



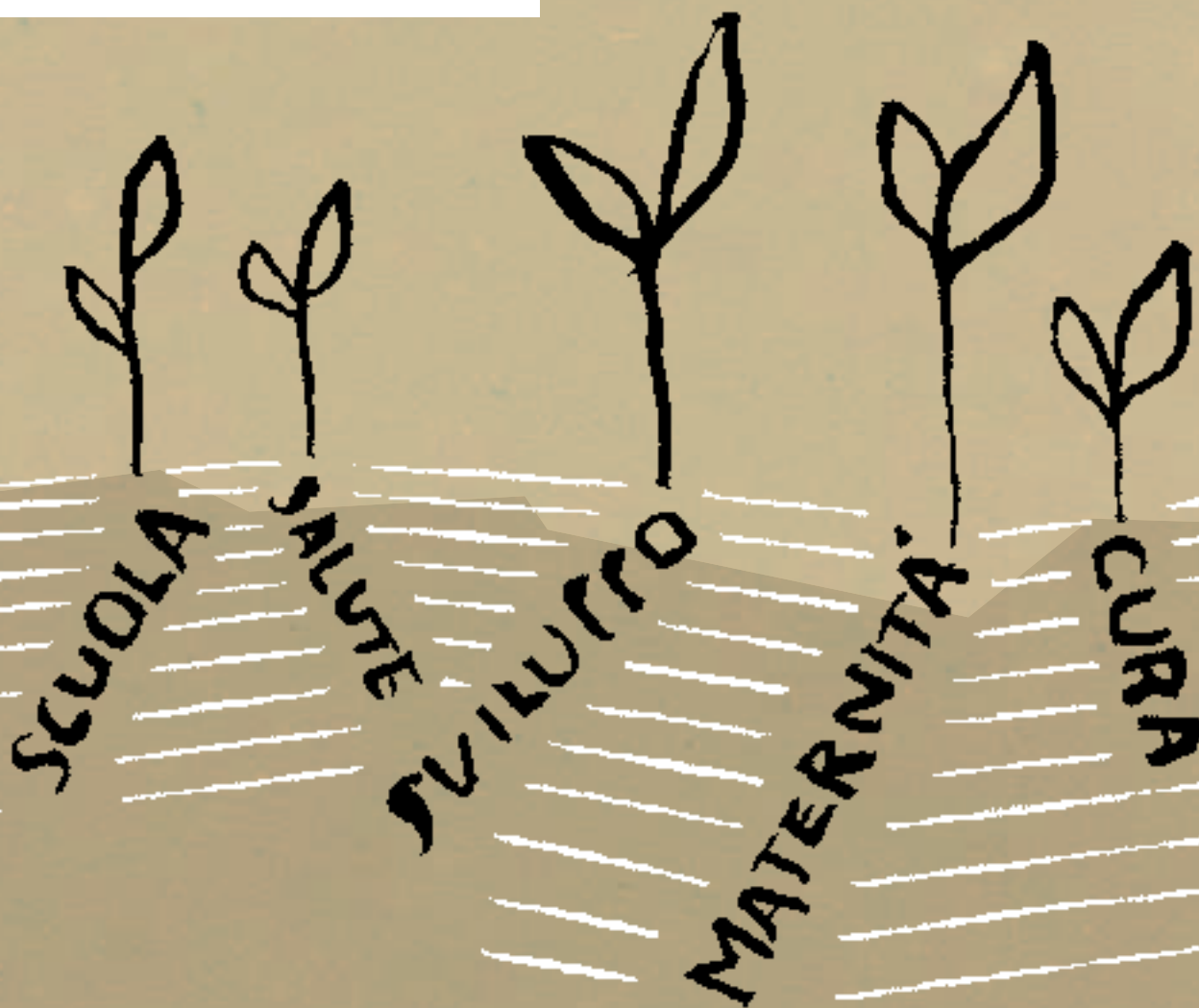
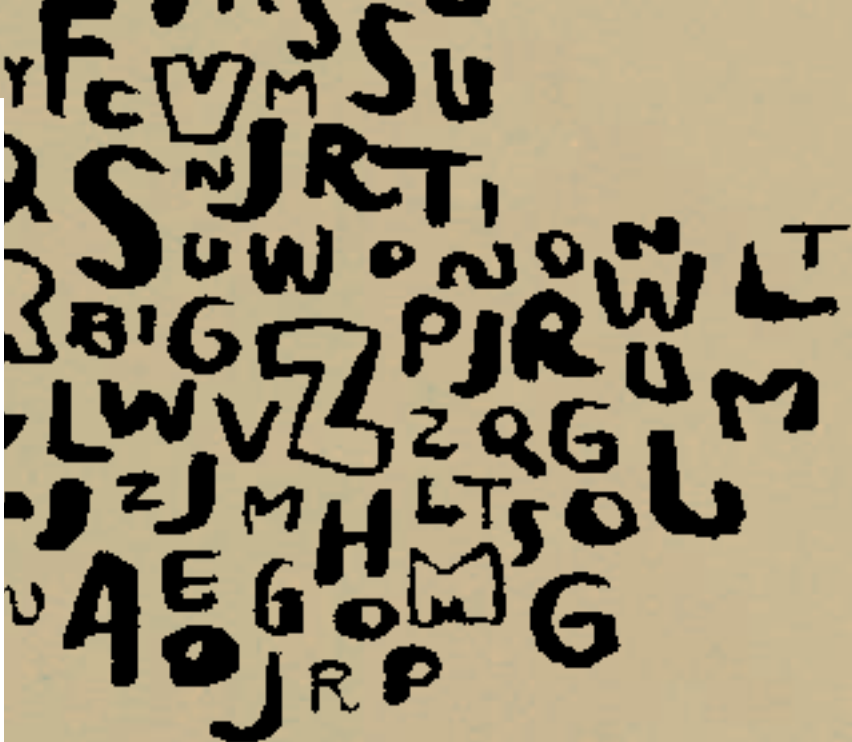
**MEDICI
CON L'AFRICA**
CUAMM



SALUTE

E SVILUPPO

rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
febbraio 2011/ n° 60



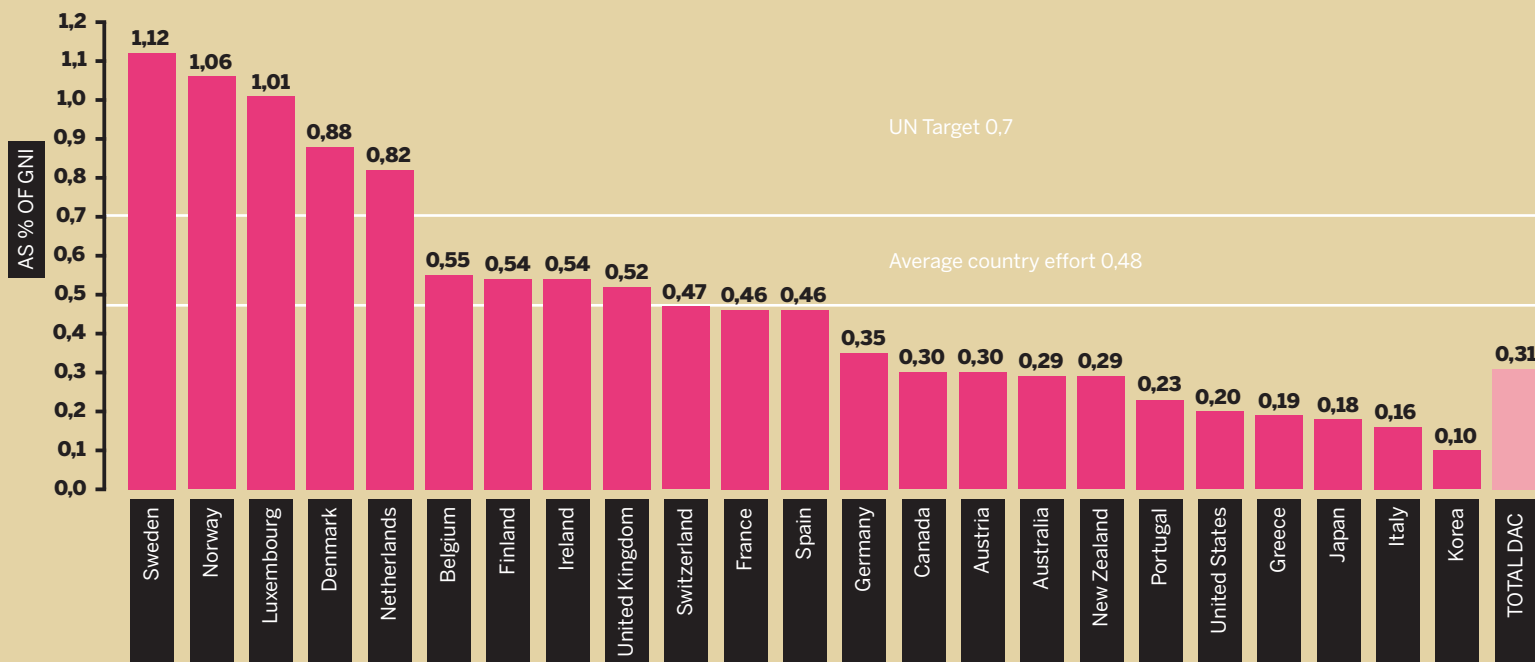


LA NOTIZIA

Le ultime statistiche dell'Organizzazione per la cooperazione economica e lo sviluppo (Oecd) pongono l'Italia agli ultimi posti nella classifica dei paesi donatori per l'Aiuto pubblico allo sviluppo (Aps): nel 2009, solo lo 0,16% del Pil interno è stato dedicato alla cooperazione allo sviluppo, molto lontano dall'obiettivo dello 0,5% entro il 2010 e lo 0,7% entro il 2015 cui l'Italia ha più volte aderito insieme agli altri paesi più industrializzati. La posizione dell'Italia in questa classifica è purtroppo destinata a regredire ulteriormente. **Infatti la legge di stabilità del 2011 ha ridotto di un ulteriore 45% il contributo per la cooperazione allo sviluppo, che per l'anno entrante raggiunge il record negativo di 179 milioni di euro: meno di 1/10 delle risorse di cui dispone la sola organizzazione Medici senza frontiere a livello globale.**

Da: Annalisa Rosso, <http://saluteinternazionale.info/2011/01/ultimi-il-ruolo-della-cooperazione-italiana-allo-sviluppo/>.

FIGURA /



INDEX

DIRETTORE

Gavino Maciocco

COMITATO DI REDAZIONE

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

DIRETTORE RESPONSABILE

Anna Talami

PROPRIETÀ

Medici con l'Africa Cuamm

AMMINISTRAZIONE

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

SEGRETARIA DI REDAZIONE

Elisa Bissacco

IDEA CREATIVA E ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA

Ramon Pezzarini

IMPAGINAZIONE E STAMPA

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

COPYRIGHT

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

REGISTRAZIONE E AUTORIZZAZIONE

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

SPEDIZIONE

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

DIALOGO

PAG. 2

60 ANNI **DALLA PARTE DEI POVERI**

Testo di / Dante Carraro

PAG. 3

HIV. ANCORA UNA TERRIBILE MINACCIA PER L'AFRICA

Testo di / Gavino Maciocco

FORUM

PAG. 6

IL LABORATORIO DI MONDIALITÀ DEL **SISM**

Testo di / Claudia Amadasi, Alessandro Rinaldi

PAG. 7

WOLISSO PROJECT

Testo di / Giorgia Sist

PAG. 8

UNA RETE DI **SALUTE**

Testo di / Francesca Bacchin

PAG. 9

COS'È LA **SALUTE GLOBALE?**

ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 12

LA SALUTE RIPRODUTTIVA IN OYAM, **UGANDA**

Testo di / Richard Nkurnziza, Peter Lochoro

PAG. 14

ACCESSO AL PARTO OSPEDALIERO A **WOLISSO, ETIOPIA**

Testo di / Gaetano Azzimonti, Fabio Manenti, Giovanni Putoto, Calistus Wilunda

APPROFONDENDO

PAG. 17

UNA MEDICINA **ALL'ALTEZZA DEI POVERI**

Testo di / Giovanni Putoto

RASSEGNA

PAG. 18

RAPPORTO OMS 2010. PERCHÉ LA COPERTURA UNIVERSALE?

Testo di / Gavino Maciocco

PAG. 19

A LEZIONE DALLA **BANCA MONDIALE**

Testo di / Giovanni Putoto





DIALOGO

60 ANNI DALLA PARTE DEI POVERI

“Questa è una foto di guerra”, è lo slogan della campagna per l’accesso gratuito al parto e la cura del neonato lanciato per il 60° di Medici con l’Africa Cuamm. Nella convinzione che la salute sia un diritto per tutti e non un privilegio per pochi, ci poniamo l’obiettivo di assicurare gratuitamente parti assistiti, garantendo i servizi sanitari di base legati alla sopravvivenza della mamma e del bambino.

TESTO DI / DANTE CARRARO / DIRETTORE DI MEDICI CON L’AFRICA CUAMM

60 anni di storia, 60 anni di vita, spesa a servizio dei più poveri, in Africa. Celebrare sessant’anni di cammino ha voluto dire continuare ad alimentare l’identità e lo stile delle origini: è il nostro tesoro, la perla preziosa. “Euntes curate infirmos”, andate e curate i malati: lievito ispiratore del prof. Canova e di tutti noi dopo di lui. Questi sessant’anni ci hanno regalato momenti esaltanti e indimenticabili assieme a ristrettezze e angosce; siamo vissuti da poveri mettendo al primo posto i bisogni dell’Africa e della sua gente; siamo sempre stati rispettosi delle istituzioni e dei donatori, quanto attenti a non tradire la nostra “vocazione” di essere a fianco e con i più poveri, per il diritto alla salute. È il nostro stile, la nostra unica ricchezza, la nostra vera identità. L’utopia concreta di gente ancora capace di una dedizione radicale nella gestione delle attività sul campo. Il nostro modo di festeggiare è un nuovo impegno per arrestare uno sterminio silenzioso.

- Mamme e bambini muoiono per patologie che possono essere debellate con poco ed è per questo che la nostra missione ci porta all’“ultimo miglio”: rafforzare l’assistenza sanitaria primaria, fatta di ospedali rurali e di centri sanitari distribuiti nel territorio.
- In Africa le donne partorienti spesso sono costrette a pagare per accedere al servizio sanitario, facendo precipitare le famiglie stesse nella povertà cronica e nell’indigenza. Parto gratuito è l’impegno di Medici con l’Africa Cuamm al fine di contribuire alla realizzazione dell’accesso universale ai servizi.
- L’Africa sub-Sahariana attraversa una gravissima crisi di risorse umane nel settore sanitario. La formazione del personale sanitario africano costituisce una delle nostre priorità attraverso il supporto a centri qualificati di formazione locale.
- C’è poi da raccogliere la sfida della conoscenza e dell’evidenza dei risultati, di ciò che funziona, come e a quali condizioni, anche in risposta alla crescente scuola di pensiero secondo cui decenni di sforzi e ingenti risorse non hanno portato i benefici sperati, aumentando invece sprechi e corruzione.
- Lavorare sempre più in rete, continuando a farlo con le Agenzie delle Nazioni Unite, l’Ue, il Mae, le Chiese, allargandolo oggi ai nuovi e diversi soggetti della Cooperazione internazionale: enti locali, Università, Aziende e Unità sanitarie, fino al settore privato, con le Fondazioni bancarie, le Associazioni professionali, le Ong e le imprese, grazie al principio etico della responsabilità sociale. È la strada da percorrere per rafforzare il “Sistema Italia” e per razionalizzare gli interventi e le risorse.

“Questa è una foto di guerra”, è lo slogan della campagna per l’accesso gratuito al parto e la cura del neonato che lanciamo in occasione del nostro 60° compleanno. Nella convinzione che la salute sia un diritto per tutti e non un privilegio per pochi, ci poniamo l’obiettivo, ambizioso ma realizzabile con l’aiuto di tutti, di assicurare gratuitamente parti assistiti, garantendo tutti i servizi sanitari di base legati alla sopravvivenza della mamma e del bambino. Cosa banale per il nostro mondo, ma ancora un miraggio per gran parte dell’Africa. Garantire l’accesso gratuito al parto e la cura del neonato e del bambino è la nostra parte che vogliamo fare fino in fondo. E con questo impegno crediamo di poter contribuire a quell’ordine di pace e di giustizia cui l’Europa, e l’Italia in particolare, sono chiamate. Anche noi sentiamo il dovere di “conservarci ottimisti”, di essere operai, discreti ma tenaci, della *buona Italia* senza cedere a quella cattiva. Vogliamo anche noi continuare a guardare all’Africa con speranza; una speranza che si basa su quanto incontriamo ogni giorno, lavorando a fianco di tanta gente e tanti colleghi, affrontando insieme fatiche e difficoltà, imparando da loro la cocciutaggine del mulo e il coraggio di chi non si arrende.

È per ribadire il nostro impegno in Italia, nel sensibilizzare l’opinione pubblica e nel contribuire alla riflessione sui temi che ci stanno a cuore, che continuiamo a proporre Salute e sviluppo. Una rivista che, dopo vent’anni, si rinnova e si adatta a nuove esigenze di comunicazione e fruizione di contenuti. Nell’epoca dei *blog*, dei *social network* e della comunicazione “mordi e fuggi”, scegliamo una rivista più snella, ma pur sempre di qualità perché i temi che trattiamo hanno bisogno di attenzione e tempo. Accanto alle rubriche di approfondimento (*Dialogo* e *Approfondendo*), nasce *Forum* per dare voce alle esperienze dei giovani studenti di Medicina e Chirurgia. Continua lo spazio dedicato all’Africa con *Esperienze dal campo*, che riporta ricerche, indagini, risultati, buone prassi dai progetti di Medici con l’Africa Cuamm. Si chiude il numero con *Rassegna*, dedicata alla recensione di documenti significativi sui temi della salute.



HIV. ANCORA UNA TERRIBILE MINACCIA PER L'AFRICA

Se in Africa non s'interrerrà con ben maggiori risorse e determinazione la previsione è quella di un progressivo peggioramento della situazione, per giungere, nel 2050, a contare 70 milioni di sieropositivi, e – nell'anno – oltre 5 milioni di nuove infezioni e circa 3 milioni di morti.

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

L'ultimo rapporto annuale dell'UnAids (*Global Report on Global Aids Epidemic, 2010*¹) fornisce i dati aggiornati sull'epidemia di Aids mettendo in luce i progressi registrati nella lotta con l'epidemia: a) il numero delle nuove infezioni si è ridotto del 20% negli ultimi dieci anni e il numero dei decessi attribuiti all'Aids si è ridotto del 20% negli ultimi cinque anni; b) la riduzione della mortalità è in larga parte dovuta alla migliore accessibilità alla terapia antiretrovirale: dei circa 30 milioni di soggetti che vivono con Hiv nei paesi a medio e basso reddito 5,2 milioni hanno potuto usufruire della cura (dal 2004 il numero di pazienti in trattamento è cresciuto di 13 volte).

Anche in Africa sub-Sahariana si sono registrati dei miglioramenti sia nella riduzione nel numero delle nuove infezioni e dei decessi che nell'incremento della copertura della terapia antiretrovirale, tuttavia i numeri relativi al 2009 ci dicono che siamo lontanissimi dalla fine dell'epidemia:

- adulti e bambini che vivono con Hiv: 22,5 milioni (67,5% del totale mondiale);
- nuove infezioni annue Hiv: 1,8 milioni (69,2% del totale mondiale);
- decessi attribuiti all'Aids: 1,3 milioni (72,2% del totale mondiale).

L'*Institute of Medicine* (Iom - fondazione indipendente americana) presentando un documento dedicato all'epidemia in Africa (*Preparing for the future of Hiv/Aids in Africa*²) ha fornito previsioni per il futuro particolarmente fosche. Da una parte i programmi di prevenzione sono insufficienti e per ogni persona che viene inserita nei programmi di cura si registrano due nuovi casi d'infezione, dall'altra i pazienti in trattamento sono solo una piccola frazione di coloro che ne avrebbero bisogno e le prospettive per l'immediato futuro sono quelle di una riduzione dei finanziamenti internazionali e quindi di un taglio nell'accessibilità, già insufficiente, ai farmaci. Secondo il documento dell'Iom (riportato con grande evidenza da Lancet³) se in Africa non s'interrerrà con ben maggiori risorse e determinazione la previsione è quella di un progressivo peggioramento della situazione, per giungere nel 2050 a contare 70 milioni di sieropositivi, e – nell'anno – oltre cinque milioni di nuove infezioni e circa tre milioni di morti.

Di fronte a una prospettiva del genere dovremmo pensare a soluzioni nuove, "rivoluzionarie", come quella proposta da Brian Williams all'ultimo incontro annuale dell'*American Association for the Advancement of Science*: sottoporre al test per l'Hiv tutta la popolazione una volta l'anno, nelle zone di maggiore endemia, e trattare con la terapia antiretrovirale tutti i sieropositivi; ciò interromperebbe la trasmissione dell'infezione entro il 2015 e l'epidemia potrebbe essere dichiarata conclusa entro il 2050⁴.

Per raggiungere tale obiettivo sarebbe necessario uno straordinario impegno internazionale, ma il problema sembra non interessare al nostro paese. L'Italia infatti ha mancato di assolvere agli impegni presi con il Fondo Globale contro Aids, Tuberculosis e Malaria per gli ultimi due anni (per un importo del valore complessivo di 270 milioni di euro). L'Italia pertanto perderà dal 2011 il suo seggio al Consiglio d'amministrazione del Fondo Globale, seggio che ha detenuto fin dal 2001.

Una buona notizia per il rafforzamento delle iniziative atte ad arginare l'epidemia arriva dal Vaticano. Papa Benedetto XVI ha infatti pronunciato (sia pure con ritardo) alcune parole di verità e buon senso sull'uso del profilattico. Dopo aver ribadito che la Chiesa non considera il profilattico come la soluzione autentica e morale, il Papa ha tuttavia affermato che «con l'intenzione di diminuire il pericolo di contagio, può rappresentare tuttavia un primo passo sulla strada che porta a una sessualità diversamente vissuta, più umana»⁵.

NOTE

¹ <http://www.unaids.org/globalreport/>

² <http://iom.edu/Reports/2010/Preparing-for-the-Future-of-HIVAIDS-in-Africa-A-Shared-Responsibility.aspx>

³ Editorial, *HIV: the fight is far from over*, Lancet 2010; 376:1874.

⁴ Granich RM, Gilks CF, Dye C, De Cock KM, Williams BG. Department of HIV/AIDS, WHO, Geneva, Switzerland. *Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model*. Lancet. 2009 Jan 3; 373(9657):48-57.

⁵ Benedetto XVI, Luce del Mondo. *Il Papa, la Chiesa e i segni dei tempi, Conversazioni con Peter Seewald*, Libreria Editrice Vaticana, 2010.



SUD SUDAN, GENNAIO 2011

Alcuni elettori mostrano la tessera mentre, in coda, attendono di esprimere il loro voto nel *referendum* per l'indipendenza del Sud, a maggioranza cristiana, dal Nord del paese, principalmente islamico. Si tratta di un momento storico per il paese, perché dopo 20 anni di guerra, finalmente la popolazione può fare la sua scelta. A luglio, sarà effettivamente proclamata l'indipendenza. Nonostante la situazione di incertezza e pericolo, il personale di Medici con l'Africa Cuamm è rimasto negli ospedali di Yirol e Lui, continuando a fare il proprio lavoro per la salute delle persone.





IL LABORATORIO DI MONDIALITÀ DEL SISM

L'esperienza del Laboratorio di mondialità dimostra l'importanza del coinvolgimento diretto dello studente per generare un cambiamento radicale dell'approccio ai problemi della salute e della malattia. Valorizzare il suo ruolo, rendendolo effettivo attraverso un percorso di consapevolezza delle proprie possibilità, significa stimolarlo a un'azione concreta e reale ed è, a nostro avviso, un elemento imprescindibile della sua formazione.

TESTO DI / CLAUDIA AMADASI / STUDENTESSA DI MEDICINA E CHIRURGIA, UNIVERSITÀ DI PADOVA
ALESSANDRO RINALDI / STUDENTE DI MEDICINA E CHIRURGIA, UNIVERSITÀ DI ROMA TOR VERGATA

Il Segretariato italiano studenti in medicina (Sism) è un'associazione *non profit* le cui origini risalgono al secondo dopoguerra. Nata dall'esigenza di alcuni studenti di medicina di vivere gli anni di studio curando anche la loro crescita umana e civile, comprende attività caratterizzanti, mediche e affini. A partire dagli anni '60, confluendo nell'Ifmsa, la Federazione Internazionale delle Associazioni di Studenti di Medicina, il Sism ha potuto partecipare a numerose attività a carattere internazionale tra le quali scambi professionalizzanti e ricerca.

NUOVI AMBITI

Dei vari ambiti di lavoro del Sism e dell'Ifmsa (scambi professionalizzanti e di ricerca, pedagogia medica, salute pubblica, salute riproduttiva e lotta all'Aids), quello di più recente introduzione è la Scorp (*Standing Committee for human rights, Refugees, and Peace*). Quest'area tematica ha lo scopo principale di sensibilizzare gli studenti in medicina e la popolazione generale sulle condizioni di vita delle persone nei Paesi in via di sviluppo (Pvs), dei richiedenti asilo, dei rifugiati politici e delle vittime di tortura.

A tale scopo il Sism, collaborando con alcune Organizzazioni non governative (Ong) impegnate in alcuni Pvs, ha dato la possibilità agli studenti interessati di vivere un'esperienza clinica sul campo. Nel corso del tempo è stato affiancato un percorso di approfondimento e consapevolezza delle tematiche riguardanti la cooperazione. In quest'ottica si inserisce il **Laboratorio di mondialità**. Tale evento è nato dall'esigenza di alcuni studenti dell'associazione di avere una formazione più rispondente ai bisogni reali della società attraverso l'approccio ai temi della Cooperazione internazionale e quindi poi a quelli della Salute globale.

L'interesse verso queste tematiche è cresciuto nel corso del tempo e la partecipazione del Sism a progetti di cooperazione internazionale è diventata una delle sue principali attività; tuttavia la voglia degli studenti di medicina di essere parte attiva nei progetti di cooperazione allo sviluppo ha trovato grandi ostacoli sia di carattere etico che organizzativo.

Trovare dei criteri di selezione il più possibile oggettivi e adatti al contesto in cui gli studenti si inseriranno ha rappresentato il principale problema logistico da affrontare e gestire. Sentirsi responsabili di quello che si sta facendo, e come, ha costituito il principale argomento di dibattito all'interno dell'associazione.

Queste sono state le principali domande che in questi anni ci siamo posti:

- la partecipazione nei progetti di cooperazione nasce dalla volontà di soddisfare i bisogni sanitari dei Paesi in via di sviluppo o dalla necessità di soddisfare il nostro egocentrismo mascherandolo con esigenze filantropiche?
- Siamo in grado con il nostro supporto di individuare, valutare, gestire, analizzare e risolvere i bisogni in salute della popolazione? Se sì, chi stabilisce quali devono essere queste esigenze e come possiamo risolverle? Se no, quale può essere il nostro contributo nello scenario della cooperazione internazionale?
- Come poter diventare più consapevoli e responsabili a tal riguardo?

Abbiamo iniziato quindi a discutere e a riflettere sul ruolo che lo studente avrebbe potuto avere nella cooperazione internazionale. Volevamo risposte chiare che ci aiutassero a dissolvere ogni nostro dubbio rapidamente; ma più quesiti cercavamo di sviscerare più ne nascevano, generando un circolo vizioso tra i nostri dubbi, i tentativi di risolverli e le nostre aspettative.

Grazie alla comprensione che (forse) le domande formulate e il percorso che ne seguiva erano più importanti delle risposte trovate, nel 2007 il Sism ha organizzato il primo Laboratorio di mondialità (Ldm). Lo scopo principale del Ldm, infatti, era ed è proprio quello di far nascere nello studente delle domande (e soprattutto dubbi) che lo spingano ad analizzare il mondo e anche se stesso, rendendolo conscio dell'esistenza di una realtà diversa dalla propria.

LE DIVERSE EDIZIONI

Attualmente il Laboratorio di mondialità è arrivato alla sua quarta edizione e le sedi che nel corso di questi anni lo hanno ospitato sono state Brescia, Parma e Roma.

I primi due incontri hanno avuto come *focus* la Cooperazione sanitaria internazionale, mentre, nel terzo e nel quarto, gli studenti sono stati divisi in due differenti livelli: nel "livello base" sono stati affrontati nuovamente i contenuti delle precedenti edizioni, mentre chi possedeva già le prime nozioni ha affrontato un "secondo livello" sul fenomeno migratorio e la medicina delle migrazioni.

Le tematiche proposte, in entrambi i livelli, sono state analizzate attraverso il nuovo paradigma della Salute globale¹.



WOLISSO PROJECT

Un'esperienza "da sogno" che alimenta la quotidianità. Curiosità, attenzione, stupore... le sensazioni vissute da una studentessa nel gettare le basi del proprio futuro.

TESTO DI / GIORGIA SIST / STUDENTESSA IN MEDICINA E CHIRURGIA
PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI UDINE

Fin dal primo anno di Università sognavo di partecipare al *Wolisso Project*, progetto di cui parlavano, con entusiasmo e passione, alcuni colleghi studenti poco più grandi di me. Era un sogno che, anche se reale e a portata di mano, non sai se e quando riuscirai a realizzare.

Così quando sono partita, nonostante non fosse la prima volta che sfidavo le mie paure e preoccupazioni per qualcosa di ignoto, sapevo che non era un viaggio qualsiasi.

In quel mese, una varietà di emozioni: curiosità, per un mondo tutto nuovo; nostalgia e solitudine, durante i primi giorni; ammirazione per le persone che si dedicano con umano rispetto all'altro; imbarazzo, nell'ascoltare senza capire; sorpresa nel rendersi conto che, guardando un volto, si può capire molto; stupore nel vedere luoghi incantevoli (la terra rossa, il verde dell'erba e l'azzurro del cielo); profondo vuoto per una vita spezzata; tenerezza di occhi profondi ed espressivi; gioia di un sorriso vero e semplice; voglia di tornare a casa.

Certo non volevo fuggire, volevo però tornare nel "mio mondo" dove ho la possibilità e la responsabilità di giocare la mia parte, giorno per giorno. Al mio ritorno ho iniziato a fare scelte consapevoli al supermercato, ho riflettuto sull'eticità della banca dove tengo i miei pochi spiccioli, ho adottato comportamenti virtuosi per risparmiare energia, ho condiviso riflessioni e diffuso nuova coscienza sugli Obiettivi del millennio, ho sensibilizzato alcuni giovani al servizio e all'attenzione al prossimo e mi sono impegnata a leggere i giornali sapendo ora che la politica è un affare che riguarda tutti, anche me. Per trasformare il sogno di un mondo sostenibile in realtà c'è spazio e ognuno può fare molto!

Non so cosa mi riserverà il futuro, per ora sono fiera e felice di poter fare la mia parte qui e ancor di più per aver realizzato un sogno che mi ha dato nuovo entusiasmo negli impegni quotidiani.

Nelle diverse edizioni è stata dedicata particolare attenzione alla parte logistica dell'evento, cercando di ottimizzare la coerenza tra i contenuti degli interventi e le pratiche adottate.

Per promuovere la **sostenibilità economica** è stata richiesta ai partecipanti una quota di iscrizione (solo venti euro), grazie alla scelta per il pernottamento di soluzioni a basso costo che garantissero il *comfort* essenziale.

Nel rispetto dei valori etici, di sobrietà e sostenibilità ambientale, per il vitto sono stati acquistati prodotti alimentari del commercio equo e solidale o di aziende presenti sul territorio e ai partecipanti è stato chiesto di portare da casa le proprie stoviglie.

Nel contesto del Laboratorio di mondialità, praticare la sostenibilità significava per i partecipanti mettere in pratica i concetti discussi nelle sessioni di lavoro, divenendo in questo senso attori del cambiamento in un'ottica di forma-azione.

COINVOLGIMENTO DIRETTO

Il Laboratorio di mondialità rappresenta un contributo alla ricerca di modalità didattiche e di strategie di azione che hanno lo scopo di formare lo studente ai temi della salute, con un approccio «storicamente profondo e geograficamente ampio» (P-2006).

Siamo consapevoli di quanto questo cammino sia ancora agli stadi embrionali, dato che si prefigge, come scopi, non solo la mera esposizione degli argomenti da parte dei discenti (l'approccio multidisciplinare), ma anche l'integrazione strutturale di figure provenienti dai diversi ambiti e la loro partecipazione a tutti i livelli decisionali e formativi, soprattutto nella co-costruzione di definizioni e significati (**approccio transdisciplinare**).

In conclusione, l'esperienza del Laboratorio di mondialità dimostra l'importanza del coinvolgimento diretto dello studente per generare un cambiamento radicale dell'approccio ai problemi della salute e della malattia. Valorizzare il suo ruolo, rendendolo effettivo attraverso un percorso di consapevolezza delle proprie possibilità, significa stimolarlo a un'azione concreta e reale ed è, a nostro avviso, un elemento imprescindibile della sua formazione.

NOTE

1 La Salute globale è un ambito di formazione, di ricerca e di azione, che evidenzia le ineguaglianze sia all'interno di una nazione che tra nazioni diverse, inquadrandole attraverso l'ottica della giustizia sociale. Guidata dall'etica e orientata verso i bisogni della popolazione, in particolare dei gruppi emarginati, aspira a generare un cambiamento nella comunità e nell'intera società, promuovendo non solo la diffusione di evidenze scientifiche, ma soprattutto la loro consapevole e duratura traduzione nelle politiche collettive e nelle pratiche quotidiane dei singoli individui. (Martino A.)



UNA RETE DI SALUTE

Obiettivo primario della Rete italiana per l'insegnamento della Salute globale è la promozione di attività volte a diffondere un nuovo paradigma della salute, connesso a un'etica di responsabilità sociale, per generare reali cambiamenti nella comunità. Tale obiettivo si esplica nella realizzazione di attività a diversi livelli, dalla formazione (universitaria e non), alla ricerca e al coinvolgimento della società civile.

TESTO DI / FRANCESCA BACCHIN / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Promuovere il diritto alla Salute globale e lottare contro le iniquità che possono sorgere è ruolo e impegno che tutti, in particolare gli operatori sanitari, sono oggi chiamati ad assumersi, agendo così come efficaci *opinion makers* e come avvocati per il diritto alla salute.

Partendo da questo presupposto, numerose organizzazioni che già lavoravano per la promozione dell'insegnamento della Salute globale si sono ritrovate a collaborare grazie al progetto "Equal opportunities for health: action for development" (2007-2009). Facendo seguito al documento prodotto dalla Conferenza internazionale, atto conclusivo del progetto "Equal", i soggetti maggiormente coinvolti nella discussione ed elaborazione delle "raccomandazioni" sull'insegnamento della Salute globale hanno innescato un processo partecipativo che ha portato nel marzo 2010 alla nascita della Rete italiana per l'insegnamento della Salute globale (Riisg).

Fin dall'inizio, hanno aderito alla Rete diversi attori provenienti dal mondo universitario, dal privato sociale, da realtà associative studentesche e non.

OBBIETTIVO N. 1

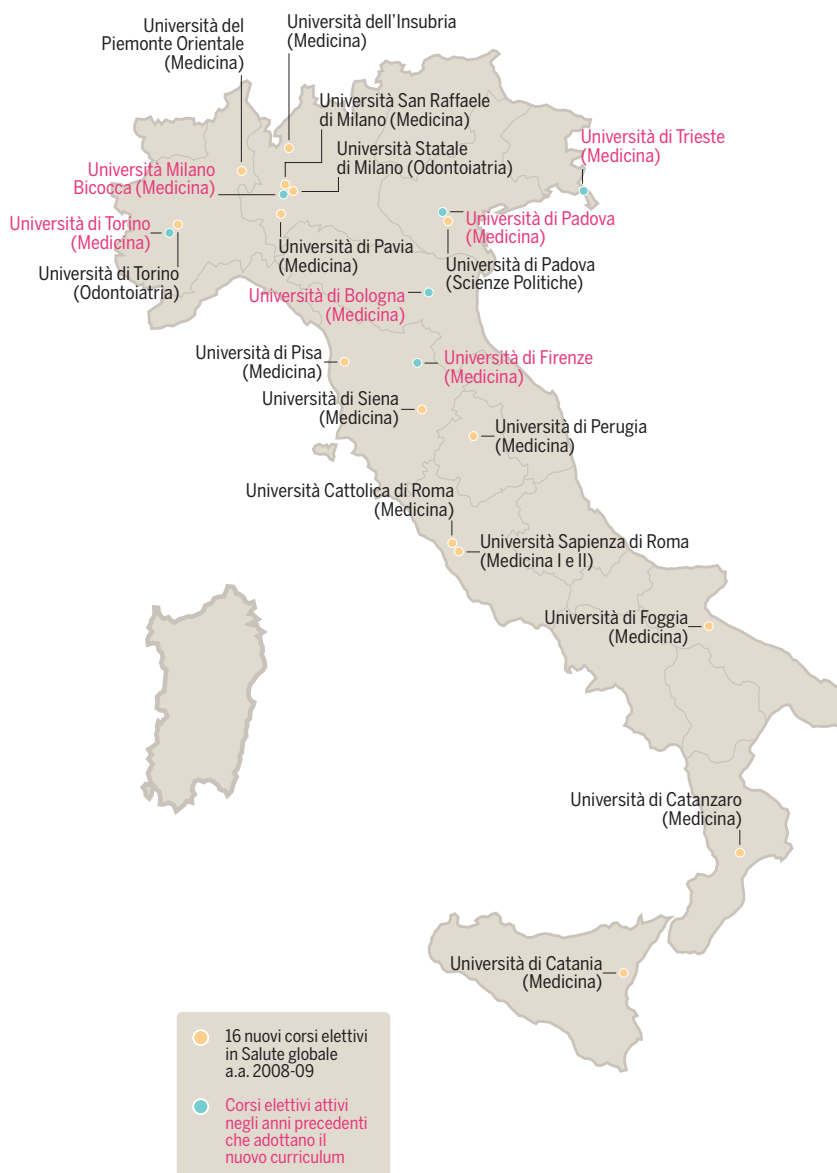
L'obiettivo primo è la promozione di attività che mirano a diffondere, in diversi contesti, questo nuovo paradigma della salute, strettamente connesso a un'etica di responsabilità sociale, per generare reali cambiamenti nella comunità. Tale obiettivo si esplica nella progettazione e realizzazione di attività a diversi livelli, dalla formazione (universitaria e non), alla ricerca e al diretto coinvolgimento dell'intera società.

LE ATTIVITÀ

Le attività che la rete ha svolto dalla sua nascita a oggi, quindi, fanno riferimento a diversi filoni.

Da una parte essa sta cercando di sistematizzare le conoscenze sulla realtà formativa italiana in materia di Salute globale, integrando i risultati del progetto "Equal" con indagini pregresse e recenti. Lo scopo è quello di rendere disponibile, a breve termine, almeno un corso opzionale in Salute globale in ogni Facoltà di

I CORSI IN SALUTE GLOBALE IN ITALIA





COS'È LA SALUTE GLOBALE?

Riportiamo la definizione elaborata dai componenti della Riisg (Rete italiana per l'insegnamento della Salute globale), come punto di partenza condiviso per la progettazione delle loro attività.

Nella visione della Riisg, la Salute globale è da intendersi come un nuovo paradigma per la salute¹ e l'assistenza sanitaria. Tale paradigma, radicato nell'approccio teorico dei determinanti sociali di salute, basato sui principi enunciati nella Dichiarazione di Alma Ata² e sostanziato da ampie evidenze³ scientifiche, può essere applicato al campo della prevenzione, della diagnosi e del trattamento delle malattie, così come a quello della promozione della salute a livello individuale e/o di comunità.

La Salute globale pone particolare attenzione all'analisi dello stato di salute e dei bisogni reali della popolazione mondiale, e alle influenze che su di essi esercitano i determinanti socio-economici, politici, demografici, giuridici e ambientali, esplicitando le interconnessioni tra globalizzazione e salute in termini di equità, diritti umani, sostenibilità, diplomazia e collaborazioni internazionali. Adottando un'ottica transnazionale, la Salute globale mette in evidenza le disuguaglianze in salute sia all'interno che tra i paesi, analizzandole anche attraverso la lente della giustizia sociale. Data la complessità del campo di interesse, la Salute globale richiede un approccio transdisciplinare e multi-metodologico, che si avvale del contributo sia delle scienze sociali e umane che di quelle naturali e biomediche.

La Salute globale non è un ambito meramente accademico: infatti, promuovendo un'etica di responsabilità sociale sia per le istituzioni che per i professionisti coinvolti, essa abbraccia i campi della ricerca, della formazione e della pratica e mira a generare reali cambiamenti sia nella comunità che nell'intera società, colmando il divario esistente tra evidenza scientifica e decisioni operative⁴.

NOTE

¹ «La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattia o infermità» (Costituzione dell'Oms, 1948).

² In particolare: salute come diritto umano fondamentale e legato allo sviluppo sociale ed economico; assistenza sanitaria primaria (*primary health care*) come strumento per raggiungere un livello accettabile di salute per tutti; partecipazione comunitaria (Alma Ata, 1978).

³ Come suggerito dalla Commissione sui Determinanti Sociali di Salute (Geneva: WHO, 2008), le evidenze derivano da ricerche e metodi valutativi di diverse scienze naturali e sociali e dalla raccolta sistematica di conoscenze ed esperienze dei protagonisti principali.

⁴ Tale divario, definito in letteratura "*know-do gap*", è la differenza esistente tra ciò che è conosciuto e ciò che viene applicato e realizzato nella pratica (http://www.who.int/kms/events/Know_do_gap_APablos.pdf).

Medicina e Chirurgia, mentre a medio-lungo termine di inserire queste tematiche all'interno dei *curricula* obbligatori di tutte le discipline sanitarie. D'altro canto, la Rete ritiene importante affiancare alla formazione accademica la formazione esperienziale, per rendere l'operatore sanitario più consapevole del proprio ruolo, del contesto all'interno del quale esplica la sua azione e delle dinamiche che lo regolano. Inoltre, è stata avviata una riflessione sull'aggiornamento dei moduli del *curriculum standard* sviluppato nel progetto "Equal", sulle metodologie didattiche e sui metodi di valutazione, per rendere sempre più coerenti ed efficaci i messaggi che si vogliono veicolare attraverso tali corsi.

Per condividere il lavoro effettuato, favorire il confronto e rafforzare il collegamento tra le realtà già presenti sul territorio nazionale, la Riisg è stata anche recentemente impegnata nell'organizzazione di un secondo evento di formazione per formatori svoltosi a Padova nel settembre 2010.

I SOGGETTI COINVOLTI

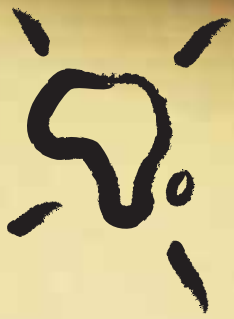
La Rete italiana per l'insegnamento della Salute globale (Riisg) è attualmente composta da docenti, ricercatori, studenti, professionisti e operatori facenti capo alle seguenti realtà: Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (Csi), Università di Bologna; Consulta degli Specializzandi SItI; Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze; Gruppo studenti/specializzandi interfaccoltà, Roma; Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma; Medici con l'Africa Cuamm; Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG); Sapienza Università di Roma; Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Perugia; Segretariato Italiano Studenti di Medicina (Sism); Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (Simm); Università Commerciale Luigi Bocconi di Milano; Università Milano Bicocca.

Essa tuttavia rimane aperta al coinvolgimento di altri attori che ne condividano principi e obiettivi.

UN RUOLO DI RESPONSABILITÀ

Forte quindi dell'importanza dell'inserimento delle tematiche inerenti alla Salute globale nel percorso formativo dell'operatore sanitario attuale e futuro, la Riisg si propone di promuovere attività volte a diffondere questo nuovo paradigma della salute nel contesto italiano.

Questa innovativa esperienza nazionale ha come obiettivo quello di fornire strumenti conoscitivi e operativi che permettano al professionista sanitario di farsi carico del proprio ruolo di responsabilità nei confronti della società. In questo modo può diventare portavoce e difensore del diritto alla salute per tutti e impegnarsi in prima persona per un mondo più giusto.



KENYA, NOVEMBRE 2010

Una mamma tiene in braccio il suo bambino mentre viene vaccinato contro la malaria. La malaria uccide ogni anno 800mila persone nel mondo, per lo più bambini. In ogni paese in cui opera, Medici con l'Africa Cuamm ha progetti di prevenzione e cura della malaria, con speciale attenzione alle mamme e ai bambini, le persone più deboli della popolazione.







ESPERIENZE DAL CAMPO

LA SALUTE RIPRODUTTIVA IN OYAM, UGANDA

Al termine di un progetto triennale di attenzione alla salute della donna e del bambino, ecco i risultati più significativi. In due anni sono aumentati: di due volte e mezzo il numero di parti effettuati nelle unità sanitarie; del 30% l'utilizzo dei servizi di assistenza prenatale e del 90% la prevenzione della trasmissione del virus Hiv da madre a figlio.

TESTO DI / RICHARD NKURNZIZA, PETER LOCHORO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM
 TRADUZIONE DI / ALICE CORINALDI

Fin dall'inizio, Medici con l'Africa Cuamm si è impegnata, con i suoi programmi, a contribuire al raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del millennio n. 4 e n. 5 (miglioramento della salute materna e infantile). Come è noto la mortalità materna è l'indicatore che meno sta beneficiando delle politiche sanitarie degli ultimi anni nei contesti africani, con modeste riduzioni rispetto ai valori del 1990 e, comunque, largamente lontano dal raggiungimento dell'obiettivo *target* di riduzione dei 2/3 entro il 2015. Uno dei principali motivi che contribuiscono alla mortalità materna è il mancato accesso ai servizi di salute riproduttiva, soprattutto nelle aree rurali.

Medici con l'Africa Cuamm lavora da lungo tempo con i *partner* locali governativi e diocesani dell'Uganda e in particolare di Aber, nel distretto dell'Oyam, per la tutela della salute materno-infantile allo scopo di garantire alle popolazioni più povere e marginali, in particolare alle donne e bambini, servizi sanitari di base e di qualità.

Nel distretto di Oyam (nel Nord dell'Uganda) si è appena concluso un progetto di tre anni sulla Salute riproduttiva finanziato dall'Unione europea (Ue). Il progetto è stato realizzato da Medici con l'Africa Cuamm in *partnership* con diversi altri attori: l'Ong italiana Coopi (Cooperazione Internazionale) per quanto riguarda la componente sulla violenza sessuale di genere, l'*Uganda Martyrs University* di Nkozi per il monitoraggio e la valutazione delle attività e il governo locale dell'Oyam per l'implementazione e la ricaduta diretta delle azioni previste nella rete dei servizi sanitari distrettuali. L'Oyam è un distretto estremamente povero e di recente costituzione. Quando si è dato avvio al progetto si era appena conclusa una guerra civile durata oltre vent'anni che ha profondamente colpito il territorio e i suoi abitanti. Il 40% della sua popolazione è composta da persone costrette a migrare dai distretti vicini a causa dell'insicurezza causando, in questo modo, uno stallo sia delle attività economiche sia della erogazione di servizi sanitari e compromettendo le già precarie condizioni di vita. Nel 2006, anno della fondazione del nuovo distretto, si registrava un tasso di fertilità elevatissimo parallelamente a una mancanza di strutture sanitarie e servizi.

Nella **tabella 1**, alcuni indicatori chiave del distretto.

Medici con l'Africa Cuamm ha quindi deciso di pianificare un'attività progettuale allo scopo di migliorare l'accesso ai servizi sanitari essenziali per la salute riproduttiva. I beneficiari finali di tale progetto erano i 318.436 abitanti nel distretto dell'Oyam, ma più in particolare le 131.353 persone dislocate internamente nel territorio, le 71.330 donne in età fertile, le 16.559 donne incinte e un numero simile di neonati e 109.223 adolescenti. Il progetto aveva il fine ultimo di contribuire alla riduzione della morbilità e mortalità materna e

neonatale per il raggiungimento del Piano di azione per l'eradicazione della povertà e i *target* degli Obiettivi di sviluppo del millennio in Uganda. In particolare attraverso le attività del progetto si voleva aumentare l'accesso ai servizi sanitari per la salute riproduttiva.

È stato, quindi, attuato un intervento, a diversi livelli, mirato a fornire un pacchetto completo di servizi per la salute riproduttiva. Nel corso dei tre anni, l'azione ha rafforzato il sistema sanitario di base e dato enormi contributi all'accesso ai servizi di pianificazione familiare, alla prestazione di servizi di salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti, al rafforzamento dei servizi di cura prenatale, compresa la prevenzione della trasmissione dell'Hiv da madre-figlio, al rafforzamento del sistema di riferimento (ambulanze, moto...), al rafforzamento della gestione del distretto attraverso l'introduzione di buone pratiche di *management* per il raggiungimento di risultati efficaci. Inoltre si è intervenuti sulle pratiche discriminatorie di genere, tra cui la violenza sessuale, attraverso servizi di prevenzione e cura e si sono pianificate iniziative di informazione ed educazione sulla salute riproduttiva.

Il progetto ha contribuito efficacemente a migliorare l'accesso e la qualità della salute riproduttiva del distretto dell'Oyam, anche attraverso un miglioramento delle infrastrutture, come le cliniche prenatali, la sala operatoria, il reparto di maternità e l'aumento del numero di unità sanitarie in grado di offrire servizi rispondenti alle esigenze specifiche degli adolescenti e non ultimo migliorando le competenze degli operatori sanitari e dei comitati di gestione delle comunità nel *management* delle unità sanitarie. Nella **figura 1** si può osservare il cospicuo incremento della copertura dell'accesso al parto assistito da personale qualificato da un 10% iniziale a oltre il 30%.

È inoltre stato istituito un sistema di riferimento per l'assistenza ostetrica d'emergenza e la cura del bambino. Questa attività è stata implementata con successo in tutto il territorio. Infatti, per meglio rispondere ai bisogni del distretto e delle popolazioni circostanti, è stato organizzato un sistema, senza spese a carico del paziente, di trasferimento delle emergenze ostetriche attraverso un'ambulanza, disponibile 24 ore su 24, contattabile da tutti gli operatori sanitari delle strutture periferiche. Nel corso dell'ultimo anno sono stati trasferiti con l'ambulanza più di 440 casi dalle unità sanitarie periferiche all'ospedale di Aber, da quest'ultimo all'ospedale di riferimento regionale di Gulu e fino ad arrivare agli ospedali di riferimento nazionali a Kampala. Il sistema di ambulanza è ben funzionante ed è stato apprezzato sia dalla popolazione del distretto dell'Oyam, sia da quella dei distretti confinanti, sia dalle autorità locali andando così oltre l'obiettivo e le aspettative iniziali. Medici con l'Africa

TABELLA 1

INDICATORI	DISTRETTO DELL'OYAM
TASSO DI MORTALITÀ INFANTILE	114/1.000 NATI VIVI
TASSO DI MORTALITÀ DEI BAMBINI SOTTO 5 ANNI	191/1.000 NATI VIVI
TASSO DI MORTALITÀ MATERNA	500/100.000 NATI VIVI
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA	
MASCHILE	47,7 ANNI
FEMMINILE	53 ANNI
MEDIA (TOTALE)	50,3 ANNI
TASSO DI FERTILITÀ TOTALE	7,07
TASSO DI UTILIZZO DI CONTRACCETTIVI	9%

Cuamm ha inoltre organizzato incontri con le autorità del distretto e delle sub-contee per migliorare l'allocazione di risorse per la salute riproduttiva. Attraverso la messa in onda di messaggi radio su tale argomento, ha contribuito a informare e motivare la comunità sull'utilizzo dei servizi resi disponibili grazie al progetto. Importante il supporto psicologico e l'aiuto offerti a più di 1.300 persone che hanno subito violenza sessuale di genere, attraverso l'attuazione di attività di sensibilizzazione, corsi di formazione e consulenza psicologica nelle unità sanitarie e nei centri giovanili creati a tale scopo dal progetto.

Medici con l'Africa Cuamm ha fornito all'ospedale di Aber, che è l'unico ospedale riferimento del distretto, personale sanitario qualificato tra cui ostetriche, infermiere, un medico e un ginecologo. La regolare supervisione di supporto delle unità sanitarie in Oyam è risultato un ottimo strumento per migliorare la qualità della cura ed è stato infatti molto apprezzato da parte di questi centri.

Nella **figura 2** si può osservare come il tasso di copertura dei parti attesi attraverso il taglio cesareo sia raddoppiata, nel corso delle attività del progetto (pur rimanendo al di sotto del *target* minimo di copertura del 5% dei parti attesi), a testimoniare comunque l'efficacia delle attività volte a informare dell'esistenza e a rendere disponibili, attraverso il miglioramento delle infrastrutture, della qualità del personale e di un sistema di trasporto, i servizi per la salute riproduttiva a diversi livelli. Grazie a questo progetto in due anni sono aumentati di due volte e mezzo il numero di parti effettuati nelle unità sanitarie; del 30% l'utilizzo dei servizi di assistenza prenatale; del 90% la prevenzione della trasmissione del *virus* Hiv da madre a figlio. Essendo noto che l'utilizzo di tali servizi viene giudicato un buon *proxi* di funzionamento del sistema, è lecito pensare che tali aumenti di utilizzo dei servizi, con una maggiore qualità, si siano tradotti in un miglioramento della salute e una riduzione della mortalità materna nell'area considerata.

Infine è importante ribadire che il supporto garantito dal progetto ha potenziato in generale la qualità dell'assistenza sanitaria del distretto dell'Oyam, che si è posizionato al 6° posto tra i 24 nuovi distretti costituiti in Uganda dal 2005 in poi.

FIGURA 1 / PARTI NEL DISTRETTO DELL'OYAM

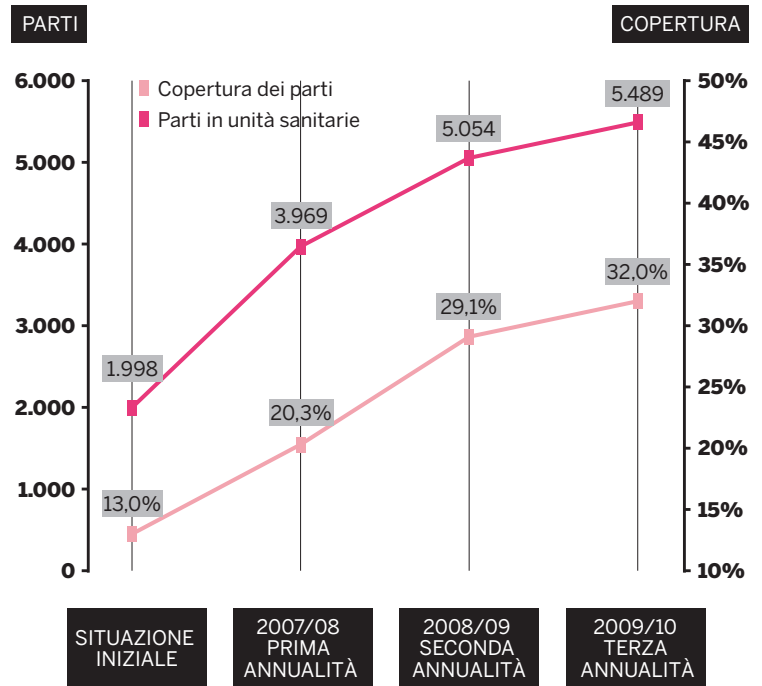
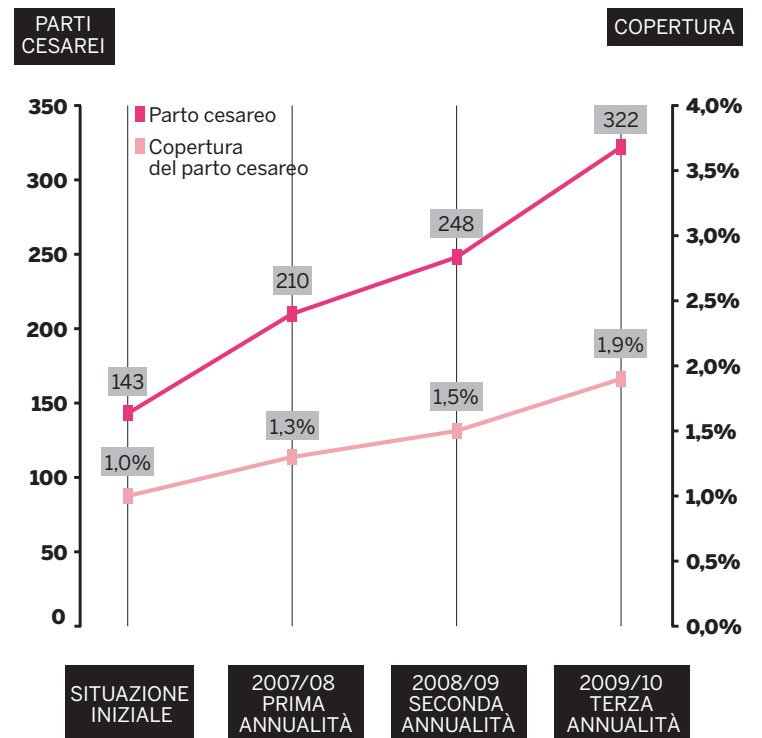


FIGURA 2 / TREND DEL PARTO CESAREO NEL DISTRETTO DELL'OYAM





ESPERIENZE DAL CAMPO

ACCESSO AL PARTO OSPEDALIERO A WOLISSO, ETIOPIA

Lo studio ha dimostrato come determinare il profilo socio-economico degli utilizzatori di un servizio ospedaliero. Nel caso di Wolisso si è evidenziato come le donne che utilizzano i servizi ostetrici appartengano prevalentemente alle classi socio-economiche più elevate e provengano dalle comunità urbane. Sono informazioni utili per affrontare il nodo delle barriere finanziarie all'accesso ospedaliero assieme alle autorità locali.

TESTO DI / GAETANO AZZIMONTI, FABIO MANENTI, GIOVANNI PUTOTO, CALISTUS WILUNDA / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

INTRODUZIONE

Le strategie previste per la riduzione della mortalità materna per il 2015 comprendono l'aumento della copertura delle prestazioni materne di qualità e la riduzione delle disuguaglianze¹. L'88-98% della mortalità materna potrebbe essere evitata se le donne avessero accesso a servizi sanitari preventivi e curativi di provata efficacia, in particolare al trattamento delle complicanze ostetriche². Aumentare il tasso di copertura tuttavia non significa ridurre automaticamente le disuguaglianze. In Africa le donne povere hanno un accesso molto ridotto a questi servizi a causa della presenza – sul piano della domanda – di barriere geografiche, finanziarie e culturali e – sul piano dell'offerta – di un sistema sanitario inadeguato per densità di strutture e per disponibilità di personale sanitario intermedio³.

Per monitorare l'equità di accesso delle donne ai servizi di emergenza ostetrica è necessario dunque misurarne il profilo socio-economico⁴. Esistono dei problemi in proposito: le strutture sanitarie non raccolgono questi dati nel sistema informativo di *routine*; molti strumenti sviluppati *ad hoc* ottengono profili non comparabili con la popolazione di riferimento e infine gli oltre cinquanta indicatori in uso nelle *Demographic Health Survey* (Dhs) sono troppo numerosi e poco pratici per essere usati in contesti assistenziali⁵.

Gli obiettivi di questo studio sono: a) sviluppare e validare uno strumento pratico di misurazione dello stato socio-economico delle donne utilizzatrici dei servizi ostetrici d'urgenza della regione Oromia in Etiopia; b) comparare il loro stato socio-economico con quello della popolazione generale; c) misurare il costo del trasporto.

L'Etiopia è tra i paesi con la più alta mortalità materna del mondo, con 673 morti materne per centomila nati vivi e con una notevole disuguaglianza in termini di accesso ai servizi essenziali, come ad esempio al parto cesareo (0% per il quintile più povero contro un 3,2% per il quintile più ricco). La regione Oromia, che conta circa 30 milioni di abitanti, presenta un tasso di copertura al parto assistito del 4,6% e al cesareo dello 0,7%⁶.

Lo studio è stato realizzato presso l'ospedale di San Luca di Wolisso della Chiesa cattolica etiopica, sostenuto da oltre dieci anni da Medici con l'Africa Cuamm, unica struttura sanitaria per una popolazione di oltre 1 milione di abitanti a offrire tutti i servizi previsti per le emergenze ostetriche (*comprehensive emergency obstetric care*)⁷. I parti normali e i cesarei sono aumentati da 391 e 59 nel 2001 a 2.532 e 493 nel 2010. All'ospedale San Luca è applicato un sistema tariffario a forfait, dove una parte dei costi delle

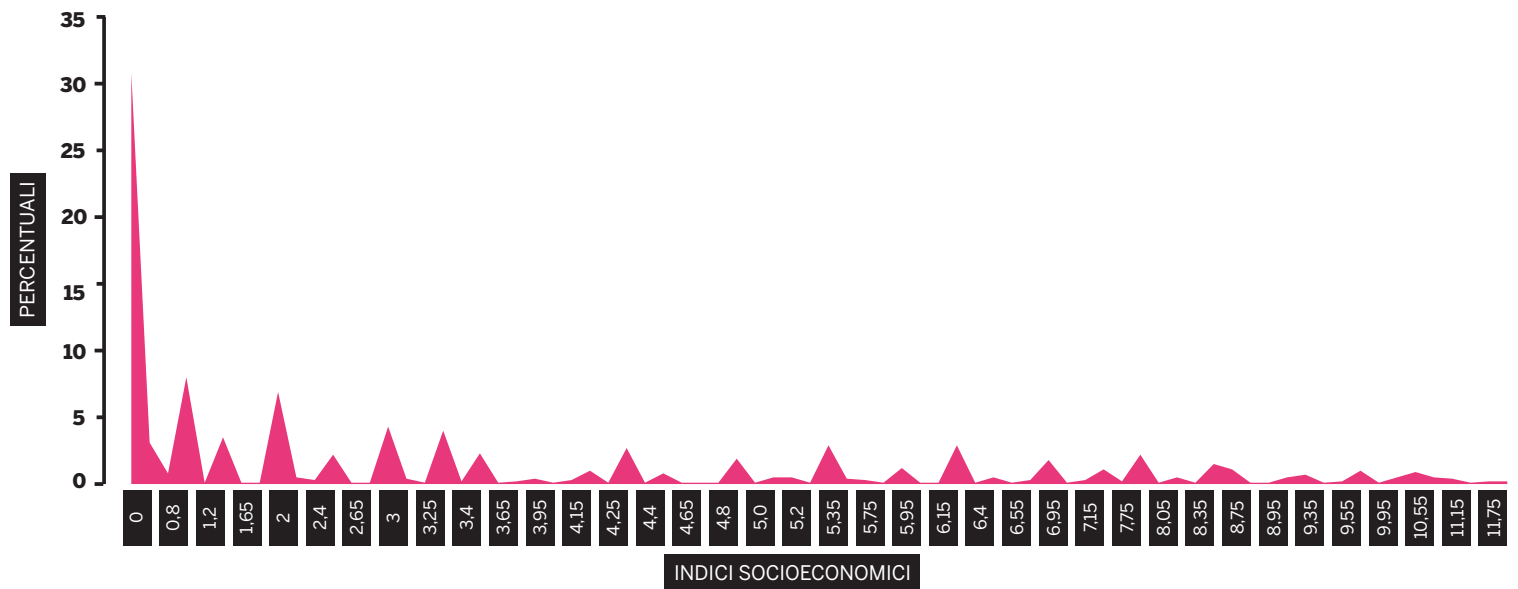
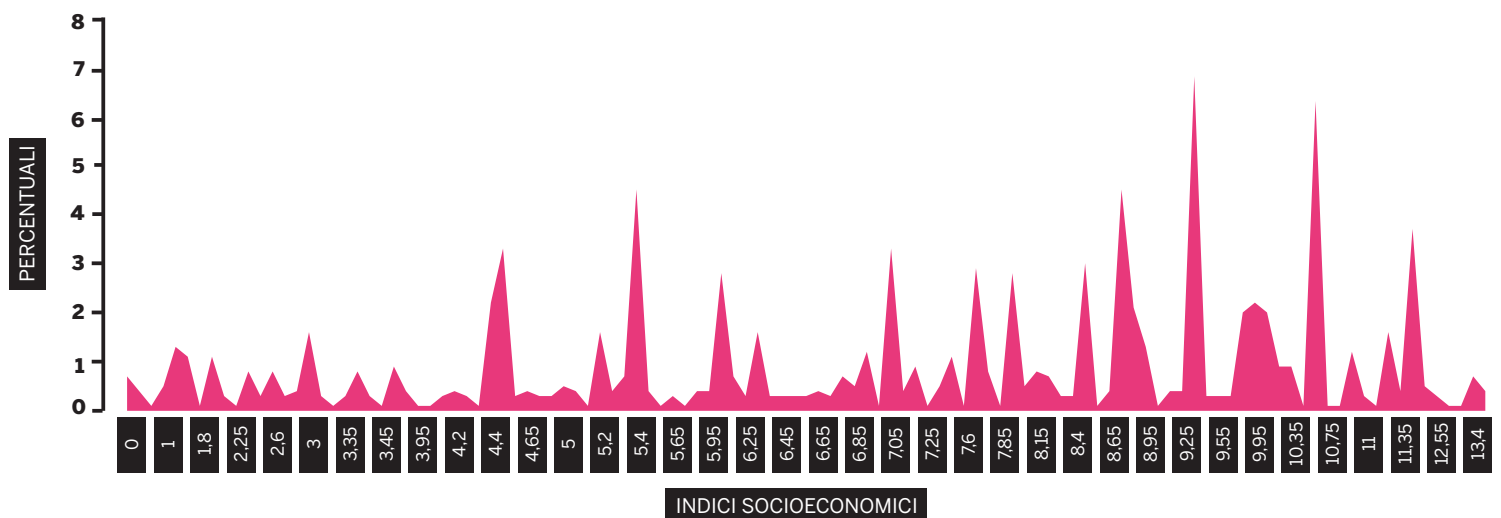
prestazioni, differenziate a secondo del tipo e del livello del servizio, è sussidiata. Nel 2010, a fronte di un costo unitario medio di 23 dollari americani per un parto non complicato e di 152 dollari americani per un taglio cesareo, le tariffe ospedaliere sono state di 3 dollari americani e 12 dollari americani rispettivamente⁸.

METODI E STRUMENTI

Il metodo applicato si è ispirato a quello sviluppato da Pitchfort in Bangladesh⁹. La selezione delle variabili (indicatori) dello stato socio-economico è stata realizzata accedendo agli archivi del Dhs 2005 per l'Etiopia. Dapprima si è selezionato il gruppo di donne in età riproduttiva che avevano partorito ed erano residenti nella regione Oromia (n. = 1.531). Ottenuta la serie dei dati socio-economici di questo gruppo, incluso il livello di educazione, la si è confrontata con le corrispondenti classi in quintili del Dhs. Sono state scelte cinque variabili che differenziavano in modo significativo i livelli socio-economici tra cui: le caratteristiche del tetto dell'abitazione, il tipo di latrina, il livello di educazione della donna, la proprietà di un tavolo e di una radio. Queste variabili insieme ai dati anagrafici, di residenza, tipologia e costo del trasporto sono state inserite in un questionario, testato e somministrato a tutte le donne dimesse dal reparto di ostetricia dell'ospedale San Luca di Wolisso da gennaio a maggio 2010. La validazione dello strumento è stata realizzata applicando l'analisi delle componenti principali e la kappa analisi¹⁰. La prima ha permesso di elaborare un indice composito di ricchezza patrimoniale attraverso la pesatura delle variabili analizzate. La seconda ha dimostrato un elevato grado di concordanza tra le variabili selezionate e le variabili del Dhs utilizzate come *gold standard*.

Applicando tali indici compositi alle variabili selezionate, si sono definiti gli intervalli limite di ogni quintile delle 1.531 donne incluse nel Dhs della regione Oromia. Gli intervalli calcolati sono stati i seguenti: meno di 0,6 per il quintile più povero; tra 0,6 e 1,2 per il quart'ultimo quintile; tra 1,95 e 3,15 per il terz'ultimo quintile; tra 3,20 e 5,70 per il secondo quintile e sopra a 5,70 per il quintile più ricco. Infine, sono stati collocati nei quintili ottenuti gli indici delle donne che hanno utilizzato i servizi ostetrici dell'ospedale di Wolisso costruendo questo modo il loro profilo socio-economico.

L'analisi dei dati è stata realizzata con il software statistico Spss Versione 6 e il supporto della Facoltà di Statistica dell'Università di Padova.

FIGURA 1 / DISTRIBUZIONE DEGLI INDICI SOCIOECONOMICI NELLE DONNE DELLA POPOLAZIONE DELLA REGIONE OROMIA (DHS, 2005)**FIGURA 2** / DISTRIBUZIONE DEGLI INDICI SOCIOECONOMICI NELLE DONNE CHE HANNO UTILIZZATO I SERVIZI OSTETRICI DI WOLISSO NEL 2010

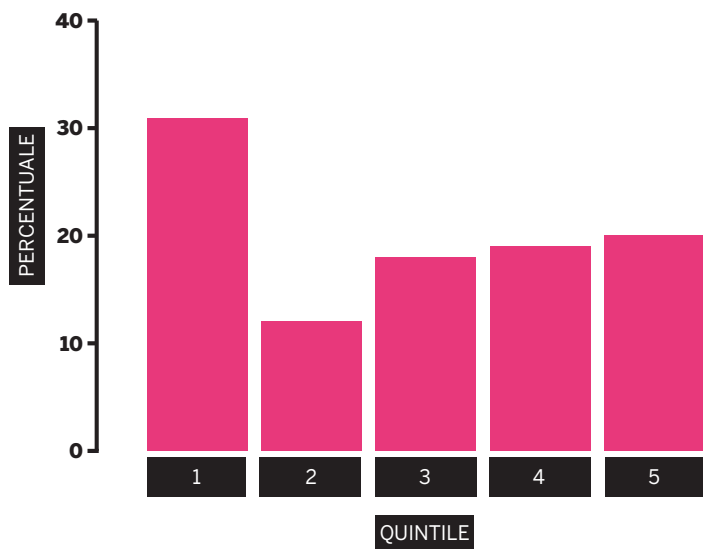
RISULTATI

Dai 760 questionari analizzati, è emerso che il 56,9% delle donne ha avuto un parto normale, il 26,5% un cesareo, il 10,1% un parto vaginale assistito, il 4,9% cure post-aborto e un 1,4% altri interventi ostetrici.

Nelle **figure 1 e 2** sono indicate, in percentuale, rispettivamente le distribuzioni degli indici compositi delle 1.531 donne della popolazione della Regione Oromia, come ricavato dal Dhs del 2005, e delle 760 donne che invece hanno utilizzato i servizi ostetrici dell'ospedale di Wolisso nel 2010. Molto evidente è la distribuzione verso gli indici più bassi nelle donne della popolazione dell'Oromia, con il 30% delle stesse che totalizzano un indice pari allo 0. Nelle donne che hanno utilizzato i servizi ostetrici dell'ospedale, la distribuzione propende, invece, verso gli indici più elevati con solo lo 0,7% che totalizza uno score pari allo 0, e un 30% delle donne che totalizza uno score superiore a 9,25 contro

un solo 4,9% nella popolazione generale. Tali differenze sono ancora più evidenti se si confrontano le distribuzioni per quintili presentate nelle **figure 3 e 4**.

Nella **figura 3** è rappresentata la distribuzione in quintili delle donne incluse nel Dhs della regione Oromia (1.531). Il 30% della popolazione si colloca nel primo quintile (1) con un indice per le cinque variabili selezionate vicino allo zero. Nella **figura 4** è invece rappresentata la distribuzione in quintili delle donne che hanno utilizzato i servizi ostetrici dell'ospedale San Luca (760). Si può notare come la distribuzione delle donne che utilizzano i servizi dell'ospedale per le prestazioni ostetriche è fortemente concentrata nel quarto e nel quinto quintile. Quest'ultimo, da solo, raccoglie il 70% delle donne dimesse dalla maternità. Un altro risultato anch'esso rilevante ai fini del profilo socio-economico è la correlazione statisticamente positiva tra l'utilizzo dei servizi ostetrici ospedalieri e il luogo di residenza. In quest'ultimo caso, il 54,5% delle donne risultano residenti in aree urbane a fronte di un 10,1% di rappresentatività della popolazione generale ($p < 0,001$).

FIGURA 3 / DISTRIBUZIONE IN QUINTILI DELLE DONNE INCLUSE NEL DHS DELLA REGIONE OROMIA

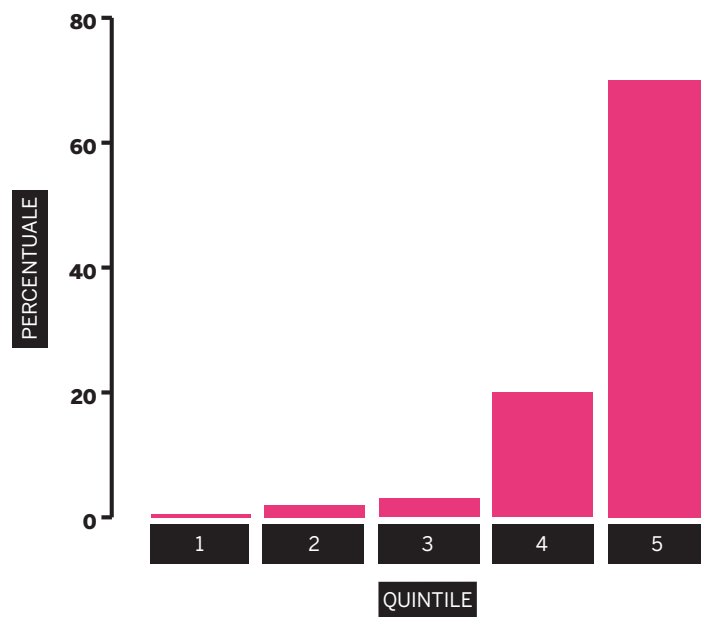
Il mezzo di trasporto per raggiungere l'ospedale è stato: pubblico 47% dei casi; taxi privato 11,2%; a piedi 10,8%; ambulanza 10,3%; auto affittata 9,9%; auto privata 6,1%; carretto trainato da animali 3,7%. Il costo medio pagato dalle donne per il trasporto è stato di 86,9 Birr pari a circa 5 dollari americani. Da notare che il costo pagato per il servizio ricevuto all'ospedale varia da 60 Birr per il parto normale e vaginale assistito, fino 200 Birr per il cesareo a dimostrare quanto i costi indiretti siano in alcuni casi importanti quanto il costo del servizio.

CONCLUSIONI

Questo studio ha dimostrato come sia possibile determinare il profilo socio-economico degli utilizzatori di un servizio ospedaliero e di poterlo comparare con la popolazione di riferimento attraverso l'applicazione di uno strumento pratico costruito su basi statistiche rigorose. Questo strumento per la sua praticità può entrare nel sistema informativo ospedaliero di routine ed essere utilizzato almeno una volta all'anno per monitorare il profilo

BIBLIOGRAFIA

- 1 The Millennium Development Goals Report 2009. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- 2 Campbell et al., *Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works*, Lancet 2006; 368: 1284-99.
- 3 Freedman L. et al., *Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation*, Lancet 2007; 370:1383-91.
- 4 Putoto G., *Diseguaglianze nell'assistenza sanitaria nei paesi a basso reddito*, Salute Internazionale 6 settembre 2010, disponibile al sito <http://saluteinternazionale.info/2010/09/diseguaglianze-nellassistenza-sanitaria-nei-paesi-a-bassi-reddito/>
- 5 Health metrics network, *Framework and Standards for Country Health Information Systems*, 2008, Who, Geneva.
- 6 Measure Dhs, *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005*. Addis Ababa, Ethiopia and Calverton, Maryland, Usa: Central Statistical Agency and Orc Macro.
- 7 Manenti F., *L'Ospedale di Wolisso*, Salute e Sviluppo, Medici con l'Africa Cuamm, 2009; 57: 28-38.

FIGURA 4 / DISTRIBUZIONE IN QUINTILI DELLE DONNE CHE HANNO UTILIZZATO I SERVIZI OSTETRICI DELL'OSPEDALE SAN LUCA

d'equità dei pazienti (*equity profile*). Nel caso dell'ospedale san Luca si è evidenziato come le donne che utilizzano i servizi ostetrici appartengano prevalentemente alle classi socioeconomiche più elevate, provengano dalle comunità urbane e sostengano costi indiretti importanti come il trasporto. Questi risultati sono in linea con la letteratura specifica^{11, 12}.

I dati a disposizione costituiranno la base di partenza per dialogare e confrontarsi con la direzione dell'ospedale, le comunità e le autorità sanitarie locali e infine i donatori per affrontare il nodo dell'accessibilità alle prestazioni ostetriche di emergenza da parte delle donne povere e per stabilire le relative strategie di contrasto sul piano della domanda e dell'offerta da applicare nel territorio distrettuale di competenza¹³.

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia la prof.ssa Maria Castiglioni della Facoltà di Statistica dell'Università di Padova per il prezioso supporto tecnico fornito nella validazione statistica dei dati.

- 8 Faedo G et al., *La valorizzazione del percorso del paziente presso il reparto maternità dell'ospedale san Luca di Wolisso, 2010*, studio econometrico commissionato da Medici con l'Africa Cuamm, in corso di pubblicazione.
- 9 Pitchforth et al., *Development of a proxy wealth index for women utilizing emergency obstetrics care in Bangladesh*. Health Policy and Planning 2007; 22: 311-319.
- 10 Seema V. et al., *Constructing Socio-Economic Status Indices: How To Use Principal Components Analysis* Health Policy and Planning 2006; 21: 459-468.
- 11 Meg E et al *Setting the stage for equity-sensitive monitoring of the maternal and child health Millennium development goals*, Bulletin of the World Health Organization 2006, 84; 7: 519-527.
- 12 Yazbeck, AS. 2009. *Attacking inequality in the health sector: a synthesis of evidence and tools* Washington. The World Bank.
- 13 De Brouwere et al *Access to maternal and perinatal health services: lessons from successful and less successful examples of improving access to safe delivery and care of the newborn* Tropical Medicine and International Health, 2010; 8: 901-909.



APPROFONDENDO

UNA MEDICINA ALL'ALTEZZA DEI POVERI

C'è un filo rosso che accompagna i 60 anni di storia di Medici con l'Africa Cuamm: assicurare una medicina all'altezza dei poveri. I medici che si sono susseguiti sul campo dagli anni '50 a oggi non hanno mai smesso di riflettere criticamente sul proprio lavoro analizzando le pratiche cliniche, i risultati dei progetti, i programmi di salute pubblica e le politiche sanitarie.

TESTO DI / GIOVANNI PUTOTO / RESPONSABILE PIANIFICAZIONE, MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

La medicina per i poveri è una medicina povera. Povera di mezzi, di saperi, di qualità e di risultati.

La pensano così in tanti quando sentono parlare di medicina e medici in Africa.

È ora di cambiare, propongono alcuni. Basta con il ritornello, stanco e inutile, della *Primary Health Care*. Sa di vecchio. È culturalmente obsoleta. Non appassiona e non convince più né i politici, né l'opinione pubblica. L'Africa ha bisogno di altro. Non è più quella di una volta: tanta semeiotica, pochi farmaci, tecnologia rudimentale e qualche vaccinazione esterna. Sono i centri di eccellenza a dominare il nuovo *trend*. Meglio se specializzati in patologie d'organo. Lì almeno gli interventi sono chiari e i risultati tangibili: infrastruttura, strumentazione, competenze, trattamenti, guarigioni. Organizzazione svizzera, tecnologia tedesca, *marketing* americano. Il meglio del meglio.

Riprendiamo la questione. La medicina per i poveri è una medicina povera?

Se l'impegno è di raggiungere il maggior numero possibile di poveri e di assicurare loro l'accesso a prestazioni essenziali e di qualità a costi minimi; se la sostenibilità è basata sulla partecipazione comunitaria, le competenze del personale e la capacità di risposta delle istituzioni locali; se la salute passa anche e forse soprattutto attraverso lo sviluppo integrale economico e sociale della persona e delle popolazioni, allora abbiamo a che fare con una medicina straordinariamente ricca di dimensioni che non possono essere evitate: *governance*, autoaffermazione delle comunità, allocazione delle risorse, copertura universale, equità e determinanti sociali, qualità delle prestazioni, tecnologie appropriate, orientamento multisettoriale, responsabilità delle scelte e dei risultati degli attori locali e globali.

Passare attraverso il prisma di queste dimensioni significa non confondere la povertà dei mezzi con la ricchezza dei contesti, non appiattire la semplicità delle patologie e delle prestazioni sanitarie con la complessità delle questioni scientifiche, sociali, politiche ed etiche che le sottendono.

Questa ricchezza di approcci emerge con forza quando si affrontano i temi della salute materno-infantile e del rafforzamento dei sistemi sanitari che sono al centro della nostra strategia.

C'è un filo rosso che accompagna i 60 anni di storia di Medici con l'Africa Cuamm: assicurare una medicina all'altezza dei poveri. Tutte le generazioni di medici che si sono susseguite sul campo dagli anni '50 a oggi non hanno mai smesso di riflettere criticamente sul proprio lavoro analizzando in profondità le pratiche cliniche, i risultati dei progetti, i programmi di salute pubblica e infine le politiche sanitarie.

Ne è conseguita un'attenzione continua e sistematica alla formazione, alla crescita tecnica, al confronto internazionale, all'uso della ricerca nella pratica quotidiana.

Attorno a questo filo si è costruito un patrimonio di conoscenze ed esperienze professionali e culturali che sono ancora oggi motivo di riferimento per molti.

Una medicina all'altezza dei poveri. Una responsabilità che si tramanda tra generazioni di medici. Qualcosa di buono e di meritevole che dura nel tempo.



RASSEGNA

RAPPORTO OMS 2010. PERCHÉ LA COPERTURA UNIVERSALE?

Il Rapporto 2010 dell'Organizzazione mondiale della sanità è dedicato al finanziamento dei sistemi sanitari. Solo il 20% dell'umanità vive in contesti dove sono in funzione reti di protezione sociale, tra cui la copertura sanitaria universale. In Africa e in Asia meridionale tale percentuale si abbassa al 5-10%.

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

I Direttore generale dell'Oms, dott.ssa Margaret Chan, nel messaggio introduttivo del Rapporto 2010 racconta alcune verità che oggi per molti possono apparire scontate e banali, ma che per molti altri non lo sono affatto e vanno pertanto solennemente ribadite: «Nella via verso la copertura universale, il rapporto identifica nel ricorso al pagamento diretto delle prestazioni sanitarie (*user fees*) il più grande ostacolo nel raggiungimento di questo obiettivo. Esistono abbondanti prove che dimostrano che la costituzione di fondi alimentati dal versamento di contributi prepagati è la base più equa ed efficiente per aumentare la copertura della popolazione. In effetti questo meccanismo significa che il ricco sovvenziona il povero e il sano sovvenziona il malato». Il Rapporto 2010¹ si apre con un interrogativo: *Why universal coverage?* La tempistica contenuta nella risposta ci racconta, con i suoi vuoti, la storia degli ultimi decenni.

1978. Dichiarazione di Alma Ata e obiettivo "Health for all by the year 2000".

2005. Risoluzione n. 58.33 dell'Assemblea dell'Oms, dove si afferma che tutti devono essere in grado di accedere ai servizi sanitari e nessuno deve andare incontro a una catastrofe finanziaria a causa di ciò.

2010. Il Rapporto Oms 2010 prende atto che «The world is still a long way from universal coverage».

I FATTI

Solo il 20% dell'umanità vive in contesti dove sono in funzione reti di protezione sociale, tra cui la copertura sanitaria universale. In Africa e in Asia meridionale tale percentuale si abbassa al 5-10%. Le disuguaglianze tra ricchi e poveri nell'accesso ai servizi sanitari sono terribili anche per prestazioni molto elementari come l'assistenza qualificata al parto o alle comuni patologie dell'infanzia. Se tali disuguaglianze fossero colmate, con adeguati interventi di copertura sanitaria, si eviterebbero, da oggi al 2015, 700 mila casi di mortalità materna e 16 milioni di decessi di bambini al di sotto dei cinque anni. Le disuguaglianze nell'assistenza sanitaria tra Nord e Sud sono altrettanto profonde: **i paesi industrializzati dell'Ocse, che rappresentano il 18% della popolazione mondiale, consumano l'86% delle risorse sanitarie del mondo.**

I PRINCIPI

Nel Rapporto viene ribadito e approfondito il bisogno di sostituire il diffuso sistema di pagamento diretto delle prestazioni con sistemi di prepagamento, attraverso varie forme di assicurazione. Anche paesi a medio-basso livello di sviluppo ce la possono fare, come è avvenuto recentemente in paesi come Thailandia, Rwanda e Ghana.

QUANTO COSTA LA COPERTURA UNIVERSALE?

Nel 2001 la Commissione *Macroeconomics and Health*² aveva stimato in 34 dollari *pro capite* la spesa sanitaria pubblica per garantire l'accesso universale ai servizi di base nei paesi a più basso reddito. Una stima più recente, fornita da una Commissione Oms³, indica in 44 dollari *pro capite* il fabbisogno attuale per i 49 paesi più poveri e in 60 dollari *pro capite* la proiezione al 2015. Naturalmente tali cifre sono lontanissime dall'attuale disponibilità dei paesi più poveri, la cui spesa sanitaria pubblica raramente supera i 10 dollari *pro capite* l'anno.

Il Rapporto dedica ampio spazio a questo tema, evidenziando come negli ultimi dieci anni l'impegno finanziario dei paesi industrializzati è notevolmente cresciuto passando dai 4 miliardi di dollari del 1995 ai 20 miliardi di dollari nel 2008. Un aumento che tuttavia non ha migliorato in maniera significativa né i livelli di copertura sanitaria, né lo stato di salute della popolazione⁴.

Il Rapporto poi sottolinea un aspetto sconcertante e contraddittorio: mentre è aumentato il volume degli aiuti in campo sanitario ai paesi più poveri, si è registrato un **preoccupante deficit nella ricerca e nella valutazione dei risultati.**

CONCLUSIONI

È un momento importante per il finanziamento dei sistemi sanitari. **Due grandi sistemi sanitari – gli Usa e la Cina – il cui finanziamento era basato su meccanismi di mercato, sono stati riformati.** La Cina si sta muovendo verso la copertura universale, in parte finanziata attraverso la fiscalità generale. Negli Usa è stata approvata una legge che estenderà la copertura sanitaria a 32 milioni di persone prive di assicurazione. Il vento sembra stia cambiando e l'auspicio è che la strada che porta alla copertura universale sia seguita da tutti.

Per leggere il testo completo: <http://saluteinternazionale.info/2010/11/rapporto-oms-2010-perche-la-copertura-universale/>



NOTE

¹ <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>

² *Macroeconomics and Health: investing in health for economic development.* Geneva. World Health Organization, 2001.

³ *Constraints to scaling up the health Millennium Development Goals: costing and financial analysis.* Geneva. World Health Organization, 2010.

⁴ <http://saluteinternazionale.info/2010/11/i-millennium-development-goals-e-la-salute-quanto-buon-vino-nella-botte/>.

A LEZIONE DALLA BANCA MONDIALE

“Attacking Inequality in the Health Sector”: quali sono le implicazioni dell'ultimo documento della Banca mondiale? Come cambia l'impegno degli attori della cooperazione internazionale? Che lezioni si possono imparare?

TESTO DI / GIOVANNI PUTOTO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

“Attacking Inequality in the Health Sector”

è il titolo dell'ultimo documento edito dalla Banca mondiale sul tema delle disuguaglianze in salute. È di grande interesse per coloro che si occupano di salute pubblica nei Paesi in via di sviluppo (Pvs) perché si concentra sul problema dell'utilizzazione dei servizi sanitari da parte dei poveri e quindi sul ruolo che gioca il sistema sanitario nell'attenuare o nell'incrementare le disuguaglianze sociali.

L'approccio suggerito è quello empirico. Misurare il problema è il primo passo da fare. Il secondo è essere consapevoli che il sistema sanitario, in molti casi, è un produttore di iniquità. Il terzo è fare un uso sistematico di dati e informazioni per influenzare coerentemente le politiche e le prassi sanitarie.

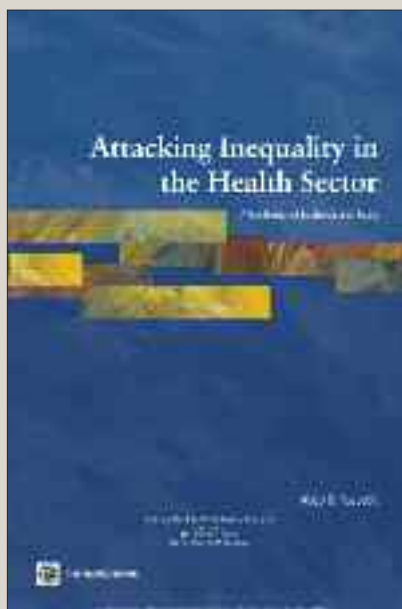
Le implicazioni pratiche di *Attacking Inequality in the Health Sector* per le agenzie pubbliche e private impegnate nel settore della cooperazione sanitaria internazionale sono molte e importanti.

Avere informazioni accurate sullo stato socio-economico della popolazione, i cosiddetti determinanti sociali, rappresenta un passaggio indispensabile per conoscere le categorie sociali più povere e per disegnare politiche di contrasto alla povertà che siano mirate ed efficaci.

Per i Pvs si fa uso di un indice composito di ricchezza patrimoniale. Mettendo in rapporto quest'ultimo con le variabili di esito (es. mortalità, morbilità, stato nutrizionale, accesso e utilizzazione dei servizi) si possono ottenere comparazioni dello stato di salute tra gruppi di popolazione stratificati in base alla posizione socio-economica.

Il testo documenta che il sistema sanitario può contribuire a deteriorare le disuguaglianze sociali. L'esatto contrario del suo mandato che è di proteggere i poveri e di ammortizzare gli squilibri esistenti nelle comunità. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, un caso emblematico è rappresentato dai servizi della salute riproduttiva che risultano essere “i peggiori dei peggiori”, quelli cioè con il livello più alto di disuguaglianza sociale, sia in Africa sia in Asia.

Il monitoraggio, per essere efficace nelle politiche e nei programmi di contrasto alla povertà, dovrebbe includere: un sistema di tracciamento delle prestazioni; il rilevamento delle spese sani-



tarie correlate; la partecipazione dei poveri al monitoraggio stesso.

Quali sono le lezioni pratiche che si possono trarre da questo documento?

Una lezione culturale. L'equità è una faccenda seria. Anche senza volerlo si possono fare danni. Non bastano più né la buona fede né il lavorare secondo tradizione. È il momento di conoscere quello che si fa e agire di conseguenza.

Una lezione tecnica. Gli approcci e gli strumenti statistici disponibili sono usati nelle survey nazionali. La complessità di calcolo li rende di difficile applicazione a livello locale anche se ci sono dei tentativi in corso di adattarli a livello di distretto, di ospedale e di prestazione. Questo passaggio è importante perché permetterebbe di definire una sorta di “profilo di equità” degli utenti nei sistemi sanitari decentrati.

Una lezione manageriale/politica. I dati a disposizione dovrebbero costituire la base di partenza per dialogare e confrontarsi con le comunità, le autorità sanitarie locali e i donatori per affrontare il nodo dell'accessibilità e le relative barriere per i poveri. Tali strumenti di analisi permettono inoltre di stabilire se l'allocazione delle risorse sanitarie locali, pubbliche e del settore *non for profit*, sono realmente a favore dei poveri; se possono essere applicate strategie di raggiungimento dei poveri attraverso finanziamenti comunitari; se le politiche nazionali orientate alla copertura universale sono applicate o ignorate nei distretti; se gli aiuti internazionali erogati hanno effetti distorsivi in periferia.

Infine, una lezione sociale. Fare partecipare i poveri al monitoraggio dei servizi sanitari, significa essere capaci di ascoltarli e di renderli partecipi delle decisioni e degli esiti dei cambiamenti prodotti. Una lezione non nuova ma tutt'ora valida.



REFERENZE

<http://saluteinternazionale.info/2010/09/diseguaglianze-nellassistenza-sanitaria-nei-paesi-a-bassi-reddito/>



MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Nata nel 1950, Medici con l'Africa Cuamm è la prima ong in campo sanitario riconosciuta in Italia (in base alla Legge della cooperazione del 1972) e la più grande organizzazione italiana per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni africane.

Realizza progetti a lungo termine in un'ottica di sviluppo, intervenendo con questo approccio anche in situazioni di emergenza, per garantire servizi di qualità accessibili a tutti.

STORIA

In **60** anni di storia:

- o **1.328** 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;
- o **4.330** gli anni di servizio effettuati, con una media di 3 anni per ciascuna persona inviata;
- o **950** gli studenti ospitati nel collegio;
- o **279** i medici veneti partiti in quasi 60 anni;
- o **211** gli ospedali serviti;
- o **38** i paesi d'intervento;
- o **150** i programmi principali realizzati in collaborazione con il ministero degli Affari Esteri e varie agenzie internazionali.

OGGI SIAMO PRESENTI IN

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

- o **80 operatori:** 47 medici, 4 paramedici, 29 amministrativi e logisti
- o **40 progetti** di cooperazione principali e un centinaio di micro-realizzazioni di supporto, con i quali appoggia:
 - 15 ospedali
 - 25 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, formazione)
 - 3 centri di riabilitazione motoria
 - 4 scuole infermieri
 - 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 11 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.

AVVISO AI LETTORI

Sostieni e partecipa al nostro impegno in Africa, attraverso una di queste modalità:

- **c/c postale** n. 17101353 intestato a Medici con l'Africa Cuamm
- **bonifico bancario** IBAN IT 91 H 05018 12101 000000107890 presso Banca Popolare Etica Padova
- **carta di credito** telefonando allo 049.8751279
- **online:** www.mediciconlafrica.org

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

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

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



L'AFRICA DEI BISOGNI

OGNI ANNO NELL'AFRICA A SUD DEL SAHARA:

- 4,5 milioni di bambini muoiono prima di aver compiuto cinque anni, per malattie prevenibili e curabili a basso costo;
- 1,2 milioni di neonati muoiono nel primo mese di vita per mancanza di cure;
- 265mila donne perdono la vita per cause legate alla gravidanza e al parto.



Medici con l'Africa Cuamm si impegna in

SUD SUDAN

ETIOPIA

UGANDA

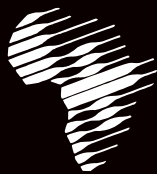
TANZANIA

ANGOLA

MOZAMBICO

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

- Con 15 euro puoi assicurare il trasporto in ambulanza a una donna in travaglio.
- Con 25 euro garantisci una cura nella prevenzione della trasmissione dell'HIV da madre a figlio.
- Con 40 euro dai un parto assistito a una mamma.
- Con 80 euro finanzia un corso di formazione di una settimana per un'ostetrica.



**MEDICI
CON L'AFRICA**
CUAMM



rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
febbraio 2011/ n° **60**
www.mediciconlafrica.org