



**MEDICI
CON L'AFRICA**
CUAMM



SALUTE

E SVILUPPO

rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
settembre 2011/ n° 61



LA NOTIZIA

Malattie croniche e Salute globale

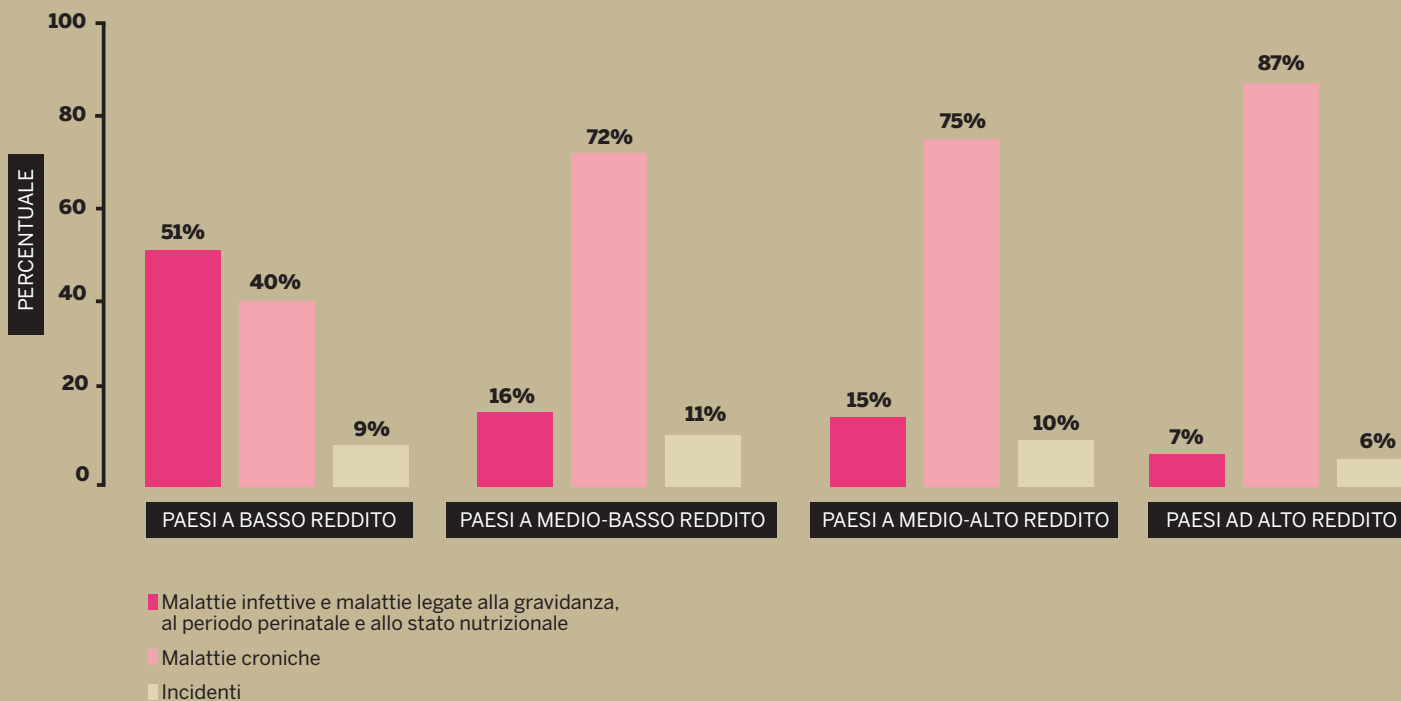
Lo scorso 19-20 settembre l'Assemblea delle Nazioni Unite si è riunita per discutere il tema delle malattie croniche (è la seconda volta nella storia che l'Assemblea tratta una questione sanitaria, la prima volta avvenne nel 2001 sull'Aids). Le malattie croniche si stanno diffondendo con la rapidità di un'epidemia, soprattutto nei paesi a medio e basso livello di sviluppo. Nei paesi più poveri si assiste alla contemporanea presenza di due epidemie: la rapida crescita delle patologie croniche e la persistenza delle malattie infettive e di alti tassi di mortalità infantile e materna (v. figura).

Nel mondo ogni anno 9 milioni di persone muoiono precocemente (prima dei 60 anni) a causa di una malattia cronica (malattie cardiovascolari, cancro, diabete, malattie respiratorie). **Il 90% di queste morti premature avviene nei paesi a medio e basso livello di sviluppo.**

Segui il modulo "Malattie croniche e salute globale" all'interno del corso online "Salute globale e disuguaglianze nella salute"

<http://www.mediciconlafrica.org/accedi-al-corso>

FIGURA / DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE PRINCIPALI CAUSE DI MORTE PER LIVELLO DI SVILUPPO DEI PAESI



INDEX



DIALOGO

PAG. 2

RIFORME DEI SISTEMI SANITARI. **LA LEGGE DEL PENDOLO**

Testo di / Gavino Maciocco

PAG. 3

RIFLESSIONI SUL BENE OSTINATO

Testo di / Anna Talami



FORUM

PAG. 6

SALUTE GLOBALE E **AUTOFORMAZIONE**

Testo di / Claudia Amadasi

PAG. 7

A **TOSAMAGANGA**

Testo di / Maria Caterina Vescovi

PAG. 8

IL PROGETTO **"EQUAL OPPORTUNITIES FOR HEALTH"**

Testo di / Chiara Di Benedetto

PAG. 9

EQUAL OPPORTUNITIES



ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 12

IL CONTROLLO DELLA TUBERCOLOSI IN **ANGOLA**

Testo di / Andrea Atzori

PAG. 14

"STRENGTHENING THE HMIS" A TOSAMAGANGA, TANZANIA

Testo di / Núria Marzo Rodrigo



APPROFONDENDO

PAG. 17

TUBERCOLOSI LA DIAGNOSI DIVENTA PIÙ RAPIDA

Testo di / Andrea Atzori



RASSEGNA

PAG. 18

TERAPIA HAART E DIFFUSIONE DELL'HIV

Testo di / Silvio Donà

PAG. 19

STILLBIRTH E RAFFORZAMENTO DEI SISTEMI SANITARI

Testo di / Giovanni Putoto

DIRETTORE

Gavino Maciocco

COMITATO DI REDAZIONE

Claudia Amadasi, Andrea Atzori, Dante Carraro, Adriano Cattaneo, Silvio Donà, Serena Foresi, Fabio Manenti, Luigi Mazzucato, Giovanni Putoto, Angelo Stefanini, Anna Talami

DIRETTORE RESPONSABILE

Anna Talami

PROPRIETÀ

Medici con l'Africa Cuamm

AMMINISTRAZIONE

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

COORDINAMENTO DI REDAZIONE

Chiara Di Benedetto

SEGRETARI DI REDAZIONE

Elisa Bissacco
Alessandro Pezzin

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

ERRATA CORRIGE

Nel numero di febbraio 2011, all'interno della didascalia di pag. 10, si è parlato di vaccinazione contro la malaria in luogo di profilassi antimalarica. Ci scusiamo con i lettori per l'errore.





DIALOGO

RIFORME DEI SISTEMI SANITARI. LA LEGGE DEL PENDOLO

Le tre diverse fasi delle riforme sanitarie: la stagione dei diritti, la stagione del mercato, la stagione del "ripensamento". Ovvero la legge del pendolo. Dopo l'11 settembre 2001, si è cominciato ad assistere a una serie di riforme che vanno in direzione diversa e talora contraria rispetto alle linee di tendenza liberiste.

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

Negli ultimi 60 anni abbiamo assistito a tre diverse stagioni di riforme dei sistemi sanitari.

La stagione dei diritti. La prima prende l'avvio con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale britannico (*National Health Service - Nhs*), avvenuta nel 1948. Si trattò di una fondamentale svolta nel concetto di salute (un "diritto universale") e di assistenza sanitaria: accessibile a tutti, finanziata attraverso la fiscalità generale, gratuita nel punto di erogazione delle prestazioni. Il principio della salute come diritto, sul solco di quanto avvenuto nel Regno Unito, si diffuse rapidamente e divenne elemento fondante di numerose costituzioni, come nel caso della Costituzione della Repubblica Italiana.

Nel settembre 1978 si tiene a Alma Ata, capitale della repubblica sovietica del Kazakhstan, la Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria di Base (*Primary Health Care - Phc*), promossa dall'Oms e dall'Unicef, il cui documento finale impegna i governi a raggiungere entro l'anno 2000 "La salute per tutti" (*Health For All by the Year 2000*).

La stagione del mercato. I riflettori della Conferenza di Alma Ata non fanno a tempo a spegnersi che tutt'intorno lo scenario cambia radicalmente. Gli anni Ottanta del Novecento infatti registrano una svolta a "U" nella politica internazionale, determinata da tre fondamentali eventi:

- una fase di recessione mondiale provocata dalle crisi petrolifere degli anni Settanta, che, se da una parte mette in ginocchio le economie dei paesi più poveri del pianeta, dall'altra crea serie difficoltà al finanziamento dei sistemi di *welfare* anche nei paesi più ricchi;
- l'affermarsi di politiche neo-liberiste in molti paesi (in particolare Stati Uniti e Gran Bretagna) e presso le più importanti istituzioni finanziarie internazionali (Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale) che promuovono la liberalizzazione, la *deregulation* nella circolazione globale dei capitali, delle merci, dei servizi, delle persone, un processo comunemente denominato "globalizzazione";
- mentre l'obiettivo "La salute per tutti" diventava un miraggio, si imponeva un "modello globale" di sistema sanitario (fortemente sostenuto dalla Banca Mondiale) basato sulla privatizzazione dei servizi e il finanziamento privato dei servizi, per lo più attraverso il pagamento diretto delle prestazioni (*user fees*). A causa di ciò, secondo un rapporto dell'Oms, nel mondo ogni anno più di 44 milioni di famiglie devono far fronte a catastrofi finanziarie provocate da spese mediche e – di conseguenza – 24 milioni di famiglie sono trascinate nella povertà¹.

Atto terzo. La legge del pendolo. Il terzo atto della nostra storia inizia all'alba del terzo millennio, dopo il faticoso 11 settembre 2001, quando si assiste a una serie di riforme che si muovono in direzione diversa e talora contraria rispetto alle linee di tendenza liberiste. Tornano in voga i principi di Alma Ata (riforma brasiliana²) e l'universalità di accesso (Messico³, Thailandia⁴, Turchia, Taiwan, Malesia). Anche Cina⁵ e India⁶ decidono – sia pur con cautela – di mettere in cantiere riforme tipiche del primo atto. La legge del pendolo vale anche per gli Usa dove all'exasperazione privatistica del Governo Bush si è risposto con una riforma – quella di Obama – che riporta in campo il ruolo dello stato e punta a ridurre drasticamente il numero delle persone non assicurate⁷.

La legge del pendolo non vale invece nella nazione da cui era partito il nostro racconto: il Regno Unito, o più precisamente l'Inghilterra (dato che Scozia e Galles si stanno muovendo diversamente). Dalla riforma Thatcher del 1991, a quelle di Blair, fino all'attuale progetto di legge del governo Cameron, in Inghilterra abbiamo assistito a un crescendo che punta allo smantellamento del modello di assistenza sanitaria istituito nel 1948⁸.

NOTE

¹ G. Carrin, C. James, D. Evans, *Achieving universal coverage: developing the health financing system. Technical brief for policy-makers no. 1*, Geneva, WHO, 2005.

² <http://saluteinternazionale.info/2011/05/brasil-e-programma-salute-della-famiglia-successi-limiti-e-nuove-sfide/>

³ <http://saluteinternazionale.info/2009/11/la-riforma-del-sistema-sanitario-in-messico/>

⁴ <http://saluteinternazionale.info/2009/08/thailandia-il-coraggio-delle-riforme/>

⁵ <http://saluteinternazionale.info/tag/dossier-cina/>

⁶ V. Patel et al., *Universal health care in India: the time is right*, *Lancet* 2011; 377:448-9.

⁷ <http://saluteinternazionale.info/tag/dossier-usa/>

⁸ <http://saluteinternazionale.info/tag/dossier-nhs/>



RIFLESSIONI SUL “BENE OSTINATO”

Spesso i giornalisti evitano eventi e idee che non rientrano in un circuito informativo, troppo strani o difficili da digerire. Paolo Rumiz, invece, ha avuto il coraggio di cimentarsi con l'Africa “nera”, la cooperazione sanitaria, la storia di un'organizzazione pressoché sconosciuta, ma che compiva 60 anni di vita.

TESTO DI / ANNA TALAMI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Ci sono temi che non piacciono ai lettori, ai giornalisti e ancora meno agli editori. Così capita che se ne scriva in modo svogliato, se proprio non se ne può fare a meno. I giornalisti, si sa, spesso non vanno in cerca di verità, ma di notizie e ci sono idee ed eventi – quanti! – che non rappresentano una svolta interessante, non rientrano in un circuito informativo, sono considerati troppo strani o difficili da digerire, riguardano altri, non il nostro presente e il nostro futuro. Poi si apre una possibilità e qualcuno comincia a crederci e inverte la tendenza generale. Tra le eccezioni possiamo citare Paolo Rumiz che si è cimentato con l'Africa “nera”, la cooperazione sanitaria, la storia di un'organizzazione pressoché sconosciuta, ma che compiva 60 anni di vita.

«Italiani, brava gente. Gli eroi silenziosi che curano il mondo», titolava il 23 marzo *La Repubblica* nella splendida recensione di Leonetta Bentivoglio, la prima di tante che si sono succedute. Capita anche che arrivino messaggi come questo: «Avevo da alcune settimane il vostro libro, con qualche resistenza ad iniziare la lettura. Poi mia moglie mi ha esortato a farlo perché l'aveva trovato bello e scritto molto bene. Così ieri, nel pomeriggio, tutto d'un fiato ho dato fondo al libro e ne sono riemerso felice. Quel libro è la mia vita, le persone, i posti e la filosofia di base: in silenzio con tenacia. Insomma è stato particolarmente commovente ed emozionante».

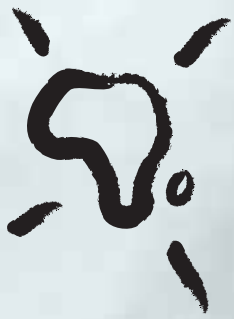
Merita forse qualche considerazione sulle ragioni di un'accoglienza così favorevole. Come mai la critica è rimasta colpita e i lettori ne restano commossi e affascinati?

Il bene ostinato uscito per Feltrinelli a marzo esercita Paolo Rumiz nel genere nobilissimo del racconto: difficile per chi scrive, appetibile per chi legge. La sua intenzione dichiarata era questa sin dall'inizio: fare un racconto alla portata di tutti, come chiave di accesso a una grande avventura e a temi troppo spesso dimenticati, fuori dal circuito della notiziabilità. Così se cominci a leggere, sei chiamato dentro e in ogni momento lo scatto della scrittura non lascia cadere la tensione, non permette tempi morti, non concede tregua, elimina il superfluo e nella mutevolezza dei percorsi, fa vibrare tutto continuamente, dall'inizio alla fine. In tanti hanno colto questa sua capacità di tensione e la sua densità nel mostrare una vocazione sempre più rara e particolare come quella del fare sanità per i più poveri del mondo, vissuta in realtà come una scelta umanissima, fatta di gesti quotidiani, di limiti e di paure, di ritmi e vicende addirittura quasi banali, di non apparizione, di quotidianità ripetitiva. Una scelta operata da persone normalissime, magari profondamente diverse tra loro per cultura, formazione, sensibilità, ceto sociale: persone nelle quali ciascuno si può riconoscere, a prescindere dalla condivisione di un credo, di una fede.

Così un fenomeno apparentemente marginale dischiude un modo “altro” per essere al cuore dell'umanità, là dove pulsano ancora energie vitali per la costruzione di un'identità e di un futuro, in cui la ricerca della pace e della solidarietà non siano ignorate, se non addirittura irrisolte. «In questo periodo – continuava il messaggio – ho molto riflettuto su quale futuro può avere questa nostra cooperazione. Sento quel libro come una fase che si chiude... Sì, sono molto preoccupato e non per la carenza di fondi, sappiamo bene che tante cose comunque si possono fare nel settore sanitario e vi sono ancora tanti bravi colleghi ben disposti. Piuttosto per la difficoltà di recuperare l'interesse a una cooperazione seria e di qualità. Inizia un autunno difficile, restiamo in contatto».

La scommessa di Rumiz e il coraggio dell'editore Feltrinelli esprimono di più della ricerca di uno spazio di racconto. Ambiscono a ritrovare, nell'Italia confusa dei 150 anni dell'unità, uno spazio per scelte politiche di qualità. Ritornano alla mente le parole del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano nella sua visita a Padova per i 60 anni di Medici con l'Africa Cuamm: «E l'arte della politica, la presa di coscienza e l'assunzione di responsabilità da parte dei poteri pubblici non consistono proprio nel fare delle scelte, nello stabilire delle priorità, nel dire “no, a questo non possiamo rinunciare, a questo non possiamo derogare”?».

Non possiamo rinunciare all'inderogabile dovere di solidarietà all'interno della nostra società e verso il resto del mondo. Questa è, immutata, l'ostinazione nella ricerca del bene, che ha intessuto una storia e si apre al futuro «sapendo qual è il prezzo dell'ottimismo e della speranza: una visione realistica, lucida anche impietosa delle prove che ci attendono e degli sforzi da superare». Con l'aiuto di qualche sostenitore in più. Grazie Rumiz.



GRAN BRETAGNA, SETTEMBRE 2011

Indossando una maschera raffigurante il Primo Ministro inglese David Cameron, un manifestante protesta davanti al Parlamento di Londra contro la riforma del sistema sanitario inglese (*National Health System*) proposta dal governo. Rispetto alla direzione presa da altri paesi (Stati Uniti su tutti), la riforma Cameron punta con decisione verso il privato, facendo temere a molti cittadini inglesi che si possa arrivare sino alla cancellazione del sistema assistenziale pubblico.



NHS
FOR SALE

cameron & clegg agents





SALUTE GLOBALE E AUTOFORMAZIONE

Brescia, Firenze, Genova, Perugia, Roma. Tutti i gruppi di autoformazione sono nati con lo scopo e la voglia di riportare a livello locale le esperienze vissute al Laboratorio nazionale, coinvolgendo i propri compagni in tematiche di Salute globale e Cooperazione allo sviluppo. Formazione e confronto vengono approfonditi durante tutto l'anno.

TESTO DI / CLAUDIA AMADASI / STUDENTESSA DI MEDICINA E CHIRURGIA, UNIVERSITÀ DI PADOVA

L'attenzione e l'interesse del Sism per i gruppi di autoformazione nascono nel 2009, dopo tre edizioni del Laboratorio di mondialità, alla fine delle quali ci si rese conto che la formazione e il confronto potevano non essere limitati a un *weekend*, ma potevano essere approfonditi con più costanza durante tutto l'anno. Ci si rese conto inoltre che, per essere davvero completa, non poteva e non doveva essere un'esperienza limitata agli studenti iscritti al Sism o agli studenti di Medicina in generale, ma abbracciare un contesto multidisciplinare e accogliere nuovi ambiti, aspetti e studenti di altri corsi di laurea.

Da questi presupposti, più o meno recentemente, in giro per l'Italia sono nati vari gruppi, composti da ragazzi che periodicamente si incontrano per approfondire tematiche di Salute globale e Cooperazione allo sviluppo, a volte accompagnati da medici, professori o studenti un po' più esperti.

Come Sism abbiamo deciso di intervistare questi ragazzi e di riassumere le loro esperienze in un articolo. A tutti i gruppi di autoformazione (Brescia, Firenze, Genova, Perugia, Roma) sono state poste le stesse tre domande, per capire come sia nato il gruppo, quali argomenti stia ora approfondendo e cosa sia stato fatto fino ad ora.

QUANDO È NATO IL GRUPPO? CHI NE FA PARTE?

Tutti i gruppi sono nati tra la fine del 2009 e l'inizio del 2011, dopo che i componenti avevano partecipato ad almeno un Laboratorio di mondialità, esperienza, questa, che per i membri del gruppo Perugia «fa assaporare il senso di Salute globale, e anche il senso dell'amicizia e della collaborazione» e che è stata la scintilla che ha fatto partire le attività.

Tra i gruppi più maturi troviamo, invece, il gruppo di Brescia, forte della presenza di alcuni membri attivi già dal 2008, anno del secondo Laboratorio (svoltosi proprio nella loro città), e il gruppo genovese; dopo aver creato un gruppo di autoformazione assieme ad altre sedi del nord (Milano e Varese), con le quali è stato organizzato un gioco di ruolo sugli attori della Cooperazione al "LabMond 2010" di Roma, le due sedi hanno deciso in seguito di formare due gruppi autonomi di studenti e giovanissimi medici, desiderosi di coltivare l'interesse comune con più costanza. Possiamo dire che, in generale, praticamente tutti i gruppi sono nati con lo scopo e la voglia di riportare a livello locale le esperienze

vissute al Laboratorio nazionale, coinvolgendo i propri compagni su tematiche di Salute globale e Cooperazione allo sviluppo.

I componenti dei vari gruppi sono per la maggior parte studenti di medicina, ma non mancano, in alcuni casi, studenti di fisioterapia e, in altri (come Perugia e Genova), anche il supporto di alcuni specializzandi in Igiene e Medicina preventiva, a dimostrazione di come l'insegnamento *peer to peer*, al quale i membri del Sism fanno spesso riferimento, possa essere molto efficace, se integrato con figure anagraficamente vicine agli studenti, ma dotate di quel po' di esperienza in più che gli studenti ritengono fondamentale per la propria formazione nei vari ambiti.

QUALI OBIETTIVI VI SIETE POSTI?

I gruppi concordano tutti nel dire che il loro entusiasmo e la loro volontà sono originati dal desiderio di inserire nel percorso formativo attività e argomenti tralasciati o trattati solo parzialmente o superficialmente nel loro *curriculum* scolastico: nelle attività del Sism hanno trovato un trampolino di lancio per farsi coinvolgere negli ambiti di Salute globale e Cooperazione allo sviluppo. Il gruppo di Roma ha le idee molto chiare su scopi e propositi: «Il nostro gruppo non vuole essere veicolo solo di formazione, ma anche, e soprattutto, di crescita umana. Convinti che i temi della Salute globale non possano essere affrontati, capiti e pensati senza un importante lavoro di posizionamento etico riguardante la propria vita e la propria professione, stiamo cercando di vivere il gruppo svincolandolo dai ruoli precostituiti e generatori di disuguaglianze presenti all'interno delle università, dei reparti ospedalieri e nella società tutta».

Per quanto riguarda i temi trattati, alcuni gruppi hanno deciso di formarsi su argomenti ben precisi, quali i determinanti di salute (Genova) o la medicina delle migrazioni (Brescia), mentre altri, come ad esempio Firenze, hanno deciso di riflettere di volta in volta sul tema da affrontare.

COME VI SIETE ORGANIZZATI? COSA AVETE FATTO FINO AD ORA?

I gruppi si organizzano attraverso strumenti quali *mailing list* e riunioni (mensili o settimanali), in cui la parola chiave è *condivi-*



SEDI SISM - Segretariato italiano studenti di Medicina

Bari, Bologna, Brescia, Caltanissetta, Campobasso, Catania, Chieti, Ferrara, Firenze, Foggia, Genova, Messina, Milano, Modena, Napoli "Federico II", Napoli "S.U.N.", Novara, Padova, Palermo, Parma, Pavia, Perugia, Pisa, Roma "La Sapienza", Roma "Sant'Andrea", Roma "Tor Vergata", Roma "Ucsc Policlinico Gemelli", Sassari, Siena, Torino, Trieste, Verona, Udine



A TOSAMAGANGA

I giorni a Tosamaganga sono passati velocemente, nonostante il tempo lì assuma una dimensione diversa da quella a cui siamo abituati. Si dilata e l'unico tempo percepito è il presente.

TESTO DI / MARIA CATERINA VESCOVI / STUDENTESSA IN MEDICINA E CHIRURGIA PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI UDINE

Qui racconto la mia esperienza di studentessa di medicina a Tosamaganga (Tanzania), nell'ambito di un progetto di Medici con l'Africa Cuamm.

Da Dar es Salaam ("la casa della pace") il percorso dura 9 ore, 600 km, attraverso la savana e i baobab, fino a Iringa, e da lì fino a Tosamaganga, dove si trovano la sede di Medici con l'Africa Cuamm, la *guest house* e l'ospedale di St. John of the Cross. La sera del nostro arrivo ci hanno spiegato in cosa consistesse l'*Iringa Rural project*, il progetto della Tanzania per lo sviluppo del sistema sanitario nazionale su tre livelli: ospedali, centri di salute territoriali e comunità.

L'ospedale di Tosamaganga è molto diverso dalla realtà a cui siamo abituati nel nostro corso di studi: è molto semplice, composto da un reparto maschile fatto di due stanze, uno femminile con 40 letti in un unico grande spazio, una sala operatoria, un reparto pediatrico, l'ostetricia e una sezione di lungodegenza. Di sicuro, però, quello che più mi ha colpito è stata la grande pentola posta all'esterno, dove i parenti cucinavano per i pazienti. Durante il nostro tirocinio abbiamo avuto come *tutor* due medici, uno locale e uno di Medici con l'Africa Cuamm, che ci hanno guidato e supportato nei momenti più difficili: è stata dura vedere un bambino ammalato di tetano (da noi prevenibile semplicemente con un vaccino) oppure una giovane ragazza febbricitante, dispnoica, con ipersplenismo e leucocitosi. Era probabilmente leucemia, ma non ho più avuto occasione di rivederla.

Durante il mio breve periodo trascorso a Tosamaganga ho visto tante storie così, tutte ugualmente segnate dall'ingiustizia, ma ho conosciuto anche medici, infermieri, persone che si impegnano con incredibile forza d'animo: ho visto gessi che venivano tolti, bimbi che riprendevano a camminare e donne che partorivano in sicurezza. E questo è un segno concreto di speranza.

I giorni trascorsi a Tosamaganga sono passati velocemente, nonostante il tempo lì assuma una dimensione molto diversa da quella a cui siamo abituati. Si dilata, va al di là del concetto stesso di tempo e l'unico tempo percepito è il presente. Eppure, il giorno del ritorno è arrivato: stesso viaggio, stessa avventura, ma in compagnia di pensieri, luoghi, persone e profumi che non potrò mai dimenticare.

sione: di idee, di materiale, di esperienze, di letture, di sapere. Non solo: in alcuni casi i gruppi si sono spinti oltre, fino a portare questo bagaglio di conoscenze all'esterno.

Alcuni gruppi sono parte attiva nel mondo accademico e hanno realizzato *ex novo* alcuni Ade (corsi opzionali) in contesti in cui ancora non erano presenti (Perugia e Genova); oppure hanno contribuito all'organizzazione dei corsi già esistenti; o ancora si sono spinti fuori dalle mura universitarie, ricercando spazi messi a disposizione dalla società civile.

I corsi hanno toccato gli argomenti più vari, spaziando attraverso le tematiche più care agli studenti: determinanti di salute, disuguaglianze in salute, medicina delle migrazioni, salute pubblica, le organizzazioni dei Sistemi sanitari nazionali, l'impatto della globalizzazione nel mondo sanitario, Cooperazione internazionale e sviluppo. Il gruppo di Genova, molto caparbiamente, ha voluto portare *tout court* l'esperienza del Laboratorio di mondialità all'interno del proprio ambito universitario, creando un "*Urban Lab Mond*" a misura di ateneo. Il gruppo di Roma è parte integrante della Riisg e dà il proprio contributo per lo sviluppo dell'insegnamento delle tematiche ad essa collegate all'interno delle università.

Oltre a questo, i ragazzi si sono inseriti nel contesto cittadino, organizzando, per esempio a Roma, delle giornate per la sensibilizzazione rivolte a tutta la comunità. L'entusiasmo dei partecipanti e il successo di queste manifestazioni alimentano la speranza che, in fondo, un cambiamento è possibile.

La soddisfazione dei ragazzi, però, esula dai risultati professionali e formativi e dalla quantità di attività proposte: nessuno dei gruppi ha infatti dimenticato di raccontarci anche aspetti conviviali all'interno del gruppo: una dimostrazione di come l'affiatamento e un efficace *team building* non siano solo utili ai fini delle attività, ma siano anche opportunità per crescere dal punto di vista umano.



FORUM

IL PROGETTO “EQUAL OPPORTUNITIES FOR HEALTH”

Il progetto “*Equal opportunities for health: action for development*” intende realizzare corsi per formare medici e professionisti capaci di farsi promotori di una salute davvero globale ed equa, a livello locale e internazionale. Solo con la consapevolezza delle relazioni e degli intrecci clinici e sociali, il medico e l'operatore sanitario possono lavorare per costruire una salute che vada al di là del singolo individuo e che coinvolga l'intera società.

TESTO DI / CHIARA DI BENEDETTO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

IL PROGETTO

7 Paesi, 18 università, organizzazioni non governative e associazioni studentesche, 3 anni di attività, da marzo 2011 a febbraio 2014: è partito “*Equal opportunities for health: action for development*”, progetto europeo che intende dare spazio e voce a sensibilizzazione ed educazione per la Salute globale, con l'obiettivo di destare interesse su un approccio alla salute spesso invisibile. Parlare di Salute globale significa guardare alla salute in modo “panoramico”, come tassello di un puzzle composito in cui i fattori intrecciati sono tanti e tra loro interdipendenti. Per far questo, il progetto mira alla sensibilizzazione e alla formazione dei professionisti della salute: studenti di Medicina da un lato e medici, infermieri e operatori sanitari dall'altro saranno coinvolti in numerosi percorsi di confronto professionale in cui riflettere su un nuovo paradigma della salute che tenga conto di tematiche come globalizzazione, cooperazione sanitaria internazionale, determinanti di salute¹.

Al timone del progetto c'è ancora Medici con l'Africa Cuamm, così come era stato nell'omonimo progetto europeo sviluppato nel biennio 2007-2009. Questa volta l'Ong è affiancata da partner in gran parte nuovi, prevalentemente paesi nuovi membri della Comunità Europea: Romania, Polonia, Bulgaria, Lettonia, Ungheria e Malta.

ITALIA

1. Medici con l'Africa Cuamm
2. Università di Bologna, Dipartimento di Medicina e Sanità pubblica
3. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale - Oisg
4. Segretariato Italiano Studenti di Medicina - Sism
5. Regione Veneto
6. Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri - Fnomceo

ROMANIA

7. Transilvania University of Brasov
8. Medicine Students Scientific Association of Brasov Mssab

POLONIA

9. Humanitarian Aid Foundation “Redemptoris Missio” Medicus Mundi
10. Poznan University of Medical Sciences
11. International Federation of Medical Students' Association - Ifmsa

LETTONIA

12. Association for Family Planning and Sexual Health “Papardes Zieds”
13. Latvian Medical Students' Association - LaMsa
14. University of Latvia

BULGARIA

15. Medical University - Pleven
16. Association of Medical Students in Pleven
17. Association “Development of Personality and Human Communities” Pleven

MALTA

18. Medical Students' Association - Mmsa

UNGHERIA

19. Central European University

UN MODELLO CONDIVISO

Le attività di formazione in ogni paese sono coordinate, per instaurare un modello condiviso di riflessione orientato agli stessi obiettivi. Vale la pena chiedersi quale impatto può avere un lavoro in rete del genere. Lo abbiamo chiesto ad Angelo Stefanini, direttore scientifico del Csi - Centro di Salute Internazionale dell'Università di Bologna. «Questo lavoro in rete riveste un'importanza straordinaria, innanzitutto perché facilita lo scambio di conoscenze, pratiche e percezioni, molto diverse tra loro, di alcuni concetti chiave come “salute”, “globalizzazione”, “formazione”. In secondo luogo, un insieme variegato di soggetti fa emergere distinte metafore dietro cui si annidano strategie e politiche tra loro discordanti ma tutte raggruppabili sotto il termine “Salute globale”. Promuovere la Salute globale, infatti, può essere visto come strumento di politica estera, come mezzo per proteggere la propria popolazione, come elemento chiave di aiuto ai





paesi poveri, come investimento economico vero e proprio o, ancora, come intervento di sanità pubblica per ridurre il carico di malattia della popolazione mondiale».

OBIETTIVI

Non solo su contenuti comuni si concentra il programma formativo del progetto, ma anche su un'attenzione privilegiata a metodologie didattiche efficaci, in grado di coinvolgere maggiormente chi partecipa ai corsi, soprattutto i giovani studenti di Medicina. «Insegnare la Salute globale, soprattutto nelle Università – dice Stefanini – equivale a tentare di scardinare un sistema formativo che fa perdere di vista le finalità e i valori portanti della professione medica. Significa formare professionisti socialmente responsabili che, consci dei doveri che hanno nei confronti della società umana, prendano parte fattivamente alle attività di promozione della salute e del benessere dell'intera comunità, capaci di valorizzare le diversità e combattere il pregiudizio e le disuguaglianze».

Il progetto in corso si propone quindi di formare questi nuovi specialisti in Salute globale, capaci di inquadrare la salute in un contesto sfaccettato e in continuo movimento. Viene naturale chiedersi quale sia poi l'applicazione di questa formazione. Dove opera chi lavora per questa disciplina? Risponde Stefanini: «Il significato di Salute globale supera la prospettiva "internazionale" secondo la quale esistiamo "noi", i paesi ricchi con una lunga aspettativa di vita, e "loro", i poveri del Sud. Una tale semplificazione contiene l'errore di fondo di confrontare tra loro soltanto valori medi di ricchezza e di salute. Come richiamava don Milani, "le medie son vigliacche perché mischiano il più dei ricchi col meno dei poveri come facesse pari!". Il termine Salute globale sottolinea invece l'irrelevanza dei fattori geo-politici e dei confini nazionali nella diffusione delle malattie e nella distribuzione dei determinanti della salute tra gruppi di popolazione contigui. Le disuguaglianze si manifestano non solo tra i vari paesi, ma anche al loro interno, poiché le diverse comunità sono esposte a determinanti di salute molto diversi, come reddito, opportunità di lavoro, supporto sociale. Quel che è certo è che a ciascun livello (locale, intermedio e globale) si può e si deve intervenire per affrontare efficacemente questi problemi».

È questa la strada che il progetto "Equal opportunities for health" intende seguire nel prossimo triennio, formando medici e professionisti che siano promotori di una salute davvero globale ed equa. Solo con la consapevolezza delle relazioni e degli intrecci clinici e sociali, il medico e l'operatore sanitario possono lavorare per costruire una salute che vada al di là del singolo individuo e che possa coinvolgere l'intera società.

NOTE

1 Le discipline a cui si fa riferimento quando si parla di Salute globale sono state definite, in seguito a un lavoro di ricerca e discussione collettiva, durante il progetto *Equal opportunities for health: action for development 2007-2009* e sono contenute e descritte in un documento, adottato dai partner di progetto, definito *curriculum standard*, <http://www.cuamm.org/en/university-education>.

EQUAL OPPORTUNITIES

Le attività del progetto "Equal opportunities for health: action for development" si rivolgono principalmente alla comunità medico-sanitaria e prevedono il coinvolgimento dell'opinione pubblica.

Le attività del progetto "Equal opportunities for health: action for development" si rivolgono principalmente alla comunità medico-sanitaria – medici, operatori sanitari, docenti e formatori, studenti di Medicina – e prevedono inoltre momenti di coinvolgimento e sensibilizzazione per l'opinione pubblica. Le attività sono iniziate l'1 marzo 2011 e proseguiranno fino al 28 febbraio 2014, in varie città italiane e in tutti i paesi partner del progetto. Per saperne di più www.cuamm.org/educationglobalhealth

EDUCAZIONE/FORMAZIONE

- Corsi accademici per studenti di Medicina e altre facoltà
- Seminari per medici e professionisti della sanità in collaborazione con Ordini dei medici, aziende ospedaliere e sanitarie
- Corsi di approfondimento su contenuti e didattica per docenti universitari e formatori

SENSIBILIZZAZIONE E INFORMAZIONE

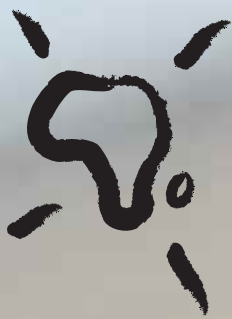
- Area web dedicata al progetto, con materiali e bibliografia
- Pubblicazione della rivista *Salute e Sviluppo*, disponibile anche *online*
- Produzione di video documentari
- Incontri ed eventi tematici sul territorio
- Organizzazione di una conferenza internazionale

NETWORKING

- Incontri nazionali e internazionali tra partner di progetto, esperti, docenti, studenti
- Sviluppo di nuove sinergie tra gli attori della Salute globale a livello nazionale ed europeo

STUDIO E RICERCA

- Mappatura dei corsi universitari in Salute globale
- Aggiornamento del *curriculum standard* in Salute globale
- Partecipazione a convegni e congressi tematici
- Lavoro di ricerca sulle condizioni del sistema sanitario africano
- Pubblicazione di articoli scientifici e studi congiunti internazionali.



KENYA, AGOSTO 2011

Un neonato fa il suo primo sbadiglio nell'ospedale di Hagadera, presso il campo profughi di Dadaab, in Kenya. Le morti materne, fetali e neonatali rappresentano uno dei maggiori problemi sanitari dell'Africa sub-Sahariana. La crisi del Corno d'Africa metterà ancor più a dura prova le popolazioni della Somalia e degli altri paesi colpiti. Nel *meeting* internazionale organizzato da Medici con l'Africa Cuamm per il prossimo 5 novembre, "Prima le mamme e i bambini", verrà dato spazio anche a questa particolare emergenza.







ESPERIENZE DAL CAMPO

IL CONTROLLO DELLA TUBERCOLOSI IN ANGOLA

Il Programma, iniziato nell'agosto 2005, mirava a riorganizzare la rete di servizi anti-tubercolari e ad assicurare che la strategia terapeutica promossa dall'Oms (*Directly Observed Treatment - Dot*) fosse applicata in 11 delle 18 province dell'Angola, che contano circa l'85% della popolazione. L'intervento ha permesso un rapido sviluppo di linee guida per la formazione del personale, di attività di supervisione e di espansione dei servizi Dot.

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

La Repubblica dell'Angola è situata sulla costa occidentale dell'Africa sub-Sahariana. È uno dei paesi più grandi del continente, con un territorio che copre una superficie di 1,2 milioni di km². La sua popolazione, in costante aumento, è stimata intorno ai 14-17 milioni di abitanti, di cui circa il 60% ha meno di 18 anni. Politicamente e amministrativamente l'Angola è organizzata in 18 province, 164 municipi e 557 comuni. Gli indicatori di salute dell'Angola sono tra i peggiori dell'Africa sub-Sahariana. Il tasso di mortalità infantile è di 154 decessi ogni 1.000 nati, mentre il tasso di mortalità nei primi 5 anni di vita è di 260 ogni 1.000. Il tasso di fecondità totale è stato calcolato essere di 7,2 bambini per donna, mentre l'aspettativa di vita media è di soli 40 anni. Il tasso di mortalità materna è stato stimato tra le 900 e le 1.300 morti materne ogni 100.000 nascite. Questi indicatori di salute sono il riflesso di una serie di fattori concorrenti, quali la mancanza di accesso ai servizi sanitari, acqua, fognature, igiene della persona, cibo, sicurezza alimentare, alloggi, reddito familiare, conoscenze e pratiche in materia di assistenza sanitaria nelle comunità e nelle famiglie.

Dal 2005 al 2010, in qualità di *sub-recipient* dell'Unpd in 11 delle 18 province dell'Angola, Medici con l'Africa Cuamm ha implementato il progetto "Support to the National Tuberculosis Control Program", finanziato da una call del 4° round del Global Fund (Gf). Il progetto, concepito per offrire «supporto al Programma nazionale di controllo della tubercolosi (Pnct)», mirava a riorganizzare la rete di servizi anti-tubercolari e ad assicurare che la strategia terapeutica promossa dall'Oms (*Directly Observed Treatment - Dot*) fosse applicata in 11 delle 18 province dell'Angola (Luanda, Huambo, Benguela, Moxico, Biè, Cabinda, Huila, Lunda, Norte, Uige e Malanje), che contano circa l'85% della popolazione angolana, in considerazione del fatto che in esse si fossero verificati più dell'80% del totale dei casi di tubercolosi notificati in Angola. Il budget totale del progetto era di 11.163.763 dollari, distribuiti su un periodo di cinque anni. Durante il quinquennio, il Gf ha versato un totale di circa 6.500.000 dollari.

Il progetto del Gf finanziava ogni aspetto legato all'espansione del Dot e al miglioramento della qualità, eccetto l'acquisto di medicinali anti-tubercolari. Le principali attività portate avanti sono state:

- ampliamento della rete dei centri di diagnosi e terapia;
- restauro e rinnovo dei centri di diagnosi e terapia e approvvigionamento di attrezzature e materiali di consumo (reagenti da laboratorio, registri, cancelleria);

- fornitura di mezzi di trasporto: un'auto per ogni supervisore provinciale e un motociclo per ogni supervisore municipale, più i costi di gestione e di manutenzione;
- formazione delle risorse umane (supervisor, infermiere, tecnici di laboratorio);
- attivazione di programmi di supervisione, consistenti in incontri periodici tra supervisor provinciali e municipali;
- uso del teatro comunitario per promuovere, nelle comunità, la conoscenza e la consapevolezza riguardo alla tubercolosi, ai trattamenti e alle cure.

In cinque anni, quasi 1.800 professionisti sanitari sono stati istruiti secondo le nuove linee guida standardizzate e con manuali creati dal personale impiegato nel progetto:

- 286 tecnici di laboratorio specializzati nella gestione di laboratori di tubercolosi;
- 447 infermieri formati sulla gestione dei casi di tubercolosi secondo la strategia Dot;
- 213 supervisor formati in aspetti programmatici e manageriali della tubercolosi e in tecniche di supervisione;
- 22 supervisor provinciali formati sulla supervisione dei centri di diagnosi e trattamento della tubercolosi;
- 805 infermieri formati in diagnosi e cura della tubercolosi;
- 26 logisti provinciali formati in attività di supporto per il controllo della tubercolosi.

Il numero di laboratori che dispone di un adeguato sistema di diagnosi e *report* è cresciuto da 18 nel 2004 a 112 nel 2010, mentre il numero di centri di trattamento (centri Dot) da 44 nel 2004 a 158 nel 2010.

L'espansione dei servizi per la tubercolosi e il miglioramento della loro qualità attraverso il *training* e la supervisione possono essere associati ai risultati positivi registrati riguardo al tasso di successo e di abbandono del trattamento. Infatti, dall'inizio del progetto, nelle 11 province sostenute, la percentuale di successo della terapia per la categoria 1^A è cresciuta dal 69% al 73%, mentre il tasso di abbandono per le categorie 1 e 2 è sceso dal 23% al 19%.

Il sistema informativo sanitario per la tubercolosi è stato migliorato e oggi più del 90% delle 11 province rispetta i termini di scadenza per l'invio dei *report*, fornendo informazioni quantitativamente maggiori e qualitativamente migliori. Rapporti trimestrali sulle attività vengono inviati alla direzione del Programma nazionale di controllo della tubercolosi nei primi 60 giorni del trimestre successivo,

rendendo possibile l'aggiornamento regolare e ragionevolmente rapido delle statistiche nazionali.

Prima dell'avvio di questo progetto, in Angola non vi era mai stato un sistema strutturato e consolidato di supervisione delle attività dei centri di diagnosi e terapia per la tubercolosi. Dopo tre anni, il numero dei centri municipali per la tubercolosi che hanno ricevuto visite di supervisione è cresciuto dal 19% del 2005 al 77% del 2008. Inoltre, è stata rinforzata la collaborazione con l'Istituto Nazionale per la Salute Pubblica (Insp), ente responsabile per la qualità dei servizi di laboratorio in Angola. Oggi tutti i laboratori impegnati nel controllo della tubercolosi sono supervisionati dal Pnct e dall'Insp. È stato introdotto anche un sistema di retro-informazione, associato a specifiche raccomandazioni, che avviene inizialmente attraverso la discussione diretta immediatamente al termine della visita.

Per molti anni, l'approvvigionamento dei medicinali anti-tubercolari in Angola è stato sia irregolare sia insufficiente. Quando è iniziato il progetto del Gf, infatti, il Pnct non aveva ancora sviluppato una modalità valida e regolamentata di gestire i farmaci per la tubercolosi. Il progetto ha fornito assistenza tecnica e sostenuto la distribuzione di medicinali con regolare cadenza trimestrale. L'osservazione fatta durante il primo biennio suggerisce che gli interventi correttivi iniziati dal progetto del Gf, inerenti alle procedure usate per ordinare e distribuire i medicinali tra il livello nazionale e quello provinciale, sono riusciti a ridurre marcatamente il numero delle anomalie nel sistema. Un esempio è il caso del "Rhze" (la combinazione fissa di dosi usate agli stadi iniziali della terapia): gli episodi in cui ne venivano richieste quantità eccessive o apparentemente ingiustificate sono drasticamente diminuiti dal 64% del 2005 al 32% del 2006: una riduzione del 50%.

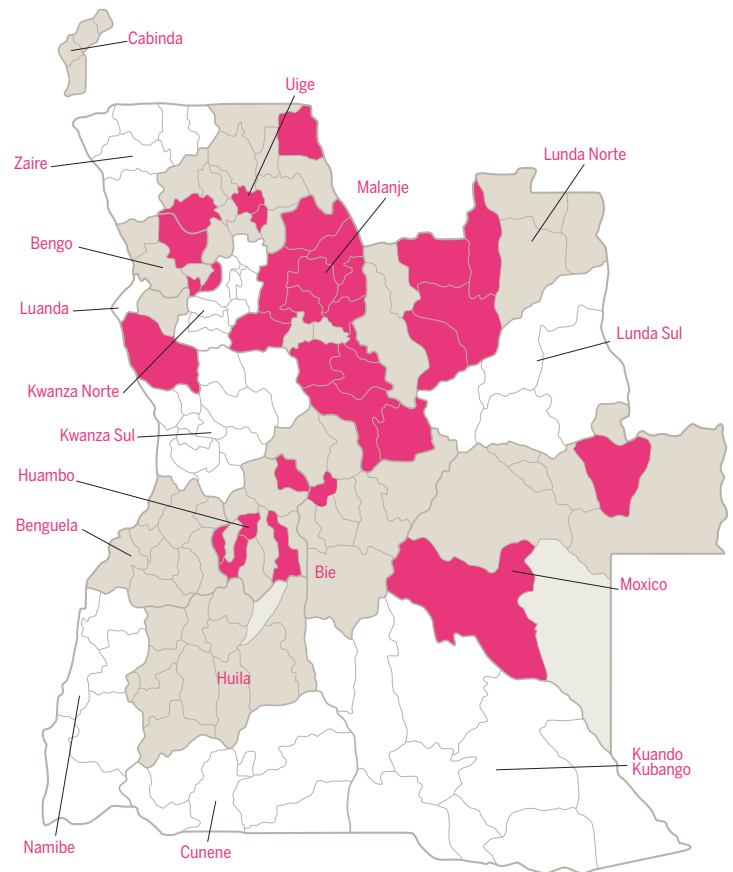
Gli aspetti sociali e comunitari della tubercolosi sono stati analizzati grazie alla ricerca Tb-Kap (*Knowledge-Attitude-Perspective*), nel 2005, quando 2.975 interviste complete sono state raccolte nelle cinque province angolane che partecipavano all'indagine (Luanda, Huambo, Huila, Uige e Malanje).

Il primo dato che emergeva dallo studio Tb-Kap era il fatto che il 32% degli intervistati non aveva mai sentito parlare di tubercolosi e che, analizzando la familiarità con la malattia a seconda delle fasce d'età, la percentuale saliva al 40% nel caso dei ragazzi fino ai 18 anni.

Dopo la pubblicazione dello studio Tb-Kap, un consulente è stato messo a disposizione del Ministero della Salute con l'obiettivo di definire un piano nazionale per la comunicazione e la mobilitazione sociale riguardante la tubercolosi. Il piano, completato nel 2007, è stato denominato Penps-Tb: *Plano Estrategico Nacional de Promoção da Suade para a tuberculoses*. Questo piano definisce gli standard nazionali angolani per la produzione/stampa di volantini, gadget, fumetti, t-shirt e altro materiale per le campagne informative sulla tubercolosi. Il Penps-Tb definisce anche i principali attori e i beneficiari delle attività di informazione, educazione e comunicazione.

Inoltre, Medici con l'Africa Cuamm, in collaborazione con organizzazioni della società civile angolana, ha implementato anche

FIGURA 1 / LE 18 PROVINCE DELL'ANGOLA



una serie di "teatri della comunità", per diffondere messaggi sulla tubercolosi; in cinque anni, sono stati messi in scena 423 spettacoli che hanno raggiunto circa 86.000 spettatori.

In conclusione, è possibile affermare che il progetto ha avuto un impatto decisivo sul rilancio del Programma nazionale di controllo della tubercolosi angolano, che, come il resto del paese, stava uscendo da 30 anni di guerra civile. In un lasso di tempo relativamente breve, il progetto ha permesso un rapido sviluppo di linee guida per la formazione del personale, di attività di supervisione e di espansione dei servizi Dot nelle 11 province supportate. È stata migliorata la capacità di gestione del Pnct. Il progetto ha creato, inoltre, molte delle condizioni che hanno spianato la strada all'approvazione di un nuovo finanziamento da parte del 9° round del Gf, sovvenzione che permetterà di sostenere con attività simili tutte le province dell'Angola.

NOTE

1 *Categoria 1:* nuovi casi diagnosticati; *categoria 2:* recidive, fallimento terapeutico; *categoria 3:* tubercolosi extrapolmonare / tubercolosi polmonare sputo-negativa; *categoria 4:* casi cronici.



ESPERIENZE DAL CAMPO

“STRENGTHENING THE HMIS” A TOSAMAGANGA, TANZANIA

Attraverso l'analisi accurata di dati demografici e sanitari affidabili (e gli interventi conseguenti), la mortalità e la morbilità possono essere ridotte. Visti i buoni risultati che il progetto ha permesso di raggiungere nell'ospedale di Tosamaganga, è stato deciso di implementare lo stesso programma nell'ospedale di Mikumi.

TESTO DI / NÚRIA MARZO RODRIGO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

INTRODUZIONE

Nel 2007 le autorità sanitarie della regione di Iringa (Tanzania) si resero conto che i dati sanitari riguardanti la popolazione e l'efficacia degli interventi sanitari non erano affidabili. Alcune esperienze, sviluppate anche nella stessa Tanzania, hanno mostrato che attraverso l'analisi accurata di dati demografici e sanitari affidabili (e gli interventi conseguenti), la mortalità e la morbilità possono essere ridotte^{1,2}. In questo contesto, Medici con l'Africa Cuamm ha promosso il progetto “*Strengthening the HMIS (Health Management Information System)*”, focalizzato sull'ospedale di Tosamaganga, che svolge funzione di ospedale distrettuale nell'Iringa District Council, dove risiedono 261.938 abitanti.

Il progetto, iniziato nel giugno 2009 e durato due anni, è stato gestito da un medico Cuamm (capo progetto) e finanziato dalla Fondazione Maria Bonino³.

L'obiettivo principale del progetto è stato il rafforzamento dell'Hmis dell'ospedale di Tosamaganga, per poter raccogliere informazioni appropriate sulle attività sanitarie, identificare i punti critici, supportare e pianificare le attività stesse sulla base di una adeguata definizione delle priorità.

In Tanzania, le strutture sanitarie raccolgono manualmente in dodici registri diversi i dati sulle diverse informazioni di attività, mentre trimestralmente una sintesi di queste viene mandata al *District Medical Officer*, dove vengono compilati i rapporti distrettuali.

METODI

Alla fine del progetto tutti gli obiettivi e risultati sono stati raggiunti⁴ attraverso la creazione di una solida strategia di raccolta dati, con l'analisi del flusso dei dati, la computerizzazione, l'attività formativa, la partecipazione al *management team* dell'ospedale e il miglioramento della qualità.

Il risultato principale è stato quello di avere a disposizione un sistema di raccolta dati adeguato a fornire informazioni puntuali per prendere decisioni di pianificazione basate sulle evidenze, contribuendo al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità dei servizi sanitari forniti.

o Analisi del flusso dei dati

Il sistema informativo è stato analizzato a livello nazionale e di struttura sanitaria, in maniera da conoscere e comprendere il flusso dei dati e identificarne i punti di forza e di debolezza. Nell'ospedale di Tosamaganga si è rilevato un punto di forza il fatto che, ogni giorno, nei diversi reparti, venga compilata una relazione riportante il numero di ricoveri, dimissioni, morti e casi riferiti; questi documenti, una volta portati in accettazione, vengono informatizzati.

Tuttavia, l'inserimento dei dati viene fatto su un foglio di lavoro Excel elementare, dove molte informazioni restano incomplete, senza nessun *back up* del file, che quindi potrebbe essere facilmente danneggiato o cancellato, ma soprattutto senza utilizzare le potenzialità del *software* per la creazione del rapporto, che viene alla fine fatto ancora manualmente.

o Creazione di un programma informatizzato

Partendo da questi punti di forza identificati – l'esistenza del foglio anagrafico quotidiano e la conoscenza di base del *software* – è stato creato sotto forma di calendario un nuovo programma di Excel, semplice, flessibile e *user friendly*, incorporando i modelli di raccolta dati del sistema informativo sanitario nazionale per gli ospedali. In questo modo, la raccolta dati è stata estesa a tutti i dipartimenti dell'ospedale, creando un nuovo flusso della raccolta dati e uniformando la compilazione.

o Formazione, supervisione

Le sessioni di formazione sono state focalizzate sulle aree di debolezza individuate, quali la raccolta dei dati, l'analisi statistica, il *feed-back*, le competenze informatiche, la qualità e l'analisi di gestione e pianificazione sanitarie.

Sono stati realizzati 25 seminari con 282 partecipanti, per una durata media di 4 giorni, includendo nuovo materiale didattico ed esercitazioni pratiche per garantire che ciò che veniva insegnato fosse messo in pratica. Lo *staff* dell'ospedale è stato coinvolto come facilitatore per migliorare la *performance* dei diversi professionisti e aumentare la motivazione.

Supervisione e formazione continua sono state pratiche costanti del progetto per garantire l'apprendimento, il *follow up* e l'utilizzo del nuovo programma Excel.

o Hospital Management Team (Hmt)

Obiettivo del programma non è stato semplicemente quello di

produrre informazioni attendibili, ma anche far sì che queste informazioni potessero guidare le decisioni gestionali. Perciò la partecipazione attiva all'Hmt è stata decisiva per aumentare le competenze del *team* sull'utilizzo dei dati per un'attività di *decision-making* informata⁵.

o Miglioramento della qualità

L'Hmis è stato anche uno strumento efficace per migliorare la qualità dei servizi ospedalieri, dato che permette di individuare le buone pratiche e di promuovere la motivazione e la responsabilità dello *staff*. Per questi motivi, è stata sostenuta la messa in opera del "Programma Nazionale di Miglioramento della Qualità" (*Quality Improvement Programme*), che il Ministero della Salute della Tanzania sta adottando⁶.

RISULTATI

Grazie al nuovo sistema creato è stato possibile ottenere dati validi e accurati per mostrare la reale attività dell'ospedale⁷, come mostra la **figura 1**.

Dal grafico emerge evidente, prima dell'implementazione del progetto, l'assenza delle registrazioni delle visite effettuate; ciò portava a sottostimare la mole di lavoro realizzato. Nel 2010, l'attività ambulatoriale registrata è stata il 261% rispetto al 2008.

È ovvio, quindi, che, prima dell'intervento, l'ospedale non fosse in grado di riportare il proprio livello di attività. Sappiamo invece quanto sia importante poter dimostrare la propria *performance* (soprattutto quando è buona), da una parte per attrarre maggiori risorse finanziarie a sostenere i costi dei servizi, dall'altra per giustificare il bisogno di maggiori risorse umane per garantire un determinato livello di qualità⁸.

Il passaggio successivo è stato lo sviluppo di un approccio integrato fra i dati e il controllo delle malattie. Dopo aver raccolto, analizzato e interpretato i dati, questi sono stati utilizzati per definire delle conclusioni da cui intraprendere azioni correttive e, quindi, di **gestione sanitaria**⁹.

Di seguito, due esempi di come l'utilizzo dei dati abbia avuto un impatto sulla gestione delle malattie.

Negli ultimi anni, le **infezioni delle vie urinarie** sono state una delle diagnosi più frequenti per i bambini sotto i 5 anni. Nel 2009 rappresentavano il 26,6% per l'ambulatorio e il 21,8% dei ricoveri. L'evidenza del dato¹⁰ è stata discussa dall'Hmt: come causa principale è stato individuato il non rispetto degli standard di qualità nella raccolta di urina, che portava quasi sistematicamente alla contaminazione del campione. Una volta identificato il problema, e adottata la soluzione conseguente, si è ottenuta una riduzione significativa delle diagnosi di infezioni urinarie nei bambini con meno 5 anni, come emerge nella **figura 2**.

L'altro esempio di utilizzo dei dati per pianificazione e miglioramento organizzativo riguarda i **test per la malaria** richiesti al laboratorio, che rappresentavano un grosso carico di lavoro a fronte di un beneficio diagnostico minimo. Il Distretto si trova in-

FIGURA 1 / OSPEDALE DI TOSAMAGANGA. N° VISITE AMBULATORIALI PRIMA DELL'AVVIO DEL PROGETTO E A PROGETTO IMPLEMENTATO

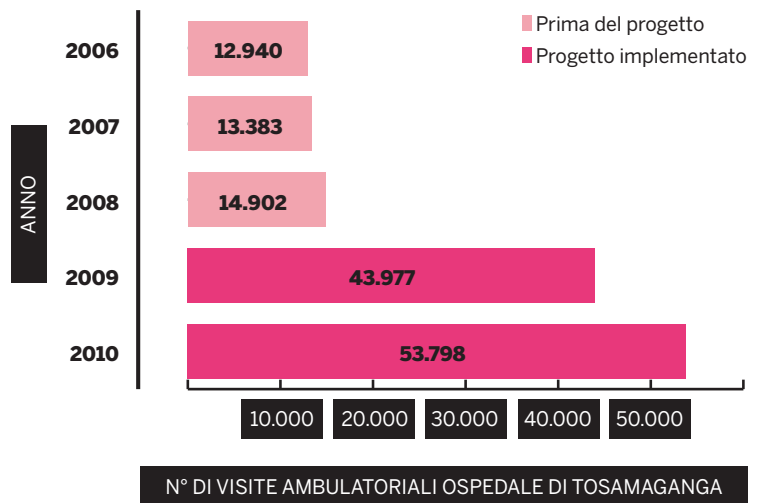
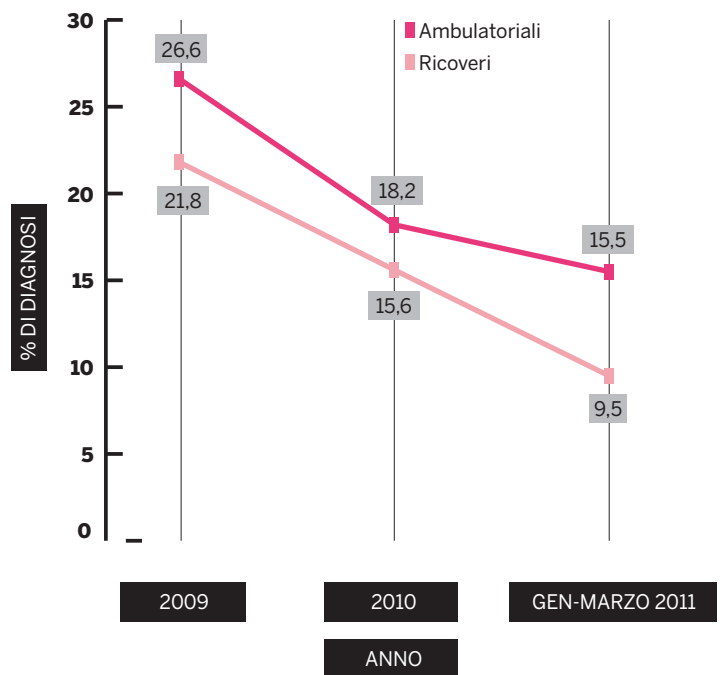


FIGURA 2 / OSPEDALE DI TOSAMAGANGA. % DIAGNOSI INFEZIONE VIE URINARIE BAMBINI <5 ANNI D'ETÀ



fatti a un'altezza di 1450 slm nella regione di Iringa, dove c'è una bassa diffusione della malaria: a fronte dei numerosissimi test richiesti la positività era estremamente bassa, per di più in calo negli ultimi anni dall'8% del 2007 all'1% del 2010 e con uno 0,5% di positività nel primo trimestre del 2011.

Di fronte a questa evidenza (oltre il 99% dei casi clinici sospetti negativi al test) si è deciso di agire sul protocollo di diagnosi e *management* della malaria, per ridurre drasticamente la richiesta di test, non necessaria e inappropriata, diminuendo il carico di lavoro del laboratorio e riducendo i costi per forniture e reagenti¹¹.

Il progetto, inoltre, non solo ha raggiunto i risultati descritti sopra, ma ha anche contribuito a sviluppare e implementare nell'ospede-

dale di Tosamaganga il **Quality Improvement Programme** nazionale, raggiungendo in termini di efficienza, dopo la prima valutazione, il secondo posto su 33 ospedali coinvolti a livello nazionale (secondo solamente all'ospedale pilota del programma).

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

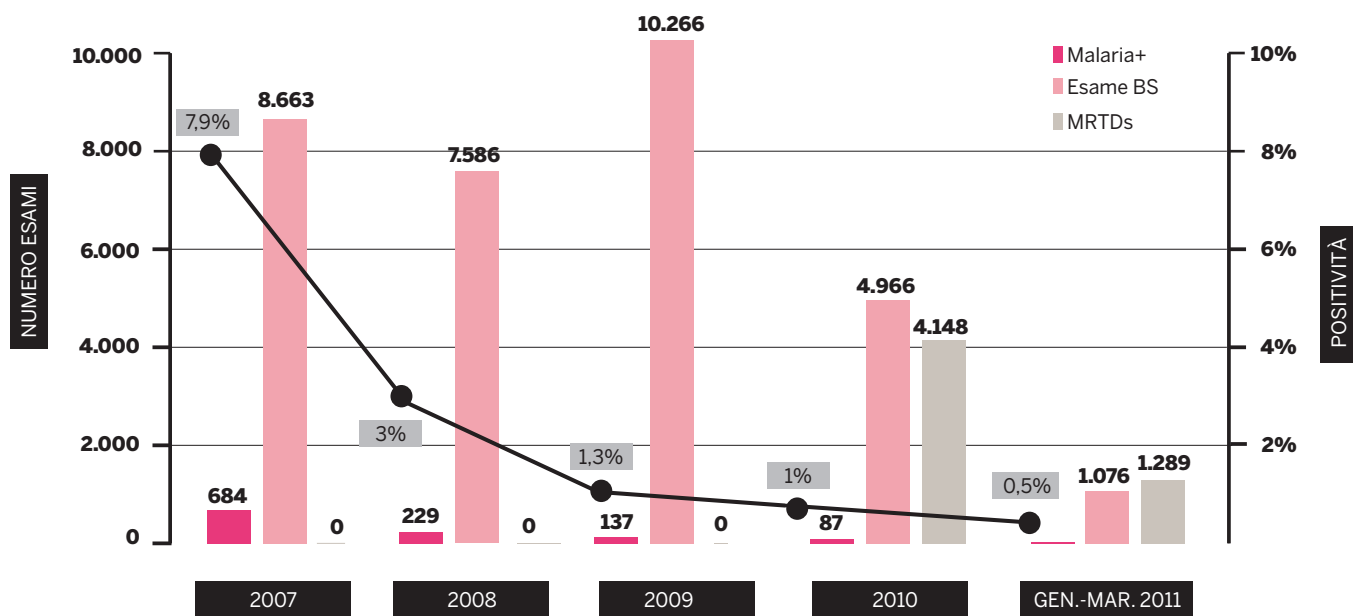
Il progetto ha dimostrato che, grazie a un semplice e nuovo programma in Excel creato a partire dai punti di forza rilevati nel flusso di dati dell'ospedale, è stato possibile creare un ufficio e un sistema centralizzato per la raccolta e la computerizzazione delle informazioni dell'ospedale e, così, registrare l'effettiva attività.

L'analisi e l'utilizzo di queste informazioni in termini operativi e decisionali (*decision-making integrating data*) hanno portato a un miglioramento della gestione clinica in termini di efficienza, efficacia e qualità nell'ospedale.

Visti i buoni risultati del progetto nell'ospedale di Tosamaganga, è stato deciso di implementare lo stesso programma nell'ospedale di Mikumi (dove Medici con l'Africa Cuamm è presente dal 2005), dopo un minimo adattamento al contesto, per ottenere lo stesso beneficio sulle autorità e lo staff dell'ospedale coinvolti.

Questa esperienza dimostra che un "piccolo" progetto, con poche risorse, è stato un utile strumento per la pianificazione e la gestione ospedaliera, con una metodologia che potrebbe essere trasferibile ad altri centri e distretti¹².

FIGURA 3 / TREND N° ESAMI MALARIA



BIBLIOGRAFIA

- Mwageki, Masanja, Juma, Momburi, Mkilind, Mbuya, Kasale, Reid, Don de Savigny, *Initial Studies on Health Inequalities in the Rufiji River Basin, Coastal Tanzania - Evidence from a Demographic Surveillance System*, December 2002, Tanzania Ministry of Health, http://www.idrc.ca/en/ev-45726-201-1-DO_TOPIC.html
- Routine Health Information Network 2003.
- www.fondazionemariabonino.it
- Marzo Rodrigo, *Final report of the project "Strengthening of HMIS"*
- EJISDC, *Integrated HIS in Tanzania: Experience and Challenges*, 2008, 33,1, 1-2105580.

- <http://www.jica.go.jp/activities/issues/health/5S-KAIZEN-TQM/pdf/guideline.pdf>
- Annual Report 2008, 2009 and 2010 dell'ospedale di Tosamaganga.
- Who, *Neglected Health Systems Research: Health Information Systems*, October 2008, Alliance.
- Who 2007, *Hmn (Health Metrics Network)*, 2008.
- Uti, *Merck Manual, 2010-2011*.
- http://www.who.int/malaria/publications/malaria_microscopy_QA_manual.pdf
- Review of Doctors with Africa Cuamm, project co-founded by the Italian Minister of Foreign Affairs AID 8797 "Strengthening the health services in Iringa Region toward the MDG 4,5 and 6: Iringa District Council"*, Iringa Region, Tanzania, by Dr. Rumishael Shoo, MBChB DPH MHPed PhD.



APPROFONDENDO

TUBERCOLOSI: LA DIAGNOSI DIVENTA PIÙ RAPIDA

Uno strumento pensato per l'utilizzo in qualsiasi ambiente, anche da parte di personale poco qualificato. Anche per queste ragioni, l'uso del *GeneXpert* è stato raccomandato dal Who per i livelli distrettuali e sub-distrettuali, per *équipe* mobili in aree remote. 100 minuti il tempo medio per la diagnosi di tubercolosi e resistenza alla rifampicina.

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

Nel dicembre 2010 il Who ha ufficialmente riconosciuto un nuovo test diagnostico per la tubercolosi, chiamato *GeneXpert*, che permette di fare diagnosi di tubercolosi e, in contemporanea, di rilevare anche la presenza di mutazioni che portano alla resistenza del micobatterio tubercolare (Mt) alla rifampicina. A livello clinico e diagnostico, il *GeneXpert* rappresenta una svolta epocale, in quanto per la prima volta si può fare riferimento a un test completamente automatico, su base molecolare, adeguato per l'uso a livello distrettuale e sub-distrettuale nei paesi in via di sviluppo.

Il *GeneXpert* può diventare lo strumento in grado di sostenere l'intensificazione dello *screening* della tubercolosi soprattutto in pazienti sieropositivi e/o sospetti di tubercolosi resistente (Mdr). Nei contesti africani, questa tecnologia può anche rappresentare una svolta nell'integrazione dei servizi tubercolosi/Hiv con quelli per la salute materno-infantile, favorendo una diagnosi rapida e certa di tubercolosi nei bambini (anche sieropositivi) e nelle mamme, promuovendo lo *screening* della tubercolosi a livello di visite prenatali e intensificandolo per tutte le mamme sieropositive.

La tecnologia è stata originariamente creata per aiutare i lavoratori postali statunitensi a verificare la contaminazione da antrace nella posta. Successivamente l'impresa americana Cepheid Inc., in collaborazione con la fondazione per la diagnostica Find, ha adattato la tecnologia in modo che fosse possibile diagnosticare la tubercolosi e, nel prossimo futuro, sviluppare sulla stessa apparecchiatura (*integrated molecular platform*) altri esami diagnostici, tra i quali quello per la carica virale Hiv.

Lo strumento è pensato per un utilizzo in qualsiasi ambiente, anche da parte di personale poco qualificato. Anche per queste ragioni l'uso del *GeneXpert* è stato raccomandato dal Who per i livelli distrettuali e sub-distrettuali, anche per aree remote e accidentate.

Il *GeneXpert* permette di fare 15, 20 test in un giorno, con un tempo medio di circa 100 minuti per la diagnosi di tubercolosi e resistenza alla rifampicina. Lo strumento richiede una manutenzione annuale, da farsi attraverso l'invio del modulo diagnostico ai laboratori della Cepheid Inc., con una spesa di circa 1.800 dollari, compresi i costi di spedizione dei moduli. Find ha fissato un prezzo preferenziale per i paesi in via di sviluppo, sia per il *GeneXpert* (17.500 dollari, compreso il computer portatile per la lettura del test) sia per le cartucce (16,86 dollari l'una).

Una serie di studi multicentrici ha dimostrato che il test ha una sensibilità del 92% e una specificità del 99% nella rilevazione del *Mycobacterium tuberculosis* nell'espettorato. Inoltre, nei casi di compresenza tubercolosi/Hiv, dove in genere la sensibilità della microscopia è ridotta (47%), la *performance* del test non risulta inficiata¹.

Per la resistenza alla rifampicina, elemento predittivo della Mdr, il *GeneXpert* ha una specificità per le mutazioni che portano alla resistenza alla rifampicina di circa il 90%, anche se il valore predittivo positivo in condizioni di prevalenza Mdr al di sotto dell'8% è inferiore all'80% e al di sotto del 2% è inferiore al 50%.

In aggiunta agli studi su sensibilità e specificità del *GeneXpert*, servono ora ricerche operative che valutino il rapporto costo-efficienza, le risorse umane e organizzative necessarie e l'impatto sull'accesso e sui risultati del trattamento anti-tubercolare e sulla mortalità per tubercolosi².

REFERENZE

<http://www.stoptb.org>

NOTE

¹ Boehme CC, Nicol MP, Nabeta P et al., *Feasibility, diagnostic accuracy, and effectiveness of decentralised use of the Xpert MTB/RIF test for diagnosis of tuberculosis and multidrug resistance: a multicentre*

implementation study, www.thelancet.com, published online April 19, 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60438-8

² WHO, *Rapid Implementation of the Xpert MTB/RIF diagnostic test: Technical and operational 'How-to' Practical considerations*, March 2011.



RASSEGNA

TERAPIA HAART E DIFFUSIONE DELL'HIV

Un'analisi dei benefici della "terapia antiretrovirale altamente efficace" in termini di prevenzione. Fondamentale abbinare l'uso dei farmaci a strategie di riduzione del rischio e individuare i soggetti infetti attraverso interventi di informazione e di educazione, che favoriscano l'accesso ai programmi di *screening*.

TESTO DI / SILVIO DONÀ / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

I soggetti Hiv-positivi sono risultati, nel 2008, 33 milioni (dati Unaid), di cui 2,7 milioni di nuovi casi; il 68% di queste persone vive nell'Africa sub-Sahariana.

Perché, 27 anni dopo la scoperta del virus, l'epidemia da Hiv rimane fuori controllo?

Finora gli interventi farmacologici per interrompere la trasmissione del virus sono stati deludenti e le strategie di riduzione del rischio, basate sull'informazione, l'educazione e le modifiche comportamentali, hanno prodotto risultati insoddisfacenti.

I benefici della terapia antiretrovirale altamente efficace (*Haart - Highly Active Anti-Retroviral Therapy*) in termini di prevenzione, nella popolazione generale, sono stati ampiamente analizzati¹.

La loro efficacia dipende dalla percentuale di sieropositivi trattati, dalla capacità di trattare i pazienti più a rischio di trasmettere l'Hiv, dall'entità del controllo della carica virale, dall'emergere di ceppi virali farmaco-resistenti e dall'effetto del trattamento sui comportamenti a rischio.

I DATI

Lo studio di Montaner² è un'analisi epidemiologica completa della provincia canadese della British Columbia, dove, nel periodo 1996-2009, gli individui in terapia con Haart sono aumentati da 837 a 5.413 (+ 547%, $p = 0,002$). Nello stesso periodo, i nuovi sieropositivi sono diminuiti da 702 a 338 per anno (-52%, $p = 0,001$). Viene ipotizzato un legame tra la diffusione della terapia e le nuove diagnosi di Hiv+: dopo il lancio dell'Haart (1996-99) e dopo l'attuazione di linee guida di trattamento più aggressive (2004-09) i nuovi casi di Hiv+ sono sensibilmente diminuiti (del 40% e 23%, rispettivamente). Viene anche rilevata una relazione tra la carica virale e i nuovi casi di sieropositività.

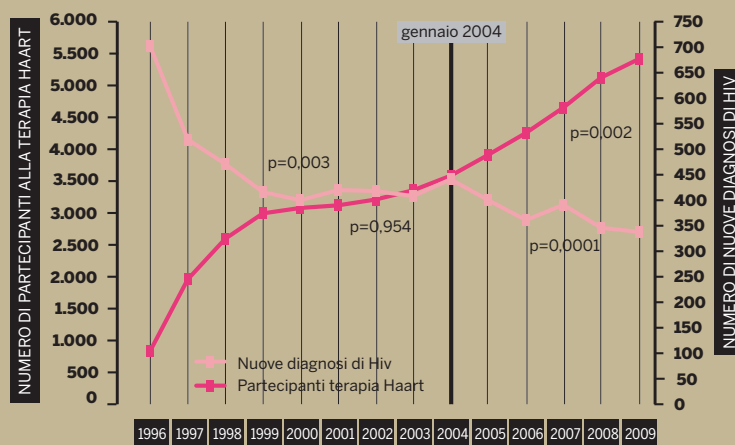
Questi risultati sono stati determinati principalmente da una diminuzione significativa dei sieropositivi tra i tossicodipendenti, mentre l'incidenza tra i soggetti con altri fattori di rischio per l'Hiv è rimasta stabile.

L'IMPATTO DELLA TERAPIA

A livello individuale, l'Haart dà risultati molto significativi, in termini di qualità di vita e di sopravvivenza. Qui siamo di fronte a un uso alternativo dell'Haart, quale strategia di controllo dell'epidemia, in grado di migliorare la salute della popolazione e di ridurre l'infettività e la trasmissibilità dell'infezione, grazie alla riduzione della carica virale.

Per ottenere questi risultati sono necessarie due condizioni: farmaci potenti ed efficaci, per impedire la selezione di mutanti resi-

FIGURA / BRITISH COLUMBIA (CANADA). PARTECIPANTI TERAPIA HAART E NUOVE DIAGNOSI DI HIV NEL PERIODO 1996-2009



Adattato da Montaner².

stenti, e programmi in grado di identificare i soggetti sieropositivi che ignorano il loro *status*.

I risultati odierni sono stati ottenuti principalmente dalla riduzione di nuove infezioni in pazienti tossicodipendenti, una popolazione consapevole del rischio dell'infezione da Hiv, che spesso viene a contatto con il sistema sanitario, quindi, ha maggiori probabilità di essere sottoposta a *screening* per l'Hiv.

LE PROSPETTIVE

L'Haart potrebbe rivelarsi efficace anche per altre popolazioni a rischio, a condizione che gli individui che ne fanno parte siano accuratamente identificabili e correttamente trattati. Quindi è necessario abbinare l'uso dei farmaci a strategie di riduzione del rischio e individuare i soggetti infetti attraverso interventi di informazione e di educazione che favoriscano l'accesso ai programmi di *screening*.

NOTE

¹ F. Maggiolo, S. Leone, *Is HAART modifying the HIV epidemic?*, Lancet 2010, 376: 492.

² J.S.G. Montaner, V.D. Lima, R. Barrios, B. Yip, E. Wood, T. Kerr, K. Shannon, P.R. Harrigan, R.S. Hogg, P. Daly, P. Kendall, *Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study*, Lancet 2010; 376: 532-39.

STILLBIRTH E RAFFORZAMENTO DEI SISTEMI SANITARI

La salute del feto è intrinsecamente condizionata da quella della madre. 1,4 milioni di morti intrauterine avvengono prima del travaglio (*ante partum stillbirth*) e sono dovute a patologie infettive, croniche e alla povertà delle madri.

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

Di che si tratta? Delle morti intrauterine (*stillbirth*) e della loro invisibilità. A colmare questo *gap* di conoscenza e visibilità ci ha pensato il Lancet, con una serie speciale di cui si sintetizzano i punti principali¹.

○ **Gli *stillbirth* rappresentano un problema grave di salute pubblica.**

I dati analizzati, che riguardano l'anno 2008, stimano

in 2,6 milioni gli *stillbirth*. Il 55% è concentrato nelle aree rurali dell'Africa sub-Sahariana e dell'Asia del Sud (**v. cartina**). Il tasso annuale medio di riduzione degli *stillbirth* dal 1995 al 2009 è stato pari a 1,1%, valore inferiore a quello della mortalità materna.

○ **Le cause degli *stillbirth* sono in gran parte legate alle condizioni di salute della madre.**

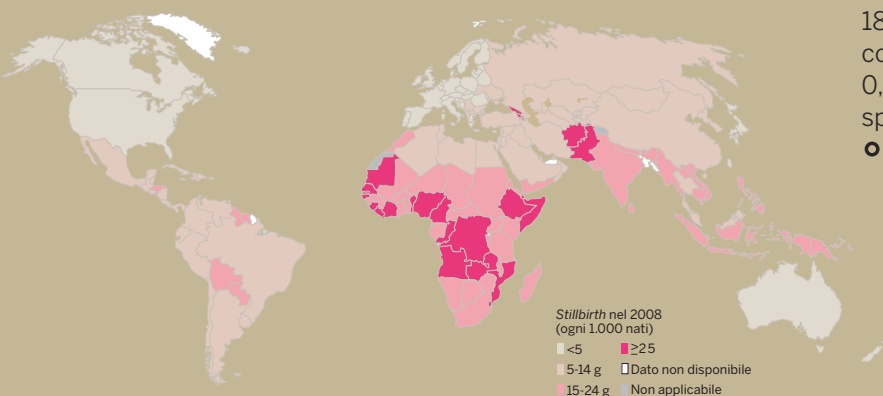
La salute del feto è intrinsecamente condizionata da quella della madre. 1,4 milioni di morti intrauterine avvengono prima del travaglio (*ante partum stillbirth*) e sono dovute a patologie infettive, croniche e alla povertà della madre. In parte sono legate a patologie del feto. 1,2 milioni di morti intrauterine si verificano invece a travaglio iniziato (*intrapartum stillbirth*) e sono dovute prevalentemente a cause ostetriche, evitabili.

○ **I programmi integrati materno-infantili e l'approccio del *continuum of care* rimangono le strategie centrali.**

Nei paesi a basso reddito gli *stillbirth* non richiedono prestazioni aggiuntive né interventi verticali. Il problema si affronta rafforzando i programmi di salute materna, neonatale e infantile secondo l'approccio del *continuum of care*. Con un tasso di copertura del 99%, 15 prestazioni di provata efficacia – 10 che riguardano le visite prenatali, basiche e avanzate e 5 l'assistenza al parto e le emergenze ostetriche – si potrebbero prevenire ogni anno più di 2,7 milioni di morti materne, neonatali e fetali con un investimento complessivo di 10,9 miliardi di dollari, a un costo pro capite di 2,32 dollari.

○ **Il periodo *intrapartum* è prioritario e la gestione delle emergenze ostetriche è la prestazione più costo/efficace.**

Circa la metà delle morti intrauterine, tre quarti delle morti materne e un quarto delle morti neonatali avvengono nel periodo *intrapartum*. L'accesso universale al parto assistito e alle prestazioni ostetriche di emergenza consentirebbe una riduzione del 27% della mortalità intrauterina, del 46% delle morti materne e del



18% delle morti neonatali con un costo pro capite di 0,84 dollari per ogni dollaro speso.

○ **È necessario colmare rapidamente il *gap* dei dati e della conoscenza.**

Il primo impegno urgente è registrare i nati morti. Gli attuali strumenti di raccolta dati a livello di popolazione devono includere misure più speci-

fiche, utilizzando, se necessario, la tecnica delle autopsie verbali. Le morti intrauterine devono essere registrate anche nei sistemi informativi sanitari con apposite sezioni o registri. Importanti sono anche: le attività di mappatura e codifica degli *stillbirth* nei periodi *ante partum* e *intrapartum*; la raccolta dati sulle cause dirette delle morti intrauterine e la loro correlazione con le condizioni materne; la diffusione dell'*audit* perinatale; la scelta di pochi indicatori che misurino copertura e qualità delle prestazioni. Le aree prioritarie della ricerca riguardano la formazione degli operatori sanitari e comunitari, l'*audit* perinatale e l'accessibilità ai servizi.

CONCLUSIONI

La serie del Lancet sugli *stillbirth* completa la panoramica sul complesso rapporto tra la salute della madre, del feto e del neonato. Il quadro epidemiologico delle morti intrauterine è definito in termini di stime e di identificazione delle cause. È ribadita la centralità della fase del travaglio e del parto. Sono identificati i pacchetti integrati di provata efficacia per la riduzione della mortalità endouterina, materna e neonatale. È tracciata l'agenda del miglioramento della raccolta dati e della ricerca. In tema di politiche sanitarie, il rafforzamento dei sistemi sanitari rimane la strategia di punta da perseguire. *Lobby* e *advocacy* per la tutela della salute delle mamme e dei neonati hanno una ragione in più per unire le forze e condividere degli obiettivi comuni. Gli *stillbirth* ora sono diventati visibili. L'obiettivo per il 2020 è di ridurre della metà il loro numero e la disuguaglianza sociale. La sfida adesso passa all'implementazione sul campo e agli operatori sanitari di prima linea.

NOTE

¹ <http://www.lancet.com/series/stillbirth>



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:

- **1.328** sono le persone inviate nei progetti: di queste 367 sono ripartite una o più volte. Il totale complessivo degli invii è stato quindi di 1.908;
- **4.330** gli anni di servizio effettuati, con una media di 3 anni per ciascuna persona inviata;
- **950** gli studenti ospitati nel collegio;
- **279** i medici veneti partiti in quasi 60 anni;
- **211** gli ospedali serviti;
- **38** i paesi d'intervento;
- **150** i programmi principali realizzati in collaborazione con il ministero degli Affari Esteri e varie agenzie internazionali.

IN AFRICA

Oggi siamo presenti in Angola, Etiopia, Mozambico, Sierra Leone, Sud Sudan, Tanzania, Uganda con:

- **80 operatori:** 47 medici, 4 paramedici, 29 amministrativi e logisti
- **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).

IN EUROPA

Medici con l'Africa Cuamm è attiva da anni nella realizzazione di progetti e nella costruzione di *network* su scala europea, con l'obiettivo di sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema dell'equità di accesso alle cure e ai sistemi sanitari.

In particolare, dal 2011 al 2014 è capofila del progetto europeo "*Equal opportunities for health: action for development*", a cui lavora con altre 18 organizzazioni *partner* di 7 paesi europei: università, associazioni studentesche, organizzazioni non governative di Italia, Polonia, Lettonia, Bulgaria, Romania, Malta, Ungheria lavorano assieme per dare spazio e voce alla formazione in Salute globale e promuovere maggiore consapevolezza delle relazioni tra la salute e lo sviluppo, sia individuale sia collettivo.

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

SIERRA LEONE

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.



Poste Italiane SpA - sped. in A.P. D.L. 352/2003 (conv. in L. 27/05/2004 n° 46)
Art. 1 comma 2 - PECB Padova - "Taxi-Service" - "Tassa Tiscosa"



 rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
settembre 2011/ n° 61
www.mediciconlafrica.org



Questa pubblicazione è stata prodotta con il supporto dell'Unione Europea. La responsabilità dei contenuti è esclusivamente di *Medici con l'Africa Cuamm* e non esprime in alcun modo il punto di vista dell'Unione Europea.