



**MEDICI  
CON L'AFRICA**  
CUAMM



**SALUTE**

**E SVILUPPO**

rivista quadrimestrale  
di cooperazione e politica  
sanitaria internazionale  
dicembre 2011/ n° 62

dicembre 2011/ n° 62



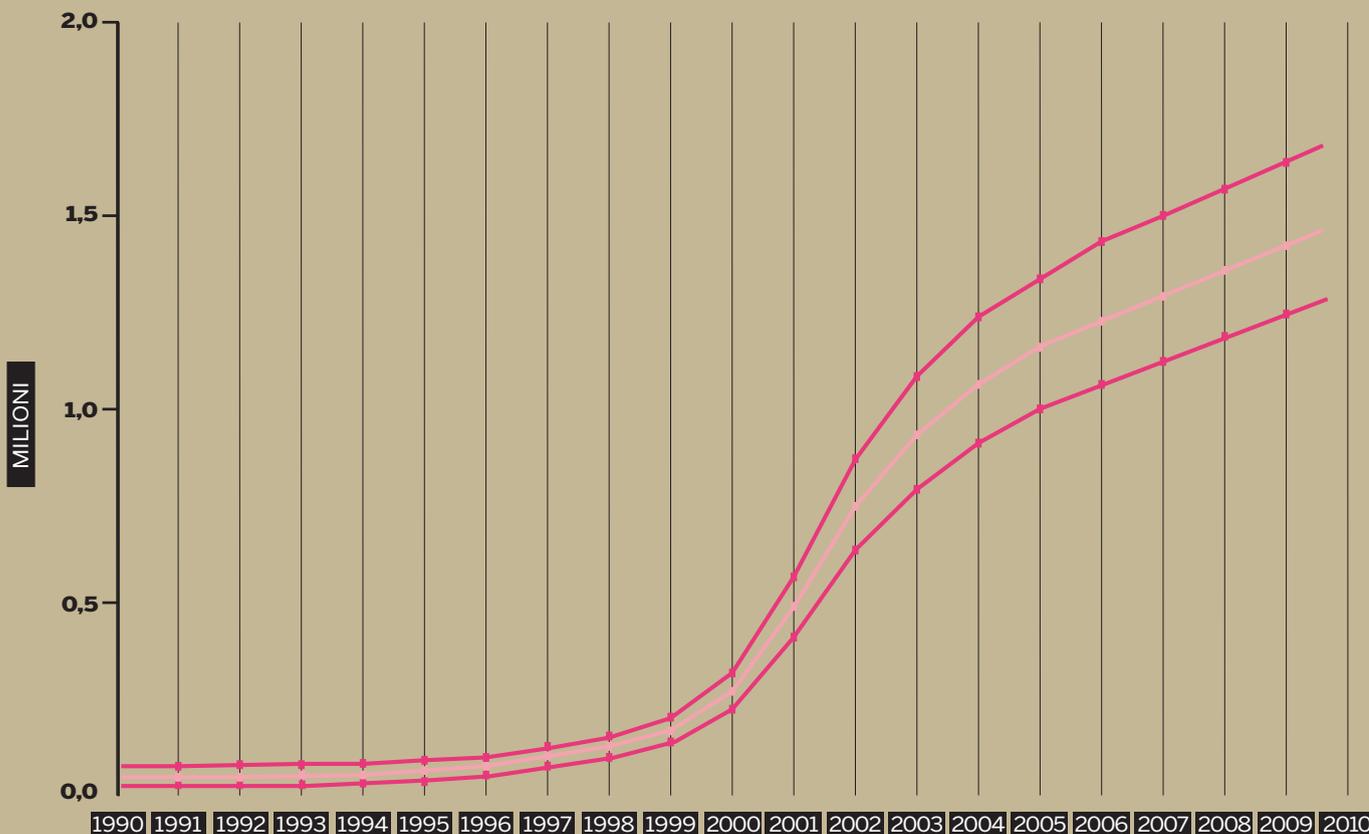
## LA NOTIZIA

### Hiv in Europa orientale. L'epidemia è fuori controllo

L'Europa orientale e l'Asia centrale hanno registrato un rapido incremento nel numero delle persone che vivono con infezione da Hiv. In netta controtendenza rispetto alle altre aree del mondo, dal 2001 il numero è cresciuto del 250% passando da 401.000 casi del 2001 a 1,5 milioni del 2010 (v. **figura**). I casi registrati in Russia e Ucraina (con una prevalenza di infetti da Hiv intorno all'1%, con la più alta concentrazione tra i tossicodipendenti) rappresentano il 90% dei casi dell'intera area e costituiscono il doppio di tutti i casi dell'Europa occidentale e orientale messi insieme. Nel resto dell'Europa, e anche in Italia, l'infezione continua a diffondersi a un ritmo inaccettabile. È imprescindibile mantenere l'attenzione a un livello elevato per monitorare la continua evoluzione dello scenario.

Fonte: European Centre for Disease Prevention and Control/Who Regional Office for Europe. Hiv/Aids Surveillance in Europe 2011.

**FIGURA** / NUMERO DI PERSONE CHE VIVONO CON INFEZIONE HIV. EUROPA ORIENTALE E ASIA CENTRALE. ANNI 1990-2010



# INDEX



## DIALOGO

PAG. 2

### PRIMA LE MAMME **E I BAMBINI**

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

### **MORTALITÀ INFANTILE: UN'ECATOMBE EVITABILE**

Testo di / Gavino Maciocco



## FORUM

PAG. 6

### IL PROGETTO **"STOP ALLA MALNUTRIZIONE A WOLISSO"**

Testo di / Alessandro Pezzin

PAG. 7

### COME **PARTIRE**

PAG. 8

### FORMAZIONE E ACCESSIBILITÀ **AL PARTO SICURO**

Testo di / Chiara Di Benedetto

PAG. 9

### **LA STRATEGIA IN 10 PUNTI**



## ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 12

### LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE **A WOLISSO**

Testo di / Fabio Uxa

PAG. 14

### IL GRUPPO KUPLUMUSSANA DI BEIRA, **MOZAMBICO**

Testo di / Giulia Segafredo e Andrea Atzori



## APPROFONDENDO

PAG. 17

### **LA MORTALITÀ DEI BAMBINI SOTTO I 5 ANNI**

Testo di / Adriano Cattaneo



## RASSEGNA

PAG. 18

### **L'USO DEL MISOPROSTOL NELL'EMORRAGIA POST-PARTUM**

Testo di / Silvio Donà

PAG. 19

### **BARRIERE FINANZIARIE AL PARTO SICURO IN AFRICA**

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

### SEGRETARIO DI REDAZIONE

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

Illustrazione di copertina *Birth-day* di Ramon Pezzarini.

Per molte donne e per molti bambini il percorso che conduce al giorno della nascita è un vero e proprio labirinto nel quale le difficoltà per l'accesso alle cure sono tante. Il percorso sembra un filo sottile e ingarbugliato, come un cordone ombelicale, del quale però, con forza e determinazione, si sciogliono nodi e grovigli, per portare la mamma e il bambino al giorno della nascita.





## DIALOGO

### PRIMA LE MAMME E I BAMBINI

Lo scorso 5 novembre, a Padova, un grande *meeting* internazionale ha sancito l'avvio del programma di Medici con l'Africa Cuamm per garantire l'accesso gratuito al parto sicuro e la cura del neonato. Un progetto lungo 5 anni, una sfida appassionante che ha bisogno del sostegno di tutti, nel solco della lunga storia di Medici con l'Africa Cuamm.

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

Un anno fa, davanti al Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, ci eravamo solennemente assunti un impegno: farci carico delle fasce più povere e vulnerabili dell'Africa, le mamme e i bambini.

Il 5 novembre scorso, con un grande evento a Padova, abbiamo segnato l'avvio concreto di un grande progetto quinquennale, concentrato in quattro paesi dell'Africa sub-Sahariana, per garantire l'accesso gratuito al parto sicuro per le mamme e la cura del neonato.

I ministri della sanità e i loro funzionari, i vescovi delle diocesi locali, le istituzioni nazionali e internazionali presenti all'evento sono stati accolti e accompagnati dalla grande rete della "famiglia Cuamm". Una grande Alleanza. Più di mille persone, giovani e anziani, medici con anni di esperienza e altri che si stanno formando per partire, volontari dal nord e dal sud dell'Italia, tutti fortemente coinvolti e impegnati in questa grande sfida.

Aber (Uganda), Wolisso (Etiopia), Tosamaganga (Tanzania), Chiulo (Angola): sono i 4 ospedali, con i relativi distretti sanitari, inclusi 22 centri di salute periferici, da cui inizia il progetto per l'accesso gratuito al parto e la cura del neonato. La popolazione direttamente interessata dall'iniziativa è complessivamente di circa 1.300.000 abitanti. Elimineremo i *ticket* sanitari per le mamme che devono partorire, in modo che possano accedere alle cure senza l'angoscia di non riuscire a pagare.

Si tratta di un programma che affronta la priorità sanitaria dell'Africa sub-Sahariana: la mortalità delle mamme e dei loro neonati, infatti, non dà segni di calo. Una sfida etica che riguarda l'equità. La mortalità delle mamme e l'accesso ai servizi sanitari per la salute riproduttiva sono tra i principali indicatori della disuguaglianza esistente tra ricchi e poveri, all'interno di un singolo paese e tra paesi diversi. Siamo anche consapevoli che il nuovo programma richiede un forte impegno istituzionale. Sono 4 ospedali delle chiese locali nei quali va sostenuto e rafforzato il coinvolgimento dei *partner* pubblici e governativi, affiancati da istituzioni e agenzie internazionali.

Infine, si tratta di una lotta molto impegnativa anche dal punto di vista finanziario: il costo medio di un parto, considerando quelli normali e quelli che necessitano di taglio cesareo, è di circa 40 euro. L'obiettivo è di raddoppiare in 5 anni il numero dei parti assistiti, passando dagli attuali 16.000 a oltre 33.000 l'anno.

È una prospettiva di impegno alta e appassionante. Ma non abbiamo paura! Siamo lucidi e determinati, ostinatamente radicati in quelle certezze che sempre ci hanno guidato e ancora oggi sono fonte di ispirazione e di azione.

Prima di tutto la nostra storia e le nostre radici. Siamo nati nel 1950, la guerra era finita da poco, il Paese era stato distrutto e piegato dalla miseria, la gente viveva tra enormi difficoltà. Il professor Canova non ha avuto paura di lanciare alla Chiesa e al Paese la sfida di un Collegio (il Cuamm appunto) dedicato alla formazione e all'invio di professionisti sanitari nei paesi bisognosi del pianeta. L'Italia era povera, ma non per questo meno solidale; non avevamo grandi possibilità economiche, ma avevamo chiaro cosa fossero impegno, sacrificio, fatica, condivisione con il più debole; l'attenzione al più povero e al più debole, vicino o lontano, era sentita come un "obbligo" personale, costitutivo del vivere familiare e civile, un dovere inderogabile, come solennemente dichiara il secondo articolo della nostra Costituzione.

E poi il Vangelo! Quella scritta impressa fin dalle origini nelle pareti della nostra sede in via San Francesco: *euntes curate infirmos* (Mt 10,8). L'andare e l'annunciare sono inscindibilmente connessi con il curare e il servire il più povero. Gesù non ha mai pensato le prime due azioni senza le seconde, Lui che è venuto «a servire e a dare la sua vita per tutti» (Mc 10,45). Servi, facchini, camerieri, braccianti, operai di un mondo diverso, più dignitoso e giusto per tutti. Gente con il grembiule, come esortava Mons. Tonino Bello poco prima di morire. Non vogliamo soccombere o piegarci a uno stile di aggressività, accaparramento, di prepotente arrivismo o di sazia indifferenza. Vogliamo essere radicati e liberi nel Vangelo, che è il Signore Gesù, il buon samaritano, custodendo la mitezza disarmata e la speranza fiduciosa di chi intende la vita non come una conquista ma come un dono, da condividere.

Affrontare da soli questa grande sfida non sarebbe possibile. Insieme, con l'aiuto di tutti, siamo fiduciosi di riuscire ad affrontarla e vincerla.

"Prima le mamme e i bambini": è possibile, insieme!



## MORTALITÀ INFANTILE: UN'ECATOMBE EVITABILE

Negli ultimi trent'anni, in tutto il mondo, le principali vittime delle crisi economico-finanziarie e delle politiche neo-liberiste sono stati i bambini e le bambine. Un'ecatombe, passata nell'indifferenza generale. Con una media di 10 milioni di morti l'anno, la stima del totale è di 300 milioni di decessi, la maggior parte dei quali facilmente prevenibili ed evitabili.

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

Tra gli Obiettivi del Millennio, lanciati dalle Nazioni Unite nel 2000, il numero 4 si riferisce alla salute dei bambini e delle bambine e punta a una riduzione di due terzi della mortalità dei soggetti di età inferiore ai 5 anni (<5) entro il 2015 (rispetto ai dati del 1990). Il dato globale aggiornato al 2011 ci dice che la mortalità <5 è passata dagli 11,6 milioni ai 7,2 milioni, con un tasso di riduzione medio annuo del 2,2%, ovvero la metà di quanto previsto per il raggiungimento dell'Obiettivo entro il 2015. I risultati sono molto diversi tra le varie aree del mondo, ma complessivamente l'Obiettivo è completamente fuori dalla possibilità di successo.

In Asia e America Latina si sono registrati successi evidenti come quelli di Cina e Vietnam (tassi di riduzione rispettivamente del 5,6 e 6,7%) e di Perù, Cile, Cuba e Brasile (tassi di riduzione rispettivamente del 5,2, 5,0, 4,7 e 4,4%); ma molti altri paesi di questi due continenti dovranno attendere alcuni decenni per raggiungere l'Obiettivo.

La situazione più critica (e tragica) è quella, peraltro nota da tempo, dell'Africa sub-Sahariana. Nel 1990 circa un terzo della mortalità <5 si verificava in questa area del mondo; nel 2011 il numero assoluto dei morti si è lievemente ridotto (da 3,9 mln a 3,5 mln), ma la percentuale rispetto al totale dei decessi si è innalzata al 49%.

Gran parte dei paesi dell'Africa sub-Sahariana dovranno attendere decenni per raggiungere l'obiettivo n. 4, ma non tutti i paesi sono uguali nelle politiche di contrasto della mortalità dei bambini, come dimostra un recente rapporto<sup>1,2</sup> (*Budgeting for Children in Africa*) che ha valutato la *performance* di 52 governi del continente nella tutela del benessere dell'infanzia, sulla base degli investimenti effettuati in 4 settori chiave: la salute, l'educazione, la protezione sociale e lo sviluppo nella prima infanzia.

Per effettuare una valutazione complessiva della volontà politica dei governi africani rispetto agli impegni assunti per l'infanzia, gli autori del rapporto hanno costruito un indice (*Budget Commitment Index*), che costituisce una misura composita dei seguenti indicatori: a) la spesa pubblica per la salute come percentuale del totale della spesa pubblica; b) la spesa pubblica totale per l'istruzione come percentuale del Pil; c) la percentuale del bilancio pubblico investita in Epi (*Enhanced Programme for Immunization*); d) la spesa militare come percentuale del Pil; e) la variazione percentuale della spesa sanitaria dei governi dal 2004.

I primi 3 paesi nella *top ten* del *Budget Commitment Index* sono risultati essere la Tanzania, il Mozambico e il Niger, avendo mostrato il migliore utilizzo delle risorse a loro disposizione per il benessere dell'infanzia. Gli altri governi della *top ten* sono quelli di Gabon, Senegal, Tunisia, Seychelles, Algeria, Capo Verde e Sud Africa. La Tanzania ha ottenuto il miglior punteggio, tra l'altro, per avere destinato una percentuale rilevante delle proprie risorse interne alla sanità, avendo aumentato significativamente il proprio contributo diretto ai programmi nazionali d'immunizzazione e per aver ridotto ulteriormente le proprie spese militari, di per sé già contenute.

All'altro estremo della classifica si sono collocati, invece, i governi di Repubblica Centrafricana, Guinea, Angola, Sierra Leone, Isole Comore, Repubblica Democratica del Congo, Burundi, Eritrea, Guinea Bissau e Sudan. Il Sudan ha mostrato una *performance* particolarmente negativa rispetto agli altri paesi, avendo destinato la più bassa percentuale del proprio Pil all'istruzione (0,3%) e non avendo apportato nessun contributo diretto ai programmi d'immunizzazione, nonostante gli sfavorevoli indicatori sanitari del paese.

Come *Budgeting for Children in Africa* dimostra, non esiste una corrispondenza fra il reddito pro capite di un paese e la capacità di destinare risorse per il benessere dell'infanzia in modo efficace. Il messaggio fondamentale che emerge del rapporto è quindi che la capacità di destinare risorse non dipende dalla ricchezza di un paese, ma è «primariamente e semplicemente una questione di volontà politica».

### NOTE

<sup>1</sup> Acpf (2011), *Budgeting for Children in Africa: Rhetoric, Reality and the Scorecard*, Addis Ababa: The African Child Policy Forum.

<sup>2</sup> A. Rosso, *Investire nell'infanzia in Africa: dalla retorica alla responsabilità*, 17 ottobre 2011, <http://saluteinternazionale.info/2011/10/investire-nell'infanzia-in-africa-dalla-retorica-alla-responsabilita/>



**PADOVA, NOVEMBRE 2011**

Il 5 novembre scorso, più di mille persone hanno gremito il Centro Congressi "Papa Luciani" di Padova per "Prima le mamme e i bambini", il *meeting* internazionale promosso da Medici con l'Africa Cuamm per lanciare il proprio programma per l'accesso gratuito al parto sicuro e la cura del neonato in Africa sub-Sahariana. 4 i paesi interessati: Angola, Etiopia, Tanzania e Uganda. «Siamo qui, in tanti, per esprimere il nostro impegno – ha detto don Dante Carraro – per fare la nostra parte fino in fondo, con tenacia, senza paura della fatica. È un impegno che prendiamo».







## IL PROGETTO “STOP ALLA MALNUTRIZIONE A WOLISSO”

Il progetto “Stop alla malnutrizione a Wolisso” intende ridurre la mortalità infantile nella zona di South West Shoa (Etiopia). Il programma di riabilitazione nutrizionale ha mediamente una durata di quattro settimane e richiede un notevole impegno sia da parte del personale coinvolto sia da parte dei famigliari dei bambini.

TESTO DI / ALESSANDRO PEZZIN / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

L'ospedale St. Luke di Wolisso è il centro sanitario di riferimento della zona di South West Shoa con un bacino di utenza di 1.200.000 persone, ma con diversi pazienti provenienti anche da aree decisamente più distanti, inclusa la capitale, situata a 120 chilometri di distanza dall'ospedale.

L'ospedale è una istituzione non profit di proprietà della Chiesa Cattolica d'Etiopia. La capacità ospedaliera è gradualmente aumentata nel corso degli anni. Sono attualmente 192 i letti a disposizione, distribuiti nei seguenti reparti: Medicina (35 letti), Chirurgia (23 letti), Pediatria (65 letti), Ostetricia e Ginecologia (37 letti), Ortopedia e Traumatologia (32 letti). Gli ambulatori per pazienti esterni offrono servizi specialistici per visite mediche, chirurgiche, pediatriche, ginecologiche, ortopediche e oftalmiche. L'attività diagnostica è fornita dal laboratorio di analisi, dai servizi di radiologia ed ecografia. Le sale operatorie sono cinque: 2 per la chirurgia generale, 2 per interventi di ortopedia e traumatologia, 1 per l'attività oculistica ed otorinolaringoiatrica.

L'ospedale dispone inoltre di una clinica per pazienti cronici (prevalentemente soggetti con infezione da Hiv sottoposti a trattamento con farmaci antiretrovirali) e un ambulatorio psichiatrico. Il personale medico è composto da medici specialisti locali ed espatriati. Gli specialisti locali sono cinque: 2 chirurghi generali, 1 ortopedico, 1 ginecologo, 1 oculista. A questi si aggiungono 2 medici generici. I medici espatriati sono tre: il direttore sanitario, 1 pediatra, 1 esperto di salute pubblica. Brevi missioni sono regolarmente condotte da specialisti volontari, prevalentemente ortopedici e chirurghi italiani. Il personale infermieristico e di supporto è in grande maggioranza etiopio.

Annessa all'ospedale e parte integrante della stessa istituzione è la scuola infermieri che ospita 89 studenti per un corso di tre anni. È stata appena inaugurata anche una scuola ostetriche, che conta 16 studenti.

L'ospedale contribuisce in maniera consistente alla formazione del personale locale attraverso l'organizzazione di corsi teorico-pratici per il personale sanitario a ogni livello, in collaborazione con il Ministero della Sanità etiopio e le università di Jimma e Addis Abeba.

Medici con l'Africa Cuamm ha contribuito alla costruzione dell'intera struttura e, sin dalla sua inaugurazione, continua a sostenerla attraverso l'invio di personale sanitario qualificato e di fondi. La presenza di Medici con l'Africa Cuamm ha garantito in questi anni la presenza di personale medico specialistico italiano, la co-

pertura di parte delle spese correnti, l'ampliamento strutturale dell'ospedale e l'avvio di iniziative di salute pubblica sul territorio.

### MALNUTRIZIONE INFANTILE IN ETIOPIA

L'Etiopia è tra i paesi dell'Africa sub-Sahariana col più alto tasso di malnutrizione in età pediatrica. L'11% dei bambini etiopi al di sotto dei 5 anni è affetto da malnutrizione acuta. Tale percentuale è rimasta invariata negli ultimi anni. Il tasso di mortalità ospedaliera per malnutrizione acuta supera il 20% poiché spesso i bambini raggiungono l'ospedale da aree rurali, anche molto distanti, quando la loro condizione è già molto grave.

Nella zona di South West Shoa, la cui popolazione costituisce gran parte del bacino di utenza dell'ospedale, la situazione in termini di malnutrizione infantile è sostanzialmente paragonabile a quella registrata a livello nazionale. Gli unici dati disponibili sono forniti dall'ospedale di Wolisso. Presso il reparto di pediatria è infatti in corso un programma di assistenza ai bambini affetti da malnutrizione acuta severa.

Nel corso degli ultimi anni il numero di ammissioni in pediatria per malnutrizione severa si è mantenuto elevato come indicato nella **tabella 1**. L'avvio di iniziative per la salute materno-infantile sul territorio da parte del Dipartimento di Salute Pubblica dell'ospedale dovrebbe favorire l'identificazione e l'assistenza dei bambini malnutriti da parte degli operatori sanitari di comunità, con l'invio all'ospedale dei casi più gravi.

La previsione di una migliorata accessibilità ai servizi ospedalieri ha reso necessaria la costruzione di una nuova struttura adiacente al reparto di pediatria. La nuova unità di riabilitazione nutrizionale dell'età pediatrica (*Therapeutic Feeding Centre*) è stata inaugurata nel febbraio 2010. Il centro, gestito da personale infermieristico qualificato coordinato da un pediatra italiano, dispone di due stanze con 16 letti, di due spazi aperti dedicati all'educazione sanitaria dei familiari e all'attività ricreativa dei bambini che hanno superato la fase più critica. È stato infine creato un ambulatorio per le visite di controllo dei bambini che hanno completato la riabilitazione nutrizionale.

Il centro, riferimento per la malnutrizione pediatrica dell'intera zona, collabora con il Dipartimento di Salute Pubblica e con gli operatori sanitari sul territorio per l'assistenza dei pazienti e delle loro famiglie una volta rientrati nelle comunità di appartenenza.

**TABELLA 1 / I NUMERI SULLA MALNUTRIZIONE PEDIATRICA PRESSO L'OSPEDALE ST. LUKE (2006-09)**

| INDICATORE                                     | 2006  | 2007  | 2008  | 2009  |
|--|-------|-------|-------|-------|
| RICOVERI IN PEDIATRIA                          | 1.682 | 1.787 | 1.793 | 2.523 |
| RICOVERI IN PEDIATRIA PER MALNUTRIZIONE GRAVE  | 429   | 479   | 502   | 356   |
| MORTALITÀ IN PEDIATRIA                         | 8.5%  | 7.4%  | 6.3%  | 4.2%  |
| MORTALITÀ IN PEDIATRIA PER MALNUTRIZIONE GRAVE | 7.3%  | 6.2%  | 7.2%  | 7.5%  |

**TABELLA 2 / DETTAGLIO DEI COSTI PER OGNI BAMBINO MALNUTRITO RICOVERATO (DEGENZA MEDIA DI 2 SETTIMANE)**

| ATTIVITÀ   | COSTO UNITARIO (EURO) |
|--|-----------------------|
| PERSONALE LOCALE QUALIFICATO (ASSISTENZA CLINICA, EDUCAZIONE SANITARIA AI FAMIGLIARI)                                    | 40                    |
| FARMACI E ALTRO MATERIALE SANITARIO  | 16                    |
| CIBO PER BAMBINO NELL'ULTIMA FASE DI RIABILITAZIONE  | 10                    |
| SPESE PER L'IGIENE AMBIENTALE  | 4                     |
| CIBO PER FAMIGLIARE AL SEGUITO   | 20                    |
| "FOLLOW UP" OSPEDALIERO E DOMICILIARE DEI BAMBINI RIABILITATI (SPESE DI TRASPORTO, INCENTIVI PER IL PERSONALE COINVOLTO) | 20                    |
| COSTI AMMINISTRATIVI E DI GESTIONE PAZIENTE  | 15                    |
| TOTALE   | 125                   |

## IL PROGETTO "STOP ALLA MALNUTRIZIONE A WOLISSO"

Il progetto "Stop alla malnutrizione a Wolisso" intende ridurre la mortalità infantile nella zona di South West Shoa, garantendo l'assistenza ai bambini gravemente malnutriti ricoverati o riferiti all'ospedale St. Luke di Wolisso. Il programma di riabilitazione nutrizionale ha mediamente una durata di quattro settimane e richiede un notevole impegno sia da parte del personale coinvolto sia da parte dei famigliari dei bambini. I pazienti che giungono all'attenzione del Dipartimento di Pediatria sono spesso colpiti da malnutrizione severa, a cui si associano complicanze infettive, le quali, se non immediatamente affrontate, portano al decesso del bambino. La complessità della situazione impone la presenza di personale altamente qualificato, particolarmente motivato e pronto ad affrontare situazioni umanamente molto coinvolgenti. Particolarmente delicata è la vera e propria riabilitazione nutrizionale, che si compone di diverse fasi e richiede l'attento utilizzo di latte terapeutico a diverso contenuto proteico e calorico. La prolungata permanenza in ospedale impone ai famigliari notevoli sacrifici: l'impossibilità di accudire gli altri componenti della famiglia, la sospensione del lavoro nei campi, le spese per il proprio sostentamento. Tali difficoltà hanno costretto i famigliari, in alcune circostanze, a interrompere il trattamento prima della sua conclusione con tutte le conseguenze di tale scelta. Il progetto "Stop alla malnutrizione a Wolisso" si propone di affrontare la globalità dei problemi enunciati attraverso "l'adozione" di un bambino gravemente malnutrito ricoverato presso il centro nutrizionale: vengono quindi coperti i costi della degenza in modo da non gravare ulteriormente sul bilancio e la stessa vita di famiglie già duramente colpite.



## COME PARTIRE

È fondamentale che chi decide di partire abbia spiccate sensibilità e capacità di adattamento che gli permettano di avvicinarsi in modo adeguato a una cultura così lontana da quelle occidentali.

Qual è l'iter da seguire per partire con "Wolisso Project"? Le informazioni si possono reperire su [www.wolissoproject.org](http://www.wolissoproject.org), dal quale è tratta questa breve guida.

È fondamentale che lo studente che decide di partire possieda buone capacità di adattamento e una particolare sensibilità che gli permetta di avvicinarsi in modo adeguato a una società e a una cultura così lontane da quelle occidentali. Lo studente seguirà e affiancherà il personale medico della struttura, rimanendo sempre sotto la sua supervisione in ogni attività svolta. Tutto il personale medico e infermieristico parla inglese, questo rende possibile una buona integrazione dello studente nella quotidiana attività ospedaliera. Durante il periodo di frequenza è possibile svolgere il tirocinio in tutti i reparti presenti nella struttura.

È possibile partire in ogni mese dell'anno, sebbene i periodi preferibili per la frequenza corrispondono a quelli della stagione secca (settembre-maggio); nei restanti mesi si possono trovare delle difficoltà negli spostamenti nelle zone rurali attorno all'ospedale.

Le date di partenza vengono stabilite con la direzione del St. Luke Catholic Hospital, tenendo in considerazione le esigenze dell'ospedale. Vengono pubblicate sul sito di "Wolisso Project" e solitamente prevedono l'arrivo dei partecipanti a inizio mese.

La durata prevista del tirocinio è di quattro settimane, anche se è possibile concordare di volta in volta la durata effettiva; è ritenuta comunque indispensabile una frequenza di almeno tre settimane.

Il numero massimo per ogni periodo di tirocinio è di due studenti, salvo ove diversamente specificato o in caso di differenti accordi con il *management team* dell'ospedale.

Chi è interessato a partire può leggere il regolamento sul sito, compilare l'apposito *application form* e inviarlo entro due mesi dalla data in cui desideri partire. Il candidato verrà contattato dal gruppo partenze, che fornirà tutte le informazioni necessarie per lo svolgimento del tirocinio, per le vaccinazioni da effettuare e l'organizzazione del viaggio e per l'alloggio.



## FORMAZIONE E ACCESSIBILITÀ AL PARTO SICURO

Il caso dell'Università Cattolica di Beira (Mozambico) fornisce un significativo esempio sul ruolo della formazione nell'accessibilità al parto sicuro. Specialisti di Medici con l'Africa Cuamm attivi sul campo prestano servizio anche come docenti per formare i futuri medici africani secondo il metodo *problem based learning*, ossia partendo dai casi clinici e andando a cercare nella letteratura le possibili diagnosi e terapie.

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

Quale rapporto c'è tra formazione e accessibilità al parto sicuro? Due orizzonti apparentemente distanti, che invece sono strettamente legati l'uno all'altro: qualità delle prestazioni sanitarie offerte e competenza professionale del personale medico e paramedico in servizio, infatti, sono elementi imprescindibili per un parto sicuro. Nei paesi dell'Africa sub-Sahariana, dove i sistemi sanitari sono frammentati e fragili, gli ostacoli che una donna deve superare per avere accesso a un parto sicuro sono molti e di natura diversa. Si parte dalla percezione del bisogno di cure e la conseguente decisione di rivolgersi a un centro di sanità; ci si scontra successivamente con la possibilità – spesso negata – di un trasporto verso il luogo di cura; si arriva infine al terzo passaggio di questa catena: la possibilità di ricevere aiuto adeguato da parte di professionisti (ritardo 3 in figura 1).

È proprio quest'ultimo punto che evidenzia il ruolo fondamentale svolto dal percorso educativo nel formare professionisti capaci di trattare in modo efficace e tempestivo donne e bambini. L'assistenza qualificata al parto, infatti, è il determinante più efficace per ridurre la mortalità materna e neonatale ed è un indicatore forte del funzionamento del sistema sanitario.

### QUALITÀ DI INTERVENTO

I punti critici dei sistemi sanitari africani riguardano da un lato la scarsità di strutture sanitarie, di farmaci ed equipaggiamento, di risorse finanziarie, dall'altro la notevole carenza di personale competente e motivato.

Rossella Giudi Peruzzi, specialista in Ostetricia e Ginecologia, da circa dieci anni impegnata sul campo in Africa come medico e come docente, ci ha aiutati a tracciare un quadro dell'attuale situazione in Mozambico per quel che riguarda le risorse mediche e sanitarie presenti sul territorio. «I dati relativi all'intero paese parlano di scarsità di risorse umane e di strutture, con una distribuzione fortemente differente fra campagne e centri urbani. Il rapporto medico/abitanti è di 1/37.000 con un notevole divario tra città (1/3.000) e campagne (1/45.000). Nella città di Beira, che ha circa 500.000 abitanti, i centri di salute capaci di fornire assistenza al parto sono 6. In questi centri è presente un solo medico che si fa carico di tutte le attività della struttura (visite alle gravide, alle puerpere e ai bambini, prevenzione Hiv e Tbc, vaccinazioni) ed è anche responsabile della sala parto. In ognuna di queste strutture si fanno



più di 2.000 parti l'anno e più di 20.000 visite antenatali; il personale comprende, oltre al medico, due o tre ostetriche e dieci infermiere di salute materna e infantile. Inoltre – fa notare ancora Peruzzi – spesso la remunerazione non è adeguata alla professionalità e nei centri periferici gli stipendi sono ancor più bassi e il lavoro è molto».

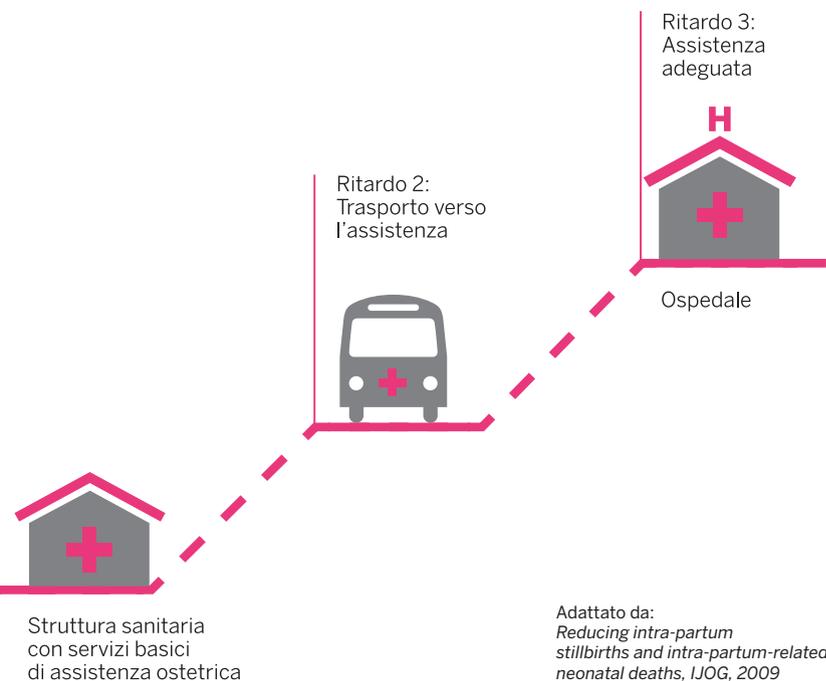
In una situazione simile, accade che molte prestazioni materne di prevenzione e cura siano di bassa qualità, spesso inefficaci e talvolta pericolose rispetto agli standard di qualità previsti. Linee guida e strumenti clinici – come il cartogramma – elaborati dal Who non sono applicati a livello periferico. Come risultato, in tema di qualità delle prestazioni, sono documentate molte *missing opportunity* (opportunità mancate di salvare vite).

### LA FORMAZIONE DELLE RISORSE UMANE

Proprio per colmare questa grave lacuna, Medici con l'Africa Cuamm ha deciso di investire nello sviluppo delle risorse umane come elemento centrale della sostenibilità attraverso il supporto alla formazione di base (scuole infermiere e ostetriche, università), alla formazione sul campo e al miglioramento delle condizioni di lavoro degli operatori locali.

Un percorso formativo specifico è stato intrapreso all'Università Cattolica del Mozambico, a Beira. Lì, specialisti attivi sul campo in

**FIGURA 1 / MATERNITÀ: MODELLO DEI TRE RITARDI E SISTEMA SANITARIO**



Africa prestano servizio anche come docenti per formare i futuri medici africani.

«Il progetto di formazione proposto ai giovani studenti di medicina nell'Università di Beira si propone di supportare la formazione secondo il metodo *problem based learning* – spiega ancora la dottoressa Peruzzi – ossia partendo dai casi clinici e andando a cercare nella letteratura le possibili diagnosi e terapie. Gli studenti raggiungono spesso una discreta preparazione teorica, tuttavia lo studio concentrato in brevi periodi non è sufficiente a metterli in condizioni di affrontare da soli tutti i problemi che si possono presentare nella pratica clinica. Per questo durante il 5° e 6° anno viene proposta attività pratica in ospedale: poiché i medici ospedalieri non hanno il tempo per seguire e formare gli studenti, il nostro ruolo diventa fondamentale; diventiamo “facilitatori di apprendimento pratico”.

## LA POSIZIONE DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Medici con l'Africa Cuamm intende continuare il proprio intervento in questa direzione, cercando cioè misure capaci di contrastare la carenza di personale sanitario in Africa, in collaborazione anche con le autorità locali. Si continuerà a sostenere le scuole per infermieri e ostetriche e le università locali, per aumentare il numero di operatori qualificati; si favorirà il reclutamento del personale nelle aree più povere e disagiate; verrà introdotto un sistema di incentivi (es. casa, bonus, ecc.) legati anche alla *performance*; si lavorerà per il miglioramento della qualità delle prestazioni, in particolare delle emergenze ostetriche e neonatali, attraverso la formazione sul campo, la supervisione e l'*audit*.

Tutto questo per ribadire il legame profondo tra formazione del personale sanitario e qualità di cure per la comunità: l'accessibilità alla salute passa anche dall'educazione.



## LA STRATEGIA IN 10 PUNTI

Medici con l'Africa Cuamm ha fissato in 10 punti la propria posizione sulla mortalità materna e neonatale, con una strategia per l'accesso gratuito al parto sicuro e la cura del neonato.

Medici con l'Africa Cuamm continua il proprio percorso sul rafforzamento dei sistemi sanitari, strategia per il raggiungimento degli Obiettivi del Millennio. In particolare, la mortalità materna e neonatale sono considerate come indicatori indiretti del funzionamento dei sistemi sanitari in termini di copertura dei servizi, equità e qualità delle prestazioni. Per rendere concreta la propria azione, la ong ha sancito la propria posizione in dieci punti chiave.

- Contribuire a ridurre la mortalità materna e neonatale attraverso il rafforzamento dei sistemi sanitari distrettuali applicando la strategia 2008-2015<sup>1</sup>.
- Assicurare l'erogazione di servizi preventivi e curativi di provata efficacia secondo il modello della continuità assistenziale - *continuum of care*.
- Favorire lo sviluppo delle risorse umane come elemento centrale della sostenibilità, attraverso il sostegno alla formazione di base (scuole infermiere e ostetriche, università), alla formazione sul campo e al miglioramento delle condizioni di lavoro degli operatori sanitari locali.
- Incrementare l'accesso al parto assistito eliminando le tariffe ospedaliere (parto gratuito) e contribuendo all'avvio di forme solidaristiche di finanziamento dell'assistenza materno-infantile<sup>2</sup>.
- Sostenere il partenariato pubblico-privato integrando i servizi sanitari governativi con quelli del settore sanitario senza scopo di lucro (strutture sanitarie e cattoliche).
- Misurare e monitorare i tassi di copertura, la qualità e l'equità delle prestazioni materne e neonatali con strumenti e indicatori validati.
- Potenziare l'innovazione.
- Partecipare a *network* tematici e di ricerca a sostegno della strategia globale per la salute materno-infantile.
- Informare, coinvolgere e spingere all'azione la società civile, le imprese, le fondazioni e le istituzioni pubbliche nazionali e territoriali a promuovere attivamente la salvaguardia del diritto alla salute delle donne e dei bambini.
- Rendere conto dei risultati raggiunti e delle esperienze acquisite alle comunità e alle istituzioni locali e internazionali.

### NOTE

<sup>1</sup> Medici con l'Africa Cuamm *Piano Strategico 2008-2015*.

<sup>2</sup> Yates R., *Women and children first: an appropriate first step towards universal coverage*, Bulletin of the World Health Organization (2010), 88 (6), 474-475.



**KENYA, NOVEMBRE 2011**

Una donna kenyota prepara un fiocco rosso per la Giornata mondiale contro l'Aids. Nel mondo sono colpite da questa malattia circa 40 milioni di persone, la maggior parte delle quali vive in Africa. I paesi più interessati sono quelli a sud del Sahara – quelli in cui ha scelto di operare Medici con l'Africa Cuamm – come per esempio il Mozambico, dove il 12,5% della popolazione tra i 15 e i 49 anni è colpita dall'Hiv. Le conseguenze di questa malattia, oltre che a livello fisico, sono devastanti anche a livello sociale: chi si ammala, uomo, donna o bambino che sia, deve fare i conti con stigma e discriminazione della comunità.







## ESPERIENZE DAL CAMPO

# LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE A WOLISSO

Medici con l'Africa Cuamm ha affidato a un'equipe di professionisti il compito di valutare la qualità delle cure materno-infantili dell'Ospedale di Wolisso (Etiopia), con lo scopo di migliorarle. Il controllo è stato portato a termine da una commissione composta da due medici e un'infermiera attraverso una *check-list* composta da un centinaio di punti di verifica.

TESTO DI / FABIO UXA / CONSULENTE NEONATOLOGO DEL "CENTRO COLLABORATORE PER LA SALUTE MATERNA E INFANTILE" DELL'OMS

Cosa significa "valutare la qualità", soprattutto in un contesto come quello africano?

Parlando di qualità dell'offerta sanitaria viene da pensare sicuramente alla presenza di personale preparato e aggiornato, disponibile in numero sufficiente sul territorio, alla disponibilità adeguata di strutture e mezzi di diagnosi e terapia, alla costanza del servizio erogato, al buon equilibrio del rapporto costi/benefici.

La qualità delle cure mediche, tuttavia, non è solo sinonimo di accesso alla tecnologia: un'assistenza di qualità deve essere possibile anche nei limiti imposti da scarse risorse, prestando attenzione a rispettare e garantire alcuni elementi fondamentali:

- copertura, cioè la possibilità di accesso alle cure da parte della popolazione più vasta;
- equità, facendo sì che le cure disponibili per i più poveri non differiscano da quelle disponibili alle famiglie ricche;
- efficienza del servizio erogato, nel rispetto della dignità e delle esigenze mediche e socio-culturali degli "utenti".

### TABELLA 1 / RISULTATI VALUTAZIONE OSPEDALE ST. LUKE DI WOLISSO:

Il punteggio assegnato alle singole voci varia da 0 quando la valutazione risulta totalmente negativa, ad 1 a indicare urgente necessità di importanti interventi di miglioramento, a 2 quando sono opportuni miglioramenti, sino a 3 quando il requisito viene soddisfatto. Dalla media dei singoli punteggi deriva il valore assegnato a ognuna delle 13 sezioni; allo stesso modo viene calcolata la valutazione complessiva per l'Ospedale.

|   | PUNTEGGIO   |
|---|-------------|
| <b>VALUTAZIONE COMPLESSIVA</b>                  | <b>1.74</b> |
| INFORMAZIONI E STATISTICHE RILEVANTI            | 2.0         |
| FARMACI   | 1.0         |
| EQUIPAGGIAMENTO E MATERIALI D'USO               | 1.25        |
| LABORATORIO                                     | 2.25        |
| INFRASTRUTTURE DI BASE                          | 2.0         |
| AREE DI DEGENZA DELLE MADRI                     | 1.9         |
| AREE DI DEGENZA DEI NEONATI                     | 2.8         |
| ASSISTENZA AL PARTO NORMALE                     | 2.0         |
| TAGLIO CESAREO                                  | 1.7         |
| COMPLICANZE MATERNE                             | 2.0         |
| CURE NEONATALI DI ROUTINE                       | 1.7         |
| CURA DEL NEONATO PATOLOGICO                     | 1.45        |
| PREVENZIONE DELLE INFEZIONI                     | 1.8         |
| MONITORAGGIO DEI PAZIENTI                       | 1.2         |
| PRESENZA DI LINEE GUIDA E ATTIVITÀ DI "AUDIT"   | 1.5         |
| ACCESSO DELLA POPOLAZIONE ALLE CURE OSPEDALIERE | 1.35        |

Solo garantendo questi valori fondamentali e la costanza dei servizi, il sistema sanitario può ottenere la fiducia della comunità e mantenere elevata la domanda di assistenza. Proprio per questi motivi, si considera spesso lo standard delle cure al parto un indicatore molto sensibile della qualità del servizio sanitario.

Per valutare le cure materno-infantili all'ospedale St. Luke, ci si è avvalsi dello "Strumento di valutazione per la qualità delle cure perinatali", elaborato precedentemente dal nostro *team* e già utilizzato in molti paesi dei Balcani e dell'Asia centrale. Tale strumento consiste in una *check-list* di un centinaio di punti da verificare, ognuno dei quali suddiviso in una dozzina di sezioni<sup>1</sup>. Lo strumento è stato perfezionato introducendo alcune modifiche che ne garantiscono l'efficacia anche nella realtà etiopica, dove il contesto si presentava diverso rispetto a quelli precedenti (pochi operatori sanitari in strutture disperse sul territorio, minima disponibilità di risorse). La valutazione è stata condotta da una commissione ispettiva composta da una ginecologa, un'infermiera e un neonatologo (rispettivamente Monica Piccoli, Paola Stillo, Fabio Uxa). L'osservazione, l'ascolto, le interviste hanno consentito in tre giorni di compilare la griglia di analisi, rilevando che la qualità delle cure fornite si presentava come più che discreta ed evidenziando la necessità di alcune azioni mirate su singoli aspetti<sup>2</sup> (**tabella 1**).

### LA VALUTAZIONE DELLA CURA DELLE MADRI

La gestione della fisiologia e delle complicanze ostetriche era corretta ed efficiente, anche se talora sofferente per la carenza di farmaci (solfato di magnesio per l'eclampsia, ad esempio) e perché il laboratorio, seppur ben organizzato, non era in grado di eseguire alcune analisi di base: per esempio, la proteinuria/24h.

L'elemento determinante nel percorso sanitario è, come si sa, il facile accesso alle cure per ogni donna. Il numero delle gestanti che partorisce al St. Luke – e non a domicilio o nei centri di salute periferici, in condizioni in entrambi i casi insufficienti a fornire i requisiti minimi di una corretta assistenza – si configurava relativamente basso a causa della precarietà dei trasporti, che non consentono alle donne facile mobilità in una regione molto estesa. La maggior parte dei casi di morte materna avviene infatti in gestanti che giungono in ospedale già in condizioni critiche, dopo aver partorito a casa: per tali pazienti le difficoltà di trasporto rappresentano la reale causa di morte.

In questo quadro, si è osservato che a Wolisso la donna molto raramente può autonomamente decidere per la propria salute e per quella del nascituro e spesso non possiede un livello d'istruzione che le permetta di comprendere a pieno quel che le accade. Ciò rischia di comportare ritardi critici nell'accesso alle cure.

## LA VALUTAZIONE DELLA CURA DEI NEONATI

La valutazione dell'assistenza ai neonati ha evidenziato maggiori criticità. In sala-parto e nel reparto di puerperio si è poco pronti alla rianimazione, quando necessaria, non si previene il raffreddamento, non si facilita abbastanza l'allattamento materno. Durante la degenza ai piccoli classificati come "sani", peso e temperatura non vengono controllati e non c'è nemmeno un foglio di diario dedicato. Né è migliore l'attenzione ai neonati con qualche problema. Ciò senza dubbio è da collegarsi alla oggettiva difficoltà dell'unica pediatra presente allora nell'ospedale per rispondere a tutte le necessità dei servizi di pediatria, maternità e sala-parto; inoltre, va considerato l'elemento antropologico e culturale del contesto africano, che ha una percezione del neonato differente da quella a cui siamo abituati<sup>3</sup>.

Terzo punto rilevato dall'analisi è che l'ospedale dispone di un buon sistema di raccolta dati e di periodica analisi degli stessi, in grado di fornire statistiche aggiornate sui principali indicatori.

## DALL'ANALISI ALL'AZIONE: LINEE GUIDA PER MIGLIORARE L'EFFICACIA DEL SISTEMA

La raccolta dei dati, analisi e valutazione si è conclusa con un lavoro di gruppo al St. Luke, dal quale sono emerse indicazioni e azioni possibili per migliorare nel concreto il lavoro del personale sanitario. È emersa la necessità di introdurre dei semplici protocolli per coprire le necessità essenziali del neonato "sano" (rianimazione, temperatura, igiene, allattamento materno); in un secondo tempo, grazie all'esperienza così acquisita, sarà possibile affrontare i problemi di assistenza ai nati "sottopeso", che richiede, da un lato, una maggior disponibilità di attrezzature per il controllo della temperatura, l'ossigenoterapia con monitoraggio, alcuni micro-metodi di laboratorio, la nutrizione enterale e parenterale, dall'altro, attenzione specifica da parte di personale dedicato e motivato (per poter introdurre ad esempio il metodo di cura delle "Mamme Canguro", con il quale il nato prematuro rimane continuativamente "pelle a pelle" con la madre: riscaldato, stimolato, nutrito al seno, protetto dalle infezioni ospedaliere, e non separato da lei come accade con l'uso di un incubatore<sup>4</sup>). Inoltre, si è discusso di come migliorare l'organizzazione di materiali e attrezzature necessari in caso di emergenze, di come migliorare la chiarezza delle cartelle cliniche materne e di come introdurre una sintetica cartella clinica neonatale e una semplice lettera di dimissione. Si è fatta largo anche l'esigenza di un pro-

gramma di periodico aggiornamento, in particolare su rianimazione, lavaggio delle mani e igiene, allattamento materno iniziato entro la prima ora di vita, controllo della temperatura.

## MONITORAGGIO: ST. LUKE HOSPITAL UN ANNO DOPO

Dopo poco più di un anno, lo stesso *staff* è tornato al St. Luke, dove, grazie al notevole impegno di molti, espatriati e non, il livello delle prestazioni cliniche si configurava come molto elevato. Il numero dei parti assistiti era in aumento (pur rimanendo meno del 10% del totale dei parti nella regione), così come il numero dei neonati che, nati in casa, vengono portati successivamente all'ospedale per controlli o cure. Nell'assistenza al neonato – principale punto critico rilevato l'anno precedente – si sono riscontrati evidenti e importanti miglioramenti: la costruzione di una sala per la cura dei neonati con problemi, nuovi equipaggiamenti in arrivo, l'introduzione e l'uso di un foglio di diario clinico per ogni bambino. Tutti i bambini vengono visitati prima della dimissione ed è iniziato un *follow up* programmato con almeno una visita entro i primi 20 giorni di vita. Vi sono i primi protocolli, più spesso le mamme possono tenere i più piccoli nella posizione "a canguro", sono state recentemente ripetute anche delle esercitazioni di rianimazione neonatale. L'esperienza positiva della valutazione svolta a Wolisso mostra che un'osservazione esterna, se effettuata tra pari, può risultare ben accetta e costituisce il punto di partenza condiviso per rivalutazioni successive e per paragonare nel tempo strategie e quantificare i risultati.

Una franca discussione dei punti di forza e di debolezza, documentati e condivisi, ha permesso all'*équipe* di individuare possibili azioni per migliorare, spesso senza o con minimi contributi esterni. La qualità e la continuità di quanto viene fatto induce le famiglie a rivolgersi alla struttura, nella quale ripongono una fiducia sempre maggiore, e permette di sensibilizzare la popolazione locale su un fatto determinante: l'ospedale non è "il luogo della morte", ma è luogo di cura e di attenzione.

## NOTE

<sup>1</sup> Lo si può trovare come Assessment tool for the quality of hospital care for mothers and newborn babies nel sito Euro.WHO/MPS:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications2/2009/making-pregnancy-safer-assessment-tool-for-the-quality-of-hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies>

<sup>2</sup> Si precisa infine che, nella valutazione, si è sempre distinto tra i risultati che dipendono dal St. Luke, dalle molte difficoltà e carenze di natura esterna, come ad esempio i rifornimenti o il carente sistema di trasporto regionale.

<sup>3</sup> Non è semplice convincere una comunità africana che è opportuno impegnarsi per la sopravvivenza dei neonati. Per molte culture sub-sahariane il neonato altri non è che un antenato che ha deciso di rivedere la propria terra e la sua comunità. Nei primi giorni della nuova vita non si è ancora del tutto "reincarnato": la sua esperienza terrena è ancora provvisoria, valuta se quanto è attorno a lui è positivo, coerente con la tradizione. Se, per qualche motivo o influsso negativo o disarmonia nella comunità, avverte un disagio, un ostacolo, lo spirito dell'antenato non si reincarna definitivamente, ma rinuncia e il bimbo-antenato "decide" di lasciarsi andare e muore.

<sup>4</sup> Kangaroo mother care: a practical guide:

[http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/9241590351/en](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241590351/en)



## ESPERIENZE DAL CAMPO

### IL GRUPPO KUPLUMUSSANA DI BEIRA, MOZAMBICO

La trasmissione materno-fetale dell'Hiv. L'esperienza di Kuplumussana dimostra che l'interazione tra gruppi di supporto e le strutture sanitarie gioca un ruolo fondamentale nell'avvicinare le donne ai programmi di prevenzione sanitaria e nel recuperare i bambini usciti dal *follow up*. Le madri del gruppo cercano anche di fornire a mamme e bambini i mezzi per reinserirsi nel tessuto sociale.

TESTO DI / GIULIA SEGAFREDO E ANDREA ATZORI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

#### BACKGROUND

Ogni anno, nel mondo, circa 370.000 bambini contraggono l'Hiv e un numero di donne stimato tra 42.000 e 60.000 muore a causa di questa malattia<sup>1</sup>. I programmi per la prevenzione della trasmissione materna (*prevention of mother-to-child transmission*, Pmtct) includono visite prima del parto (*ante-natal-care*, Anc), test Hiv e assistenza, fornitura della terapia antiretrovirale appropriata per la madre e il bambino (almeno per sei settimane dopo il parto, fino a quando il *sero-status* non viene stabilito tramite Pcr (*polymerase chain reaction*) e supporto per la scelta nutrizionale del neonato. Purtroppo, nonostante gli sforzi per allargare questo intervento, meno del 45% delle donne africane riceve l'assistenza necessaria per ridurre la Mtct e i dati di prevalenza e mortalità per Aids rimangono ancora molto elevati<sup>2</sup>. Anche in Mozambico, come nella maggior parte dei paesi africani, il Ministero della Salute ha implementato programmi di Pmtct, ma, nonostante questi programmi e nonostante l'efficacia della terapia antiretrovirale (Arv), i dati epidemiologici non migliorano come ci si attenderebbe.

In particolar modo, secondo i dati emersi da uno studio sierocomportamentale del 2009 svolto nella provincia di Sofala, si è riscontrato che la prevalenza dell'Hiv nella fascia 15-24 anni in

FIGURA 1 / TOTALE VISITE DOMICILIARI (2.954)

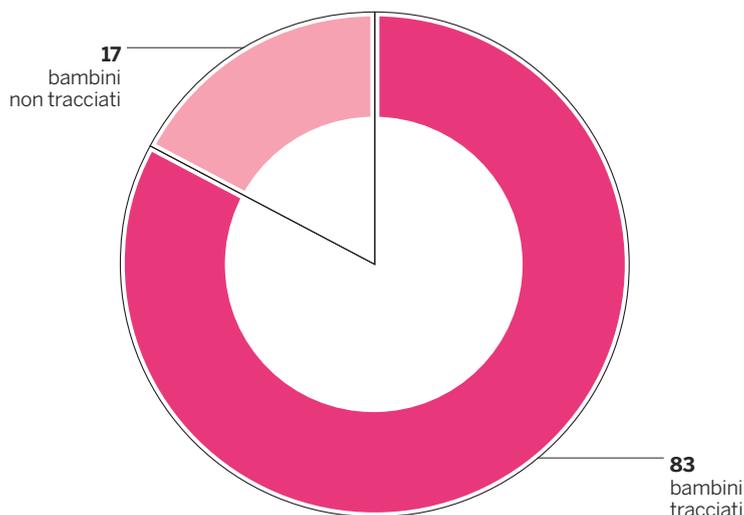
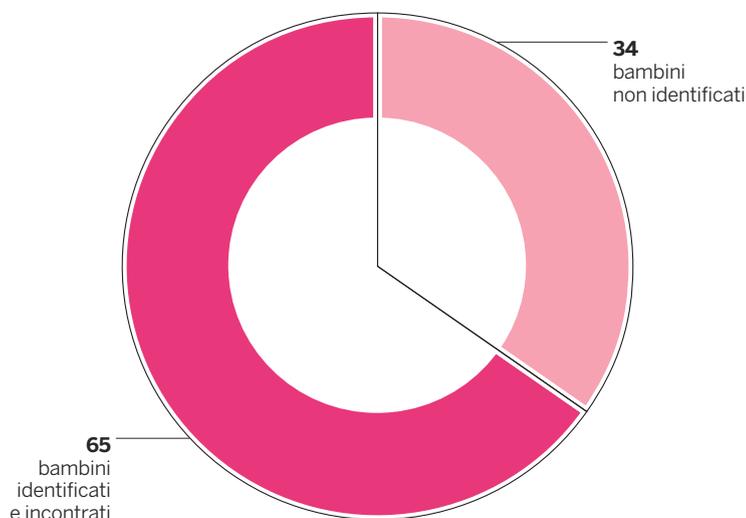


FIGURA 2 / IDENTIFICAZIONE BAMBINI TRACCIATI (2.460)



questa regione è del 13,1%, una delle più elevate in Mozambico. La mortalità dei bambini sotto i 5 anni rimane elevata sia nel paese (141 su 1.000) sia nella provincia (138 su 1.000) e, nel 2008, il 9,9% delle morti dei bambini in questo *range* di età è stato provocato dall'Aids<sup>3</sup>.

I dati presentati nell'ultimo *report* della *Partnership for maternal and newborn care* dell'Oms<sup>4</sup> e alcune ulteriori valutazioni<sup>5</sup> sull'*uptake* dei programmi di Pmtct in Mozambico hanno messo in evidenza che, se i dati riguardo le visite Anc (momento fondamentale per l'accesso ai programmi di Pmtct) sono soddisfacenti, la percentuale di donne che si sottopongono al test dell'Hiv (momento fondamentale per capire la necessità di entrare o meno nei programmi Pmtct) varia dalla media del 33% a quella del 14%. Come diretta conseguenza della mancanza della diagnosi di Hiv, ovviamente, anche le percentuali di donne e bambini che ricevono la terapia necessaria risulta molto bassa (1-2%).

È evidente, dunque, che nonostante la buona diffusione dei programmi di Pmtct, ci sono ancora grosse barriere, sia di natura logistica nell'assicurare la presenza costante di farmaci, sia di accesso in quanto il Pmtct è fornito nei posti di salute e nei principali ospedali soltanto, rendendo più difficile l'accesso alle donne e ai bambini delle comunità rurali ma anche di natura so-

ziale: l'Hiv costituisce ancora uno stigma sociale e un fattore di discriminazione e, per evitare queste conseguenze, molte donne evitano di fare il test o, se lo fanno, rifiutano il risultato o lo tengono segreto, non potendone parlare con il marito. Di conseguenza l'aderenza ai programmi di Pmtct diventa impossibile e le donne finiscono per rinunciare. Queste barriere non permettono di accedere in maniera appropriata e continuativa (*continuum of care*) ai programmi sanitari menzionati. L'approccio esclusivamente clinico, farmacologico ai programmi di Pmtct sembra quindi non essere sufficiente<sup>6</sup>.

Per cercare di far fronte a questo limite, come parte integrante del programma di Pmtct sviluppato a partire dal 2004 dal Ministero della Salute, da Unicef e da altri *partner*, è stata prevista l'espansione di gruppi di supporto per madri sieropositive formati da altre madri che hanno avuto la medesima esperienza, con l'obiettivo principale di ridurre l'incidenza dell'Hiv pediatrico.

### L'ESPERIENZA DI BEIRA (PROVINCIA DI SOFALA): IL GRUPPO KUPLUMUSSANA

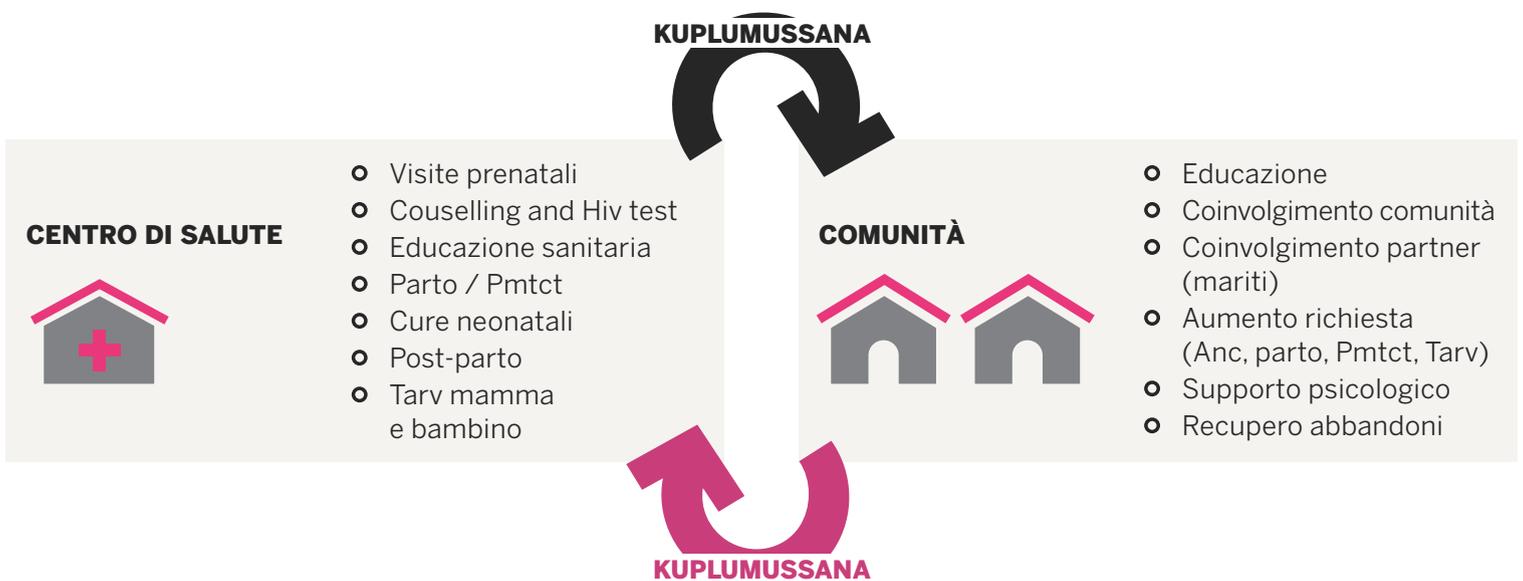
Nel 2005 è nato un gruppo di supporto *peer-to-peer*, formato da madri sieropositive, con lo scopo di rafforzare le attività dell'ospedale pediatrico della città di Beira. Il gruppo ha preso il nome di Kuplumussana (letteralmente, "che si aiutano a vicenda") ed è arrivato ad organizzarsi, nel 2009, come vera e propria associazione e a espandersi, nel 2010, ai centri di salute della città (giungendo, quindi, a essere più vicino alle comunità e alle famiglie). L'associazione, collaborando con le unità sanitarie in cui opera Medici con l'Africa Cuamm, ha come obiettivo l'affiancarsi alle cure cliniche per garantire il supporto psicologico e sociale

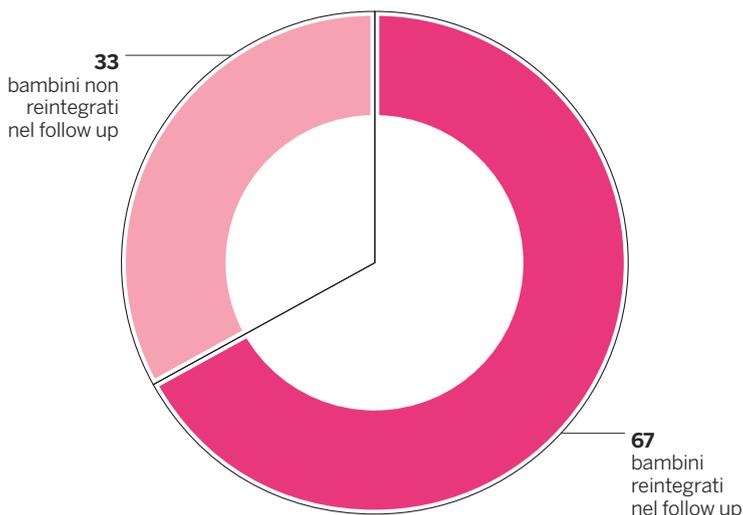
alle donne sieropositive (in gravidanza o che hanno da poco partorito), per aiutarle ad affrontare le barriere socioculturali e le discriminazioni e a seguire il trattamento antiretrovirale. Particolare attenzione, inoltre, è posta sui bambini più vulnerabili, di solito orfani e poveri, che presentano maggiori difficoltà all'aderenza alla terapia a causa di condizioni familiari disagiate.

Agendo a sostegno dell'intervento medico, le madri Kuplumussana costituiscono un vero e proprio collegamento tra il programma di Pmtct, i centri sanitari e le donne sieropositive, promuovendo anche l'integrazione dei servizi di salute materno-infantile con quelli di controllo dell'Hiv. A livello di centri di salute, le madri Kuplumussana sono sempre presenti, per offrire appoggio, aiuto e spiegazioni alle madri che fanno riferimento a tali strutture, e, durante le attese per le visite, organizzano incontri di formazione ed educazione sull'evoluzione della malattia, l'importanza di fare il test, la terapia antiretrovirale, l'importanza dell'aderenza, la nutrizione e l'allattamento.

A livello delle comunità rurali, la loro principale azione educativa è quella di sensibilizzare gli uomini a svolgere un ruolo attivo nella cura prenatale del loro bambino: accompagnare la moglie alla prima visita e fare il test insieme. Le madri Kuplumussana cercano anche di costruire un tessuto sociale in cui le future mamme non siano costrette a nascondere il risultato positivo del test per non subire pesanti ripercussioni, come l'abbandono da parte del marito, e tentano di rendere partecipe il *partner* nella prevenzione e nella cura della malattia, così da poter aumentare l'aderenza e la permanenza nei programmi di Pmtct. Per rafforzare l'aderenza alla terapia (la scarsa aderenza è il principale fattore predittivo per il fallimento terapeutico, la progressione verso l'Aids e la morte), oltre agli incontri di formazione e di supporto psicologico, le madri di Kuplumussana hanno iniziato anche un'intensa attività di "ricerca attiva" dei

FIGURA 3 / GRUPPO KUPLUMUSSANA: AZIONE DI RACCORDO TRA COMUNITÀ E SISTEMA SANITARIO



**FIGURA 4 / BAMBINI IDENTIFICATI E NON PERSI (1.061): FOLLOW UP**

bambini esposti all'Hiv che erano entrati in contatto con i centri di salute, ma che erano poi sfuggiti all'osservazione medica.

Per valutare l'impatto degli interventi messi in atto da questo gruppo di madri di supporto (Msg) e capire come si potrebbero sviluppare le loro attività per la cura e il trattamento dell'Hiv pediatrico e come esse potrebbero fungere da tramite per i programmi di Pmtct, è stata condotta un'analisi sul *report* delle attività annuali del 2010, allo scopo di valutare il contributo dell'associazione nell'identificazione e nel recupero dei bambini esposti all'Hiv e sfuggiti al *follow up* medico del centro di riferimento.

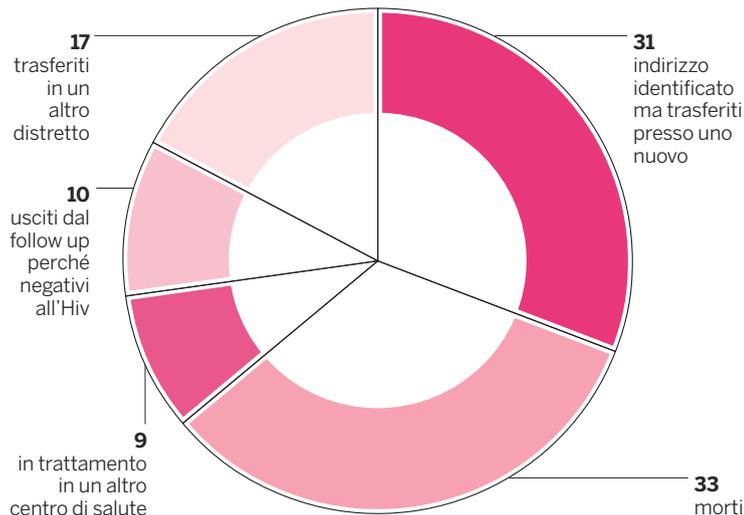
## RISULTATI

Per tracciare i bambini che erano a rischio e che mancavano da più di tre mesi al controllo medico, le 29 madri del gruppo Kuplumussana hanno iniziato un intenso programma di visite domiciliari; programma che ha portato, da gennaio a dicembre 2010, a un totale di 2.692 visite nelle aree dei 3 centri di salute interessati per un totale di 1.767 bambini identificati nelle comunità.

È risultato che 414 di questi bambini sono usciti dal *follow up* per i seguenti motivi: morte, trasferimento ad altri distretti sanitari o conferma di negatività del test Hiv. Dei rimanenti 1.354, ben 732 (54%) sono stati reintegrati nei programmi di *follow up*, che hanno poi seguito attivamente.

## CONCLUSIONI

L'esperienza di Kuplumussana dimostra sia che l'interazione tra gruppi di supporto e le strutture sanitarie gioca un ruolo fonda-

**FIGURA 5 / BAMBINI PERSI**

mentale nell'avvicinare le donne ai programmi di prevenzione sanitaria e nel recuperare i bambini usciti dal *follow up*, sia che i gruppi di madri di supporto possono dare un valore aggiunto alla cura dell'Hiv pediatrico. L'evoluzione di Kuplumussana – da semplice gruppo ad associazione in grado di organizzarsi autonomamente e di autosostenersi, per garantire alla comunità un supporto di estremo successo – rappresenta anche un'esperienza esemplare di emancipazione nella storia delle donne africane e di promozione del ruolo della donna all'interno della società.

L'organizzazione e l'impegno per l'autosostentamento rendono questo modello di attività estremamente "costo-efficace" e facilmente "trasferibile" in altre realtà. È interessante notare che, nella sua estrema semplicità, il gruppo di mamme Kuplumussana è in grado di costituire un supporto per 4 degli obiettivi di sviluppo delle Nazioni Unite. Con la loro attività, stanno infatti promuovendo l'uguaglianza di genere, riducendo la mortalità infantile, promuovendo la salute materna e combattendo l'Hiv/Aids.

## NOTE

- 1 Unaid, *Global plan towards the elimination of new HIV infection among children by 2015 and keeping their mothers alive*, 2011.
- 2 Who, Unaid, Unicef, *Towards universal access, scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*, 2010.
- 3 *An approach towards enhancing MSG outreach in a Urban setting, poster to the 3<sup>rd</sup> International Workshop on HIV Pediatrics Rome, Italy, 15-16 July 2011*.
- 4 *Opportunities for Africa's Newborns, Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa. The partnership for maternal, neonatal and child Health*, 2007.
- 5 Agadjanian V., Hayford S. R., *PMTCT, HAART and childbearing in Mozambique: an institutional perspective*, AIDS Behav. 2009 Jun;13 Suppl. 1:103-12.
- 6 Rotheram-Borus M. J. et al., *Project Masihambisane: a cluster randomised controlled trial with peer mentors to improve outcomes for pregnant mothers living with HIV*, Trials 2011, 12:2.



## APPROFONDENDO

# LA MORTALITÀ DEI BAMBINI SOTTO I 5 ANNI

L'Africa sub-Sahariana ha i più alti tassi di mortalità per i bambini sotto i 5 anni di età. Le disuguaglianze non si registrano solo tra stati e continenti diversi: molte sono all'interno dei singoli paesi, che possono presentare significative differenze tra le aree rurali e quelle urbane, tra le zone ricche e quelle povere di una stessa città.

TESTO DI / ADRIANO CATTANEO / PRESIDENTE OSSERVATORIO ITALIANO SALUTE GLOBALE

Le stime sono "ballerine" e variano a seconda della fonte e dei metodi usati per calcolarle; quelle più incerte provengono dai paesi più poveri, dove i sistemi di registrazione sono più deboli. Quel che è certo è che nel mondo la mortalità dei bambini sotto i 5 anni sta diminuendo. La stima più citata per il 2011 è di 7,2 milioni di morti, una diminuzione del 38% rispetto agli 11,6 milioni del 1990. Un progresso, certo; insufficiente, però, a raggiungere il Millennium Development Goal (MDG) per il 2015: meno 67% rispetto al 1990.

Quando ci si divide il cibo, può succedere che a qualcuno tocchi tutto, ad altri nulla. Succede la stessa cosa con la mortalità sotto i 5 anni. A fronte di una diminuzione media globale di circa il 2,2% all'anno (2,6% nell'ultimo decennio, grazie al MDG), i paesi ricchi, con l'1,4% dei decessi, hanno avuto una diminuzione del 3,6%, le tigri asiatiche di oltre il 5%, i paesi del Nordafrica di oltre il 4%, quelli dell'America Latina di oltre il 3,5%, mentre nell'Africa sub-Sahariana siamo sotto la media mondiale, con uno striminzito 0,5% l'anno. Alcuni paesi africani hanno addirittura un segno negativo (Guinea Equatoriale, Lesotho, Swaziland).

I paesi dell'Africa sub-Sahariana hanno anche i più alti tassi di mortalità. Nei paesi ricchi siamo attorno a 5 per 1.000 nati vivi (3,4 in Italia); la Guinea Equatoriale ha un tasso di 191 per 1.000, seguita da Guinea Bissau (170), Ciad (168), Niger (161), Repubblica Centrafricana, Mali e Burkina Faso (157), con molti altri paesi sopra il 100 per 1.000, tra cui il Mozambico (137) e l'Angola (134). Con tassi così alti, *trend* di diminuzione così scarso e una popolazione che cresce più che altrove, non stupisce che, per l'Africa sub-Sahariana, la proporzione di morti nei bambini sotto i 5 anni sul totale mondiale sia passata dal 33% nel 1990 al 49% nel 2011. Per la maggioranza di questi paesi il raggiungimento del MDG è previsto in una data incerta, ma comunque posteriore al 2040.

Le disuguaglianze non si registrano, tuttavia, solo tra stati e continenti: molte sono all'interno dei singoli paesi. Vi è un gradiente in peggioramento dal 20% più ricco al 20% più povero della popolazione in ogni paese, ma anche all'interno delle aree rurali e urbane. In queste ultime, l'accesso ai servizi e molti indicatori di salute, compresa la mortalità sotto i 5 anni, sono migliori rispetto alle aree rurali. Ma in molte aree urbane, soprattutto in quelle più popolate e dove più alto è il tasso di immigrazione, vi sono ampie fasce di popolazione con scarso o nessun accesso ai servizi e indicatori di salute molto simili a quelli delle zone rurali.

Infine, vi sono differenze per fasce d'età all'interno della stessa mortalità sotto i 5 anni. I tassi che diminuiscono più rapidamente sono quelli dei bambini tra 1 e 4 anni e tra 1 e 11 mesi. Molto più lenta è la diminuzione della mortalità nel primo mese di vita. Se nel 1990 i decessi nel periodo neonatale costituivano globalmente circa il 30% di tutti i decessi sotto i 5 anni, nel 2011 siamo al 40%. In Africa sub-Sahariana, dove è ancora alta la mortalità post-neonatale, quella neonatale rappresenta circa il 26-30% del totale, ma è proporzionalmente in crescita. Per il futuro diventa quindi fondamentale concentrarsi sulle madri e i neonati che vivono nelle aree urbane e rurali più marginali.

### NOTE

o Lozano Rafael, Wang Haidong, Foreman Kyle J. et al., *Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis*, Lancet 2011, 378:1139-65.

o United Nations, *The Millennium Development Goals Report 2011*.  
o Unicef, *Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity*, n° 9, September 2010.



## RASSEGNA

# L'USO DEL MISOPROSTOL NELL'EMORRAGIA POST-PARTUM

Il misoprostol rappresenta una possibile alternativa all'ossitocina come farmaco uterotonico: non è costoso, può essere assunto per via orale, non necessita di refrigerazione e ha una lunga durata di conservazione. Uno strumento di fondamentale importanza nei parti non assistiti da personale qualificato.

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

### DIFFICOLTÀ DI GESTIONE E SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI UTEROTONICI

L'emorragia post-partum (Pph) è la più importante causa di mortalità materna. Il 99% dei decessi imputabili a questa causa nel mondo avviene nei paesi poveri, in donne che raramente ricevono una profilassi adeguata, poiché il parto si svolge lontano da una struttura sanitaria. All'origine della Pph c'è quasi sempre l'atonia uterina, una patologia prevenibile e trattabile soprattutto con la somministrazione di farmaci uterotonici, tra i quali il più usato è l'ossitocina. Purtroppo, nei paesi poveri, l'ossitocina è di difficile gestione, sia per le caratteristiche stesse del farmaco (iniezzabile, instabile alle alte temperature, richiede la conservazione in frigorifero; deve essere usato da personale sanitario qualificato), sia perché la maggioranza dei parti avviene a domicilio.

### IL MISOPROSTOL

Il misoprostol, un analogo della prostaglandina E1, rappresenta una possibile alternativa all'ossitocina come farmaco uterotonico: non è costoso, può essere assunto per via orale, non necessita di refrigerazione e ha una lunga durata di conservazione. La federazione internazionale dei ginecologi e quella delle ostetriche ne auspicano l'uso, nei paesi poveri, come sola valida arma contro la Pph quando il parto avviene a domicilio, assistito da personale sanitario non qualificato.

### LA LETTERATURA SCIENTIFICA

Malcolm Potts et al.<sup>1</sup> condividono e appoggiano totalmente questa posizione, che viene rafforzata da molti studi effettuati "sul campo"<sup>2</sup> in paesi poveri e in contesti dove il parto avviene a domicilio, senza assistenza ostetrica qualificata. Gli autori sottolineano, invece, le incongruenze di alcuni studi "randomizzati",

come quello, multicentrico, condotto da Mariana Widmer e al.<sup>3</sup> in ospedali di terzo livello. In questo lavoro, il misoprostol, somministrato in doppio cieco con placebo per trattare la Pph in donne che erano già state sottoposte a infusione di ossitocina, si è rivelato inefficace. Potts ritiene che uno studio del genere non solo sia impossibile da implementare nei paesi poveri, per motivi logistici e finanziari, ma soprattutto sia eticamente improponibile: non è possibile usare il placebo per la Pph quando l'azione uterotonica del misoprostol è stata dimostrata in molti studi<sup>4</sup>. Potts et al. si spingono a ipotizzare che, se non verrà garantita la diffusione del misoprostol a livello di comunità, non sarà possibile raggiungere il traguardo dell'Obiettivo del Millennio numero 5 (riduzione della mortalità materna) nell'Africa sub-Sahariana.

### LA POSIZIONE DELL'OMS

La posizione dell'Oms è più prudente e articolata<sup>5</sup>: viene ribadito che «in assenza di una gestione attiva del secondamento, deve essere disponibile per l'operatore sanitario un farmaco uterotonico (ossitocina o misoprostol) per la prevenzione della Pph». Viene sottolineato il valore del misoprostol, in quanto efficace e di facile somministrazione, specie in contesti dove l'infusione endovenosa non è praticabile. Non è però ancora definita la dose minima efficace (l'unico *trial* di rilievo, condotto in India<sup>6</sup>, ha usato la dose di 600 µg per via orale), elemento di una certa importanza, poiché il farmaco, a dosaggi elevati, potrebbe causare effetti collaterali che ne oscurerebbero i benefici. Potts et al. su questo argomento oppongono il dato storico: il misoprostol viene usato da molti anni come antiacido, a dosaggi anche superiori (800 µg) e gli unici effetti avversi di rilievo sono la febbre e i brividi.

### NOTE

<sup>1</sup> Potts et al., *Maternal mortality: one death every 7 min*, Lancet 2010, 375:1762-63.

<sup>2</sup> Gülmezoglu A. M. et al., Lancet 2001, 358:689-95. Prata N. et al., *Int J Gynec Obstet*, 2006, 34:149-55. Nasreen H. et al., *Global Health Action*, 2011, 4:7017-28.

<sup>3</sup> Widmer M. et al., Lancet 2010; 375:1808-13.

<sup>4</sup> Gülmezoglu A. M. et al., Lancet 2001, 358:689-95. Prata N. et al., *Int J Gynec Obstet*, 2006, 34:149-55. Nasreen H. et al., *Global Health Action*, 2011, 4:7017-28.

<sup>5</sup> www.who.int, *Clarifying Who position on misoprostol use...*, 2010.

<sup>6</sup> Derman R. J. et al., Lancet 2006, 368:1248-53.

## BARRIERE FINANZIARIE AL PARTO SICURO IN AFRICA

Sul tema delle barriere finanziarie al parto sicuro in Africa, la letteratura specialistica indica dei punti fermi e dei lavori in corso. Il problema non è se rimuovere le barriere finanziarie o meno al parto sicuro, ma come farlo.

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

### I PUNTI FERMI

Le barriere finanziarie rappresentano un determinante sociale rilevante, in molti casi il più importante, all'accesso ai servizi ostetrici. Questo fatto spiega in buona parte il grande divario esistente tra i quintili più poveri e quelli più ricchi nell'accesso ai servizi ostetrici. La somma dei costi diretti (*user fee*) e indiretti (trasporto, cibo, assistenza, corruzione, mancato guadagno) assorbe una percentuale significativa del reddito familiare. Le strategie di risposta (*coping strategies*) delle famiglie povere per far fronte a questi alti costi sono molteplici: vendita di cibo e di animali domestici, utilizzo dei risparmi, ricorso al credito. Nel caso delle emergenze ostetriche, come il taglio cesareo, la spesa può avere conseguenze tali da far precipitare la famiglia in uno stato di povertà assoluta. Esistono studi, anche se pochi, sugli esiti a medio e lungo termine dei costi familiari dei *near miss* ("incidenti sfiorati"), che attestano un deterioramento grave delle condizioni sociali, economiche e psicologiche delle donne e dei figli, con compromissione per quest'ultimi, anche delle loro capacità di sviluppo. Sulla base di queste evidenze, l'orientamento delle politiche sanitarie è di promuovere la copertura universale (*World Health Assembly* 58.31 e 58.33, 2005), di applicare la gratuità dei servizi materno e infantili al punto di erogazione (*Partnership for Maternal Newborn and Child Health consensus statement*. Geneva, 2009), intervenendo con meccanismi di finanziamento sul piano della domanda e dell'offerta.

### I LAVORI IN CORSO

Una recente revisione analizza 8 casi di studio caratterizzati da: differenti schemi di finanziamento (esenzione, riduzione e rimozione delle *user fee*, *conditional cash transfer*, *voucher*, *equity fund*, *community health financing*); differenti pacchetti offerti (dal costo del cesareo fino al parto normale, trasporto incluso); differenti livelli di intervento (comunitario, distrettuale, nazionale); differenti beneficiari (copertura a tutte le donne gravide o alle sole donne povere); differenti contesti (Africa, Asia e America Latina). I risultati docu-

mentano un aumento complessivo della fruizione dei servizi di assistenza al parto che variano dal 4% (Senegal) al 33,8% (Mauritania), specie in strutture non ospedaliere. Aumenti significativi anche per il tasso di tagli cesarei (nonostante comunque al di sotto della soglia suggerita del 5%). Unica eccezione la Cambogia, dove l'uso dei *voucher* ha coinvolto meno della metà delle donne idonee. Abbastanza uniformi i costi unitari delle prestazioni offerte: 18-21 dollari per i parti normali, 154-165 dollari per i cesarei. Scarsi e comunque poco misurati gli effetti sulla mortalità materna, perinatale e la qualità percepita. La rimozione delle *user fee* sembra favorire in modo significativo le categorie sociali più elevate (da cercare altrove i determinanti della povertà cronica?). Sottovalutato l'impatto sugli operatori sanitari (es. scarsi incentivi, competenze insufficienti, aumento del carico di lavoro) e la gestione delle strutture sanitarie (es. frequenti interruzioni nella filiera di approvvigionamento dei farmaci) soprattutto nelle aree rurali.

Altri studi riportano complessivamente gli stessi esiti, ma evidenziano anche criticità del sistema di riferimento (Mali), la scarsa consapevolezza della comunità circa la rimozione delle *user fee* (Niger), l'inefficiente allocazione dei fondi e l'inadeguatezza dei sistemi di rimborso agli erogatori (Senegal), insufficienti procedure operative e sottovalutazione degli aspetti di qualità (Ghana). Onnipresente, al solito, la preoccupazione per la sostenibilità degli interventi.

### CONCLUSIONI: APRIRE IL VASO DI PANDORA DELL'HEALTH SERVICE DELIVERY

Complessivamente le politiche di rimozione parziale o totale delle barriere finanziarie al parto sicuro evidenziano un positivo aumento dell'utilizzazione dei servizi ostetrici specie se sono accompagnate da misure di sostegno alla domanda e all'offerta. Il problema non è se rimuovere le barriere finanziarie o meno al parto sicuro, ma come farlo. Dunque spazio alle esperienze e alla generazione di nuove evidenze.

### NOTE

- Richard F., Witter S., De Brouwere V., eds., *Reducing Financial Barriers to Obstetric Care in Low-Income Countries*, Antwerp, Belgium: ITG Press; 2008.
- Richard F. et al., *Innovative Approaches to Reducing Financial Barriers to Obstetric Care in Low-Income Countries*, *Am J Public Health*. 2010;100:1845-1852. doi:10.2105/AJPH.2009.179689).
- El-Khoury M., Gandaho T., Arur A., Keita B. and Nichols L., *Improving Access to Life-saving Maternal Health Services: The Effects of Removing User Fees for Caesareans in Mali*, April 2011, Bethesda, MD: Health Systems 20/20, Abt Associates Inc.

- Ridde V. and Diarra A., *A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa)*, *BMC Health Services Research* 2009, 9:89 doi:10.1186/1472-6963-9-89.
- Witter S. et al., *The national free delivery and caesarean policy in Senegal: evaluating process and outcomes* *Health Policy and Planning* 2010; 25:384-392.
- Witter S. et al., *Providing free maternal health care: ten lessons from an evaluation of the national delivery exemption policy in Ghana*, *Global Health Action*, 2009; 2: 10.3402/gha.v2i0.1881.



# 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](http://www.mediciconlafrica.org)
- **5x1000:** con la tua firma e il nostro codice fiscale 00677540288

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

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

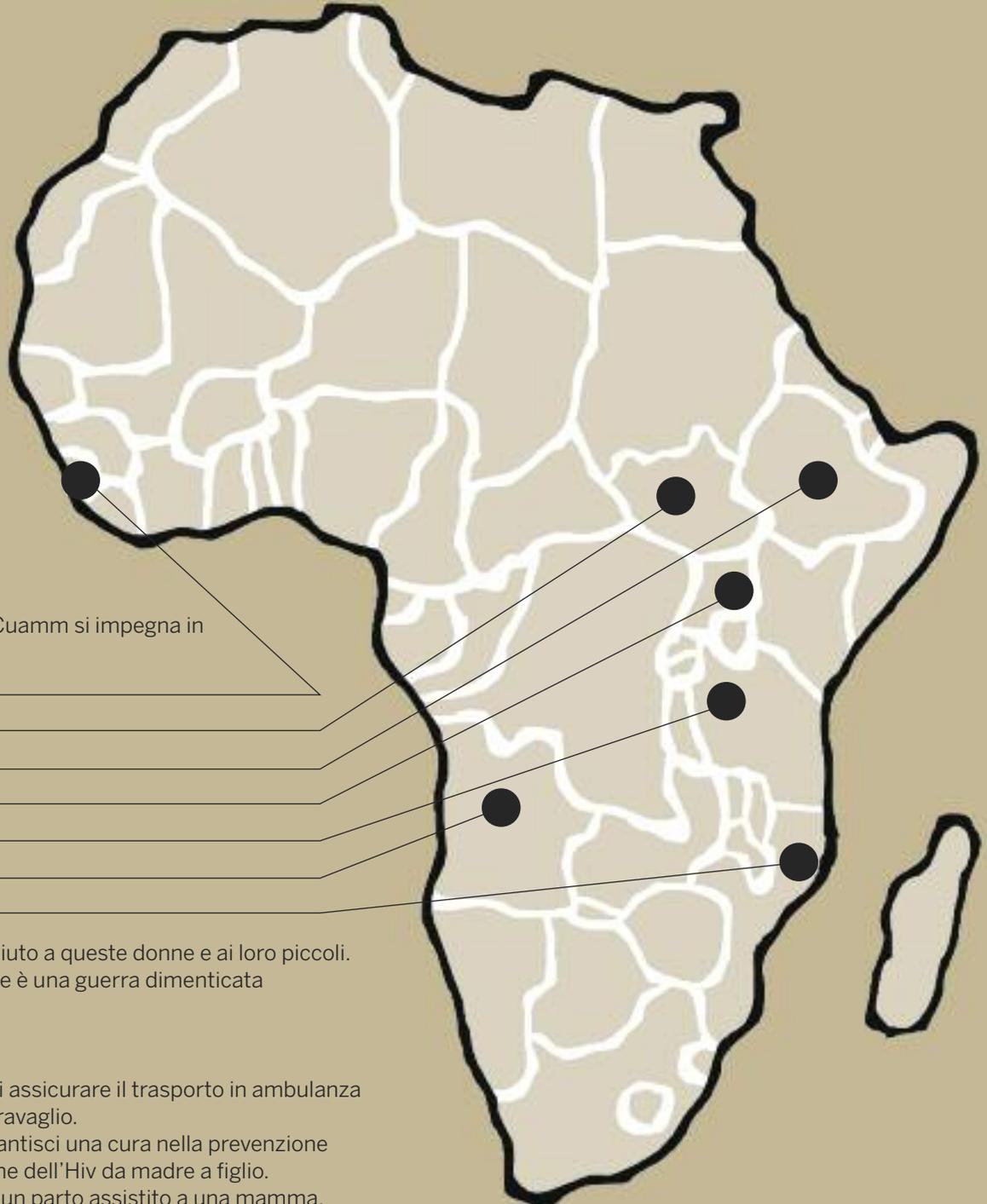
La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.



## L'AFRICA DEI BISOGNI

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

- 4,5 milioni di bambini muoiono prima di aver compiuto cinque anni, per malattie prevenibili e curabili a basso costo;
- 1,2 milioni di neonati muoiono nel primo mese di vita per mancanza di cure;
- 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.



**MEDICI  
CON L'AFRICA**  
CUAMM



rivista quadrimestrale  
di cooperazione e politica  
sanitaria internazionale  
dicembre 2011/ n° 62  
[www.mediciconlafrica.org](http://www.mediciconlafrica.org)



**EQUAL OPPORTUNITIES  
FOR HEALTH**  
ACTION FOR DEVELOPMENT



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.