrastrutturali e di personale attuale. A sostegno di questa ipotesi si può rilevare che anche dopo l'ulteriore aumento del dicembre 2007, la tendenza è sostanzialmente stabile o addirittura in lieve aumento. Dal 2005 le visite ambulatoriali sono state oltre 200 al giorno, tranne che nel periodo di maggiore flessione nel 2006, in corrispondenza, come già detto, dell'apertura della clinica antiretrovirale: nel grafico è chiaramente visibile tale flessione della tendenza, corretti poi con l'assunzione di altri due medici nei mesi successivi.

Lo stesso andamento si è osservato nei ricoveri con rapidi aumenti dopo la riduzione delle tariffe e una stabilizzazione, una volta raggiunta la capacità massima dell'ospedale: come già detto nel periodo 2005-2007 il tasso di occupazione dei posti letto è stato l'86,9%, la degenza media 6,6 giorni e il tasso di rotazione 52,2 pazienti per letto per anno. Nel grafico successivo (**figura 7**) si possono appunto notare gli andamenti delle tendenze nei ricoveri in seguito alla variazione delle tariffe nel corso della storia dell'ospedale.

#### CONCLUSIONI

L'ospedale di Wolisso ha raggiunto in pochi anni un buon livello di gestione come dimostrerebbe il buon livello di efficienza raggiunto nell'uso delle risorse. Unico ospedale per una zona di oltre un milione di abitanti, è ora riconosciuto per l'efficienza del sistema informativo, per i servizi polispecialistici e la qualità offerta. L'organo di gestione dell'ospedale ha cercato di mantenere un tasso di utilizzo dei posti letto efficiente (uguale all'85%), massimizzando l'uso delle risorse, cioè contenendo la durata della degenza media a 6,6 giorni, nonostante il progressivo aumento del numero dei pazienti e della complessità del *case-mix* dei casi trattati. Dalla sua apertura, infatti, si è passati da 83

a 164 letti per evitare il sovraffollamento (legato all'aumento del numero dei pazienti) e quindi peggiorare la qualità del servizio. Un esempio in questo senso è stata la scelta nel 2006 di costruire un reparto ortopedico e una sala operatoria dedicata, visto appunto l'aumento del numero di questi pazienti e della loro incidenza in termini di morbilità (giorni di ricovero) e mortalità.

L'uso delle informazioni prodotte e raccolte routinariamente all'interno dell'ospedale stesso è stato l'elemento determinante nel raggiungere questi obiettivi, contribuendo nel realizzare, almeno in parte, il suo intento "pubblico" nel rispondere ai bisogni di salute dell'intera popolazione.

Tuttavia nonostante il 73,3% dei pazienti ricoverati siano donne e bambini, grazie a tariffe in regime di *flat rates* particolarmente vantaggiose per queste categorie, e il tasso di esenzione si sia ridotto a percentuali molto basse, non si può certo affermare di aver raggiunto un'accessibilità ed equità per tutta la popolazione.

Infatti l'accesso della popolazione ai servizi sanitari in generale, e in particolare per il parto, resta basso. Da una recente *survey* condotta agli inizi del 2008, solo il 20% delle donne del distretto di Wolisso avrebbero usufruito di un parto assistito da personale qualificato, nonostante la relativa vicinanza dell'ospedale. D'altra parte non va dimenticato che l'ospedale è l'unico per l'intera zona, dove le strutture sanitarie sono scarse e anche quelle disponibili e, teoricamente gratuite, avrebbero una bassissima accessibilità come rilevato da una recente *survey* dove il 70% dei centri di salute governativi condurrebbe meno di 20 parti al mese.

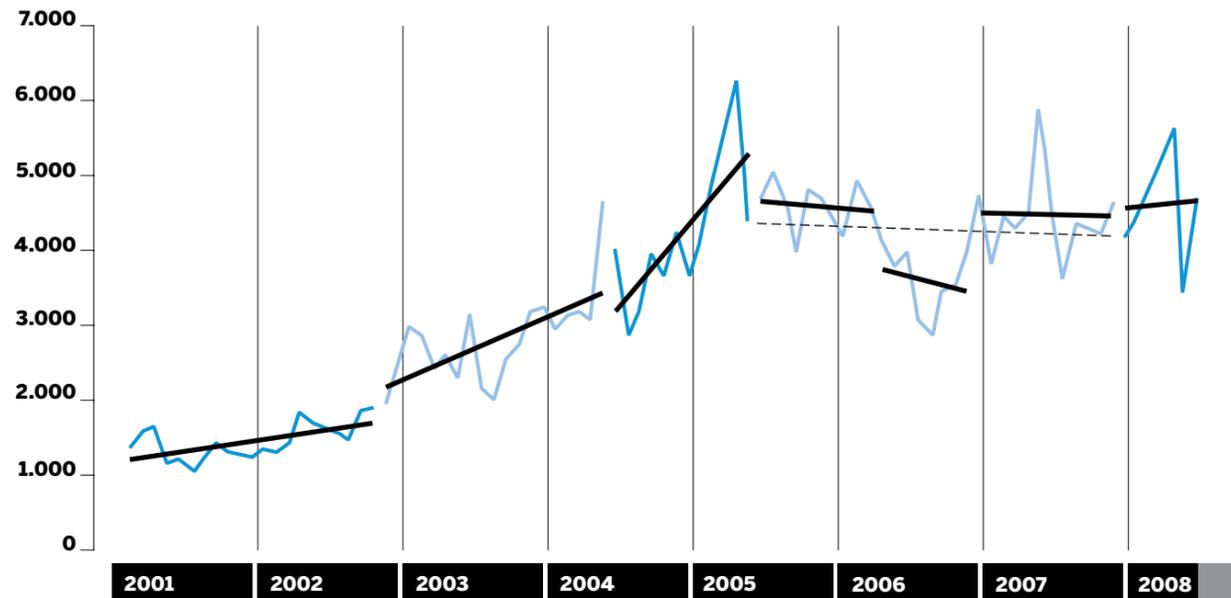
Le ragioni di questo scarso utilizzo sono diverse. Il numero particolarmente basso delle strutture sanitarie nella zona, e in Etiopia in generale, con quindi un notevole costo del trasporto per raggiungere i servizi stessi, è uno dei fattori importanti nel condizionare l'accesso ai servizi, insieme ovviamente al livello economico della popolazione. Quest'ultimo perciò, anche se insieme al livello educativo ed etnico, giocherebbe il ruolo determinante nell'accesso ai servizi e nel condizionare gli indicatori di *outcome* (Who, Bulletin 2006 July 84), all'interno di un'importante disuguaglianza nella copertura dei servizi stessi: la differenza di copertura sarebbe del 31% tra il quintile più povero e quello più ricco, differenza che sarebbe aumentata dal 2000 quando era del 26% (Countdown Report to 2015).

Da non dimenticare che essendo l'ospedale privato, anche se *non profit*, ha bisogno di diverse fonti di finanziamento per sostenersi e che le entrate dalle *user fees* restano al momento l'unica possibilità di coprire quel 30% circa dei costi che non sono coperti da altre entrate. Un'abolizione totale del carico diretto sui pazienti sarà possibile solo se un adeguato sistema assicurativo o maggiori finanziamenti pubblici (che dal 2008 rappresentano già il 24% dei costi ricorrenti) o privati copriranno anche questa parte. D'altra parte però, anche questo non sarà sufficiente a garantire accessibilità ed equità per tutta la popolazione, se l'ospedale resterà l'unica struttura funzionante a un buon livello nell'intera zona.

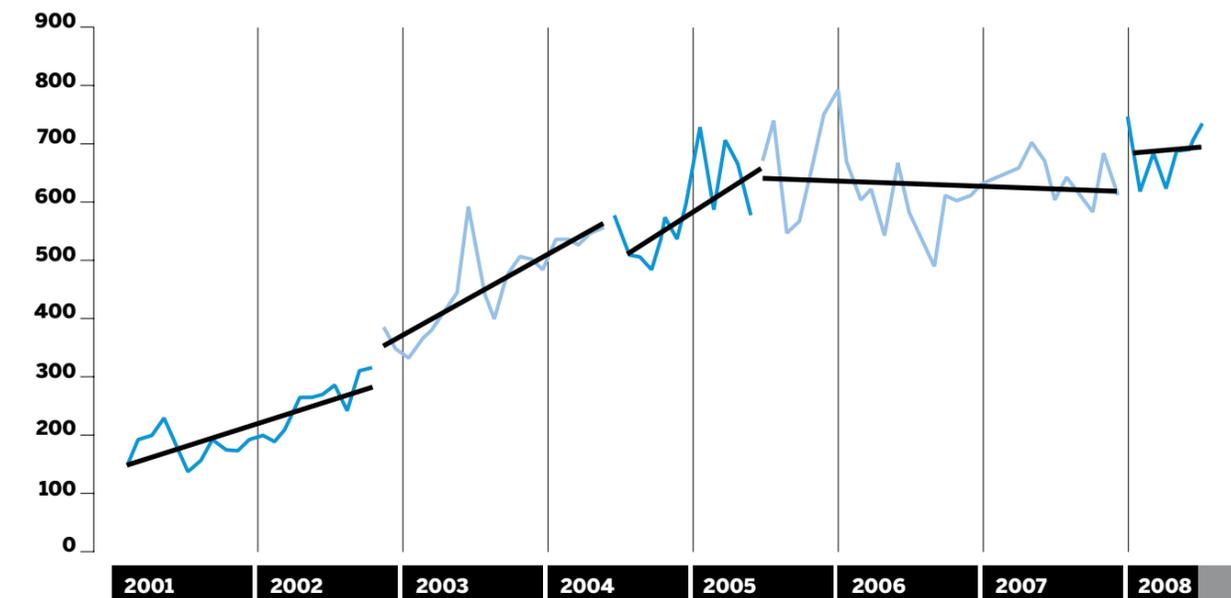
Per questo, ulteriori e approfonditi studi, per valutare in profondità le ragioni di questo basso accesso e utilizzo dei servizi sanitari, sono comunque necessari.

Nel frattempo e per continuare a garantire l'efficienza stessa dell'ospedale, contenerne l'uso improprio nel rispondere ai bisogni sanitari non soddisfatti dal Sistema sanitario zonale, Medici

**FIGURA 6 /** ANDAMENTO DELLE VISITE AMBULATORIALI IN RELAZIONE ALLE VARIAZIONI DELLE USER'S FEES  
 OPD TREND AND USER FEES FEB 01-JUN 08



**FIGURA 7 /** ANDAMENTO DEI RICOVERI IN RELAZIONE ALLE VARIAZIONI DELLE USER'S FEES  
 IP TREND AND RELATION WITH USER FEES FEB 01-JUN 08



con l'Africa Cuamm insieme al Consiglio di amministrazione e di gestione dell'ospedale ha già iniziato un programma di rafforzamento del Sistema sanitario zonale in collaborazione con le autorità sanitarie locali e regionali.

Solo un Sistema sanitario zonale efficiente ed efficace e con un preciso meccanismo di riferimento dalle unità sanitarie periferiche all'ospedale di riferimento potrà contribuire a garantire accesso ed equità a servizi sanitari di qualità, al fine di garantire la salute per tutti e contribuire allo sviluppo della popolazione stessa.

Si ringraziano Sandro Accorsi e Pasquale Faese (Cooperazione italiana - Etiopia) per i contributi apportati al testo.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 H. Barnum et al., 1993. *Public Hospital in developing Countries: resource Use, Cost, Financing*, Johns Hopkins University press, Baltimore.
- 2 Countdown Report to 2015, *Maternal, Child and Neonatal Survival, Report 2008*.
- 3 A. Donabedian, 2003. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press, New York.
- 4 FMOH; 2007. *Baseline assessment of unit cost of health services at different levels of care. Background study for introducing Social Insurance Scheme*. Federal Ministry of Health Addis Ababa, Ethiopia.
- 5 HST, 1999. *Collecting and using drugs use indicators in district*. Health System Trust, Durban.
- 6 A. Mandelli, D. Giusti, 2005. *Using HMIS for monitoring and planning: the experience of Uganda Catholic Medical Bureau*. Health Policy and Development 3: 68-76.
- 7 E. Nordberg, 2000. *Injuries as a public health problem in sub-Saharan Africa: epidemiology and prospect for control*. East. Afr. med. J. 77 (Suppl. 12), S1-S43.
- 8 R. Norton et al., 2006. *Unintentional injuries*. In: D.T. Jamison et al., *Disease control priorities in developing countries*, second ed. Oxford University Press and World Bank, New York. pp. 737-753.
- 9 St. Luke Catholic Hospital and College of Nursing, 2008. *Annual report 2007*. St. Luke Catholic Hospital, Wolisso.
- 10 C.G. Victora et al., 2003. *Applying and equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough*. Lancet, 362: 233-241.
- 11 Who, 2002a. *Gender and Road Traffic Injuries*. Department of Gender and Women's Health, World health Organization, Geneva.
- 12 Who, 2002b. *Integrating gender perspective in the work of Who. Who gender and policy*. World Health Organization, Geneva.
- 13 Who, 2002c. *Promoting rational drugs use of medicines: core component*. Who, Geneva.
- 14 Who, Bulletin 2006 July 84 (7). *Setting the stage for equity-sensitive monitoring of maternal and child health Millennium Development Goals*.



## AGENDA /

## ANGOLA

ELEZIONI CONFERMANO LA SUPREMAZIA DELL'MPLA NONOSTANTE NUMEROSE IRREGOLARITÀ



L'Angola ha una superficie di circa 1.246.700 km<sup>2</sup> e circa 17 milioni di abitanti. Dopo quasi tre decenni di guerra, il 22 febbraio del 2002, Jonas Savimbi, capo dell'Unita (*Uniao Nacional para a Independencia Total de Angola*) fu ucciso dall'esercito governativo. Il 4 aprile dello stesso anno il governo dell'Mpla (*Movimento Popular de Libertação de Angola*) e l'Unita firmarono una tregua. Nel giugno del 2003 l'Unita, trasformatasi in partito politico, elesse come leader Isaias Samakuva. Questi, appartenente all'etnia Ovimbundu e descritto come un dotato diplomatico, è tuttora alla guida del partito. Nell'agosto del 2006 fu firmato un accordo di pace fra il governo e i principali movimenti indipendentisti della Cabinda. La Cabinda è una *enclave* di 7.832 km<sup>2</sup>, incuneata fra il Congo Brazzaville e una striscia della Repubblica Democratica del Congo che la separa dal resto dell'Angola. Nelle sue acque territoriali si trovano alcuni fra i più ricchi giacimenti petroliferi del mondo, che producono circa il 60% del petrolio angolano. L'*enclave* ha combattuto prima contro i portoghesi poi contro l'Mpla per la propria indipendenza. Nonostante il trattato di pace del luglio 2006 non sia stato sottoscritto da tutti i movimenti di guerriglia, la situazione nell'*enclave* sembra stabilizzata.

La guerra ha lasciato un paese devastato nelle infrastrutture e nel tessuto sociale. Si stima che più di 10 milioni di mine siano ancora disseminate nel territorio del paese. Lo smineamento, oltre a essere costoso, richiederà decenni. La capitale, Luanda, conta più di cinque milioni di abitanti, la cui maggioranza vive in condizioni miserevoli. Il sistema sanitario, per decenni isolato dal dibattito internazionale, è arretrato non tanto per man-

caenza di mezzi quanto per scelte politiche sbagliate. La classe politica angolana è corrotta e apparentemente indifferente alle sofferenze della popolazione. Le enormi entrate derivate da petrolio e diamanti, dopo avere alimentato guerra e corruzione, alimentano, ora, solamente la seconda. Grazie al petrolio, l'economia angolana sta crescendo a ritmi impressionanti: 21% nel 2007 e, si stima, 16% nel 2008. Anche la produzione petrolifera sta crescendo e si sta avvicinando ai 2.000.000 di barili di greggio al giorno. Nel giro di un anno l'Angola potrebbe superare la Nigeria diventando il maggior produttore di petrolio dell'Africa. Ha già superato l'Arabia Saudita come maggior fornitore di petrolio della Cina.

A CURA DI MAURIZIO MURRU

Il 5 settembre 2008, dopo essere state più volte rimandate, si sono tenute elezioni parlamentari. Sono state le prime dopo quelle del 1992. Circa otto milioni di elettori registrati erano chiamati a scegliere fra i candidati di 14 partiti. La competizione vera era fra Mpla e Unita. Le difficoltà logistiche e organizzative erano enormi. Gli elettori hanno ottenuto sofisticati documenti di identità elettronici, con ologrammi, fotografie e impronte digitali e sono stati registrati in base a tali documenti, non in base ai loro luoghi di residenza. In assenza di un censimento recente, a causa della presenza di mine in vaste aree del paese, a causa di ingenti movimenti di popolazione avvenuti negli ultimi anni (rifugiati e sfollati di ritorno, spostamenti favoriti dalla sicurezza), le autorità non avevano un'idea chiara di dove gli elettori si trovassero. Anche per questo, 6.000 agenti elettorali erano dislocati in varie località con computer palmari contenenti tutti i dati di tutti gli elettori registrati. L'alta tecnologia e le difficoltà logistiche hanno fatto lievitare il costo delle elezioni: dai previsti 84 a più di 300 milioni di dollari. Come prevedibile, si sono registrati numerosi problemi. Molte delle 12.400 stazioni di voto sono state aperte in ritardo, molte non sono state aperte affatto, molte, disponevano di un numero largamente insufficiente di bollettini di voto.

Questi problemi sono stati particolarmente frequenti nella capitale, dove vive circa il 27% dell'elettorato. La Commissione elettorale nazionale ha ordinato che molte stazioni aprissero o riaprirono anche sabato 6 settembre. I dirigenti dell'Unita hanno accusato il governo di inettitudine, inefficienza e frode, affermando che "falsi elettori" sono stati introdotti nel paese dalla Repubblica Democratica del Congo. Il governo e l'Mpla, ovviamente, hanno respinto ogni accusa di frode, ammettendo inefficienze che sono state imputate ai problemi logistici e all'inesperienza. C'erano osservatori nazionali e internazionali, questi ultimi inviati dall'Unione Europea, dagli Stati Uniti e dalla Sadc (*Southern Africa Development Community*). I loro giudizi sono stati molto prudenti. Il capo degli osservatori europei ha ostinatamente e ostentatamente evitato di definire le elezioni "libere e corrette", limitandosi ad affermare, ripetutamente, che si è trattato di elezioni "trasparenti". Domenica 7 e lunedì 8 settembre sono stati resi noti i primi risultati.

Con circa l'80% dei voti scrutinati, l'Mpla si è visto attribuire l'82% e l'Unita il 10,5%. A questo punto, probabilmente anche per allontanare definitivamente i fantasmi del 1992, il leader dell'Unita, Isaias Samakuva, ha messo da parte le proteste, ha dichiarato di riconoscere i risultati ufficiali, si è complimentato con i vincitori e ha augurato loro un buon lavoro "per il bene del paese". I risultati definitivi sono arrivati alcuni giorni più tardi e hanno confermato quelli provvisori.

Samakuva ha affermato: «...Il nostro paese ha compiuto un passo importante per il consolidamento della nostra fragile democrazia». Ha ragione. Dopo i tristi e sanguinosi fallimenti delle elezioni in Kenya e Zimbabwe, le elezioni in Angola sono state accolte con un sospiro di sollievo, nonostante le numerose "imperfezioni". Le proporzioni della vittoria dell'Mpla suggeriscono che i risultati rispecchiano la volontà dell'elettorato. Nel discorso con il quale ha accettato i risultati, Samakuva ha anche affermato che «...d'ora in avanti, un governo durerà cinque anni, non più 30». Questo non è del tutto sicuro. La schiacciante vittoria consentirà all'Mpla di consolidare la sua già forte presa sul potere. Potrà modificare la Costituzione. Potrà perpetuare il suo controllo sulla ricchezza del paese.

Come succede in altri paesi africani, anche in Angola è probabile che si instauri un "sistema democratico a partito unico". Si potrà avere la controprova l'anno prossimo, quando si terranno le elezioni presidenziali.

## GUINEA

LA MORTE DEL PRESIDENTE CONTÉ E L'IMMEDIATO GOLPE DEI MILITARI, INEVITABILE E FORSE PROVVIDENZIALE



«Preferiamo la libertà nella povertà alla ricchezza nella schiavitù». Questo disse Sekou Touré al generale De Gaulle quando, nel 1965, sette anni dopo l'indipendenza, a differenza di altre ex colonie francesi, tagliò ogni rapporto con Parigi. Questo fece di lui, agli occhi di molti, un eroe della libertà africana, un paladino dell'anticolonialismo. I giudizi su di lui cambiarono quando

si scoprirono tutti i suoi crimini e fu chiara la sua follia che portò alla carcerazione, alla tortura e all'uccisione di decine di migliaia di oppositori o presunti tali. Rimase al potere per 26 anni, vale a dire, fino alla morte. Sotto il suo regime il popolo guineano non conobbe la libertà. In compenso, conobbe la povertà. Il paese è potenzialmente ricco, con giacimenti di bauxite, diamanti, oro, ferro, nichel e uranio, una costa pescosa e un terreno fertile. Ciononostante, secondo l'Undp (*United Nations Development Programme*), circa il 40% dei suoi 10 milioni di abitanti vive al di sotto della soglia di povertà e il suo Indice di sviluppo umano la pone al 160° posto su 177 paesi studiati. Alla morte di Touré, Lansana Conté prese il potere con un colpo di Stato. Come il suo predecessore, lo ha tenuto fino alla morte, avvenuta il 22 dicembre 2008, dopo 24 anni. Aveva 74 anni ed era malato da tempo. Come molti altri dinosauri politici africani, agli inizi degli anni '90 aveva aperto il paese alla democrazia formale, ma non a quella sostanziale. Depose gli abiti militari ma continuò ad imprigionare gli oppositori più efficaci, o a costringerli all'esilio e si fece rieleggere tre volte. Ha resistito a vari tentativi di rovesciarlo ed è riuscito a tenere insieme il paese nonostante la deleteria influenza delle guerre e delle tensioni nei paesi vicini, dalla Costa d'Avorio alla Guinea Bissau, dalla Liberia al Mali, dal Senegal e alla Sierra Leone. L'annuncio della morte di Conté è stato dato alla radio dal presidente del Parlamento, Aboubacar Sompore che, secondo la Costituzione, ha assunto il potere ad interim. Avrebbe dovuto tenerlo per un massimo di 60 giorni e organizzare elezioni. Lo ha tenuto per una manciata di ore. Come prevedibile, i militari hanno preso il potere con un colpo di Stato formando una giunta che, con scarsa originalità, hanno chiamato *Conseil National pour la Démocratie et le Développement* (Consiglio nazionale per la democrazia e lo sviluppo: Cnodd). Alla sua guida c'è un giovane capitano, Moussa Dadis Camara, che ha battuto sul tempo almeno tre generali che, da tempo, si erano posizionati per sostituire l'ormai fragile e malato Conté. Camara ha agito rapidamente e, in pochi giorni, ha "congedato" 22 generali. Come da copione, l'Unione Africana, l'Unione Europea, varie organizzazioni regionali, vari governi, hanno condannato il golpe ed "energicamente" auspicato un rapido "ritorno alla legittimità costituzionale". Per tutta risposta, il capitano Dadis Camara si è proclamato presidente e ha promesso elezioni "libere, credibili e trasparenti" per il dicembre del 2010, quando sarebbe scaduto il mandato presidenziale di Lansana Conté. Gli Stati Uniti hanno definito questo piano "inaccettabile". Alla fine, lo accetteranno. Il golpe di Dadis Camara ha evitato un pericoloso vuoto di potere che avrebbe potuto avere conseguenze disastrose. Fuori dal coro, il presidente del Senegal, Abdoulaye Wade, ha esortato la comunità internazionale ad accettare il fatto compiuto e lavorare con la giunta. Come spesso succede in casi simili, migliaia di persone hanno invaso le strade della capitale, Conakry, inneggiando al "cambiamento" e accla-

mando il nuovo "presidente". Anche i principali sindacati e vari partiti politici si sono mostrati favorevoli all'azione dei militari. Uno dei primi atti della giunta è stata la sospensione di tutti i contratti con le compagnie minerarie. Nell'ambito di una sbandierata "guerra alla corruzione", Camara ha dichiarato che tali contratti saranno esaminati e, quelli trovati "in difetto", saranno "corretti". Il capo della giunta ha anche dichiarato che numerosi collaboratori del passato regime si sono arricchiti alle spalle della popolazione saccheggiando le ricchezze del paese e ha promesso di individuarli e punirli "di fronte al popolo" e "secondo la legge". Dopo decenni di regimi dispotici e corrotti, con due soli presidenti in 50 anni, dopo l'incertezza degli ultimi anni di Conté, malato e spesso assente dalla scena, era inevitabile che l'esercizio prendesse il potere. Che lo abbia fatto un giovane ufficiale, e non un vecchio generale, forse, è un buon segno. La relativa stabilità della Guinea ha garantito un sia pur misero rifugio, negli anni scorsi, a centinaia di migliaia di rifugiati dalla Costa d'Avorio, dalla Liberia e dalla Sierra Leone. Questi paesi hanno ritrovato una ancora fragile stabilità. Che la Guinea non sprofondi nel caos è di importanza fondamentale per l'intera regione. L'attenzione della "comunità internazionale", unita ad una certa dose di pragmatismo, come suggerito dal presidente senegalese, potranno, forse, aiutare il paese ad uscire dal tunnel imboccato 50 anni fa, il tunnel di una indipendenza tradita dai suoi stessi artefici.

## MAURITANIA

MAURITANIA: LA "PIÙ GIOVANE DEMOCRAZIA AFRICANA" HA VISSUTO UN ANNO. MA ERA MALATA



«Nel giugno 2006, con un referendum popolare, è stata approvata una nuova Costituzione che prevede, fra l'altro, un limite di due mandati presidenziali per lo stesso individuo. Nel novembre 2006 si sono svolte elezioni parlamentari giudicate libere e corrette. Domenica 11 marzo 2007 sono state organizzate elezioni presidenziali e, anche queste, si sono svolte in mo-

do tranquillo, libero, trasparente e corretto. Sono state le prime elezioni veramente democratiche nella storia del paese, indipendente dal 1960. È anche stata la prima volta che il potere è passato da un regime ad un altro attraverso elezioni e non attraverso un golpe».

Questo scrivevamo, in questa rubrica, nell'aprile dell'anno scorso. Dopo poco più di un anno, le cose sono cambiate.

O, meglio, sono tornate come prima. Il 6 agosto scorso il presidente Sidi Ould Cheick Abdallahi è stato esautorato da un colpo di stato militare guidato dal generale Mohamed Ould Abdelaziz, capo della Guardia presidenziale. Poche ore prima, il presidente aveva ordinato l'allontanamento dai loro incarichi di quattro generali, incluso Abdelaziz.

Questo non è stato il primo gesto "azzardato" del presidente: nel giro di tre mesi ha licenziato un intero gabinetto di governo e un secondo è stato costretto a dimettersi dalle proteste popolari contro il rincaro di generi alimentari e contro la sua "scarsa trasparenza".

Numerose accuse di corruzione sono state indirizzate all'indirizzo del presidente e di sua moglie. Il governo insediato dal presidente non aveva ricevuto il necessario appoggio del Parlamento. Il 4 agosto, due giorni prima del golpe, 43 parlamentari erano usciti dalle file del partito di maggioranza.

L'azione dei militari è stata condannata dagli Stati Uniti, dall'Unione Europea, dall'Unione Africana, dalla Nigeria e da altri Stati africani. Non è stata condannata dalla Lega Araba (di cui la Mauritania fa parte) né da Algeria, Libia e Tunisia. Non è stata condannata nemmeno dalla maggioranza della popolazione mauritana, stanca delle interminabili, sterili, liti all'interno della compagine governativa. La giunta militare, come da copione, ha promesso libere elezioni nel più breve tempo possibile. Allo stato attuale non è dato sapere quanto lungo sia questo lasso di tempo. Per ora, la giunta ha formato un governo di civili che, per la prima volta, include membri di un partito islamico moderato (*Ralliement National pour la Réforme et le Développement*). Il nuovo Primo ministro, Yahya Ould Ahmed Waghf, con l'evidente intento di tranquillizzare l'opinione internazionale, si è affrettato ad affermare che la rottura delle relazioni diplomatiche con Israele non è in agenda.

La Mauritania, fra molte controversie, ha riconosciuto Israele nel 1999. La Mauritania, indipendente dalla Francia dal 1960, è uno dei paesi più poveri del mondo. Recentemente, si è aggiunto alla lista dei paesi produttori ed esportatori di petrolio. Stando all'ultimo rapporto annuale dell'Unicef, il Prodotto interno lordo pro capite è di 740 dollari all'anno e sarebbe "cresciuto" dello 0,5% fra il 1990 e il 2006.

La popolazione che vive con meno di un dollaro al giorno costituisce circa il 26% di quella totale. Il tasso di mortalità infantile è del 78/1.000 (era 85/1.000 nel 1990); il tasso di mortalità dei bambini al di sotto dei cinque anni è di 125/1.000 nati vivi (era 133/1.000 nel 1990).

## SUDAFRICA

THABO MBEKI COSTRETTO A DIMETTERSI



«Sono stato un leale membro dell'*African National Congress* per 52 anni... pertanto, rispetto le sue decisioni». Questo è il punto saliente del discorso col quale, il 21 settembre scorso, Thabo Mbeki ha annunciato le sue dimissioni dalla presidenza del Sudafrica. È stato il culmine di una catena di eventi iniziata almeno tre anni fa. Nel giugno del 2005, Mbeki licenziò il vicepresidente, Jacob Zuma, coinvolto in uno scandalo finanziario. L'accusa era di avere ricevuto tangenti nell'ambito di un opaco acquisto di armi per conto del governo, risalente al 1999. Zuma era stato coinvolto in un altro scandalo che aveva fatto enorme clamore. L'accusa era di avere stuprato una giovane amica di famiglia sieropositiva. I suoi sostenitori, numerosi anche al di fuori dell'etnia Zulu, alla quale appartiene, non sono stati turbati dalla sue vicissitudini processuali. Nel dicembre del 2007 Zuma ha realizzato un clamoroso ritorno, vincendo le elezioni alla presidenza dell'*African National Congress* (Anc), proprio contro Thabo Mbeki. Questa vittoria ne ha fatto il sicuro vincitore delle elezioni presidenziali programmate per l'aprile 2009. A metà settembre 2008 un giudice dell'Alta corte, Chris Nicholson, ha stabilito che i procedimenti penali contro Zuma fossero annullati per vizi procedurali. Zuma non è stato scagionato. Il problema sta nella irregolarità e nelle pressioni politiche che, secondo il giudice, sono state esercitate nel corso dei procedimenti. Nicholson ha parlato di una "titanica lotta per il potere" all'interno dell'Anc e ha accusato il presidente Thabo Mbeki di avere interferito con le indagini per danneggiare Zuma. In seguito a ciò, l'esecutivo dell'Anc ha chiesto a Mbeki di dimettersi e lui, disciplinatamente, lo ha fatto. Il 22 settembre l'Anc, che ha la maggioranza assoluta in Parlamento, ha designato il successore di Mbeki. Si tratta di Kgalema Motlanthe che sarà presidente fino alle prossime elezioni. Motlanthe, nato nel 1949, è un veterano della lotta contro l'*apartheid*. Ha trascorso dieci anni nell'isola prigione di Robben Island (dal

1977 al 1987), poi è diventato membro del sindacato nazionale dei minatori e, nel 1997, è stato eletto segretario nazionale dell'Anc. All'inizio dell'anno è stato nominato Ministro senza portafoglio. Uomo schivo, geloso della propria vita privata, è un sicuro alleato di Zuma ma è apprezzato anche dai sostenitori di Mbeki. Motlanthe non ha potuto ricucire le lacerazioni all'interno dell'Anc. A metà ottobre un gruppo di dissidenti, guidati dall'ex ministro della Difesa, Mosiuoa Lekota, ha minacciato di lasciare l'Anc e fondare un nuovo partito.

Mbhazima Shilowa, influente ex *premier* dell'importante provincia di Gauteng (che include Johannesburg), si è unito a lui dimettendosi dal partito.

Il 1° novembre l'intenzione di formare un nuovo partito è stata annunciata ufficialmente e il nuovo partito, il *Congress of the People* (Cope) è stato lanciato a metà dicembre. Può già contare su circa 400.000 iscritti, contro i circa 650.000 dell'Anc. Ma il numero dei membri iscritti al partito non riflette l'effettiva popolarità delle formazioni politiche. È sicuro che l'Anc vincerà le prossime elezioni e che il suo presidente, Jacob Zuma, sarà eletto presidente.

Ricordiamo che né i parlamentari né il presidente sono eletti direttamente dal popolo: i primi sono selezionati dai partiti all'interno di liste bloccate e il secondo è eletto dal Parlamento.

Comunque sia, la nascita del Cope è di grande importanza per la democrazia sudafricana.

Alle elezioni dell'aprile 2004 l'Anc ottenne il 69,68% dei voti espressi, la *Democratic Alliance* (a maggioranza bianca) ottenne il 12% e l'*Inkatha Freedom Party* (a maggioranza Zulu e forte specialmente nella Provincia del Kwazulu-Natal) ottenne il 7%. Il rimanente 11% andò a partiti minori. Fra i "partiti minori" c'era anche il *New National Party*, erede del National Party, il partito al potere durante l'*apartheid*.

L'Nnp ottenne l'1,7%. L'Anc ottenne la maggioranza assoluta in sette delle nove province del paese. Ottenne la maggioranza anche nel Kwazulu-Natal (46% contro il 38% dell'Ifp). Molti prevedono che il Cope priverà l'Anc della sua maggioranza di due terzi in Parlamento. Sarà necessario attendere solamente pochi mesi per verificare la fondatezza di tali previsioni.

# FOCUS / REPUBBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO

IL CUORE CRONICAMENTE MALATO DELL'AFRICA



Circa 13 mesi fa abbiamo dedicato il *Focus* di questa rubrica alla drammatica situazione nel Nord e nel Sud Kivu, regioni orientali della Repubblica Democratica del Congo (Rdc). Abbiamo parlato della guerriglia condotta dalle truppe del *Congrès National pour la Défense du Peuple* (Cndp) guidate dal "generale" Laurent Nkunda. Abbiamo parlato delle milizie delle *Forces Démocratiques pour la Libération du Rwanda* (Fdlr), in gran parte costituite da ex militari delle *Far* (*Forces Armées Rwandaises*) ed ex miliziani Interahamwe ed Impunzamugambi che, assieme, perpetrarono il genocidio ruandese del 1994.

Abbiamo parlato della composita e variegata galassia delle milizie Mai Mai, fondamentalmente costituite da predoni assassini i più "sostanziosi" dei quali tentano goffamente di nascondersi dietro etichette altisonanti con una o più delle parole chiave di prammatica in questi casi: "democrazia", "popolo", "difesa", "patria", ecc. Abbiamo parlato dell'esercito "regolare" della Rdc, le *Fardac* (*Forces Armées de la République Démocratique du Congo*) e di come queste taglieggino, stuprino e depremono la popolazione civile al pari delle peggiori milizie. Abbiamo parlato dei 17.000 caschi blu presenti nella Rdc. Abbiamo parlato di circa un milione di sfollati e delle loro terribili condizioni. E abbiamo parlato di altre cose ancora. Dopo 13 mesi e un ac-

cordo di pace fra governo e Cndp, firmato nel gennaio 2008, che cosa è cambiato? È aumentato il numero dei morti (non ci sono affidabili stime recenti). È aumentato il numero degli sfollati (250.000 in più, che si sono aggiunti a 1.150.000 già presenti nell'est della Rdc). È anche aumentato il numero delle organizzazioni umanitarie attive, soprattutto, nel Nord Kivu. Il Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite ha approvato l'invio di altri 3.000 caschi blu. Vari gruppi armati hanno ripreso a combattere nella regione dell'Ituri e nell'Haut Uélé e il *Lord Resistance Army* (Lra) ha ripreso le sue macabre atrocità.

## POCHI CAMBIAMENTI. E TUTTI IN PEGGIO

Quasi tutto il resto è tristemente ripetitivo. Il generale Laurent Nkunda, nonostante il trattato firmato col governo sette mesi prima, ha ripreso le ostilità nell'agosto 2008. Dispone di circa 6.000 uomini ben armati. In alcune delle aree che occupa ha messo in piedi embrionali misure amministrative. Dichiarò, come sempre, di difendere la minoranza Tutsi che vive nella Rdc da più di un secolo e mezzo. Questa minoranza, da sempre trattata con ambiguità sia dal governo centrale sia da quello locale, si sentirebbe particolarmente minacciata dalla presenza e dalle macabre e impunite gesta dell'Fdlr, che gode della copertura governativa. Questo gruppo è costituito da quanto rimane dell'esercito e delle milizie genocidarie ruandesi, che fuggirono dopo la presa del potere da parte del *Rwanda Patriotic Front* (Rpf). Fu l'Rpf, guidato dall'attuale presidente, Paul Kagame, che mise fine ai cento giorni del genocidio del 1994. Le stime sulla consistenza numerica dell'Fdlr variano fra i 6.000 e i 7.000 uomini. La connivenza dell'esercito nazionale congolese con l'Fdlr è innegabile anche se costantemente negata. Altrettanto innegabile (e altrettanto costantemente negata) è la connivenza fra il governo ruandese e il Cndp di Nkunda. Il 2 ottobre 2008 Nkunda ha "allargato i suoi orizzonti" accusando il presidente Kabila di «svendere il paese alla Cina» e dichiarando di voler «liberare» l'intero paese e non solo il Kivu. Anche se hanno confuso alcuni osservatori, queste affermazioni non hanno molto senso. La Cina sta facendo ottimi affari nella Rdc come nel resto dell'Africa. Nkunda non è minimamente in grado di ripetere l'impresa che riuscì a Laurent Kabila. Questi, con l'appoggio determinante di Rwanda e Uganda, iniziò la guerra nel Kivu nell'ottobre del 1996 ed entrò a Kinshasa nel maggio 1997, dopo aver costretto alla fuga l'allora presidente Mobutu Sese Seko. Le ragioni vere della guerra sono numerose e complesse. Il fattore etnico è certamente presente e non riguarda solamente i Tutsi. La mancanza di una autorità centrale degna di questo nome e la conseguente impunità sono fattori aggiuntivi. C'è anche il lucroso sfruttamento delle immense ricchezze minerarie dell'Rdc. Ricchezze minerarie che sono sfruttate da tutte le parti in causa, incluso l'esercito "regolare" che, in diverse aree (soprattutto fuori dal Kivu), stringe

"alleanze operative" ben poco ortodosse con chiunque per commercializzare il frutto di questa rapina permanente. All'alleanza fra Rwanda e Cndp fa da contraltare quella fra il governo della Rdc e quello angolano che sostiene Joseph Kabila da quando questi ha preso il potere dopo l'uccisione di suo padre Laurent Kabila. La presenza di truppe angolane, negata da Luanda, è stata riportata da numerosi osservatori.

## LA MISSIONE IMPOSSIBILE DELLA MONUC

Il 23 dicembre 2008 il Consiglio di sicurezza ha esteso di un anno il mandato della Monuc (*Mission de l'Organisation des Nations Unies au Congo*), la forza di pace delle Nazioni Unite nella Rdc. La nuova risoluzione autorizza la Monuc a difendere i civili non solo dai soprusi di ribelli e milizie ma, anche, da quelli eventualmente compiuti dall'esercito "regolare". Essa autorizza, inoltre, l'invio di 3.000 caschi blu (per la precisione, 2.785 militari e 300 poliziotti) che si aggiungano ai 17.000 già presenti (di cui circa 800 a Goma e 5.000 nel resto del Nord Kivu). Attualmente, questa è la "forza di pace" delle Nazioni Unite più consistente al mondo. È anche la più costosa, con un bilancio di circa un miliardo di dollari all'anno. Mentre la sua consistenza numerica e il suo costo sono chiari, la sua efficacia è piuttosto dubbia. La Monuc è stata criticata per l'incapacità di proteggere i civili.

Alla fine dello scorso ottobre il suo quartier generale a Goma è stato preso a sassate da una folla di civili.

Pochi giorni dopo si è verificato un massacro di civili nel villaggio di Kiwanja nel corso di un combattimento fra truppe del Cndp e milizie Mai Mai. Kiwanja è a pochi chilometri da una base della Monuc. Gli osservatori delle Nazioni Unite hanno definito tale massacro un "crimine di guerra". Sicuramente lo è stato. Uno dei tanti che si succedono, da anni, nella Rdc.

Alcuni trovano riscontro nella cronaca, altri, molti altri, vengono inghiottiti dal silenzio in un paese di 2.345.410 chilometri quadrati, quasi privo di strade e con vaste aree alla mercé di milizie e signori della guerra.

In simili condizioni, alle prese con numerosi e agguerriti gruppi armati, con un esercito "regolare" corrotto e inefficiente, un governo corrotto e inadeguato e vicini con notevoli interessi in gioco, quella della Monuc è persa, da subito, una sorta di missione impossibile.

La pensava così anche il generale spagnolo Vicente Diaz de Villegas che, nell'ottobre scorso, si è dimesso dalla carica di comandante della Monuc definendola «condannata al fallimento». Riesce difficile immaginare quale positivo contributo possa essere dato dai rinforzi approvati dal Consiglio di sicurezza. E occorre tenere presente che, per ora, non si sa quali paesi siano pronti a contribuire con nuovi contingenti militari. Di conseguenza, non si sa quando tali rinforzi saranno disponibili e potranno essere dispiegati. Tanto più che, già adesso, la

Monuc non dispone di tutti gli effettivi che le sono stati accordati: dispone di 17.354 uomini (16.667 soldati e 687 fra osservatori e altro personale) contro i 17.790 accordati sulla carta.

## UN CONFLITTO TROPPO COMPLICATO E TROPPO PERIFERICO PER CATTURARE UN'ATTENZIONE REGOLARE

Per alcuni giorni l'Rdc in generale, e il Nord Kivu in particolare, hanno goduto dell'attenzione di molti organi di informazione, perfino sulla stampa italiana, solitamente poco attenta ai fatti africani. Dal 27 dicembre in poi, la guerra scoppiata a Gaza ha relegato l'Rdc nel suo "consueto" dimenticatoio.

È, probabilmente, comprensibile che, per ragioni storiche, culturali, geografiche e politiche, i morti palestinesi sembrino suscitare più scandalo e meritare più partecipata e sdegnata attenzione di quelli congolese. È, probabilmente, inevitabile che accada: se ci si dovesse sdegnare per tutto quanto merita sdegno, non rimarrebbe tempo per fare molto altro nella vita.

Una eccezione, che non stupisce, è quella di Benedetto XVI che continua a ricordare la situazione congolese (e molte altre) nei suoi appelli alla pace. Per il resto, solo qualche isolato trafiletto ha parlato di più di 400 persone (più di 400...) massacrate dai ribelli ugandesi dell'Lra nel nord est della Repubblica Democratica del Congo, fra il giorno di Natale e la fine dell'anno 2008.

Da circa due anni il grosso di quanto rimane dell'Lra si è trasferito nel parco congolese di Garamba, non lontano dalla cittadina di Dungu, in una remota zona al confine fra Repubblica Centrafricana, Rdc e Sud Sudan. Il fallimento dei colloqui di pace col governo ugandese, condotti a Juba (capitale del Sud Sudan) dal giugno 2006, ha portato a un tragico e continuo stillicidio di massacri e rapimenti. L'ultimo in ordine di tempo, con 12 morti e numerosi bambini rapiti, è stato reso noto il 7 gennaio da un portavoce dell'Alto commissariato per i rifugiati. Un ulteriore tormento per la già martoriata popolazione congolese. Un accordo fra Rdc, Sud Sudan e Uganda, per eliminare militarmente l'Lra, non ha finora sortito i risultati sperati. Gli sfollati che tentano di sfuggire alla crudeltà e alla violenza dell'Lra, sono più di 25.000 e sono quasi totalmente privi di assistenza.

## LA GUERRA UCCIDE PIÙ CON POVERTÀ E MISERIA CHE CON LE ARMI

Secondo uno studio condotto dall'Irc (*International Rescue Committee*), fra l'agosto 1998 e l'aprile 2007, a causa delle guerre e delle "guerriglie" che si sono combattute e che tuttora si combattono sul suolo congolese, si sono avute 5.400.000 morti in eccesso rispetto a quelle attese secondo i "normali" tassi di mortalità della Rdc. Solo una minima frazione di queste "morti in eccesso" è stata direttamente causata da atti di violenza. Tutte le altre sono state dovute alle cause di morte comuni nella Rdc come in tutti i paesi poveri: malnutrizione, infezioni

respiratorie, malattie diarroiche, malaria. In altre parole, più di cinque milioni di persone in più rispetto alla "norma" sono state uccise dalla povertà aggravata dalla guerra e dai suoi corollari. Uno studio compiuto a livello nazionale (*Demographic and Health Survey, 2007*) suggerisce che la situazione sanitaria, in varie aree del paese, è anche peggiore di quella riscontrata nel Kivu e in altre zone di guerra. Per esempio, la mortalità nei bambini al di sotto dei cinque anni è stata stimata a 102/1.000 nati vivi nella provincia del Nord Kivu, del 186/1.000 in quella del Sud Kivu, del 185/1.000 in quella del Bas-Congo, del 219/1.000 in quella di Maniema; i tassi di malnutrizione infantile riscontrati erano del 7,7% nella provincia del Nord Kivu, del 9,3% in quella del Sud Kivu, del 12,2% in quella del Katanga, del 13,7% in quella del Kasai Occidentale, del 14,6% in quella del Kasai Orientale. Nel Kivu, e in altre zone di guerra, si trova la maggior parte delle agenzie umanitarie.

Non sempre gli aiuti internazionali sono proporzionati alle necessità. Secondo uno studio pubblicato sul numero di *"Humanitarian Exchange"* del dicembre 2008, i fondi destinati alla lotta contro la malnutrizione, nel 2007, nella provincia del Nord Kivu sono stati pari a 12,29 dollari per bambino malnutrito, in quella del Sud Kivu a 4,1 dollari, in quella del Kasai Orientale a 5,16 dollari, in quella del Kasai Occidentale a 0,59 dollari. Secondo dati delle Nazioni Unite, il Piano d'azione umanitario (*Humanitarian Action Plan*) messo a punto per la Rdc nel 2008, ha ricevuto 502 dei 736 milioni di dollari che erano stati richiesti. Di questi, l'80% è andato alle regioni orientali del paese. Gli autori dell'articolo citato hanno suggerito una maggiore attenzione, da parte di agenzie e donatori, per le regioni del paese che, anche se non affette da guerra, hanno indicatori sanitari disastrosi e sono costantemente ignorate. C'è da sperare che la loro documentazione richiesta venga ascoltata. Ma gli aiuti sono e saranno sempre e solo un palliativo di limitata e, spesso, dubbia efficacia. Occorrerebbero cambiamenti significativi nella politica nazionale e regionale.

#### FRATTURE ALL'INTERNO DEL CNDP: LA PROMESSA DI MAGGIORE CONFUSIONE E NUOVE SOFFERENZE

Il 5 gennaio un gruppo di ufficiali del Cndp, guidato dal generale di brigata Bosco Ntaganda, ha diffuso un comunicato secondo cui il generale Nkunda sarebbe stato sostituito alla guida del movimento perché il suo "cattivo governo" avrebbe distolto il movimento dal perseguimento dei suoi "veri obiettivi". Quali siano questi obiettivi non è stato chiarito. Questo comunicato è stato seguito a ruota da uno dei portavoce del generale Nkunda che lo smentiva. Bosco Ntaganda, detto *Terminator*, ha un curriculum non rassicurante. Ha militato in uno dei tanti gruppi di ribelli dediti a omicidi, stupri e rapine che infestano la Rdc: l'Upc (*Union des Patriotes Congolais*) di Thomas Lubanga, una milizia etnica Hema attiva nell'Ituri. Attualmen-

te, Lubanga si trova all'Aia, accusato di crimini di guerra e crimini contro l'umanità. Il suo processo è iniziato il 26 gennaio. Anche nei confronti di Bosco Ntaganda la Corte criminale internazionale (Cci) ha emesso un mandato di cattura per crimini di guerra. La "secessione" di Ntaganda ha sorpreso solo in parte. La frammentazione di gruppi armati che combattono troppo a lungo in guerre senza fine, è frequente. In un clima di impunità costante e confusione permanente, in assenza di una autorità centrale, sono molti i "capi e capetti" che desiderano passare dal ruolo di comprimari a quello di protagonisti. Ma il gesto di Ntaganda, che ha usato toni concilianti nei confronti del governo di Kinshasa e ha parlato di "pace" è diventato più comprensibile un paio di settimane dopo. Come nel nord-est del paese l'esercito congolese si è unito a quelli di Uganda e Sud Sudan per eliminare l'Lra, nell'est pare si sia unito a quello ruandese per tentare di pacificare la regione.

#### KINSHASA E KIGALI ALLEATE CONTRO FDLR E NKUNDA

A metà gennaio, infatti, circa 3.500 militari ruandesi sono entrati nella Rdc. Il loro obiettivo, dichiarato e comprensibile, quello di annientare l'Fdlr. Non è la prima volta che succede. Truppe ruandesi sono entrate in territorio congolese per combattere gli ex "genocidari", la prima volta, nell'ottobre del 1996, quando la Rdc si chiamava ancora Zaire. Era uno dei tanti effetti, tuttora percepibili, dell'"onda lunga" del genocidio ruandese. Fu l'inizio della fine per l'allora presidente Mobutu e fu l'inizio di una serie di guerre non ancora terminate. La differenza fondamentale sta nel fatto che, questa volta, l'esercito ruandese agisce sulla base di un accordo col governo congolese e in collaborazione con l'esercito congolese. I termini di un tale accordo non sono ufficialmente noti, ma pare che sia stato sancito uno "scambio": infierire un colpo decisivo all'Fdlr (che il governo congolese non ha mai combattuto e ha spesso sostenuto) e porre fine alla ribellione del Cndp (che il governo ruandese ha sempre sostenuto sempre negando di farlo).

Il governo di Kinshasa ha un disperato bisogno di pacificare le sue ricche province orientali. Quello di Kigali, per consolidare la sua sorprendente crescita economica e la pacificazione post-genocidio, deve liberarsi della minaccia dell'Fdlr. Deve anche liberarsi di Laurent Nkunda che, in questa ottica, non è più necessario ma ingombrante. Il governo di Kigali ha fatto ottime cose in patria. Sia pure sotto il controllo di un regime parastatale, il paese è pacificato (almeno per ora) e la crescita economica si mantiene elevata (attorno al 7% all'anno). Il favore con cui molti donatori e molti investitori lo guardano, potrebbe incrinarsi a causa della sua associazione con Nkunda e, di conseguenza, con le violazioni dei diritti umani compiute dal Cndp. Il presidente Kagame desidera scrollarsi di dosso l'immagine di bellicoso guerrafondaio ma non si sente di farlo fintan-

to che la minaccia dell'Fdlr è presente. Da qui, presumibilmente, l'accordo "sorprendente" fra i governi congolese e ruandese. Pacificare le regioni orientali della Rdc porterebbe a indubbi benefici per entrambi i paesi. Il 22 gennaio Laurent Nkunda ha attraversato il confine fra Rdc e Rwanda per evitare uno scontro con truppe ruandesi. Con sua sorpresa, il governo ruandese lo ha arrestato. Quello congolese ne ha chiesto l'estradizione. Varie organizzazioni per la difesa dei diritti umani chiedono, da tempo, che venga processato per crimini di guerra e crimini contro l'umanità. L'organizzazione umanitaria *Save the Children* ha affermato che, se il Cndp venisse smantellato e le sue truppe integrate nell'esercito della Rdc, circa 1.500 bambini soldato potrebbero essere "liberati". Ntaganda, annunciando la sua "secessione", aveva manifestato l'intenzione di integrarsi nell'esercito regolare congolese.

#### UN FIOCO BARLUME DI SPERANZA

L'operazione congiunta degli eserciti congolese e ruandese ha ispirato un cauto ottimismo sulle possibilità di pace nel Kivu. Sarà bene che tale ottimismo si mantenga molto cauto. La collaborazione fra i governi di Kinshasa e Kigali, anche se pragmatica e conveniente per entrambi, rimane complessa e irta di ostacoli. L'Fdlr non è ancora stato sconfitto. La disperazione potrebbe portare a una sua frammentazione in gruppetti difficili da scovare e annientare ma capaci di infliggere, molto a lungo, altre sofferenze alla popolazione. Le truppe di Nkunda sono state integrate già una volta nell'esercito congolese, nelle cui file Nkunda stesso fu nominato "generale". Il seguito lo conosciamo. Per annientare l'Fdlr e neutralizzare la galassia delle milizie Mai Mai e dei "signori della guerra" sarà necessario combattere. Ci saranno altri morti fra i civili. Massacri, stupri e saccheggi saranno il prezzo da pagare per raggiungere l'ipotetica pacificazione della regione. Nella più ottimista delle ipotesi, le cose peggioreranno prima di migliorare. Nella più pessimista, peggioreranno e basta. Comunque, sia pure con tutte le cautele del caso, sembra legittimo nutrire un sia pur fioco barlume di speranza. Quelli di questi giorni potrebbero essere i primi, difficili, passi verso la pace nel Kivu. Una pace difficile da conseguire, che ha bisogno di tempi lunghi. Costituirebbe un progresso enorme per l'intera regione.



## MI SCUSI

## MI DICE PERCHÉ ...

Riflessioni a ruota libera sulla valutazione degli interventi di cooperazione sanitaria.

Testo di / Giovanni Putoto / Medici con l'Africa Cuamm

Rafforzare i meccanismi di monitoraggio e di valutazione interna; migliorare lo standard delle evidenze chiedendo aiuto a chi se ne intende; assicurare fondi sufficienti *ad hoc*; coinvolgere sempre il personale sul terreno, le autorità e la popolazione; diffondere la conoscenza generata e promuovere il confronto.

Dai! Stavolta ci siamo! Sepolta, mummificata nelle cripte polverose degli specialisti, la valutazione sembra tornare alla luce. Sarà stato l'aumento dell'aiuto pubblico allo sviluppo che si è registrato in questi anni, sarà ora la crisi che forse cambierà lo scenario della cooperazione internazionale, sarà la comunità scientifica che strattone i politici sulle evidenze, certo è che l'aria che si respira attorno alla valutazione sembra cambiata. Attenzione, però! La valutazione non è un *affaire* semplice. Spaventa e attira. Brucia e gela. Appassiona e divide. Proviamo a parlarne. Riduciamo al minimo i riferimenti al dibattito teorico che, com'è noto, lascia spesso il lettore in solitudine con una torcia quasi scarica. E invece con l'aiuto di squarci di realtà concentriamoci su due aspetti chiave della valutazione: l'*accountability* e l'apprendimento.

#### ACCOUNTABILITY

Responsabilità, rendere conto del proprio operato.

Vocabolario Zingarelli

L'obbligo di individui o agenzie di fornire informazioni o spiegazioni agli altri attori circa le azioni intraprese.

Derick Brinkerhoff<sup>1</sup>

#### MI SCUSI, MI DICE PERCHÉ DOBBIAMO CONTINUARE A DARE I NOSTRI SOLDI A QUESTI PAESI AFRICANI SENZA AVERE UNO STRACCIO DI PROVA DEI RISULTATI OTTENUTI? MA QUANTO DEVE DURARE 'STA STORIA DEGLI AIUTI?

Intervento a filo diretto con gli ascoltatori, Prima Pagina, Radio 3, novembre 2008

È teso, al limite del risentimento, il tono dell'ascoltatrice intervenuta alla radio. La crisi morde. I soldi sono pochi.

La povertà propria spaventa più dell'indigenza altrui. Il giornalista, colto impreparato, accusa il colpo, farfuglia qualcosa sugli aiuti internazionali, troppi (?), e conclude con un sacco di ovvietà

sull'Africa: la povertà, gli immigrati, le malattie... Peccato! Un'occasione sprecata. Eppure, le domande della signora non dovevano essere eluse. Che i contributi siano pubblici o privati, i cittadini hanno il diritto di sapere come sono stati impiegati, quali risultati si sono ottenuti, cosa ci si aspetta per il futuro. Non basta. Non è solo una questione di rendiconto finanziario. C'è di più. I cittadini contribuenti dovrebbero essere posti nelle condizioni di poter valutare criticamente le politiche di cooperazione. Altrimenti che fanno, pagano e basta? Una cittadinanza preparata, cosciente delle cause della povertà, che partecipa in prima persona al dibattito, vigile nei controlli, contribuisce alla diffusione di una cultura della *governance* basata sulle diverse responsabilità personali, nazionali e internazionali chiamate in gioco<sup>2</sup>.

La valutazione dei risultati e delle politiche di cooperazione è un esercizio di cittadinanza attiva. L'alternativa?

Tonnellate di melassa sentimentale, quella che ti fa sentir bene. *Make you feel good*. Si dice così, no? E poi tanto, tanto aiuto compassionevole. Quello che confonde la giustizia con la pietà pelosa. Quello di George, vi ricordate?

#### L'ITALIA, PAESE OSPITANTE IL PROSSIMO VERTICE DEL G8 PREVISTO PER L'ESTATE, GIUNGE A QUEST'APPUNTAMENTO SENZA ALCUNA CREDIBILITÀ

Lettera aperta al premier Berlusconi, Sole24ore, 31 ottobre 2008

Zac! Ecco fatto. Previsti tagli per 400 milioni alla cooperazione allo sviluppo. Se la misura venisse alla fine approvata in Parlamento, s'ipotizza che l'apporto italiano alla cooperazione rimarrebbe allo 0,1% del Pil, la metà di adesso. Ultimi in classifica Ocse-Dac. Una miseria. Bastasse la quantità, anche sotto il profilo della qualità la cooperazione italiana va alla grande: terzultima dei 22 paesi più sviluppati<sup>3</sup>. Il governo italiano, nonostante gli impegni sottoscritti nelle sedi internazionali, è tra i più avari e inaffidabili nella lotta alla povertà. Ma "chi se ne frega", potrebbe essere la replica. Sono quasi vent'anni che la Cooperazione italiana si trova in questa condizione catatonica.

La legge 49 è del 1987. Un'era glaciale fa. L'agenzia non è mai stata fatta perché bloccata da lotte intestine tra ministeri e diparti-

menti. La commissione esteri di Camera e Senato di cooperazione non se ne occupa più di tanto. Probabilmente, non ci crede o non le interessa. In Parlamento, interessi e competenze in materia scarseggiano. La valutazione, ovviamente, non esiste né di nome né di fatto. L'unica vera valutazione è quella, esterna, fatta dall'Ocse che ha definito la cooperazione italiana inefficiente, inefficace, incoerente e sprovvista di strategia<sup>4</sup>. Può lo Stato mancare al suo ruolo di indirizzo, coordinamento e controllo? Può esercitare queste funzioni senza valutare ed essere valutato come fanno i migliori del settore?

Ehi, laggiù! C'è qualcuno che vuole esercitare la *stewardship*?

#### SAI, SONO IMPEGNATO IN UN PROGETTO IN AFRICA. COSTRUIREMO UN OSPEDALE PER BAMBINI. DAVVERO? BELLO! E CHI LO SOSTERRÀ? LE AUTORITÀ LOCALI? MA CHE DICI? NON È QUESTO IL PROBLEMA...

Dialogo immaginario tra due volenterosi

Nero e avorio. Dona un sorriso. Per un cielo blu. Forza Africa. Eco-grafi senza frontiere. Nomi inventati? Forse. Non c'è limite alla fantasia di chi vuol aiutare, magari non richiesto. Piccolo è bello! Mah? Sul palco della cooperazione c'è ressa.

Più di 150 ong idonee sgomitano fra loro, mentre altre decine aspettano fuori dalla porta pronte a lottare per assicurarsi il magro banchetto dell'aiuto pubblico. La concorrenza è agguerrita: cooperazione decentrata, università, sindacati, Chiese e ultimamente fondazioni a carattere umanitario, fondazioni bancarie, associazioni professionali e imprese non stanno a guardare.

Un microcosmo di *global health initiatives* formato mignon, dove tutti decidono su tutto: paesi prioritari da scegliere, aree geografiche da privilegiare, settori di intervento da sostenere, gruppi sociali da proteggere e giù, giù, giù, fino agli organi di anatomia umana sui quali intervenire: cuore, occhi, pelle, ossa...

Per carità! Questo mondo vitale, così ricco e variegato, ha rappresentato in questi anni l'espressione più viva e autentica della cooperazione e costituisce un patrimonio rilevante da sostenere e valorizzare anche per le risorse umane, finanziarie, educative che mette in gioco. Detto questo, siamo onesti fino in fondo. All'interno di questo mondo, così eterogeneo, esistono dei problemi che, se non risolti, rischiano di compromettere l'efficacia e la credibilità della cooperazione. Ne richiamiamo alcuni: lo scarso coinvolgimento delle istituzioni locali, la scelta di discutibili priorità di intervento, il mordi e fuggi sul campo, la debolezza professionale, la fragilità finanziaria, la resistenza a lavorare in rete, la sostenibilità degli interventi. E soprattutto la scarsa verifica dei risultati. Pronti a cambiare? Chi ci sta?

#### ALCUNI DI NOI CHE BENEFICIAVANO DEGLI AIUTI DEL FONDO GLOBALE SI SENTONO ORA TRISTI PER QUANTO È SUCCESSO

Lubwama, cittadino ugandese, sieropositivo, Science, 25 luglio 2008

Trillo dal Sud del mondo: «Truffa di 1,6 milioni di dollari in Uganda a danno del Fondo globale! Il governo ugandese si è impegnato entro tempi certi a identificare i responsabili, a sanzionarli, a recuperare il maltolto e a porre rimedio nella gestione degli aiuti». Urca! Com'è andata a finire? Scaduti i termini previsti, il Fondo globale non ha assegnato 12 milioni di dollari all'Ugan-

da per combattere l'Aids, la Tuberculosis e la Malaria<sup>5</sup>. Lubwama, al pari di molti altri pazienti, non potendo pagarsi le medicine ha dovuto sospendere il trattamento antiretrovirale. Quante volte abbiamo sentito storie come questa? Storie di grandi corruzioni. Come quella dei 20 milioni di euro dati da un'agenzia multilaterale a un governo africano e destinati alla costruzione di ospedali rurali. Meno dell'uno per cento poi è effettivamente entrato nelle casse degli ospedali mentre è molto probabile che il sostegno sia servito in gran parte a finanziare l'esercito<sup>6</sup>.

E storie di piccole, ma terribili corruzioni. Come quelle, diffusissime, del pagamento informale che avviene in molti ospedali e centri sanitari africani. Se vuoi un farmaco, un esame diagnostico, un cesareo, paghi sottobanco, altrimenti nisba<sup>7</sup>.

Grandi o piccole che siano, le corruzioni sono nefaste per la popolazione e distorsive per il sistema sanitario<sup>8</sup>. Qualcuno propone che tipi come Lubwama, i beneficiari finali, seggano nelle commissioni ministeriali o nei consigli di amministrazione delle agenzie di cooperazione o, restando in tema, partecipino alle valutazioni. Almeno quelle...

#### FATTI GLI AFFARI TUOI

Rinomata trasmissione televisiva

La povertà non fa notizia. Nei telegiornali Rai e Mediaset le notizie sulle crisi umanitarie nel corso del 2007 passano dal 10% del totale delle notizie (dato 2006) all'8% (6.426 notizie su un totale di 83.200)<sup>9</sup>. Le notizie sono soprattutto relative a iniziative di raccolta fondi e di brevi visite di personaggi celebri del mondo dello spettacolo.

Alla malnutrizione, che ogni anno uccide cinque milioni di bambini sotto i cinque anni, sono state dedicate solo 18 notizie, la maggior parte delle quali in relazione agli appelli del Papa contro la fame nel mondo. All'Aids, che uccide due milioni di persone ogni anno, 54 notizie. Alla Malaria, che ne causa una ogni tre secondi, solamente tre.

Poca e malfatta. Ecco l'informazione di oggi sulla cooperazione internazionale. Altro che raggiungere l'opinione pubblica, tenerla informata, partecipe e consapevole dei problemi, delle attività e dei vantaggi di una politica nazionale per lo sviluppo globale. I problemi della povertà non sono approfonditi, le cause del sottosviluppo non sono indagate, le responsabilità non sono sollecitate, i fallimenti non sono spiegati, i successi non sono celebrati. La cultura della valutazione, del risultato non fa parte del mandato dei media. Fatti gli affari tuoi. Avanti con i pacchi.

#### APPRENDIMENTO

Non vi può essere valutazione senza una definizione, una misurazione e infine una divulgazione di dati riguardanti la performance. Tutto questo rappresenta un'occasione unica per imparare a fare meglio. Vahe Kazandjian<sup>10</sup>.

È una cosa molto giusta. Il governo dovrà spendere in aiuti intelligenti. Bill Gates, Corriere della Sera, 4 dicembre 2008

Ma chi l'ha detto che gli aiuti pubblici allo sviluppo sono inutili? Sentite Bill Gates, che di soldi se ne intende: «Ci sono due tipi d'investimento, che danno dividendi formidabili. Quelli nella scienza e nelle tecnologie, che ci procureranno gli strumenti necessari a risolvere i nostri problemi più gravi, come la sanità,



osservatorio

l'educazione, l'energia. E quelli per lottare contro le disuguaglianze. Aiuti mirati allo sviluppo, per migliorare l'agricoltura, prevenire malattie, promuovere la crescita nei paesi più poveri del mondo. Sviluppare il talento dei giovani, alleviare la povertà sulla terra, fare medicina preventiva è sempre buon investimento, quale che sia lo stato del bilancio». Attenzione, però, avverte Gates «l'impatto di queste spese va continuamente valutato, bisogna essere sicuri che stiamo ottenendo il massimo da ogni dollaro investito». È quello che il guru di Seattle chiama *smart aid*: gli aiuti intelligenti. Ma di che impatto si tratta? Di valutare se i progetti, i programmi o qualsiasi intervento hanno prodotto, a distanza di tempo, gli esiti sociali desiderati, come il miglioramento dello stato di salute dei bambini, l'aumento del reddito familiare, il progresso dell'esito scolastico.

Si stima che questo tipo di valutazioni arrivi a costare fino al 10% del *budget* degli interventi <sup>11</sup>. Purtroppo, nel mondo della cooperazione internazionale questo tipo di analisi sono scarse e raramente si traducono in indirizzi di politiche sociali basate sull'evidenza. Laddove invece la valutazione d'impatto è stata realizzata in modo rigoroso e ha influenzato il processo politico decisionale, ebbene lì, ha sortito risultati molto interessanti. Vedi il programma Progres in Mexico <sup>12</sup>. Che dire? Cercasi disperatamente *smart people, smart aid, smart evaluation*. Occhio, però, c'è conoscenza e conoscenza, sapere e sapere.

#### SE SAPPIAMO CIÒ CHE FUNZIONA, ALLORA COME MAI?

Le pubblicazioni "The Lancet Survival Series" enfatizzano che "we know what works" (sappiamo ciò che funziona)

Sappiamo che se interventi di provata efficacia fossero applicati su larga scala si potrebbe ridurre del 63% la mortalità infantile <sup>13</sup>, del 25% la mortalità da malnutrizione <sup>14</sup>, dell'88-98% la mortalità materna <sup>15</sup>. Sappiamo perfino a quale livello del sistema sanitario questi interventi devono essere erogati: in ospedale o in un centro sanitario o a casa <sup>16</sup>. Sappiamo anche i costi di questi interventi e sappiamo pure che sono sostenibilissimi dalla comunità internazionale <sup>17</sup>. Sappiamo poi che i più poveri (quelli dell'ultimo quintile socio-economico) si ammalano di più, muoiono prima e accedono meno a interventi efficaci <sup>18</sup>. Tutto ciò a causa di distanze geografiche, barriere finanziarie e influenze culturali. Che dire di tanta abbondanza di sapere? *Magnifique!* Ma allora, come mai gli Obiettivi di salute del millennio sono così deludenti in termini di tassi di copertura, qualità ed equità delle prestazioni <sup>19</sup>? Come mai dopo oltre vent'anni di eleganti studi randomizzati a doppio cieco, sofisticate linee guida, patinate editoriali scientifici, fini schermaglie accademiche e velenose punzecchiature ideologiche, la maternità è tutt'altro che sicura nei fangosi e pidocchiosi distretti africani <sup>20</sup>? È una questione di pochi soldi e di ancor meno risorse umane? Anche. In realtà, c'è un *gap* più vasto da colmare.

Molte innovazioni scientifiche e tecnologiche falliscono quando si applicano nel Sud del mondo perché la loro implementazione non è verificata o risulta inappropriata sotto il profilo culturale o incompleta sotto quello politico e tecnico. Un esempio. La diffusione di forme di finanziamento comunitario di tipo mutualistico, ottime sulla carta in alternativa alle *user fees*, stenta ad affermarsi nell'Africa occidentale e orientale <sup>21,22,23</sup>. Scarsa informazione e insufficiente comprensione dei concetti di finan-

ziamento comunitario, rigidità istituzionali nella raccolta del premio, scarsa qualità delle prestazioni sanitarie e povertà sono, a seconda del luogo, gli impedimenti principali nell'arruolamento degli iscritti. Un altro esempio. Da una valutazione complessa di un programma di maternità sicura in Burkina Faso. Quattro anni di studio <sup>24</sup>. L'aumento dei parti assistiti da personale qualificato non implica necessariamente una riduzione della mortalità materna se non è accompagnato da miglioramenti della qualità delle prestazioni (mediante supervisione e *audit*), delle risorse strumentali per la gestione delle emergenze e dalla messa a disposizione di mezzi, inclusi sussidi in denaro alle donne gravide, coinvolgimento della comunità locali, *targeting* geografico per il trasporto, incentivi per il personale impiegato in zone remote. Tutto da adattare alla specificità del contesto dell'intervento, ben s'intende. Robetta da poco, vero?

In sostanza, sappiamo cosa funziona, ma non sappiamo abbastanza come e dove. La definiscono scienza dell'implementazione <sup>25</sup>. Mette insieme valutazione, ricerca dei servizi sanitari e approccio multidisciplinare. Il *focus* è il sistema sanitario e la sua *performance*. Tutti gli attori sono chiamati in causa (ong, università, comunità, governo, erogatori senza scopo di lucro e con scopo di lucro) e lavorano in *network* dall'ideazione, alla gestione fino alla valutazione degli interventi. Che sia la strada giusta? Provare per credere.

#### CI SONO TRE TIPI DI BUGIE: LE BUGIE, LE BUGIE SPUDORATE E LE STATISTICHE

Mark Twain da "Chapters from My Autobiography", pubblicato su North American Review, No. DCXVIII

Sì, sì. È un bel dire. Tanti bei discorsi. Ma qui i numeri non tornano! Morti neonatali: dei 4 milioni di morti neonatali che accadono ogni anno solo il 3% viene riportato nei registri delle statistiche vitali <sup>26</sup>. Hiv: i sieropositivi nel mondo erano 39,5 milioni nel 2006, poi nel 2007 sono improvvisamente diminuiti a 33,2 milioni <sup>27</sup>. Povertà. Contrariamente a quello che ci era stato detto dalla Banca mondiale le persone in condizione di povertà estrema nel mondo non sono novecento milioni, ma 1,4 miliardi <sup>28</sup>. Mezzo miliardo in più. Non è finita. Eccovi l'ultima. I tassi di copertura vaccinali di difterite, tetano e pertosse raccolti in 600 indagini familiari di 193 paesi non corrispondono alle statistiche ufficiali <sup>29</sup>. Gli autori dello studio sospettano che i dati ufficiali siano gonfiati a causa degli incentivi. L'Oms non smentisce. *Et voilà*.

Come dire che milioni di dollari o di euro sono stati investiti senza sapere che impatto hanno avuto sul sistema sanitario. Alla faccia della valutazione. Che significa tutto questo? Due cose. Che quanto a statistiche, in molte parti del mondo, soprattutto in Africa, si brancola nel buio <sup>30</sup>. Che quando si passa dalle statistiche alla politica, bisogna fare attenzione perché ti scontri con conflitti d'interesse grandi come case che coinvolgono valutati e valutatori <sup>31</sup>.

*Mission impossible*, dunque, per valutare la *performance* dei sistemi? No! Sono stati avviati programmi seri e rigorosi come *Health metrics, Measure, Indepth, Impact* e altri che hanno documentato buoni risultati e fanno ben sperare, soprattutto a livello distrettuale. Il punto è che la valutazione richiede dati affidabili, quantitativi e qualitativi. Che esistono molti pro-

blemi metodologici e pratici. Che questi problemi devono essere conosciuti ed affrontati con competenza e onestà intellettuale. E tutto questo richiede prudenza, investimenti in capitale umano e dirittura morale.

#### CONCLUSIONI

L'impressione, quando parli di valutazione di programmi di sviluppo che poi altro non sono che sperimentazioni sociali, è quella di trovarti in alta montagna. Estasiato. Ma con l'ossigeno rarefatto. Chi è che non vuole valutazioni utili, etiche, tempesti-

ve, trasparenti e partecipate? Ok! Ma con tutta questa vertiginosa complessità come la mettiamo? Da dove si parte? Proviamoci: rafforzare i meccanismi di monitoraggio e di valutazione interna; migliorare lo standard delle evidenze chiedendo aiuto a chi se ne intende; assicurare fondi sufficienti *ad hoc*; coinvolgere sempre il personale sul terreno, le autorità e la popolazione; diffondere la conoscenza generata e promuovere il confronto. Infine. A chi ti chiede: «Mi scusi, mi dice perché...?». Essere preparato a rispondere «Guardi, non sappiamo tutto, ma qualche lezione l'abbiamo appresa sul campo e l'abbiamo anche documentata...».

- DW. Brinkerhoff, *Accountability and health systems: Toward conceptual clarity and policy relevance. Health Policy and Planning* 2004; 19: 371-9.
- B. Knight, Chigudu H. and R. Tandon, 2001, *Reviving Democracy: Citizens at the Heart of Governance*, London: Earthscan.
- D. Roodman e C. Prieto, *Indice dell'Impegno per lo Sviluppo (Cdi) 2008*, Italia, Center for Global Development, Washington, disponibile al sito [www.cgdev.org](http://www.cgdev.org).
- Peer Review of Italy, Oecd-Dac, 2004, Paris.
- \$12 Million Lost, But Has Anything Changed For The Global Fund In Uganda? 18 November 2008, Center For Global Development, Washington, disponibile al sito [www.cgdev.org](http://www.cgdev.org).
- P. Collier, *L'ultimo miliardo. Perché i paesi più poveri diventano sempre più poveri e cosa si può fare per aiutarli*. Laterza, Bari, 2008.
- M. Lewis, *Informal payment and the financing of health care in developing and transition countries Health Affairs*, 2007; (26), 4: 984-997.
- T. Vian, *Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions Health Policy and Planning*, 2008; 23:83-94.
- Le crisi umanitarie dimenticate dai media, Rapporto a cura di Msf in collaborazione con l'Osservatorio di Pavia, 2008, disponibile al sito [www.crisidimenticate.it](http://www.crisidimenticate.it).
- V. Kazandjian, *Accountability Through Measurement: A Global Healthcare Imperative*, 2002, Asq Quality Press.
- E. Skoufias, *Progres and Its Impacts of the Welfare of Rural Households in Mexico* (Research report 139, International Food Policy Research Institute, Washington, DC, 2005).
- J. Gareth and others, *How many child deaths can we prevent this year?* Lancet 2003; 362: 65-71.
- A. Bhutta and others, *What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival*, Lancet 2008; 371:417-40.
- O. Campbell and others, *Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works*, Lancet 2006; 368: 1284-99.
- K. Kerber and others, *Continuum of care for maternal, newborn and child health: from slogan to services delivery*, Lancet 2007; 370: 1358-69.

- Who, *Commission on Macroeconomics and Health "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development"*, Geneva, 2001.
- Mind the gap: equity and trends in coverage for maternal, newborn and child health services in 54 Countdown countries, Lancet 2008; 371: 1259-67.
- Countdown to 2015: Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival. The 2008 Report. Unicef, 2008.
- L. Freedmann and others, *Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation*, Lancet 2007; 370:1383-91.
- M. DeAllegri MS and others, *Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community based health insurance in rural West Africa*. Health Policy 2006; 76:58-71.
- B. Criel, M. Waelkens, *Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organisations in Guinea-Conakry (West Africa): what is going wrong?* Social Science and Medicine 2003; 57:1205-19.
- R. Basaza, B. Criel and R. Van der Stuyft, *Community Health Insurance in Uganda: Why does the enrolment remain low? A view from beneath Health Policy* (2008); 87:172-184.
- W. Graham and others, *Undertaking a complex evaluation of safe motherhood in rural Burkina Faso Tropical Medicine and International Health*, 2008, 3, suppl. 1:1-5.
- T. Madon and others, *Implementation Science*, Science 2007, 318: 1728-29.
- J. Lawn and others, *4 million neonatal deaths: When? Where? Why?*, Lancet 2005; 365: 891-900.
- Aids Epidemic update 2007*, Joint United Nations Programme on Hiv/Aids (UnAids) and World Health Organization (Who).
- S. Chen and M. Ravallion, *The Developing World Is Poorer Than We Thought, But No Less Successful in the Fight against Poverty*, Policy Research Working Paper 4703, World Bank, 2008.
- S. Lim and others, *Tracking progress towards universal childhood immunisation and the impact of global initiatives: a systematic analysis of three-dose diphtheria, tetanus, and pertussis immunisation coverage*. Lancet 2008; 372: 2031-46.
- Stumbling around in the dark*, Editorial, Lancet 2005; 365: 1983.
- C. Zahr and others, *From data to policy: good practices and cautionary tales*, Lancet 2007; 369: 1039-46.



# G7 / SPESA SANITARIA E STATO DI SALUTE DELLE POPOLAZIONI

FONTE / OECD DATABASE 2008

FIGURA 1 / SPESA SANITARIA TOTALE PRO CAPITE / \$ / ANNO 2006

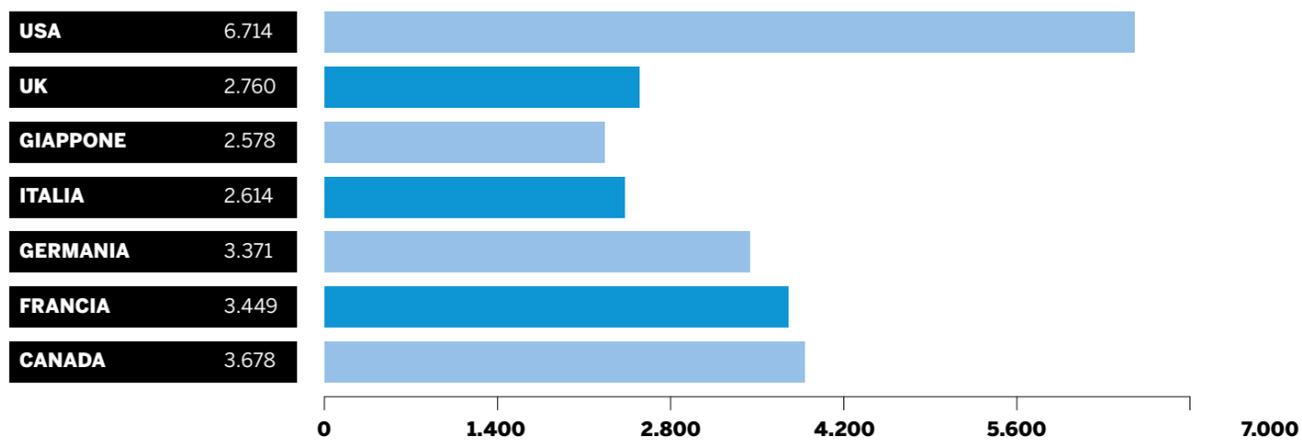


FIGURA 2 / SPESA SANITARIA TOTALE COME % DEL PIL / ANNO 2006

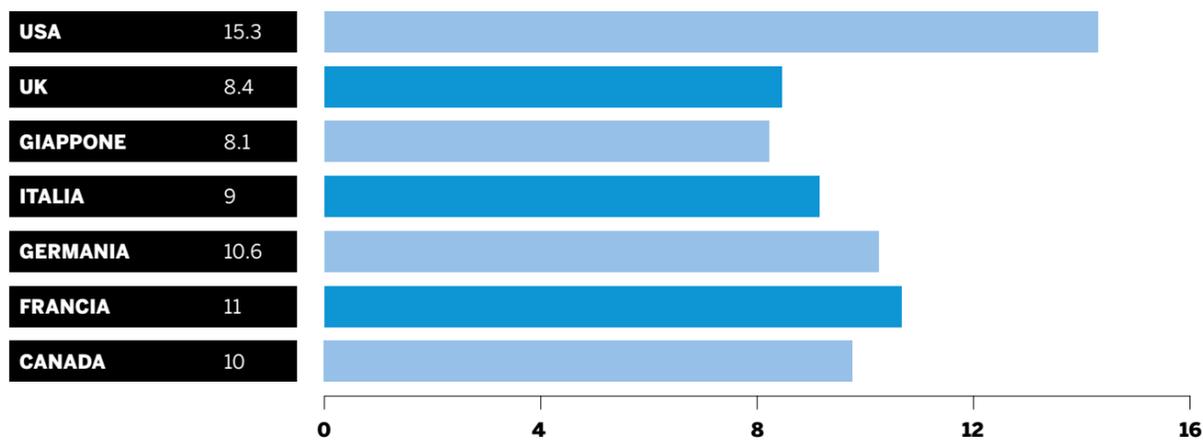


FIGURA 3 / SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO CAPITE / \$ / ANNO 2006

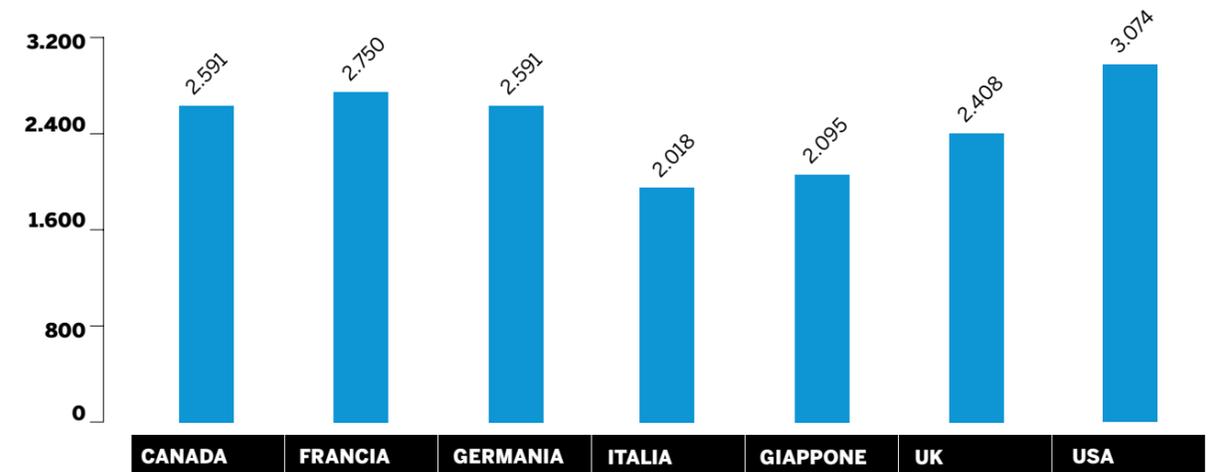
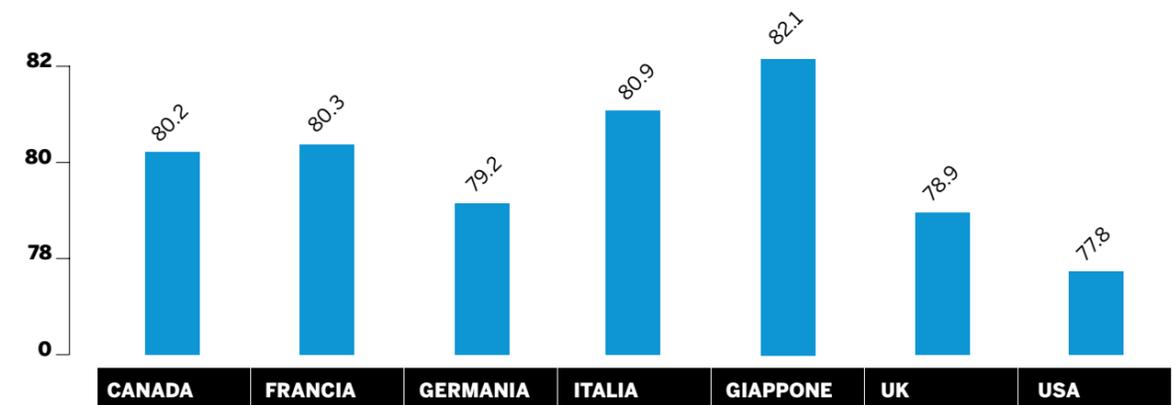


FIGURA 4 / SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA POPOLAZIONE TOTALE, ANNI / ANNO 2006





# SALUTE INTERNAZIONALE.INFO

## PER SAPERNE DI PIÙ

## SULLA SALUTE GLOBALE

Il Pensiero Scientifico Editore pubblica, dalla fine di gennaio 2009, un *blog* dal titolo: "Salute Internazionale", [www.saluteinternazionale.info](http://www.saluteinternazionale.info). La nuova iniziativa editoriale vuole essere uno spazio di riflessione e di approfondimento sui temi che riguardano la salute "globale" nelle sue varie dimensioni: il diritto alla salute, i sistemi sanitari internazionali, l'innovazione e il *management*, la salute dei migranti. Di seguito riportiamo il pezzo di apertura del *blog*.

Testo di / Gavino Maciocco / Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

### PERCHÉ LA SALUTE È UN DIRITTO UMANO

*Lancet* ha celebrato il 60° anniversario della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo dedicando gran parte del numero 9.655, del 13 dicembre 2008 (un editoriale più numerosi contributi, nonché un monumentale *paper* <sup>1</sup>), al tema del diritto alla salute. «Perché e come la salute è un diritto umano?» si chiede Amartya Sen in un breve, formidabile commento <sup>2</sup>.

La salute può essere considerata un diritto in assenza di una legislazione vincolante? Secondo Jeremy Bentham (1748-1832) la risposta è no. Bentham infatti considerava un "non senso" la dichiarazione francese dei diritti dell'uomo del 1789 perché il diritto per essere tale deve essere legiferato, deve cioè essere "figlio della legge". «Ma – osserva Sen – c'è una lunga tradizione di pensiero sul diritto come etica sociale: le basi morali che una buona società deve avere. Infatti quando la dichiarazione americana d'indipendenza invocava "certi inalienabili diritti" che ogni persona deve avere, i diritti umani erano visti non come "figli", bensì come "genitori" della legge. Nel considerare la salute come diritto umano c'è la chiamata all'azione per la promozione della salute della popolazione, nello stesso modo con cui gli attivisti del 18° secolo lottarono per la liberazione e la libertà».

«Un diritto umano – prosegue Sen – può essere "genitore" non solo della legge, ma anche di altri modi per sostenere la causa di un determinato diritto. Anche la realizzazione della prima generazione dei diritti (come la libertà religiosa, il diritto a non essere arrestato arbitrariamente, a non essere violentato o ucciso) dipese non solo dalla legge, ma anche dalla discussione pubblica, dalla denuncia, dal controllo e dal lavoro sociale. Il diritto alla salute pretende analoghi vasti interventi, che vanno ben oltre una (pur importante) buona legislazione sanitaria.

Ci sono azioni politiche, sociali, economiche, scientifiche e culturali che noi possiamo prendere per fare avanzare la causa della buona salute per tutti. Nel considerare la salute come un diritto, noi riconosciamo la necessità di un forte impegno sociale per la buona salute. Ci sono – conclude Sen – poche cose così importanti come questa nel mondo contemporaneo».

Quando nacque l'idea di produrre questo *blog*, il numero 9.655 di *Lancet* non era ancora uscito, ma leggendo ora il *comment*

di Amartya Sen, nelle sue profonde, acute argomentazioni vediamo specchiarsi le ragioni di Salute internazionale: creare uno spazio di informazione e riflessione, di approfondimento culturale e scientifico, di discussione e condivisione "per fare avanzare la causa della buona salute per tutti".

### PERCHÉ SALUTE PER TUTTI È UN IMPERATIVO ETICO

Il 2008 è stato, per la politica sanitaria internazionale, un anno ricco di rievocazioni: sessant'anni dalla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, trent'anni dalla Dichiarazione di Alma Ata (per inciso gli stessi anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale in Italia, legge 833/78). Il 14 ottobre 2008 a Almaty (già Alma Ata, già capitale del Kazakistan) è stato presentato il Rapporto Oms 2008 <sup>3</sup> per commemorare il trentennale dell'omonima Dichiarazione. Da Alma Ata ad Alma Ata potrebbe essere il significato profondo del recente documento annuale dell'Oms. Un ritorno al passato per riscoprire e rivalutare linee di politica sanitaria internazionale basate su equità, appropriatezza, qualità e prevenzione; linee di politica sanitaria internazionale mirate a mettere al centro del sistema sanitario i bisogni della persona e della comunità; linee di politica sanitaria internazionale fondate su una formula tanto semplice, quanto potente: salute per tutti (formula tornata, dopo trent'anni, a far parte del lessico familiare dell'Organizzazione mondiale della sanità). Con queste parole, infatti, si chiude la presentazione del Rapporto, firmata dal direttore generale, Margaret Chan: «Uniti nella comune sfida di realizzare i principi della *primary health care*, il tempo è maturo, oggi più che mai, per sviluppare una comune coscienza e una politica condivisa che rendano più rapido il cammino verso la salute per tutti».

Sempre nel 2008 l'Oms ha presentato i lavori conclusivi della Commissione sui determinanti sociali di salute, istituita nel 2005 e presieduta da Michael Marmot <sup>4</sup>. Quanto oggi l'obiettivo della salute per tutti sia sfocato e lontano – in primo luogo per motivi sociali ed economico-politici –, lo denuncia a chiare lettere il documento finale della Commissione <sup>5</sup>: «La giustizia sociale è questione di vita e di morte. Essa influenza il modo in cui le persone vivono, le conseguenti probabilità di ammalarsi, il lo-

ro rischio di morte prematura. Noi osserviamo, con meraviglia, come la speranza di vita e la buona salute continuino a crescere in alcune parti del mondo e, con allarme, come queste non riescano a migliorare in altre parti. Una bambina venuta alla luce oggi può sperare di vivere più di ottant'anni se nata in alcune parti del mondo, ma meno di 45 anni se nata in altre parti. All'interno dei paesi ci sono drammatiche differenze nella salute che sono strettamente legate al grado di svantaggio sociale. Differenze di tale grandezza – tra nazioni e all'interno di una stessa nazione – semplicemente non dovrebbero mai accadere». «Ridurre le disuguaglianze nella salute è un imperativo etico»: questo il messaggio conclusivo della Commissione. Volentieri ci facciamo prendere per mano dalle idee forti dei più recenti documenti dell'Oms nell'intraprendere il cammino di Salute internazionale. Un cammino che sarebbe incerto, opaco e limitato se non fosse sostenuto da forti motivazioni etiche, se non fosse guidato da chiari ed espliciti orientamenti di politica sanitaria (come quelli espressi dai documenti sopra citati).

### PERCHÉ OCCUPARSI DI SALUTE E SANITÀ INTERNAZIONALI

Chiunque oggi – per motivi di lavoro, di studio, di interesse culturale, politico, etc. – affronti temi che riguardano la salute e l'assistenza sanitaria difficilmente può fare a meno di riferirsi a esperienze internazionali, confrontarsi con le informazioni provenienti da molteplici fonti: dalla letteratura scientifica periodica ai documenti pubblicati da istituzioni come Oms, Ocse, Banca mondiale o da varie organizzazioni, come la galassia delle *Ong*, dai prodotti editoriali di varia natura (dai libri ai siti web) alle iniziative formative (corsi universitari, formazione continua, congressi e convegni). Da master internazionali (Harvard <sup>6</sup>, Usa, Leeds <sup>7</sup> e Edimburgo <sup>8</sup>, Uk), ad esempio, noi stessi abbiamo attinto idee e spunti per costruire la struttura dei contenuti di Salute internazionale.

Occuparsi di salute e sanità internazionali serve dunque a diventare più informati e più colti. Serve anche a diventare migliori: a uscire da se stessi, a guardare agli altri, al mondo.

<sup>1</sup> G. Backman et al., *Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries*, *Lancet* 2008; 372: 2047-85.

<sup>2</sup> A. Sen, *Why and how is health a human right?*, *Lancet* 2008; 372:210.

<sup>3</sup> The World Health Report 2008, *Primary Health Care, Now More Than Ever*, Who, Geneva 2008.

<sup>4</sup> M. Marmot, *Social determinants of health inequalities*, *Lancet* 2005; 365: 1099-104.

<sup>5</sup> Commission on Social Determinants of Health, *Final Report, Closing the gap in a generation*, Who, Geneva 2008.

<sup>6</sup> [www.hsph.harvard.edu/departments/global-health-and-population/](http://www.hsph.harvard.edu/departments/global-health-and-population/)

<sup>7</sup> [www.leeds.ac.uk/lihs/nuffield/landt/ma\\_ph\\_int.htm](http://www.leeds.ac.uk/lihs/nuffield/landt/ma_ph_int.htm).

<sup>8</sup> [www.health.ed.ac.uk/CIPHP/](http://www.health.ed.ac.uk/CIPHP/)

# MONITORAGGIO DELL'IMPLEMENTAZIONE DELLA NUOVA TERAPIA ANTIMALARICA IN UGANDA

Testo di / Simona Ghigo, Carlo Mamo (Servizio di Epidemiologia, Asl To3 - Grugliasco) / Luigi Ciccio (Northern Uganda

Malaria Aids Tb Programme) / Enrico Tagliaferri, Alan Harogha, Mario Drasiku (Medici con l'Africa Cuamm)

## INTRODUZIONE

Ogni anno vengono stimati a livello mondiale circa 500 milioni di casi di malaria, con un 1 milione di morti, soprattutto bambini<sup>1</sup>. Diffusione e mortalità della malattia sono aumentate nel corso degli anni '90 in molte aree, soprattutto rurali dell'Africa sub-Sahariana<sup>1,2</sup>.

In risposta all'aumento della resistenza del *Plasmodium falciparum* agli antimalarici tradizionali, l'Oms attualmente raccomanda, per il trattamento della malaria non complicata, l'utilizzo della terapia combinata con Artemisia (*Artemisinin based combination therapy Act*)<sup>3,4</sup>.

Questi farmaci essendo molto più costosi dei tradizionali, necessitano di un *budget* che può risultare superiore a quanto disponibile<sup>5,6</sup>.

Nei paesi gravati da questa malattia, la possibilità di fornire terapie adeguate alla popolazione risulta vincolata alle donazioni internazionali: qualora queste risorse dovessero ridursi, si determinerebbero problemi di sostenibilità.

Altri ostacoli nell'utilizzo delle Act sono: la limitata esperienza operativa degli operatori nel loro utilizzo (essendo lo schema posologico più complesso), una maggiore difficoltà nella conservazione (che richiede luoghi freschi, asciutti e al riparo dalla luce solare) e la distribuzione<sup>6,7,8,9</sup>.

Sono oggi disponibili linee guida relative all'uso delle Act, ma pochi sono i dati relativi alla delicata e complessa fase di implementazione di queste strategie terapeutiche<sup>10</sup>.

L'Uganda è tra i paesi in cui si sono evidenziati inaccettabili livelli di farmacoresistenza ai farmaci tradizionali<sup>11</sup>. Nel 2004 si è raggiunto il consenso di utilizzare l'associazione Artemetere / Lumefantrina (nome commerciale Coartem, prodotto da Novartis) come farmaco di prima scelta per la cura della malaria non complicata (**tabella 1**)<sup>10</sup>.

Dal maggio 2006 il Coartem è stato distribuito nelle strutture periferiche.

## OBIETTIVI

Nell'ambito di un progetto della ong Medici con l'Africa Cuamm

si è condotto uno studio al fine di monitorare la fase di implementazione della nuova strategia terapeutica, cercando di identificare i possibili problemi di carattere organizzativo, logistico e manageriale.

## METODI

Il presente studio è stato condotto nel distretto di Nebbi, distretto rurale del nord-ovest dell'Uganda, zona di trasmissione endemica (**mappa 1**).

La valutazione ha interessato 2 dei 3 sottodistretti (Jonam e Padyere), selezionando 12 strutture sanitarie, 10 governative e due private *not for profit* (Pnfp).

Quattro strutture erano di grado II (forniscono servizi ambulatoriali, vaccinali ed educativi) e otto di grado III (erogano servizi forniti dalle unità di livello II e ricoverano, inoltre, i pazienti più gravi ed effettuano analisi di laboratorio).

Per ogni struttura sono stati raccolti i primi venti casi di malaria occorsi nel primo lunedì di ogni mese, nel periodo tra luglio e ottobre 2006 (ottanta casi per struttura).

Per ogni caso sono stati raccolti età e peso del paziente e il trattamento antimalarico assegnato.

Vengono definiti pazienti con età border quelli con età che nelle linee guida compare in due dosaggi contigui (**tabella 1**). Si è, inoltre, messo a punto un questionario (sommministrato a un operatore per struttura) rilevante: il numero di operatori sanitari nella struttura, la partecipazione a corsi di formazione e a visite di supervisione.

È stata anche valutata la presenza negli ambulatori di termometri, bilance, manuali, manifesti e poster che illustrassero linee guida per il trattamento della malaria.

Si sono inoltre indagate le procedure seguite dagli operatori nell'effettuazione degli ordini. Questi dati sono stati raccolti per tutte le 28 strutture dei due sottodistretti, e non solo per le dieci incluse nello studio, escludendo però quelle Pnfp perché utilizzavano un diverso metodo per effettuare gli ordini.

Sono stati inoltre raccolti dati sulle forniture di farmaci ricevute dalle strutture (data e quantità).

Infine, si è valutata la disponibilità di farmaci per tipologia e do-

saggio, definendo uno *stock out* la mancanza di un farmaco dal magazzino di una struttura per almeno cinque giorni consecutivi.

## ANALISI STATISTICA

Oltre alle distribuzioni di frequenza, si sono svolte analisi di tipo univariato (Mantel-Haenszel), nonché analisi multivariate, tenenti conto dell'effetto di possibili confondenti (regressione logistica) per valutare eventuali associazioni di tipo causale. I rischi relativi si sono espressi sotto forma di *odds ratio* (Or), con

relativi intervalli di confidenza al 95% (*software* di analisi: Sas - Sas Institute Inc., Cary, NC, Usa).

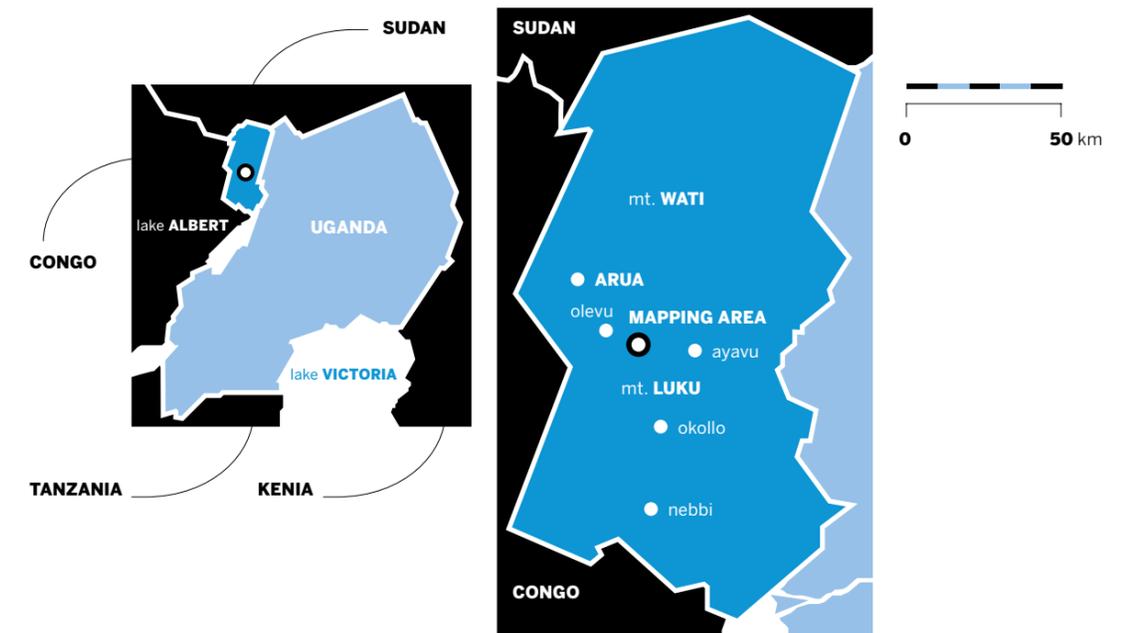
## RISULTATI

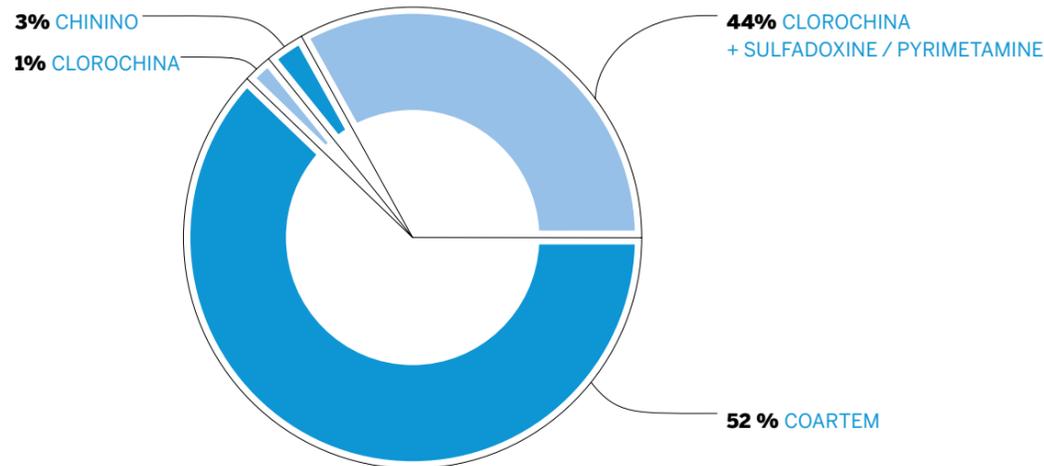
In totale si sono raccolti 960 casi di malaria non complicata; 11 esclusi perché la dose utilizzata non era indicata, e due perché non erano riportati età e peso. Pertanto, il numero di casi analizzati è stato 947. L'età è sempre stata riportata, mentre il peso è stato registrato in 347 casi (36,6%).

TABELLA 1 / DOSAGGI DEL COARTEM<sup>11</sup>

PESO (KG)	ETÀ	GIORNO 1	GIORNO 2	GIORNO 3	COD/ COLORE
5 - 14	4 MESI - 3 ANNI	1 CO X 2	1 CO X 2	1 CO X 2	1BD GIALLO
15 - 24	3 - 7 ANNI	2 CO X 2	2 CO X 2	2 CO X 2	2BD BLU
25 - 34	7 - 12 ANNI	3 CO X 2	3 CO X 2	2 CO X 2	3BD MARRONE
≥ 35	> 12 ANNI	4 CO X 2	4 CO X 2	4 CO X 2	4BD VERDE

MAPPA 1 / DISTRETTO DI NEBBI



**GRAFICO 1 / TRATTAMENTO ANTIMALARICO ASSEGNATO**

I pazienti trattati nelle strutture Pnfp presentano una maggiore probabilità di avere la registrazione del peso (OR: 6,8; I.C95%: 4,7-10,1).

**TRATTAMENTO ANTIMALARICO ASSEGNATO**

Solo 493 (52%) pazienti hanno ricevuto il Coartem, mentre il 44% è stato trattato con l'associazione tradizionale Cloroquina/Sulfadoxina - Pirimetamina (**grafico 1**).

Dei 493 pazienti trattati con Coartem, 202 (41%) hanno ricevuto il Coartem 1 bd (a fronte di un atteso secondo le linee guida ministeriali del 31%), 55 (11%) il Coartem 2 bd (atteso 12%), 37 (7,5%) il Coartem 3 bd (atteso 7%) e 199 (40,5%) il Coartem 4 bd (atteso 50%).

**APPROPRIATEZZA DELLA SOMMINISTRAZIONE**

Tra i 493 pazienti che hanno ricevuto il Coartem, il dosaggio è risultato scorretto in 56 casi (11,4%). Molti di questi pazienti erano *border age*.

La più alta percentuale di dosi errate è stata trovata per Coartem 1bd (30 pazienti) e la minore per il 4bd (solo 2 pazienti). Le dosi errate per il Coartem 2bd sono state 11 e 13 per il 3bd.

Solo il 4,7% dei pazienti (10 su 211) con peso riportato hanno ricevuto dosaggi errati, contro il 12,3% (63 su 299) dei pazienti per i quali solo l'età è stata riportata.

Erroneamente, il Coartem è stato somministrato anche a sei bambini di età inferiore ai quattro mesi.

Un paziente che ha ricevuto il trattamento in una struttura Pnfp aveva una maggiore probabilità di ricevere una dose appropriata (OR: 2,5; I.C95%: 0,9-6,4).

**ORDINI DEL COARTEM**

Solo il 29% degli ordini effettuati è risultato corretto rispetto alle linee guida ministeriali.

**RIFORNIMENTI DI COARTEM**

Il 40% (8 su 20) dei rifornimenti di Coartem sono risultati incoerenti rispetto alle percentuali fissate (per i diversi dosaggi) dal ministero; al contrario i rifornimenti delle strutture Pnfp rispettavano queste percentuali.

Si osserva, inoltre, una rilevante discrepanza tra il numero totale di dosi ricevute dalle strutture nel primo rifornimento (8.430) e il numero totale di casi (10.218) verificatisi nel periodo compreso tra il primo e il secondo rifornimento (dalla metà di giugno alla metà di agosto 2006).

**STOCK OUT**

Il numero totale di *stock out* è stato pari a 44 (26 per il Coartem, 18 per gli altri antimalarici), con una media di 3,6 *stock out* per struttura. Ben otto strutture hanno avuto uno *stock out* di chinino iniettabile (durata 78 giorni) e sei di chinino orale (durata 69 giorni).

Intervista agli operatori e verifica della presenza materiale.

L'85% (62 su 73) degli operatori che lavorano nelle strutture considerate ha ricevuto una formazione specifica sul Coartem nell'aprile 2006. In tutte le strutture sanitarie, a eccezione di due, vi era almeno un manuale riguardante la nuova terapia. La presenza di questi manuali non è risultata comunque significativamente associata con dosaggi appropriati (OR: 0,7; I.C. 95%: 0,3-1,7). Tre strutture sanitarie hanno ricevuto supervisione mirata riguardante la nuova terapia. I pazienti trattati in strutture dove è stata effettuata una supervisione avevano maggiori probabilità di essere trattati con questo farmaco (62% contro il 49% OR: 1,7; I.C. 95%: 1,3-2,3).

Il termometro era presente e funzionante in tutte le 12 strutture studiate.

La bilancia era disponibile in 11 strutture, in una era disponibile solo quella per pesare i bambini piccoli.

**DISCUSSIONE**

Nel primo periodo di introduzione del Coartem, poco più del 50% dei pazienti lo ha ricevuto come trattamento. Questo può essere attribuito principalmente all'ancora insufficiente approvvigionamento del farmaco a livello nazionale e conseguentemente a livello distrettuale.

Le proporzioni di dosaggi utilizzati sono risultati diversi da quelli previsti dal ministero, in particolare, la discrepanza sembra essere maggiore per il Coartem 1bd (utilizzato più dell'atteso) e il 4bd (utilizzato di meno). I risultati suggeriscono la revisione di queste quote.

Più del 10% dei pazienti trattati con Coartem ha ricevuto un dosaggio inadeguato, più frequentemente un sottodosaggio, con rischio di sviluppo di malaria complicata.

Nella maggioranza dei pazienti che avevano ricevuto un dosaggio scorretto, il peso non era stato rilevato. Il nostro studio conferma l'importanza di pesare tutti i pazienti, risultando il peso un criterio essenziale per prescrivere la dose corretta.

Un'altra considerevole porzione di dosi scorrette si è verificata in pazienti *border age*. In effetti, una stessa età compare nelle linee guida in due dosaggi contigui, generando confusione.

Inoltre, alcuni pazienti, soprattutto nelle strutture Pnfp, hanno ricevuto il chinino per curare una malaria non complicata, altri la Cloroquina in monoterapia (trattamento completamente inefficace).

È da sottolineare come sia stato dato il Coartem a bambini molto piccoli, che non dovrebbero riceverlo.

Oltre ai problemi tecnico-assistenziali, esistono gravi problemi organizzativi e di programmazione. La quantità totale di Coartem distribuita tende a essere insufficiente rispetto ai casi di malaria osservati e un'elevata percentuale di strutture sanitarie è stata interessata da *stock out* sia di Coartem che di altri antimalarici.

L'elevato numero di *stock out* di Coartem era in parte atteso

a causa dell'ancora insufficiente approvvigionamento del farmaco a livello nazionale, mentre quelli di chinino sono risultati inaspettati e gravi: il chinino rappresenta, infatti, l'unico trattamento per la malaria complicata, se un paziente non trova il chinino nella struttura sanitaria a cui si rivolge, potrebbe morire prima di riuscire a raggiungerne un'altra.

Inoltre, gli *stock out* di chinino sono da attribuirsi a una carenza del farmaco a livello distrettuale, legata non tanto a problemi economici (farmaco a basso costo), quanto a difficoltà logistiche riguardanti processi di ordine e/o consegna del farmaco.

Solo un terzo della unità sanitarie distrettuali sembra avere dimestichezza con il sistema degli ordini del Coartem.

Finora sono stati condotte pochissime visite di supervisione riguardanti la nuova terapia. È necessario che il personale del sottodistretto e del distretto pianifichi una regolare supervisione delle strutture periferiche. Questa rappresenterebbe la procedura più efficace a rilevare tempestivamente problemi e soluzioni.

**CONCLUSIONI**

Sebbene l'uso di Cloroquina/Sulfadoxina-Pirimetamina per la terapia della malaria non complicata sia stato interrotto in Uganda, il cambiamento di strategia terapeutica non si è ancora tradotto nella disponibilità del Coartem a livello periferico ed in un suo utilizzo appropriato.

In paesi economicamente deboli e con un sistema sanitario organizzativamente ancora poco efficiente, l'introduzione di una nuova strategia terapeutica rimane una grande sfida.

Gli insegnamenti che si possono trarre dall'esperienza ugandese possono risultare utili anche per altri paesi che hanno appena modificato la terapia antimalarica o sono in procinto di farlo. Oltre alla necessità di garantire coperture finanziarie adeguate, è necessario investire in interventi educativi e organizzativi che garantiscano l'efficiente utilizzo di questi farmaci.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Si. Hay et al. *The global distribution and population at risk of malaria: past, present, and future*. Lancet Infectious Diseases, 2004; 4:327-336.
2. Roll Back Malaria, World Health Organization, Unicef. *World Malaria Report 2005*. Who/Htm/Mal/2005.1102. Geneva: Who, 2005.
3. *Guidelines for the treatment of malaria*. Who/Htm/Mal/2006.1108. Geneva: Global Malaria Programme. World Health Organisation, 2006.
4. [www.rbm.who.int/cmc\\_upload/0/000/015/364/RBMInfosheet\\_9.htm](http://www.rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/364/RBMInfosheet_9.htm) consultato il 2 maggio 2007.
5. [www.theglobalfund.org/en/](http://www.theglobalfund.org/en/) consultato il 22 gennaio 2008.
6. [www.theglobalfund.org/files/malaria\\_information\\_sheet\\_en.pdf](http://www.theglobalfund.org/files/malaria_information_sheet_en.pdf) consultato il 21 gennaio 2008.
7. D. Zurovac, M. Ndhlovu, A.K. Rowe, D.H. Hamer, D.M. Thea and R.W. Snow. *Treatment of paediatric malaria during a period of drug transistance to artemether-lumefantrine in Zambia: cross sectional study*. British Medical Journal, 2005; 331:734.
8. R. Shretta, J. Omumbo, B. Rapuoda, R.W. Snow. *Using evidence to change antimalarial drug policy in Kenya*. Trop Med Int Health 2000; 6:755-64.
9. H.A. Williams, D. Durrheim, R. Shretta. *The process of changing national malaria treatment policy: lessons from country-level studies*. Health Policy Plan 2004; 19:356-70.
10. *Editorial Antimalarial treatment with artemisinin combination therapy in Africa*. G. Malenga, A. Palmer, S. Staedke, W. Kazadi, *The onest Mutabingwa*, E. Anshah, K. I. Barnes and C. J. Whitty. Bmj 2005; 331:706-707 doi:10.1136/bmj.331.7519.706.
11. *National Policy on Malaria Treatment September 2005* - Malaria Control Programme Ministry of Health - Uganda.

# NEGARE L'ASSISTENZA SANITARIA AGLI IMMIGRATI NON REGOLARI

## LE POSIZIONI DEGLI OPERATORI SANITARI E DELLE ORGANIZZAZIONI DEL VOLONTARIATO

Il Parlamento italiano si appresta a votare un emendamento che, se approvato – nell'abrogare il divieto per i medici di segnalare all'autorità un paziente straniero irregolare – metterà a rischio l'assistenza sanitaria di molte persone malate, solo perché prive del permesso di soggiorno!

Medici Senza Frontiere, Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale.

### DIVIETO DI SEGNALAZIONE / SIAMO MEDICI E INFERMIERI, NON SIAMO SPIE

Il testo dell'appello ai Parlamentari:

Le organizzazioni firmatarie esprimono preoccupazione ed allarme per le conseguenze della possibile approvazione del comma 1 lettera t) dell'articolo 45 del Ddl 2180 in esame all'Assemblea della Camera, già approvato al Senato in occasione delle votazioni al Ddl 733, volto a sopprimere il comma 5 dell'articolo 35 del Decreto Legislativo 286 del 1998 (Testo Unico sull'immigrazione) che sancisce il principio di "non segnalazione alle autorità".

Il suddetto comma 5 attualmente prevede che «l'accesso alle strutture sanitarie (sia ospedaliere, sia territoriali ndr) da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano».

Questa disposizione normativa è presente nell'ordinamento italiano già dal 1995, attraverso l'art. 13, proposto da una vasta area della società civile, del decreto legge n. 489/95, più volte reiterato, voluto ed approvato dal centro destra anche con i voti della Lega. La "logica" della norma non è solo quella di "aiutare/curare l'immigrato irregolare", ma anche quella di dare piena attuazione all'art. 32 della Costituzione, in base al quale la salute è tutelata dalle istituzioni in quanto riconosciuta come diritto pieno ed incondizionato della persona in sé, senza limitazioni di alcuna natura, comprese – nello specifico – quelle derivanti dalla cittadinanza o dalla condizione giuridica dello straniero. Il concreto rischio di segnalazione e/o denuncia contestuale alla prestazione sanitaria creerebbe nell'immigrato privo di permesso di soggiorno e bisognoso di cure mediche una reazione di paura e diffidenza in grado di ostacolarne l'accesso alle strutture

sanitarie. Tutto ciò potrebbe provocare una pericolosa "marginalizzazione sanitaria" di una fetta della popolazione straniera presente sul territorio, anche aumentando i fattori di rischio per la salute collettiva. Il citato obbligo di non segnalazione risulta quindi essere una disposizione fondamentale al fine di garantire la tutela del diritto costituzionale alla salute. Appare pertanto priva di significato l'ipotesi di affidare alla libera scelta del personale sanitario se procedere o meno alla segnalazione dello straniero poiché ciò, in contrasto con il principio della certezza della norma, lascerebbe al mero arbitrio dei singoli l'applicazione di principi normativi di portata fondamentale.

La cancellazione di questo comma vanificherebbe inoltre un'impostazione che nei 13 anni di applicazione ha prodotto importanti successi nella tutela sanitaria degli stranieri testimoniati, ad esempio, dalla riduzione dei tassi di Aids, dalla stabilizzazione di quelli relativi alla Tubercolosi, dalla riduzione degli esiti sfavorevoli negli indicatori materno-infantili (basso peso alla nascita, mortalità perinatale e neonatale...). E tutto questo con evidente effetto sul contenimento dei costi, in quanto l'utilizzo tempestivo e appropriato dei servizi (quando non sia impedito da problemi di accessibilità) si dimostra non solo più efficace, ma anche più "efficiente" in termini di economia sanitaria.

### Riteniamo pertanto inutile e dannoso il provvedimento perché:

- μ spingerà verso l'invisibilità una fetta di popolazione straniera, che in tal modo sfuggirà ad ogni tutela sanitaria;
- μ incentiverà la nascita e la diffusione di percorsi sanitari ed organizzazioni sanitarie "parallele", al di fuori dei sistemi di controllo e di verifica della sanità pubblica (gravidanze non tutelate, rischio di aborti clandestini, minori non assistiti...);
- μ creerà condizioni di salute particolarmente gravi poiché gli stranieri non accederanno ai servizi se non in situazioni di urgenza indifferibile;
- μ avrà ripercussione sulla salute collettiva con il rischio di diffusione di eventuali focolai di malattie trasmissibili, a causa dei ritardi negli interventi e della probabile irreperibilità dei destinatari di interventi di prevenzione;

μ produrrà un significativo aumento dei costi, in quanto comunque le prestazioni di pronto soccorso dovranno essere garantite e, in ragione dei mancati interventi precedenti di terapia e di profilassi, le condizioni di arrivo presso tali strutture saranno significativamente più gravi e necessiteranno di interventi più complessi e prolungati;

μ spingerà molti operatori ad una "obiezione di coscienza" per il primato di scelte etiche e deontologiche.

Hanno espresso posizioni analoghe gli Ordini ed i Collegi che rappresentano, su base nazionale, le principali categorie di operatori impegnati nell'assistenza socio-sanitaria alle persone immigrate: Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri (Fnomceo), Federazione Nazionale Collegi Infermieri (Ipasvi), Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (Fnco), Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali (Cnoas).

Per le ragioni sopraesposte rivolgiamo un sentito appello affinché i Parlamentari di qualunque schieramento respingano la citata proposta emendativa all'art. 35 del D.Lgs.286/98 e comunque, nell'incertezza di una eventuale riformulazione di emendamenti specifici, chiediamo che l'articolo 35 del D.Lgs.286/98 rimanga per intero nella sua attuale formulazione.

### FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI

Il Consiglio Nazionale della Fnomceo, riunito in Roma in data 20 e 21.02.09, esprime viva preoccupazione e forte dissenso per i contenuti del Disegno di legge, approvato dal Senato il 5 febbraio e in discussione alla Camera, che abroga il divieto di denuncia, da parte del medico, degli immigrati irregolari in occasione di prestazioni sanitarie. Evidenza come tale procedura sia in netto contrasto con i principi della deontologia medica, espressi in particolare dal giuramento professionale e dall'art. 3 del codice deontologico, che impongono ai medici di curare ogni individuo senza discriminazioni legate all'etnia, alla religione, al genere, all'ideologia, di mantenere il segreto profes-

sionale e di seguire le leggi quando non siano in contrasto con gli scopi della professione. Il Consiglio nazionale della Fnomceo, ribadendo che le infrazioni del codice deontologico sono sanzionabili dagli ordini di appartenenza, segnala comunque che la possibilità di denuncia creerà percorsi clandestini di cura, sottraendo al controllo della sanità pubblica le patologie diffuse emergenti che rappresentano un grave pericolo per ogni individuo e per la società tutta e che oggi sono monitorate e controllate. Il Consiglio nazionale si appella al Parlamento con un fermo richiamo alle superiori esigenze di tutela della salute oltre che agli imprescindibili principi di solidarietà, patrimonio storico della nostra nazione.

Il Consiglio nazionale della Fnomceo sarà vicino ai colleghi che dovessero incorrere in procedimenti sanzionatori per aver ottemperato agli obblighi deontologici.

Il Consiglio nazionale della Fnomceo sollecita pertanto la Camera dei Deputati a non approvare questo emendamento, contrastante con i principi fondanti del rapporto persona malata e medico, ripristinando quanto previsto dalla normativa precedente, sollecita infine un'audizione urgente presso le sedi istituzionali competenti, allo scopo di motivare compiutamente la posizione espressa dai medici e dagli odontoiatri italiani.

### CARA CITTADINA, CARO CITTADINO,

in Parlamento è in discussione una modifica di legge che, se approvata, permetterà agli operatori sanitari di segnalare, cioè di denunciare, una persona straniera senza permesso di soggiorno (il "clandestino") che in caso di problemi di salute chiede di essere curata. Su questa proposta si è fatta molta demagogia e confusione, perché:

**Dicono che** i medici e gli altri operatori sanitari devono collaborare con le forze di polizia nel perseguire il reato di clandestinità, che sarà introdotto nel "pacchetto sicurezza".

**Non è vero:** il compito di medici, infermieri e altri operatori sanitari non è quello di perseguire i reati, ma quello di curare le persone, a prescindere da chi sono, per la tutela incondizionata della loro salute. L'art. 32 della nostra Costituzione riconosce infatti

la salute come «un diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività».

Questo è il motivo per cui in Italia curiamo anche i detenuti, compresi quelli che si sono macchiati di reati gravi.

**Dicono che** solo attraverso la denuncia la popolazione sarà protetta dal rischio di contagio di malattie infettive.

**Non è vero**, perché la possibilità di essere denunciate terrà lontane le persone clandestine malate dalle strutture sanitarie; la possibilità di fare diagnosi e di curare ogni persona è invece il modo migliore per proteggere la salute di tutti. Inoltre la notifica della malattia infettiva alle autorità sanitarie è già prevista come obbligatoria dalla legge attuale.

**Dicono che** fino ad ora i medici e gli altri operatori sanitari hanno protetto i clandestini anche quando vi era il sospetto che fossero coinvolti in reati, comportandosi in modo diverso che con gli italiani.

**Non è vero**, perché tutti i medici, e tutti gli operatori della sanità, sono obbligati a fare il "referto", cioè una segnalazione scritta all'Autorità Giudiziaria, tutte le volte che si trovino ad assistere o curare una persona – italiana o straniera, regolare o irregolare – che sia vittima di un reato "perseguitabile d'ufficio", per il quale – cioè – la Magistratura debba intervenire senza aspettare la querela della vittima. Ciò è tanto vero che i medici sono obbligati a fare il referto ogni qualvolta vi siano elementi che facciano sospettare la presenza di una aggressione, anche se la vittima nega di essere stata oggetto di violenza.

**Dicono che** l'assistenza sanitaria ai clandestini comporta degli alti costi di assistenza per lo Stato italiano.

**Non è vero**, perché i dati disponibili, elaborati anche dal ministero della Salute, dimostrano che la popolazione immigrata, anche quella clandestina, è giovane e in generale sana; i costi sono sempre più alti quando non si dà la possibilità di curarsi in tempo e si è costretti a richiedere assistenza in condizioni di urgenza (l'ambulatorio di medicina generale costa meno del ricovero in pronto soccorso).

**LA REPUBBLICA TUTELA LA SALUTE COME DIRITTO FONDAMENTALE DELL'INDIVIDUO E INTERESSE DELLA COLLETTIVITÀ, E GARANTISCE CURE GRATUITE AGLI INDIGENTI (ART. 32 DELLA COSTITUZIONE ITALIANA).**

Come operatori della salute, non ci presteremo a questa distorsione della realtà e dei nostri compiti, che confligge con l'art. 32 della Costituzione, tradisce il nostro codice deontologico e travisa completamente il nostro ruolo sociale.



*Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri*

### IL CONSIGLIO NAZIONALE DELLA FNOMCeO,

RIUNITO IN ROMA IN DATA 20 E 21.02.09, ESPRIME VIVA PREOCCUPAZIONE E FORTE DISSENSO PER I CONTENUTI DEL DISEGNO DI LEGGE, APPROVATO DAL SENATO IL 5 FEBBRAIO E IN DISCUSSIONE ALLA CAMERA, CHE ABROGA IL DIVIETO DI DENUNCIA, DA PARTE DEL MEDICO, DEGLI IMMIGRATI IRREGOLARI IN OCCASIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE.

EVIDENZIA COME TALE PROCEDURA SIA IN NETTO CONTRASTO CON I PRINCIPI DELLA DEONTOLOGIA MEDICA, ESPRESSI IN PARTICOLARE DAL GIURAMENTO PROFESSIONALE E DALL'ART. 3 DEL CODICE DEONTOLOGICO, CHE IMPONGONO AI MEDICI DI CURARE OGNI INDIVIDUO SENZA DISCRIMINAZIONI LEGATE ALL'ETNIA, ALLA RELIGIONE, AL GENERE, ALL'IDEOLOGIA, DI MANTENERE IL SEGRETO PROFESSIONALE E DI SEGUIRE LE LEGGI QUANDO NON SIANO IN CONTRASTO CON GLI SCOPI DELLA PROFESSIONE.

IL CONSIGLIO NAZIONALE DELLA FNOMCeO, RIBADENDO CHE LE INFRAZIONI DEL CODICE DEONTOLOGICO SONO SANZIONABILI DAGLI ORDINI DI APPARTENENZA, SEGNALE COMUNQUE CHE LA POSSIBILITÀ DI DENUNCIA CREERÀ PERCORSI CLANDESTINI DI CURA, SOTTRAENDO AL CONTROLLO DELLA SANITÀ PUBBLICA LE PATOLOGIE DIFFUSIVE EMERGENTI CHE RAPPRESENTANO UN GRAVE PERICOLO PER OGNI INDIVIDUO E PER LA SOCIETÀ TUTTA E CHE OGGI SONO MONITORATE E CONTROLLATE.

IL CONSIGLIO NAZIONALE SI APPELLA AL PARLAMENTO CON UN FERMO RICHIAMO ALLE SUPERIORI ESIGENZE DI TUTELA DELLA SALUTE OLTRE CHE AGLI IMPRESCINDIBILI PRINCIPI DI SOLIDARIETÀ, PATRIMONIO STORICO DELLA NOSTRA NAZIONE.

IL CONSIGLIO NAZIONALE DELLA FNOMCeO SARÀ VICINO AI COLLEGHI CHE DOVESSERO INCORRERE IN PROCEDIMENTI SANZIONATORI PER AVER OTTEMPERATO AGLI OBBLIGHI DEONTOLOGICI.

IL CONSIGLIO NAZIONALE DELLA FNOMCeO SOLLECITA PERTANTO LA CAMERA DEI DEPUTATI A NON APPROVARE QUESTO EMENDAMENTO, CONTRASTANTE CON I PRINCIPI FONDANTI DEL RAPPORTO PERSONA MALATA E MEDICO, RIPRISTINANDO QUANTO PREVISTO DALLA NORMATIVA PRECEDENTE.

SOLLECITA INFINE UN'AUDIZIONE URGENTE PRESSO LE SEDI ISTITUZIONALI COMPETENTI, ALLO SCOPO DI MOTIVARE COMPUTAMENTE LA POSIZIONE ESPRESSA DAI MEDICI E DAGLI ODONTOIATRI ITALIANI.



## siamo operatori della salute, non siamo spie!

*Cara cittadina, caro cittadino,*

in parlamento è in discussione una modifica di legge che, se approvata, permetterà agli operatori sanitari di segnalare, cioè di denunciare, una persona straniera senza permesso di soggiorno (il 'clandestino') che in caso di problemi di salute chiede di essere curata. Su questa proposta si è fatta molta demagogia e confusione, perché:

**Dicono che** i medici e gli altri operatori sanitari devono collaborare con le forze di polizia nel perseguire il reato di clandestinità, che sarà introdotto nel 'pacchetto sicurezza'.

**NON È VERO**: il compito di medici, infermieri e altri operatori sanitari non è quello di perseguire i reati, ma quello di curare le persone, a prescindere da chi sono, per la tutela incondizionata della loro salute. L'art. 32 della nostra costituzione riconosce infatti la salute come "un diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività". Questo è il motivo per cui in Italia curiamo anche i detenuti, compresi quelli che si sono macchiati di reati gravi.

**Dicono che** solo attraverso la denuncia la popolazione sarà protetta dal rischio di contagio di malattie infettive

**NON È VERO**, perché la possibilità di essere denunciate terrà lontane le persone clandestine malate dalle strutture sanitarie; la possibilità di fare diagnosi e di curare ogni persona è invece il modo migliore per proteggere la salute di tutti. Inoltre la notifica della malattia infettiva alle autorità sanitarie è già prevista come obbligatoria dalla legge attuale.

**Dicono che** fino ad ora i medici e gli altri operatori sanitari hanno protetto i clandestini anche quando vi era il sospetto che fossero coinvolti in reati, comportandosi in modo diverso che con gli italiani.

**NON È VERO**, perché tutti i medici, e tutti gli operatori della sanità, sono obbligati a fare il "referto", cioè una segnalazione scritta all'Autorità Giudiziaria, tutte le volte che si trovano ad assistere o curare una persona - italiana o straniera, regolare o irregolare - che sia vittima di un reato "perseguibile d'ufficio", per il quale - cioè - la Magistratura debba intervenire senza aspettare la querela della vittima. Ciò è tanto vero che i medici sono obbligati a fare il referto ogni qualvolta vi siano elementi che facciano sospettare la presenza di una aggressione, anche se la vittima nega di essere stata oggetto di violenza.

**Dicono che** l'assistenza sanitaria ai clandestini comporta degli alti costi di assistenza per lo stato italiano.

**NON È VERO**, perché i dati disponibili, elaborati anche dal ministero della salute, dimostrano che la popolazione immigrata, anche quella clandestina, è giovane e in generale sana; i costi sono sempre più alti quando non si dà la possibilità di curarsi in tempo e si è costretti a richiedere assistenza in condizioni di urgenza (l'ambulatorio di medicina generale costa meno del ricovero in pronto soccorso).

Come operatori della salute, non ci presteremo a questa distorsione della realtà e dei nostri compiti, che confligge con l'art. 32 della costituzione, tradisce il nostro codice deontologico e travisa completamente il nostro ruolo sociale

“ La Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti (Art. 32 della Costituzione Italiana) ”

www.simmweb.it www.simmweb.it www.simmweb.it



# IO NON VISITO PASSAPORTI



IN QUESTO AMBULATORIO NON DENUNCIAMO GLI STRANIERI SENZA PERMESSO DI SOGGIORNO

DANS CET AMBULATOIRE ON NE DÉNONCE PAS L'ÉTRANGER SANS PERMIS DE SÉJOUR

IN THIS MEDICAL CENTRE WE DO NOT DENOUNCE FOREIGNERS WITHOUT RESIDENCE PERMIT

EN ESTA CLÍNICA MÉDICA NO DENUNCIAMOS LOS ETRANJEROS SIN PAPELES

NESTE CONSÚLTORIO O ESTRANGEIRO SEM AUTORIZAÇÃO DE RESIDÊNCIA NÃO VAI SER DENUNCIADO



Medici con l'Africa Cuamm ha aderito all'appello:  
Divieto di segnalazione / Siamo medici e infermieri,  
non siamo spie. / www.mediciconlafrica.org

## MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

### Mission

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. A tale scopo si impegna nella formazione in Italia e in Africa delle risorse umane dedicate, nella ricerca e divulgazione scientifica in ambito tecnico di cooperazione sanitaria, nell'affermazione del diritto umano fondamentale alla salute per tutti, anche dei gruppi più marginali, diffondendo nelle istituzioni e nell'opinione pubblica i valori della solidarietà e della cooperazione tra i popoli, della giustizia e della pace.

### Storia

In **cinquantanove** anni di storia:

μ( 96 =: sono le persone inviate nei progetti: di queste 367 sono i ripartiti una o più volte. Il totale complessivo degli invii è stato quindi di 1.908;

μ( ; 8': = gli anni di servizio effettuati, con una media di 3 anni per ciascuna persona inviata;

μ( A: 8 gli studenti ospitati nel collegio: di questi 640 italiani e 280 provenienti da 34 paesi diversi;

μ( : ?A i medici veneti partiti in quasi 60 anni;

μ( 9A: gli ospedali serviti;

μ( ; @ i paesi d'intervento;

μ( 9=8 i programmi principali realizzati in collaborazione con il ministero degli Affari Esteri e varie agenzie internazionali.

### Oggi siamo presenti in:

Angola, Etiopia, Kenya, Mozambico, Sud Sudan, Tanzania, Uganda con:

μ( A: (wxnzi |wxq 61 medici, 15 paramedici, 16 tecnici e amministrativi

μ( => (xzwom | qdi cooperazione principali e un centinaio di micro-realizzazioni di supporto, con i quali appoggia:

μ( 15 ospedali

μ( 25 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, formazione)

μ( 3 centri di riabilitazione motoria

μ( 4 scuole infermieri

μ( 3 università (in Uganda, Mozambico ed Etiopia).

### Collegamenti nazionali/internazionali

**A livello nazionale e internazionale** Medici con l'Africa Cuamm fa parte di *Volontari nel mondo - Focsiv*, la federazione degli organismi cristiani di servizio internazionale volontario. È membro dell'*Associazione delle Ong italiane* e di *Medicus Mundi International*, la federazione internazionale di organismi di cooperazione in campo sanitario. Medici con l'Africa Cuamm è parte anche di *Link 2007*, associazione che riunisce undici delle principali ong italiane. È corrispondente – in collegamento stabile e riconosciuto – dell'Unicef e sottoscrittore del Codice di condotta della Croce Rossa Internazionale. Ha sottoscritto l'accordo di partenariato con Echo, agenzia dell'Unione Europea per gli aiuti umanitari.

## COORDINAMENTI NAZIONALI

Italy via S. Francesco 126  
35121 Padova  
t 049.8751649  
049.8751279  
f 049.8754738  
e-mail cuamm@cuamm.org

## MAPUTO - MOZAMBICO

P.O. Box 686  
t 00258.21.493067  
f 00258.21.486899  
e-mail mozambico@cuamm.org

## ADDIS ABEBA - ETIOPIA

P.O. Box 12777  
Main Post Office  
t 00251.11.6612712  
f 00251.11.662036  
e-mail ethiopia@cuamm.org

## DAR ES SALAAM - TANZANIA

P.O. Box 23447  
t 00255.22.2775227  
f 00255.22.2775928  
e-mail tanzania@cuamm.org

## KAMPALA - UGANDA

P.O. Box 7214  
t 00256.414.267508  
f 00256.414.267543  
e-mail uganda@cuamm.org

## LUANDA - ANGOLA

C.P. 16624  
t 00244.22.338509  
f 00244.222.309086  
e-mail angola@cuamm.org

## 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.

### COME SOSTENERLA?

Proponiamo:

μ( una quota-contributo annuale di partecipazione di Euro 26  
μ( oppure una quota-contributo sostenitrice di Euro 50.  
È un aiuto necessario per sostenere i costi scoperti di stampa e spedizione del periodico.

**PER L'ADESIONE, UTILIZZARE IL BOLLETTINO DI CONTO CORRENTE N. 17101353 INTESTATO A MEDICI CON L'AFRICA CUAMM.**

### GARANZIA DI RISERVATEZZA (legge 675/96)

I dati relativi ai destinatari della rivista sono riservati e potranno essere utilizzati solo allo scopo di inviare informazioni associative da parte di Medici con l'Africa Cuamm a meno che non si comunichi l'opposizione. I destinatari della rivista possono in qualsiasi momento e gratuitamente richiedere la rettifica o la cancellazione dei dati relativi alla loro persona scrivendo al Responsabile dati: Medici con l'Africa Cuamm, Via S. Francesco, 126 - 35121 Padova.

#### DIRETTORE

Gavino Maciocco

#### COMITATO DI REDAZIONE

Dante Carraro, Adriano Cattaneo,  
Silvio Donà, Fabio Manenti, Giovanni Putoto,  
Angelo Stefanini

#### COLLABORATORI

Giovanni Baruffa (Brasile), Luigi Ciccio  
(Uganda), Guido Giarelli, Eduardo Missoni,  
Maurizio Murru, Giorgio Pellis, Rino Scuccato  
(Mozambico)

#### DIRETTORE RESPONSABILE

Anna Talami

#### PROPRIETÀ

Luigi Mazzucato

#### AMMINISTRAZIONE

Via S. Francesco, 126 - 35121 Padova  
t 049 8751279-8751649  
f 049 8754738  
e-mail cuamm@cuamm.org

#### SEGRETERIA DI REDAZIONE

Elisa Bissacco

#### ART DIRECTION

Ramon Pezzarini

#### STAMPA

Publistampa - Via Dolomiti 12,  
38057 Pergine Valsugana (Trento)  
Carta ecologica Fsc Misto con cellulosa  
da foreste certificate in conformità alle  
norme Fsc (Forest Stewardship Council).  
Publistampa Arti grafiche è certificata  
FSC Chain of Custody CQ-COC-000016



Salute e Sviluppo è pubblicato da  
Medici con l'Africa Cuamm, con il contributo  
del ministero degli Affari Esteri,  
Direzione Generale per la Cooperazione  
allo Sviluppo.

#### COPYRIGHT

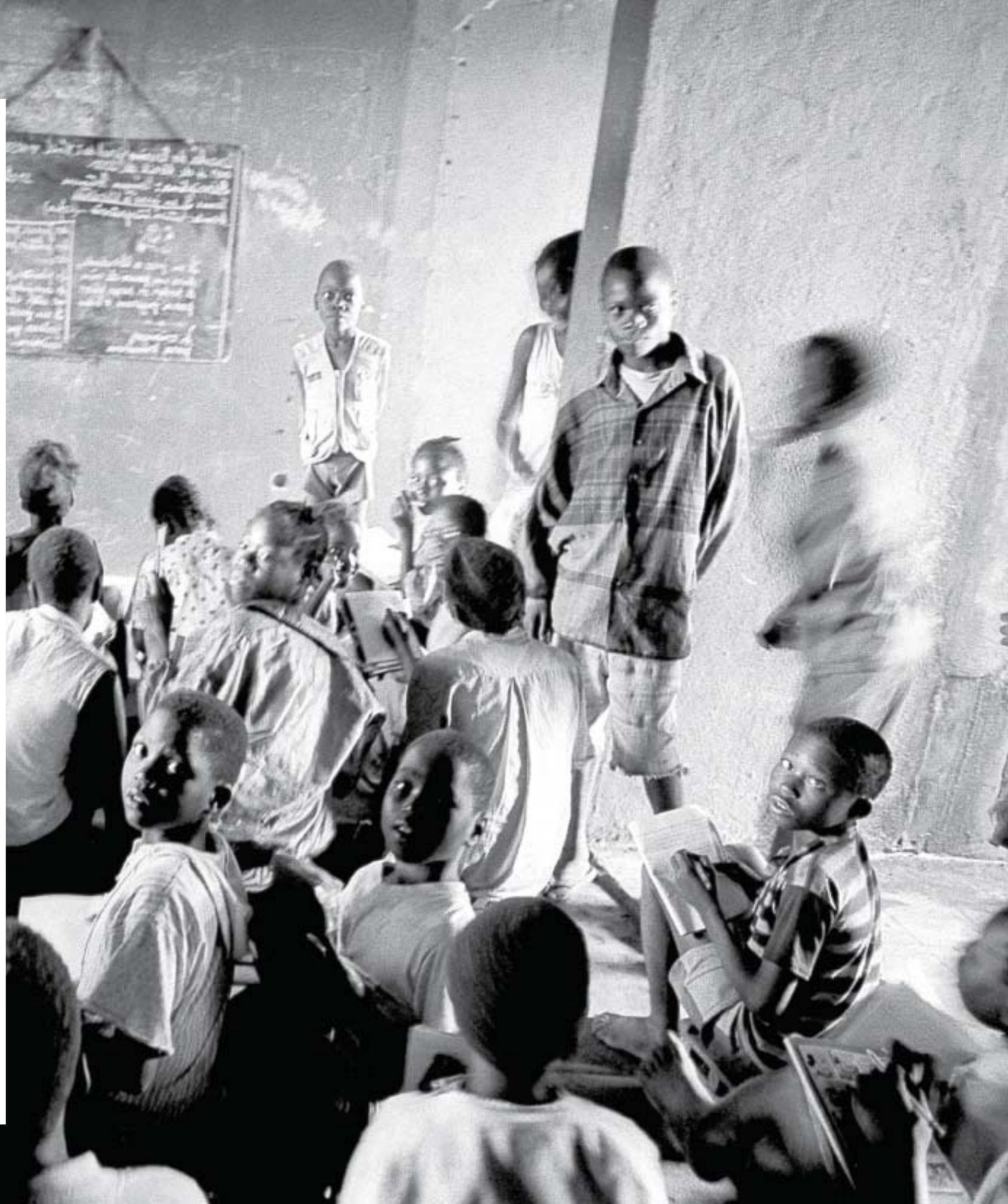
Medici con l'Africa Cuamm, Via S. Francesco,  
126 - 35121 Padova.  
È consentita la riproduzione totale o parziale  
degli articoli e del materiale contenuto  
nella rivista purché venga citata la fonte.

#### REGISTRAZIONE E AUTORIZZAZIONE

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

#### SPEDIZIONE

in abb. post. D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1  
comma 2 - DCB Padova





**MEDICI  
CON L'AFRICA**  
CUAMM

rivista quadrimestrale  
di cooperazione e politica  
sanitaria internazionale  
marzo 2009 / n° 57