



**MEDICI  
CON L'AFRICA**  
CUAMM



## **SALUTE E SVILUPPO**

rivista quadrimestrale  
di cooperazione e politica  
sanitaria internazionale  
febbraio 2012 — n° **63**



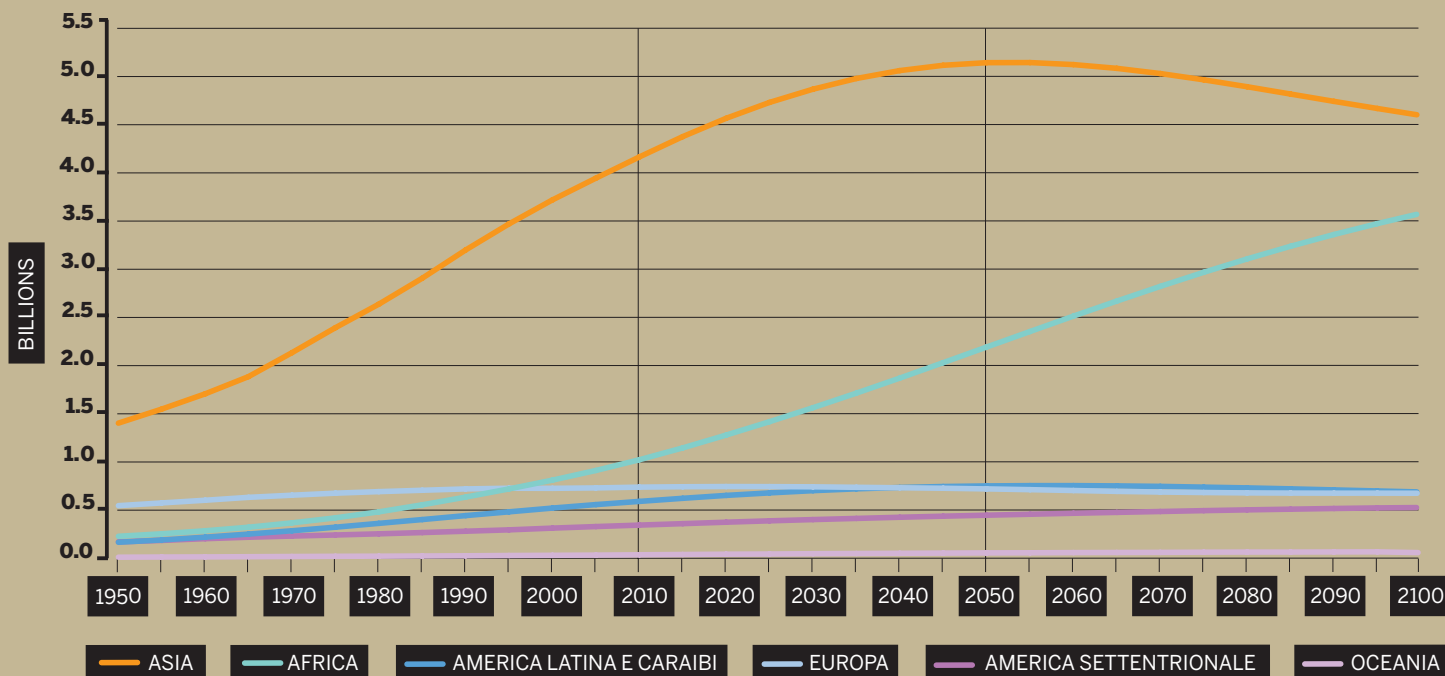


## LA NOTIZIA

### La crescita demografica dell'Africa: opportunità o minaccia?

Nel 2011 la popolazione mondiale ha raggiunto quota 7 miliardi. Il numero di abitanti del pianeta continuerà a crescere nei prossimi decenni, raggiungendo, secondo le previsioni delle Nazioni Unite, quota 9,3 miliardi nel 2050 e superando i 10 miliardi di persone nel 2100. Il continente asiatico, che più di ogni altro ha contribuito alla crescita della popolazione mondiale, dal 2050 registrerà un'inversione di tendenza. L'unico continente che non mostra flessioni è l'Africa. Secondo le stime medie la popolazione africana è destinata a raddoppiare nel 2050 (oltre 2 miliardi) e a triplicare nel 2100 (3,5 miliardi). L'abbondanza di popolazione giovane è un elemento che favorisce lo sviluppo. Ma una popolazione che cresce ha i suoi costi: quella popolazione va nutrita, educata, curata. Se ciò non avviene quella massa di giovani senza opportunità rischia di essere un ostacolo allo sviluppo, di produrre un aumento della povertà e delle diseguaglianze.

FIGURA / POPOLAZIONE MONDIALE 1950-2100 (MILIARDI) PER LE PRINCIPALI AREE. STIMA MEDIA



Fonte: United Nations Population Fund, 2011

# INDEX

## 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 di Ramon Pezzarini.

Una nuova professione si fa strada: il medico specialista in Salute globale. È un medico "con il mondo in testa", perché è consapevole delle relazioni tra individuo e società, è attento agli equilibri e alla giustizia tra paesi, ha un approccio panoramico alla salute. Oltre a essere medico, è un vero e proprio "avvocato" in Salute globale.

## DIALOGO

PAG. 2

### IN CAMMINO PER LA SALUTE GLOBALE

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

### SALUTE GLOBALE E MERCATO. LE MALATTIE CRONICHE

Testo di / Gavino Maciocco

## FORUM

PAG. 6

### I CORSI UNIVERSITARI DI SALUTE GLOBALE **DAL 2007 A OGGI**

Testo di / Mario Staccioni, Alice Perfetti, Raffaele De Filippi

PAG. 7

### SALUTE GLOBALE. **DOVE?**

PAG. 8

### **UN CURRICULUM STANDARD** IN SALUTE GLOBALE

Testo di / Carlo Resti

PAG. 9

### **LA RIISG**

## ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 12

### L'INSEGNAMENTO DELLA SALUTE GLOBALE **ALL'UNIVERSITÀ**

Testo di / Claudia Amadasi, Valentina Gambino, Antonino Davide Ciringione, Giuliano Cassaturo

PAG. 14

### **CURA DELLA MALNUTRIZIONE** A WOLISSO, ETIOPIA

Testo di / Giorgia Soldà, Liviana Da Dalt, Fabio Manenti

## APPROFONDENDO

PAG. 17

### **L'IMPORTANZA DI INSEGNARE** LA SALUTE GLOBALE

Testo di / Gianfranco Tarsitani, Giulia Civitelli e Alessandro Rinaldi

## RASSEGNA

PAG. 18

### DETERMINANTI SOCIALI DI SALUTE: **LA CONFERENZA DI RIO**

Testo di / Silvio Donà

PAG. 19

### **SISTEMA SANITARIO E RISORSE UMANE**

Testo di / Giovanni Putoto





## DIALOGO

# IN CAMMINO PER LA SALUTE GLOBALE

Parlare di Salute globale significa adottare un approccio più ampio, tenere in considerazione i “determinanti sociali”, quei fattori che influenzano lo stato di benessere o di malattia delle persone e delle comunità. Diventa fondamentale riconoscere l'importanza del contesto in cui si opera per poter agire nel rispetto delle culture e con la consapevolezza di chi si ha davanti.

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

Siamo in cammino da oltre sessant'anni, nei quali ci siamo spesi e messi in gioco, abbiamo sperimentato cosa significhi fare cooperazione in territori spesso dimenticati, abbiamo creato una squadra coraggiosa di medici, infermieri, ostetriche e cercato di rafforzare i sistemi sanitari più fragili; in questi stessi anni abbiamo sempre dato spazio a studio, ricerca e formazione. Le due cose – l'intervento sul campo e la formazione – sono sempre andate insieme e questo, probabilmente, è uno dei motivi della longevità e forza della nostra organizzazione.

È stato chiaro fin dalle origini quanto la formazione fosse premessa fondamentale non solo per una corretta professionalità, ma anche per far germogliare tra i giovani medici che si avvicinavano al Cuamm – Collegio universitario per aspiranti e medici missionari – lo spirito di solidarietà, condivisione e apertura necessario a chi vuole intraprendere un cammino fino all'ultimo miglio, tra i più poveri di quel continente sofferente e spesso invisibile.

Proseguiamo tutt'ora con quella stessa convinzione: formazione e azione come due facce di una stessa medaglia, con la consapevolezza che senza la prima non sarebbe possibile assicurare intervento e cure di qualità nei distretti in cui operiamo né sarebbe possibile costruire progetti di valore e di lunga durata, capaci di dare sostegno alle comunità e trasferire loro competenze. Questo ci ha portato, innanzitutto, a collaborare con varie università e centri di formazione sul territorio africano mettendo a disposizione il nostro patrimonio di conoscenza per formare giovani medici e infermieri.

La sinergia tra formazione e azione sul campo trova compimento anche nel progetto “Junior Project Officer” (Jpo), attivo ormai da 10 anni, che prevede per i medici specializzandi delle università italiane un periodo di studio e intervento sul campo. Dai 6 ai 12 mesi nell'Africa sub-Sahariana, accanto agli ultimi, per mettere in pratica quanto appreso nel corso di studi e per comprendere ancora più a fondo concetti che spesso vanno oltre la medicina clinica e diventano valori fondanti di un'etica professionale matura e responsabile.

Un percorso simile, anche se ridotto nel tempo, è quello che il Cuamm offre a studenti più giovani, ancora una volta per consentire di toccare con mano, con testa e con cuore, quale sia la realtà sanitaria in un paese in via di sviluppo. Ciò è possibile grazie a un accordo nazionale avviato con il Sism (Segretariato italiano studenti di medicina) che coinvolge due centri nei quali la nostra organizzazione è attiva: l'ospedale di Wolisso, in Etiopia, e quello di Tosamaganga, in Tanzania.

L'impegno di Medici con l'Africa Cuamm continua e si è fatto ancor più consistente negli ultimi anni anche in Italia. La sinergia con l'Osservatorio italiano di Salute globale (Oisg) e con la Rete italiana per l'insegnamento della Salute globale (Riisg) ha permesso di creare una rete di azione tra la nostra struttura e molte università italiane per dare rilievo e diffondere un approccio alla salute che restituisca centralità alla persona nella sua interezza e complessità. Spesso, invece, si guarda alla malattia senza considerarne il contesto e le cause. Ecco, qui sta il punto. Parlare di Salute globale significa adottare un approccio più ampio, tenere in considerazione i “determinanti sociali”, quei fattori che influenzano lo stato di benessere o di malattia delle persone e delle comunità: il reddito, l'istruzione, l'occupazione, l'alimentazione, e potremmo continuare. Questi sono i fondamenti della Salute globale, che studia non la singola malattia, ma la persona e la comunità. Diventa fondamentale, per chi come noi si occupa di cooperazione sanitaria internazionale, riconoscere l'importanza del contesto in cui si opera per poter agire nel rispetto delle culture e con la consapevolezza di chi si ha davanti.

Sensibilizzare i giovani studenti a questo approccio “globale” non può che essere una risorsa per attivare e formare una classe medica consapevole e responsabile del mondo in cui vive, capace di vedere il caso particolare e sapersi contemporaneamente spendere per la giustizia.

Su questa linea, Medici con l'Africa Cuamm ha appoggiato un'iniziativa chiamata *Training of Trainers*, che si è svolta poche settimane fa a Roma, rivolta a docenti accademici che desiderano approcciarsi alla Salute globale, capirne i contenuti e aggiornarsi sulle metodologie didattiche in modo da poter diventare poi canali di diffusione della disciplina all'interno dei propri atenei.

Infatti, solo formando medici e operatori sanitari responsabili e capaci di guardare alle relazioni tra individuo e società sarà possibile prendersi cura del mondo e combattere per il diritto alla salute. Solo in questo modo il medico diventerà un vero e proprio “avvocato di Salute globale”.



## DIALOGO

# SALUTE GLOBALE E MERCATO. LE MALATTIE CRONICHE

Lasciate senza controllo, le malattie croniche divorano i progressi dello sviluppo economico e cancellano i benefici della modernizzazione. Nella lotta per contrastarle, i governi dei vari paesi del mondo sono quasi assenti, incapaci di intervenire in un settore ormai dominato dal mercato; esistono – scrive *Lancet* – «soluzioni molto efficaci e a basso costo», ma si è incapaci di adottarle.

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

«Oggi molte delle minacce che contribuiscono alla diffusione delle malattie croniche provengono dalle compagnie multinazionali che sono grandi, ricche e potenti, guidate da interessi commerciali e assai poco interessate alla salute della popolazione», Margaret Chan, direttore generale dell'Oms. «Le malattie croniche – in particolare malattie cardiovascolari, diabete, cancro e malattie respiratorie croniche ostruttive – sono globalmente trascurate, nonostante la crescente consapevolezza del loro peso sulla salute. Le politiche nazionali e globali hanno fallito nel contrastarle e, in molti casi, hanno contribuito a diffonderle. Esistono soluzioni molto efficaci e a basso costo per la prevenzione delle malattie croniche; l'incapacità di adottarle è oggi un problema politico, piuttosto che tecnico», *Lancet* (2010)<sup>1</sup>.

Concetti analoghi erano presenti nella relazione di apertura della Conferenza mondiale sui determinanti sociali di salute di Rio de Janeiro (ottobre 2011), tenuta dal direttore generale dell'Oms, Margaret Chan.

«Le malattie croniche sono in forte crescita, spinte come sono da forze potenti e universali come la rapida urbanizzazione e la globalizzazione di stili di vita nocivi. Lasciate senza controllo, queste malattie divorano i progressi dello sviluppo economico e cancellano i benefici della modernizzazione. [...] Le malattie croniche assestano un doppio colpo allo sviluppo: causano perdite di miliardi di dollari al reddito nazionale e spingono milioni di persone al di sotto della soglia di povertà. [...] Ogni angolo del mondo è alle prese con l'enorme aumento della prevalenza dell'obesità e del sovrappeso. La crescita dell'obesità nei bambini è molte volte più rapida che negli adulti. Questo non è il fallimento della volontà individuale: questo è il fallimento della volontà politica ai più alti livelli. [...] Introdurre e dare forza a politiche che promuovono la salute significa contrastare interessi commerciali estremamente potenti e pervasivi». Margaret Chan porta alcuni esempi di come le industrie multinazionali degli alimenti e del tabacco riescano a imporre i loro prodotti e a far dilagare stili di vita nocivi, con il ricatto e la pressione economica, tra cui questo: «Pochi giorni fa la Francia annunciò l'intenzione di imporre una tassa (*fat tax*) sulle bevande zuccherate. Un produttore multinazionale di bevande reagì immediatamente con la minaccia di bloccare gli investimenti». Pensiamo a cosa succede in paesi più fragili e con governi più ricattabili.

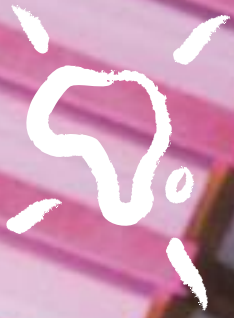
Alla fine, l'interrogativo – senza risposta (peggio, con una risposta implicitamente negativa) – della Chan è: «Riusciranno i governi ad anteporre la salute della popolazione ai profitti delle compagnie multinazionali, specialmente in questo momento di profonda crisi economica?». Nella storia della lotta contro le patologie infettive la sanità pubblica ha potuto giovare di strumenti formidabili provenienti dalle scoperte scientifiche e dall'azione delle pubbliche amministrazioni: la produzione dei vaccini, le misure di potabilizzazione delle acque e di smaltimento dei rifiuti, il ruolo dell'istruzione, il miglioramento delle condizioni generali di vita. Nella lotta contro le malattie croniche gli Stati sono quasi assenti, incapaci di intervenire in un settore ormai dominato dal mercato; esistono – come scrive *Lancet* – «soluzioni molto efficaci e a basso costo», ma si è incapaci di adottarle. Il caso delle malattie croniche ci aiuta a comprendere il significato di *Salute globale* e delle sempre più strette connessioni tra salute e globalizzazione. Infatti:

- La diffusione nei quattro angoli del pianeta di stili di vita nocivi (in particolare, fumo di tabacco, alimentazione a base di "cibi spazzatura" – *junk food* – e bevande zuccherate) è stata rapida e capillare. È stato un fenomeno "globale" che in breve tempo ha uniformato le abitudini alimentari e voluttuarie di tutto il mondo.
- Gli effetti sulla salute delle popolazioni – soprattutto dei gruppi più poveri – sono stati devastanti, ma ciò non ha rappresentato un problema per le multinazionali del cibo, delle bevande e del fumo, che da questa situazione hanno ricavato e continuano a ricavare enormi profitti.
- Di fronte alla potenza delle imprese multinazionali i governi nazionali e le agenzie internazionali sono «assenti, incapaci d'intervenire».

Tutto ciò è tollerabile?

### NOTE

<sup>1</sup> Geneau R. et al., *Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process*, *Lancet* 2010; 376: 1689-98.



**RIO DE JANEIRO, OTTOBRE 2011**

Margaret Chan, direttore generale dell'Oms, alla prima Conferenza mondiale sui determinanti sociali di salute. Durante il proprio intervento, Chan ha criticato l'effetto dei processi di globalizzazione e dell'operato delle multinazionali sulla distribuzione delle risorse tra le diverse popolazioni del mondo. Per le fasce più povere, oltre che dal punto di vista economico, le dinamiche che attualmente regolano il mondo pongono enormi difficoltà anche in ambito sanitario, sia per quanto riguarda l'accesso alle cure sia per gli stili di vita imposti dai consumi (fumo, "cibo spazzatura").






**FORUM**

## I CORSI UNIVERSITARI DI SALUTE GLOBALE DAL 2007 A OGGI

Dal 2007 al 2010 sono state raccolte informazioni relative alla didattica e all'organizzazione dei corsi di Salute globale nelle università italiane. Un *report* unico permette di consultare i risultati emersi dal processo di mappatura. Il punto di forza principale è rappresentato dalla grande partecipazione dimostrata dagli studenti.

TESTO DI / MARIO STACCIONI, ALICE PERFETTI / STUDENTI DI MEDICINA E CHIRURGIA, UNIVERSITÀ DI GENOVA  
RAFFAELE DE FILIPPI / STUDENTE DI MEDICINA E CHIRURGIA, UNIVERSITÀ DI FOGGIA

Attraverso cinque domande, alcuni studenti del Segretariato italiano studenti in Medicina intervistano Stefania Bruno, Medico Chirurgo, Specialista e Ricercatore Confermato in Igiene e Medicina Preventiva presso l'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, e Giulia Silvestrini, Medico Chirurgo in formazione specialistica presso la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

### 1. COME È NATA L'ESIGENZA DI UNA MAPPATURA DEI CORSI DI SALUTE GLOBALE NELLE FACOLTÀ ITALIANE DI MEDICINA E CHIRURGIA?

L'esigenza di "mappare" i corsi di Salute globale nelle facoltà Italiane di Medicina e Chirurgia è nata come uno degli obiettivi prioritari del progetto triennale "Equal opportunities for health; action for development"<sup>1</sup> finanziato dall'Unione Europea e coordinato da Medici con l'Africa Cuamm nel periodo 2007-2009.

In seguito la Rete italiana per l'insegnamento della Salute globale (Riisg), valutando le mappature realizzate durante il "progetto Equal" e confrontandole con i risultati ottenuti da mappature similari realizzate interpellando docenti e specializzandi in Igiene e Sanità pubblica, ha messo in evidenza l'estrema frammentazione dei contenuti e l'eterogeneità delle tematiche ascritte alla Salute globale. Da qui, la convinzione che fosse prioritario continuare a puntare sul monitoraggio dell'offerta formativa sul territorio nazionale, al fine di evidenziare le esperienze didattiche più consolidate e individuare le realtà che potrebbero beneficiare di un intervento per colmare il *gap* formativo.

### 2. COME È STATA EFFETTUATA LA SCORSA MAPPATURA?

Dal 2007 a oggi sono state effettuate tre mappature dei corsi di Salute globale attivi nelle facoltà di Medicina e Chirurgia italiane, che hanno indagato gli anni accademici 2007/2008, 2008/2009 e 2009/2010. Anno per anno, le facoltà censite sono 40, 36, 36, con copertura media del 92%. Le prime due mappature sono state realizzate nell'ambito del "progetto Equal", mentre la mappatura dell'anno accademico 2009/2010 è stata condotta nel

l'ambito di una collaborazione tra il Segretariato italiano studenti in Medicina (Sism) e Medici con l'Africa Cuamm. Lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni di tutte e tre le mappature è stato un questionario cartaceo e/o online che permetteva di raccogliere informazioni relative alla didattica e all'organizzazione dei corsi.

La Riisg ha promosso la creazione di un *report* finale che permettesse di considerare contemporaneamente i risultati emersi da tutte e tre le mappature, al fine di poter confrontare le caratteristiche dell'offerta formativa pre-laurea sui temi inerenti alla Salute globale nel triennio 2007-2010.

### 3. SULLA BASE DEI RISULTATI DELLA SCORSA MAPPATURA QUALI PENSATE SIANO I PUNTI DI FORZA DELL'INSEGNAMENTO DELLA SALUTE GLOBALE NELLE FACOLTÀ DI MEDICINA ITALIANE?

Da questo *report* finale sono emersi il grande interesse e la partecipazione degli studenti a questi corsi. L'entusiasmo studentesco è tale che i docenti sono incentivati a sperimentare metodologie didattiche alternative, anche grazie all'apporto personale degli studenti che riconoscono l'importanza di queste tematiche e comprendono il ruolo che potranno svolgere come futuri professionisti sanitari e protagonisti di un cambiamento in termini di salute.

Da un punto di vista quantitativo, il numero medio dei corsi evidenzia un *trend* in aumento: la media nazionale (numero di corsi/facoltà di Medicina) passa da 0,65 (DSffl1,53) nel 2007 a 1,11 (DSffl1,18) nel 2010. In particolare, se raggruppiamo i dati per area geografica, si evidenzia una tendenza in aumento del numero dei corsi per tutte le aree geografiche considerate: nel 2007 il numero medio di corsi per facoltà è di 1,24 per il Nord, 0,1 per il Centro e 0,31 per Sud e isole, mentre nel 2010 tale valore medio è di 1,81 per il Nord, 0,87 per il Centro, 0,33 per il Sud e isole.

Inoltre, anche in termini qualitativi (numero di ore dedicate, riconoscimento ufficiale con attribuzione di crediti formativi, tipologia di didattica, multidisciplinarietà), si evidenzia una crescente attenzione e sensibilizzazione delle facoltà di Medicina e Chirurgia nei confronti dei corsi di Salute globale con sempre maggior impegno di risorse a favore.



#### 4. E I PUNTI DI DEBOLEZZA?

Restano evidenti nel corso del triennio studiato le differenze nel numero dei corsi tra le tre aree geografiche – Nord, Centro e Sud – e una più ampia offerta formativa nelle facoltà del Nord Italia, sebbene si assista a un maggiore incremento del numero dei corsi per facoltà nell'Italia Centrale. Da un punto di vista qualitativo, nel Centro-Sud Italia, si assiste a un notevole miglioramento, tuttavia l'offerta formativa resta limitata.

Altro aspetto critico emerso riguarda i contenuti dei corsi, poiché ancora non vi è consenso unanime su cosa si intenda per Salute globale: spesso si tende a identificarla con tematiche inerenti alla Medicina dei viaggi o alla Medicina tropicale, a discapito delle tematiche dei determinanti e delle disuguaglianze in salute. Ciò deve far riflettere sulla necessità di una base comune che evidentemente merita maggiore condivisione e divulgazione.

Ultimo aspetto da sottolineare risiede nel fatto che a tutt'oggi i corsi "mappati" risultano tutti elettivi: per tale motivo, la Riisg intende perseguire una più ampia riflessione che possa giungere a una condivisione della motivazione culturale che vede l'inserimento stabile delle tematiche della Salute globale nei piani di studio dei corsi di laurea in Medicina, secondo un approccio consolidato a livello internazionale e ampiamente documentato nella letteratura medico-scientifica e pedagogica.

#### 5. COME È STATA IMPOSTATA LA NUOVA MAPPATURA? COSA SI È CERCATO DI MIGLIORARE?

Nella nuova mappatura abbiamo considerato fondamentale puntare sulla metodologia di raccolta delle informazioni cercando di ottenere una maggiore omogeneità delle procedure di raccolta del dato da parte degli studenti Sism che sono rimasti *partner* fondamentali. Ciò è stato realizzato tramite l'elaborazione di una nuova scheda che darà la possibilità di affinare qualità e quantità delle informazioni raccolte.

Inoltre è emersa la necessità di formazione degli studenti Sism che procederanno alla somministrazione dei questionari ai docenti. Per questo i referenti nazionali del Sism si occuperanno di formare direttamente i diversi referenti locali.

Infine, c'è stato un lavoro preliminare svolto in collaborazione tra docenti, studenti e Medici con l'Africa Cuamm, per migliorare la copertura della mappatura, al fine di identificare i docenti a cui somministrare il questionario, con l'obiettivo non solo di raggiungere il maggior numero di professionisti coinvolti nell'organizzazione dei corsi, ma anche quello di sensibilizzare la comunità accademica.

#### NOTE

1 Da qui in poi, "progetto Equal".



## SALUTE GLOBALE. DOVE?

Mappa delle università italiane che hanno istituito un corso in Salute globale. Ogni corso ha il taglio didattico e contenutistico deciso dal docente, nel rispetto delle linee guida del curriculum *standard*.

Il percorso formativo in Salute globale è presente all'interno di molte università. Si tratta di corsi opzionali per studenti, attivati soprattutto nelle Facoltà di Medicina, ma – in alcuni casi – anche in altri corsi di laurea, come Economia e Scienze Sociali. Nella mappa sottostante sono elencate le università sede di corsi in Salute globale in Italia. Ogni corso ha il taglio didattico e contenutistico deciso dal docente, nel rispetto delle linee guida fornite dal curriculum *standard*; vengono cioè affrontati gli argomenti dei moduli previsti dal curriculum:

- la salute e i suoi determinanti;
- l'origine e lo sviluppo dei sistemi sanitari;
- la salute come diritto umano;
- globalizzazione e salute;
- disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria;
- immigrazione e salute;
- cooperazione sanitaria internazionale.

Per il programma dettagliato dei corsi, contattare l'università di riferimento.

#### Corsi Ade - corsi di didattica elettiva sulla salute globale 2010-2011

- Aosta** - Facoltà di Medicina e Chirurgia
- Bari** - Facoltà di Medicina e Chirurgia
- Bologna** - Facoltà di Medicina e Chirurgia
- Brescia** - Facoltà di Medicina e Chirurgia
- Catanzaro** - Università di Medicina Magna Grecia
- Como** - Facoltà di Giurisprudenza dell'Università degli Studi dell'Insubria
- Firenze** - Facoltà di Medicina e Chirurgia
- Foggia** - Facoltà di Medicina, Dip. Scienze Mediche e del Lavoro. Corso di Igiene (CdL in Odontoiatria)
- Milano** - Università Bicocca
- Milano** - Università degli Studi - Facoltà di Medicina, e Chirurgia, Dipartimento Medicina, Chirurgia e Odontoiatria
- Modena** - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
- Novara** - Piemonte Orientale *Amedeo Avogadro* - Facoltà di Medicina, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
- Padova** - Facoltà di Medicina, Dip. Medicina Ambientale e Sanità Pubblica
- Palermo** - Facoltà di Medicina
- Perugia** - Facoltà di Medicina, Dipartimento Specialità Medico-chirurgiche e Sanità Pubblica
- Roma** - La Sapienza I, Facoltà di Medicina
- Roma** - Università Cattolica del Sacro Cuore
- Siena** - Università degli Studi
- Trieste** - Università degli Studi, Facoltà di Medicina e Chirurgia
- Udine** - Facoltà di Medicina, Dipartimento di Patologia e Medicina Sperimentale e Clinica
- Varese** - Università degli Studi dell'Insubria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Medicina Clinica
- Torino** - Facoltà di Medicina, Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana





## UN CURRICULUM STANDARD IN SALUTE GLOBALE

Negli ultimi anni il termine *Salute globale* ha assunto sempre più importanza. La caratteristica che più conta nel definirne l'ambito è l'attenzione posta sulla salute come diritto fondamentale, sui determinanti sociali della salute e sull'ingiustizia sociale che aumenta le disuguaglianze in salute e che «uccide su larga scala».

TESTO DI / CARLO RESTI / OSPEDALI SAN CAMILLO E FORLANINI, ROMA - MEDICI CON L'AFRICA CUAMM, PADOVA

Da alcuni anni il termine *Salute globale* ha assunto importanza nelle agende e nei dibattiti di politica sanitaria, politica estera e diplomazia sanitaria, nelle strategie e nelle offerte formative di centri universitari e nei partenariati per lo sviluppo e per la cooperazione sanitaria.

Sia in America sia in Europa molti istituti accademici, di formazione universitaria e post-universitaria, si sono orientati allo sviluppo di competenze professionali in Salute globale che superano i tradizionali confini della medicina tropicale o della sanità pubblica<sup>1</sup>. In Italia, dal 2009, con un impegno comune («our common commitment») al mondo accademico, a istituzioni di sanità pubblica e a organismi non governativi, che ha preso le mosse nell'ambito del progetto europeo "Equal opportunities for health: action for development",<sup>2</sup> è stato elaborato e in seguito riformulato un *curriculum standard* (Cs) in Salute globale, largamente incoraggiato dal 2010 dalla Rete italiana per l'insegnamento della Salute globale (Riisg) e ampiamente declinato in corsi elettivi universitari e di aggiornamento professionale nel sistema Ecm.

La caratteristica che più conta nel definire l'ambito di Salute globale è l'attenzione posta sulla salute come diritto fondamentale, sui determinanti sociali della salute e sull'ingiustizia sociale che aumenta le disuguaglianze in salute e che «uccide su larga scala»<sup>3</sup>.

Questo nuovo ambito di formazione, multidisciplinare e inter-settoriale, offre opportunità e sfide da cogliere: aprire i propri orizzonti culturali oltre le specializzazioni cliniche e di sanità pubblica e aggiornare il modello educativo tradizionale della biomedicina.

La Salute globale deve così intendersi come un "nuovo paradigma" per la salute e l'assistenza sanitaria, in contrapposizione con il paradigma biologico che è stato a lungo ed è ancora dominante nell'insegnamento delle scienze biomediche in tutto il mondo.

Per consolidare anche nel nostro paese i fondamenti e i valori di questo nuovo impegno, la Rete italiana per l'insegnamento della Salute globale (v. **box** pag. 9) ha svolto, a partire dal mondo universitario e dalle crescenti proposte e richieste degli studenti, un'analisi comparativa rispetto ai *curricula* elaborati all'interno del Global Health Education Consortium americano e di un analogo *network* britannico. Il risultato è stato quello di integrare il lavoro – in origine presentato come lista di moduli didattici di un *curriculum standard*<sup>4</sup> – sotto forma di obiettivi formativi (Of)

articolati in sapere, saper fare, saper essere. Questo per sottolineare l'importanza metodologica di porre al centro lo studente e i suoi bisogni formativi e per evidenziare quanto l'insegnamento della Salute globale non si limiti al mero trasferimento di conoscenze, ma debba comprendere anche gli ambiti delle pratiche e degli atteggiamenti, per condurre a un cambio di mentalità e di comportamenti.

FIGURA / INTEGRARE LE COMPETENZE





## LA RIISG

Una rete estesa a tutto il territorio nazionale, composta da docenti universitari ed esperti di università, centri di studi e organizzazioni, compresa Medici con l'Africa Cuamm.

La Riisg è la Rete italiana per l'insegnamento della Salute globale e il suo obiettivo generale è contribuire al miglioramento della salute della popolazione e alla riduzione delle disuguaglianze esistenti sia tra i paesi sia al loro interno, tramite un miglioramento delle conoscenze, degli atteggiamenti e delle pratiche del personale sanitario.

La Riisg si impegna a:

1. contribuire all'elaborazione, alla discussione e alla diffusione della Salute globale, intesa come nuovo approccio multidisciplinare alla salute che considera i processi di salute e malattia individuali fortemente connessi alle dinamiche sociali ed economiche collettive;
2. promuovere l'insegnamento della Salute globale, a livello sia accademico sia professionale;
3. promuovere spazi e momenti di confronto e dialogo sulla Salute globale con altre discipline (tra cui antropologia, diritto, economia, ecc.);
4. promuovere un dibattito pubblico sulle tematiche di Salute globale e sensibilizzare le istituzioni civili, professionali e accademiche per attivare processi di trasformazione in grado di tradurre le buone pratiche in azioni concrete.

Fanno attualmente parte della Riisg docenti e membri di:

- Medici con l'Africa Cuamm;
- Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale dell'Università di Bologna (Csi);
- L'Area di Salute Globale e Sviluppo del Cergas - Università Commerciale Luigi Bocconi di Milano;
- Università di Roma "La Sapienza";
- Istituto di Igiene, Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma;
- Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Firenze;
- Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Perugia;
- Segretariato italiano studenti di Medicina (Sism);
- Società italiana di Medicina delle Migrazioni (Simm);
- Società italiana Medici Manager;
- Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (Oisg);
- Consulta Nazionale degli Specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva;
- Gruppo romano interfacoltà.

Gli obiettivi integrativi nello schema (*international aid and cooperation e cultural diversity and health* nel modello anglosassone) caratterizzano due moduli del *curriculum standard* ritenuti essenziali per integrare le competenze in contesti difficili e operando in situazioni a risorse limitate: due facce della stessa medaglia.

Tale struttura derivata dall'originale *curriculum standard* favorisce un'adattabilità ai diversi contesti, nell'ambito di un panorama formativo estremamente articolato e vario.

Per quanto riguarda l'insegnamento universitario, principalmente realizzato nelle facoltà di Medicina e Chirurgia, ma non solo, gli argomenti di Salute globale vengono trattati in moduli di corsi obbligatori (soprattutto Igiene e Sanità pubblica) o, molto più spesso, in corsi opzionali (Ade) a durata molto variabile (4-20 ore). Nell'insegnamento extra-universitario (*lifelong learning*), in particolare quello svolto come formazione continua Ecm nel Servizio sanitario nazionale e con la collaborazione di Ong come Medici con l'Africa Cuamm, si adattano i contenuti alle tipologie dei corsi di aggiornamento (seminari, piani formativi aziendali, gruppi di autoformazione, etc.) e ci si basa ancor di più sull'*experiential learning* e sulla didattica basata su problemi (*problem based learning*).

In questi ultimi due anni di esperienza di formazione in Salute globale in Italia, sono emersi in particolare i seguenti aspetti:

- è fondamentale porre l'accento su una prospettiva di politica sanitaria fondata sull'analisi dei determinanti della salute e sugli aspetti di economia politica della salute, privilegiando azioni di rete interdisciplinari e multisettoriali, come ribadito anche in testi internazionali di riferimento per la didattica<sup>5</sup>;
- nella formazione dei nuovi professionisti occorre ri-orientare l'etica del personale sanitario su questioni che hanno una relazione con i principi di equità nell'accesso ai servizi e nella protezione di fasce vulnerabili e difendere così il concetto di salute *come diritto in contrasto a quello di salute come bene a caro prezzo*.

### NOTE

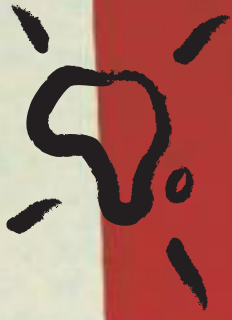
1 Haines A., Flahault A., Horton R., *European academic institutions for global health*. *Lancet* 2011; 377:363-65.

2 Doctors with Africa CUAMM. *Health and Development. International conference: Equal opportunities for health: action for development. A plan of action to advocate and teach global health*. Special issue, July 2009.

3 Commission on Social Determinants of Health. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity. Through Action on the Social Determinants of Health*. WHO 2008, Geneva.

4 I moduli formativi originali sono: la salute e i suoi determinanti sociali, origine e sviluppo dei sistemi sanitari e la salute come diritto umano, globalizzazione e salute, disuguaglianze nella salute, immigrazione e salute, cooperazione internazionale.

5 Birn A-E., Pillay Y., Holtz T-H., *Textbook of International Health. Global Health in a Dynamic World*. Third Edition. New York. Oxford University Press 2009.



# 中苏友好光

صداقة الصينية السودانية

## SUDAN, GENNAIO 2012

Alcuni pazienti attendono il proprio turno per una visita oculistica nell'ospedale di Kartoum. Il controllo sarà effettuato da medici cinesi, impegnati in Sudan nell'ambito del progetto "Trip of light", che costituisce una parte delle relazioni bilaterali cino-sudanesi. La forte presenza dello stato asiatico in Sudan (come in altri paesi africani, tra i quali, per esempio, l'Angola) non si limita all'ambito economico-commerciale, ma penetra più profondamente nel tessuto sociale, fornendo direttamente servizi fondamentali alla popolazione.



# 光明行

رحلة النور للصلوات

العمل





## ESPERIENZE DAL CAMPO

# L'INSEGNAMENTO DELLA SALUTE GLOBALE ALL'UNIVERSITÀ

La Salute globale sempre più rientra nei percorsi formativi proposti dalle università italiane. Attraverso la voce degli studenti del Sism, sono raccontati due esempi diversi di questo sviluppo: da un lato la consolidata realtà padovana; dall'altro l'entusiasmo che ha accompagnato il neonato corso dell'Università di Palermo.

TESTO DI / CLAUDIA AMADASI / STUDENTESSA DI MEDICINA, UNIVERSITÀ DI PADOVA  
VALENTINA GAMBINO, ANTONINO DAVIDE CIRINGIONE, GIULIANO CASSATARO / STUDENTI DI MEDICINA, UNIVERSITÀ DI PALERMO

Alcuni membri del Sism, attraverso le due testimonianze che compongono quest'articolo, hanno deciso di raccogliere la voce degli studenti e il loro punto di vista sull'insegnamento della Salute globale nelle facoltà di Medicina italiane.

Prima viene riportata l'esperienza di Padova, in cui queste tematiche sono già trattate da alcuni anni attraverso corsi opzionali; al racconto di un'esperienza più roduta e consolidata fa seguito l'entusiasmo degli studenti di Palermo, che lo scorso ottobre si sono avvicinati per la prima volta a queste tematiche.

### PADOVA: LE VARIE OPPORTUNITÀ DI FORMAZIONE DELLO STUDENTE DI MEDICINA

L'organizzazione del *curriculum* dello studente in Medicina e Chirurgia presso l'Ateneo di Padova prevede che alcuni crediti formativi universitari siano dedicati a corsi opzionali; alcuni di questi offrono l'occasione di approcciare per la prima volta alcune tematiche di Salute globale.

Uno di questi corsi è organizzato direttamente da Medici con l'Africa Cuamm in collaborazione con alcuni docenti; viene riproposto annualmente e, pur essendo un corso opzionale, che gli studenti scelgono liberamente di seguire, la partecipazione è molto numerosa, stimabile in almeno un centinaio di studenti ogni anno.

Come ogni corso opzionale, dura 5 giornate, per un totale di 10 ore, e presenta un nucleo di argomenti base che vengono trattati:

- determinanti di salute e salute come diritto umano;
- evoluzione dei sistemi sanitari;
- disuguaglianze in salute;
- immigrazione e salute;
- cooperazione sanitaria internazionale.

L'impostazione non troppo rigida permette che ogni anno gli argomenti trattati possano essere rivisitati e approfonditi in modo diverso, per affrontare tematiche più attuali. Esso può essere inserito nel cuore curricolare del quinto anno di corso, ma la partecipazione è aperta anche agli studenti degli altri anni, che possono ricevere un attestato di partecipazione.

Altri corsi opzionali che affrontano tematiche attinenti alla Salute globale sono il corso di Medicina delle migrazioni, tenuto dalla prof.ssa Ossi, e due corsi (in due livelli) dedicati alla Medi-

cina dei viaggi, organizzati dal dott. Flavio Lirussi; per tali corsi, entrambi i docenti si affidano all'aiuto del dott. Andrea Rossanese, medico internista e referente del Centro per le Malattie Tropicali, presso l'Ospedale Sacro Cuore don Calabria, a Negrar (Verona).

All'interno di questa già varia offerta didattica, anche la sede locale del Sism ha preso parte attiva nella formazione dello studente: il corso di Medicina delle migrazioni è ormai una delle iniziative "storiche", partito la prima volta nel 2004, pochi mesi dopo la nascita della sede Sism padovana, e viene riproposto ogni anno aggiornato all'attualità più recente: dalla cooperazione allo sviluppo, cardine dei primi anni, il focus in seguito si è diretto agli aspetti di salute dell'immigrato, con particolare interesse alle tematiche recenti in materia di diritto alla salute dell'individuo immigrato in condizioni irregolari.

L'organizzazione di un corso di Medicina delle migrazioni da parte degli studenti del Sism porta in dote caratteristiche differenti rispetto ai classici corsi preparati da docenti universitari, in quanto, pur mantenendo la professionalità dell'organizzazione e la competenza dei relatori (nei vari anni sono stati inviati a parlare medici, avvocati, economisti e sociologi), permette agli studenti di creare un ambiente più familiare, quasi "alla pari", nel quale possano approfondire le proprie curiosità, fare domande e creare dibattiti, senza essere frenati da timidezza o timori reverenziali.

Pur affrontando con tenacia e interesse i temi in ambito locale, la sede di Padova ha dato visibilità anche alle proposte nazionali del Sism, in particolar modo il Laboratorio di mondialità: nel corso degli anni e delle edizioni molti studenti di Medicina dell'Ateneo hanno partecipato a entrambi i livelli del Laboratorio, riportando poi a casa dall'esperienza una grande dose di entusiasmo da trasmettere ai propri compagni.

Si può quindi dire che gli studenti di medicina a Padova, all'interno di un curriculum sempre più vasto e specializzato, hanno l'opportunità di approfondire anche tematiche inerenti alla Salute globale.

Trattandosi di corsi opzionali, sta a loro cogliere l'occasione di prenderne parte, ma di sicuro la numerosa adesione a questi corsi è dimostrazione di un interesse sempre maggiore da parte degli studenti, inclini all'internazionalità e dotati di una spiccata sensibilità che li spinge a voler essere medici a 360 gradi, attenti al bene non solo della comunità che li accoglie, ma del mondo intero.

## PALERMO: ATTIVITÀ DIDATTICA OPZIONALE IN MEDICINA E GLOBALIZZAZIONE

«La medicina e la globalizzazione: quale relazione esiste?».

È questa la domanda principale che ci si può fare preparandosi a frequentare un'attività didattica opzionale in Medicina e globalizzazione, come quella promossa all'interno del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università di Palermo dal prof. Giacomo De Leo, preside della Facoltà di Medicina, e dal dott. Mario Affronti, presidente della sezione palermitana del Simm e responsabile del Servizio di Medicina delle migrazioni del Policlinico. Soffermandosi sulle parole chiave del titolo del corso opzionale ci si rende già conto che si andranno a toccare argomenti realmente complessi: da un lato l'eterogeneo e indefinito campo della scienza medica e dall'altro il processo di globalizzazione, inteso come l'avvicinamento di culture dell'intero mondo, ma non solo. L'idea per quest'attività didattica opzionale ad Affronti è venuta in seguito alla partecipazione a un corso formativo sui medesimi temi i cui "animatori" erano il dott. Martino Ardigò e la dott.ssa Marta Brigida, attivi presso il Centro Studi e Ricerche Internazionale e Interculturale dell'Università di Bologna, e il dott. Alessandro Rinaldi dell'Università La Sapienza di Roma. Gli stessi, insieme alla dott. Annalisa Sparacino, hanno poi composto l'équipe di relatori dell'attività palermitana.

Il primo giorno di lezione, l'aula "Maurizio Ascoli" era stracolma: c'erano più di duecento studenti.

Il corso non si è dipanato come una sequela di lezioni dettate ex cathedra, ma con giornate di studio interattivo.

Attraverso la presentazione di materiali multimediali, la creazione di gruppi di lavoro e di condizioni di gioco-apprendimento, si è arrivati a comprendere come oggetto del nostro studio fossero gli importanti concetti di inter- e multiculturalità, di Salute globale, di determinanti di salute, delle situazioni di disuguaglianza nell'accesso alle cure e ai servizi sanitari.

La Facoltà di Medicina e Chirurgia di Palermo è stata la prima in

tutta la Sicilia a introdurre nel suo piano formativo, pur se come disciplina opzionale, un corso di questo tipo. Ma, se qui l'evento ha il carattere della novità, così non è sul suolo nazionale e in ambito internazionale.

Già da alcuni anni, numerosi atenei europei ed extraeuropei hanno inserito nei programmi di studio forti riferimenti al concetto di Salute globale, sulla scia della presentazione dei lavori della Commissione sui Determinanti di Sociali e di Salute dell'Oms.

In Italia, inoltre, Medici con l'Africa Cuamm ha avuto un ruolo rilevante nell'introduzione capillare dei corsi universitari di Salute globale, grazie anche alla risonanza del progetto "Equal opportunities for health: action for development", di cui l'associazione è promotrice e il Sism collaboratore.

Al progetto ha fatto eco la formazione della Riisg, la Rete Italiana per l'insegnamento della Salute globale, nella convinzione che i temi della Salute globale siano di fondamentale importanza per la completa formazione non solo degli operatori del settore sanitario, ma anche di altre figure professionali (antropologi, politologi, economisti).

L'esperienza dei tre giorni di attività a Palermo è stata a tal punto entusiasmante da indurre alcuni studenti a formare un gruppo di "attivisti" che, con l'aiuto del dott. Affronti e attraverso l'autof ormazione, possa innestare nella realtà studentesca locale la cultura della "medicina globale", non solo come ambito del sapere, ma soprattutto come *habitus* comportamentale del futuro medico.

Alla luce di queste esperienze, e di molte altre sparse su tutto il territorio italiano, emerge l'interesse degli studenti verso queste tematiche e cresce la consapevolezza della necessità di portare i temi della Salute globale all'interno delle nostre facoltà, non solo attraverso corsi opzionali, ma all'interno dei *curricula* universitari, in modo che il nuovo paradigma di salute, a cui fa riferimento la Riisg, raggiunga tutti gli studenti di medicina italiani, non solo pochi "eletti".

**TABELLA 1 / GLI ARGOMENTI DELL'ATTIVITÀ DIDATTICA OPZIONALE ORGANIZZATA LO SCORSO OTTOBRE DALL'UNIVERSITÀ DI PALERMO**

SALUTE GLOBALE E DETERMINANTI DI SALUTE	DOCENTI: DOTT. MARTINO ARDIGÒ, DOTT.SSA MARTA BRIGIDA, CENTRO STUDI E RICERCHE IN SALUTE INTERNAZIONALE E INTERCULTURALE, UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
DISUGUAGLIANZE IN SALUTE	DOCENTI: DOTT. MARTINO ARDIGÒ, DOTT.SSA MARTA BRIGIDA, CENTRO STUDI E RICERCHE IN SALUTE INTERNAZIONALE E INTERCULTURALE, UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
SALUTE GLOBALE E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE	DOCENTE: DOTT.SSA ANNALISA SARACINO, MEDICI CON L'AFRICA CUAMM
SALUTE E SISTEMI SANITARI	DOCENTE: DOTT. ALESSANDRO RINALDI, UNIVERSITÀ LA SAPIENZA, ROMA
GLOBALIZZAZIONE E SALUTE	DOCENTE: DOTT. ALESSANDRO RINALDI, UNIVERSITÀ LA SAPIENZA, ROMA
MEDICINA E MIGRAZIONI	DOCENTI: DOTT. MARIO AFFRONTI, PRESIDENTE SIMM E RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI DELL'AOU POLICLINICO DI PALERMO, E DOTT.SSA SIMONA LA PLACA, SEGRETARIA SIMM E RESPONSABILE AMBULATORIO PEDIATRICO DELL'AOU POLICLINICO DI PALERMO E DELL'AMBULATORIO "ASTALLI" PER IMMIGRATI DI PALERMO



## ESPERIENZE DAL CAMPO

# CURA DELLA MALNUTRIZIONE A WOLISSO, ETIOPIA

Nel 2008, la principale causa di ricovero nel reparto di pediatria dell'ospedale di Wolisso è stata la malnutrizione acuta grave. Anche la malnutrizione cronica è molto diffusa: per contrastarla è necessario dare priorità a interventi di salute pubblica che raggiungano da vicino la popolazione e abbiano come obiettivo la prevenzione e l'identificazione delle carenze nutrizionali.

TESTO DI / GIORGIA SOLDÀ E LIVIANA DA DALT / UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA  
FABIO MANENTI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Dal 2005 la Scuola di Specializzazione in Pediatria dell'Università di Padova ha avviato una collaborazione con Medici con l'Africa Cuamm nell'ambito dell'iniziativa "Junior project officer" (Jpo). Da allora, 12 specializzandi sono stati coinvolti in stage di sei mesi in un paese africano, 4 in Etiopia e 8 in Mozambico. L'iniziativa Jpo si è dimostrata essere non solo un'esperienza clinica in un paese in via di sviluppo, ma anche una concreta opportunità di sviluppare progetti di ricerca in ambito clinico-organizzativo.

È questo il contesto in cui è nato il lavoro presentato in quest'articolo.

### INTRODUZIONE

Tra gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio spicca il quarto, che prevede la riduzione della mortalità infantile di due terzi (rispetto ai valori del 1990) entro l'anno 2015; l'attenzione è massima su questo parametro perché esso è ritenuto altamente indicativo della mortalità della popolazione generale<sup>1</sup>.

I determinanti della mortalità infantile sono stati ampiamente studiati; essi includono fattori che agiscono "da lontano", meccanismi che influenzano la mortalità a livello intermedio e vere e proprie cause dirette.

I primi sono rappresentati soprattutto da aspetti socio-economici come il reddito *pro capite*, lo stato sociale e il livello di educazione.

Tra i processi intermedi vi sono aspetti di tipo ambientale e comportamentale, relativi al contesto familiare. Questi sono a loro volta direttamente collegati alle cause cosiddette prossimali di morte, cioè i determinanti più vicini in termini di tempo all'evento finale, che sono le malattie specifiche del contesto in cui ci si trova<sup>2</sup>.

È diffusamente segnalata nei paesi in via di sviluppo un'alta prevalenza di comorbidità, cioè l'interazione tra due o più patologie diverse, diagnosticate contemporaneamente nello stesso paziente.

In passato numerosi studi hanno identificato fattori prognostici specifici per patologia, ma l'attenzione della letteratura è più recentemente rivolta al fatto che frequentemente i bambini ricoverati in questi paesi presentano problemi multipli che agiscono sinergicamente e si potenziano, nel determinare il rischio di

morte<sup>2,3</sup>. In particolare, per alcuni contesti, è forte la sinergia tra la malnutrizione e le malattie infettive nel determinare alti tassi di mortalità<sup>4</sup>. Pertanto la malnutrizione è da tempo considerata una causa sottostante, un fattore trasversale responsabile di oltre la metà delle morti in età pediatrica<sup>4,5</sup>.

Molteplici sono le forme cliniche con cui si può manifestare la malnutrizione infantile.

Lo *stunting* è quella operazione di economia biologica per cui un organismo cronicamente sottanutrito si organizza, in modo da risparmiare nei limiti del possibile il sistema nervoso, il sistema immunitario e il sistema muscolare, a spese della statura del soggetto. A parità di patrimonio genetico, la statura riflette la crescita lineare dell'organismo in fase pre- e post-natale.

Quando un soggetto è *stunted*, cioè basso per la sua età, questo è considerato un effetto cumulativo, a lungo termine, di una nutrizione inadeguata.

Il *wasting* è invece la magrezza estrema: muscoli, cute, mucose, intestino, cuore, sistema immunitario sono consunti. Questa caratteristica è considerata il risultato di una esposizione recente dell'organismo a un contesto sfavorevole dal punto di vista nutrizionale. Il bambino *wasted* è ad alto rischio di complicazioni e morte a breve termine<sup>5,6</sup>.

Un'altra manifestazione di grave peggioramento dello stato nutrizionale è la forma *kwashiorkor*, caratterizzata dai cosiddetti edemi da fame, cioè da edemi bilaterali che esordiscono agli arti inferiori per poi estendersi a tutto il corpo e che non risultano spiegabili da altre cause mediche.

Le due forme *wasting* (o marasma) e *kwashiorkor* sono considerate malnutrizione acuta grave e richiedono trattamento a livello ospedaliero, con protocolli diagnostico-terapeutici standardizzati diffusi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Lo *stunting* invece è una carenza nutrizionale cronica, non soggetta a trattamenti specifici.

L'Etiopia è nota per un'alta prevalenza di malnutrizione: i più recenti report dell'Oms, riferiti ai dati del 2009, stimano che il 44% dei bambini sotto i 5 anni siano di peso troppo basso rispetto all'età, il 12% siano gravemente malnutriti (*wasted*) e ben il 51% malnutriti cronici (*stunted*)<sup>7</sup>.

La mortalità pediatrica sotto i 5 anni in Etiopia è diminuita da 210 decessi ogni 1.000 nati vivi registrata nel 1990 a 104 ogni 1.000 nati vivi nel 2009. Questo miglioramento è ritenuto però ancora insufficiente al raggiungimento del quarto Obiettivo del Millennio.



## OBIETTIVI

Gli scopi del presente studio sono stati: analizzare lo stato nutrizionale della popolazione pediatrica afferente all'ospedale di Wolisso; descrivere la prevalenza di malnutrizione acuta e cronica, secondo le definizioni dell'Oms, in tale popolazione; valutare l'importanza della malnutrizione, sia nella sua forma acuta sia in quella cronica, tra le cause di ricovero e, più in generale, determinare la correlazione tra lo stato nutrizionale dei bambini e il tasso di mortalità intraospedaliera sotto i 5 anni.

## CONTESTO E METODI

L'Ospedale St. Luke di Wolisso, nella Regione di Oromia, serve un bacino di utenza di oltre un milione di abitanti, in un contesto prevalentemente rurale. Attivo dal 2001, è gestito da Medici con l'Africa Cuamm in collaborazione con la Chiesa Cattolica e il Ministero della Salute etiopi. Nella struttura si registra un numero sempre crescente di ricoveri, in media 800 al mese negli ultimi 3 anni, di cui quasi il 30% riguarda bambini sotto i 5 anni.

Sono stati studiati tutti i bambini di età compresa tra 0 e 60 mesi ricoverati, per qualsiasi causa, dal 26 marzo al 25 giugno 2008 nel reparto di pediatria del St. Luke. Per ogni paziente, al momento del ricovero, sono stati raccolti dati antropometrici utili a valutare lo stato nutrizionale, secondo i riferimenti standard indicati dal *National Center for Health Statistics* e dall'Oms<sup>7</sup>. Sono stati registrati il motivo principale di ricovero, le eventuali patologie associate, e l'*outcome* di ogni paziente. Sono state rilevate tutte le varianti di carenza nutrizionale, come riportato nella **tabella 1**: la malnutrizione acuta nelle forme marasma e *kwashiorkor*, la malnutrizione cronica (*stunting*) e la condizione di basso peso per età<sup>8,9</sup>. Tutte le variabili sono state poi inserite in una analisi multivariata per valutare come lo stato nutrizionale abbia influito sull'*outcome* dei pazienti.

## RISULTATI

Durante il periodo di studio sono stati ricoverati nel reparto di pediatria 316 bambini. Il 40% di questi aveva meno di un anno di vita. Tra le cause di ricovero la malnutrizione acuta grave è stata la più frequente, seguita da infezioni respiratorie, gastrointestinali e dalla malaria (**grafico 1**).

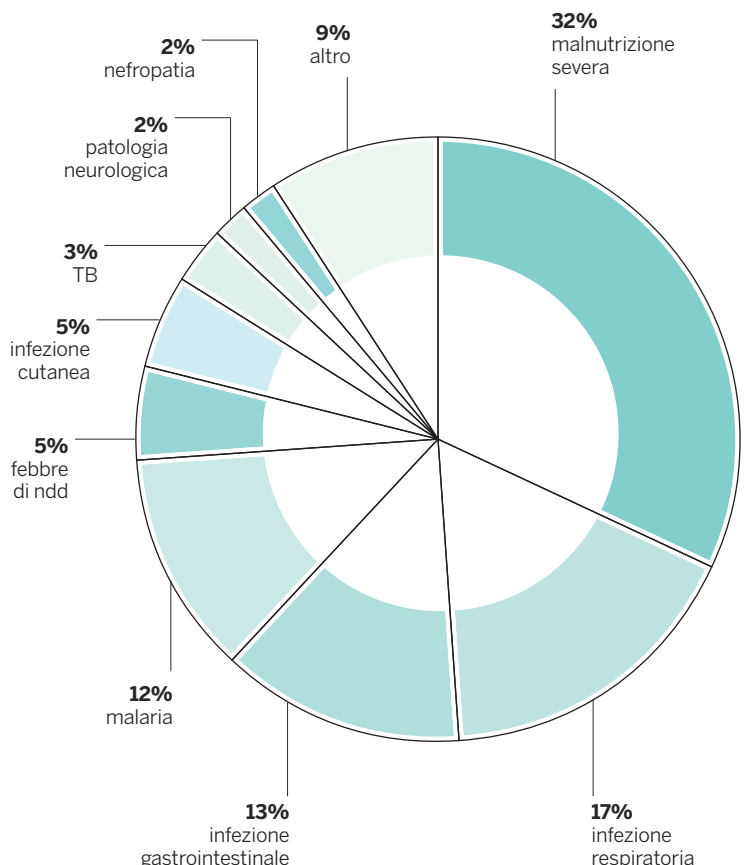
La mortalità generale tra i bambini ricoverati durante il periodo di studio è stata pari al 9,2%. Lo stato nutrizionale complessivo dei pazienti ricoverati è rappresentato dal **grafico 2**. Nel 32% dei pazienti ricoverati era presente uno stato di malnutrizione acuta grave: di questi, il 4,6% presentava la forma *kwashiorkor*, il 45,5% la forma marasma.

Una percentuale rilevante di pazienti (11,9%) presentava la forma combinata marasma-*kwashiorkor*.

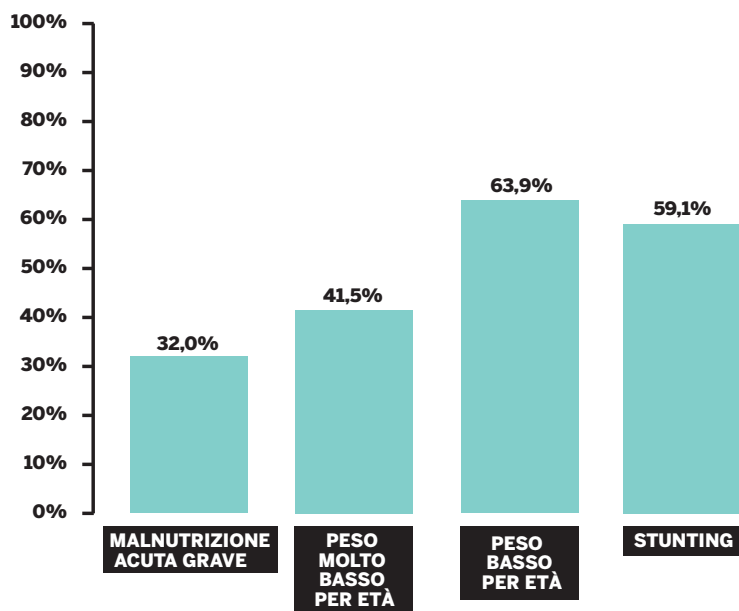
**TABELLA 1 / TIPI DI MALNUTRIZIONE E LORO DEFINIZIONE**

MALNUTRIZIONE ACUTA GRAVE	MAGREZZA ESTREMA, CON INDICATORE PESO/ALTEZZA < - 3 DEVIAZIONI STANDARD DALLA MEDIA SECONDO LE TABELLE DI RIFERIMENTO (OMS/NHCS) (= MARASMA) O PRESENZA DI EDEMA BILATERALE, NON SPIEGATO DA ALTRE CAUSE (=KWASHIORKOR)
PESO MOLTO BASSO PER ETÀ	INDICATORE PESO/ETÀ < - 3 DEVIAZIONI STANDARD SECONDO LE TABELLE DI RIFERIMENTO (OMS/NHCS)
PESO BASSO PER ETÀ	INDICATORE PESO/ETÀ < - 2 DEVIAZIONI STANDARD SECONDO LE TABELLE DI RIFERIMENTO (OMS/NHCS)
STUNTING	INDICATORE ALTEZZA/ETÀ < - 3 DEVIAZIONI STANDARD SECONDO LE TABELLE DI RIFERIMENTO (OMS/NHCS)

**GRAFICO 1 / CAUSE DI RICOVERO NEL REPARTO DI PEDIATRIA DI WOLISSO NEL PERIODO DI STUDIO (DAL 26-03-08 AL 25-06-08)**



**GRAFICO 2 / PREVALENZA DEI DEFICIT NUTRIZIONALI NEI BAMBINI RICOVERATI A WOLISSO NEL PERIODO DI STUDIO**



In questi ultimi l'indicatore di malnutrizione acuta peso/altezza era molto inferiore rispetto alla media per età, pur essendo presente l'edema tipico della forma *kwashiorkor*.

La mortalità intraospedaliera è risultata più di due volte maggiore nei bambini affetti da malnutrizione acuta grave rispetto ai bambini malnutriti in maniera non acuta (15% contro 6,5%). Dal-

l'analisi antropometrica di tutti i pazienti ricoverati, inoltre, è emersa un'elevata prevalenza di bambini affetti da *stunting* (quindi con segni di malnutrizione cronica), pari a circa il 59% del totale, e di *underweight* (peso basso rispetto all'età, riconducibile a carenze sia acute che croniche) pari al 64%. Il trend per questi pazienti è orientato verso un *outcome* più sfavorevole, anche se l'esiguità del nostro campione limita la significatività statistica.

## CONCLUSIONI

I nostri dati confermano come, anche nell'ospedale di Wolisso, la malnutrizione acuta grave sia il determinante principale di mortalità pediatrica intraospedaliera.

Tale fenomeno è ben studiato e, grazie a protocolli ormai consolidati, soggetto a trattamento standardizzato in ambito ospedaliero.

Questo studio, però, evidenzia anche come, tra i pazienti ospedalizzati, esista una larga fascia di bambini con segni di malnutrizione cronica (*stunting* e/o basso peso), il cui *outcome* è comunque più sfavorevole rispetto ai bambini in buono stato nutrizionale. Su questi pazienti l'intervento ospedaliero ha un impatto limitato e si limita a far fronte alle patologie che si sono presentate in forma aggravata a causa della condizione di malnutrizione.

La diffusione della malnutrizione cronica suggerisce quindi la necessità di dare priorità a interventi di salute pubblica che raggiungano da vicino la popolazione e abbiano come obiettivo la prevenzione e l'identificazione delle carenze nutrizionali, prima che queste si traducano in stati morbosi complicati.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Who, Child mortality coordination group. Tracking progress towards the Millennium Development Goals: reaching consensus on child mortality levels and trends, 2006, Bull Who.
- 2 Black et al., Where and why are 10 million children dying every year?, 2003, Lancet.
- 3 Berkley et al., Prognostic indicators of early and late death in children admitted to district hospital in Kenya: cohort study, 2003, Bmj.
- 4 Pelletier et al., A methodology for estimating the contribution of malnutrition to child mortality in developing countries, 1995. J. Nutr.

- 5 Rice et al., Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries, 2000, Bull Who.
- 6 Bachou et al., Risk factors in hospital deaths in severely malnourished children in Kampala, Uganda, 2006, BMC Pediatrics.
- 7 Who, Child growth standards. Methods and development, 2006, Who.
- 8 Who, Hospital Care for Children. Guidelines for the management of common illnesses with limited resources, 2005, Who.
- 9 Federal Ministry of Health of Ethiopia and Unicef, Guidelines for the management of severe acute malnutrition, 2007, Ethiopia.



## APPROFONDENDO

# L'IMPORTANZA DI INSEGNARE LA SALUTE GLOBALE

La formazione medica deve passare da un approccio puramente medico a uno biopsicosociale. La Salute globale risponde alle esigenze di riposizionamento etico richiesto ai professionisti sanitari in un mondo in cui il divario tra le condizioni di salute delle diverse fasce di popolazione è in costante aumento.

TESTO DI / GIANFRANCO TARSITANI, GIULIA CIVITELLI E ALESSANDRO RINALDI / DIPARTIMENTO DI IGIENE E MALATTIE INFETTIVE, UNIVERSITÀ "LA SAPIENZA"

La Riisg (Rete italiana per l'insegnamento della Salute globale) ha recentemente presentato una proposta di riconoscimento di un credito formativo universitario (Cfu) dell'insegnamento della Salute globale all'interno del *curriculum* del Corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia, con l'obiettivo di promuovere una formazione il più possibile incisiva e coordinata su questo tema e aggiornare l'attuale percorso formativo delle facoltà di area sanitaria.

Il percorso di studi proposto, articolato nei tre moduli *Globalizzazione e salute*, *Determinanti di salute* e *Diseguaglianze in salute*, vuole fornire una prima risposta alle nuove esigenze formative che la globalizzazione pone al professionista sanitario, aprendo altresì a possibili approfondimenti offerti nel percorso di studio in modalità opzionale.

Già nel 1977 Engel<sup>1</sup> aveva affermato la necessità di un nuovo modello di formazione medica, proponendo il passaggio da un approccio puramente biomedico a uno di tipo biopsicosociale. Quest'ultimo, nonostante sia oggi sostenuto da molti anche nel mondo accademico, trova ancora poco spazio nelle aule universitarie.

La Salute globale si propone di colmare queste carenze analizzando la malattia alla luce dei fattori sociali che la determinano.

La Salute globale, inoltre, analizzando le cause delle diseguaglianze in salute anche attraverso la lente della giustizia sociale, risponde a quelle esigenze di riposizionamento etico richiesto ai professionisti sanitari dall'attuale panorama globale e locale, dove il divario tra le condizioni di salute delle diverse fasce di popolazione è in costante aumento<sup>2</sup>.

Le numerose evidenze scientifiche sulla criticità del rapporto globalizzazione/salute stanno spingendo gli operatori e le istituzioni sanitarie a confrontarsi con le dimensioni della complessità e a rivalutare l'importanza dell'etica, dell'equità e della politica nella pratica medica.

«Oggi più che mai»<sup>3</sup> è necessaria una nuova visione della medicina basata sulla *primary health care*<sup>4</sup>, per riconoscere l'importanza dei fattori socioeconomici per la salute, per coniugare la salute ai diritti umani e alla giustizia sociale, per analizzare e soddisfare la domanda di assistenza sanitaria centrata sulla persona, rendendo universalmente accessibili i servizi sanitari essenziali.

I sempre maggiori rapporti di dipendenza e interdipendenza tra le varie aree del mondo rendono senza confini anche la salute e richiedono analisi multidisciplinari dei fattori di rischio eco/bio/psicosociali, soluzioni da ricercare attraverso approcci intersettoriali integrati capaci di umanizzare la medicina approfondendo le interazioni tra salute e cultura.

Esemplificativi della necessità di modificare l'attuale orientamento biomedico dominante nell'università sono i campi di ricerca e formazione di cui la Salute globale si avvale, quelli della medicina delle migrazioni e della cooperazione internazionale, che diventano vere e proprie palestre in cui sperimentare la necessità del nuovo paradigma della salute.

Per tutti questi aspetti l'apporto della Salute globale, rappresentando una nuova opportunità di educazione liberatrice che promuove il sapere, il saper fare e il saper essere proprio di chi vuole operare per la salute, è ritenuto fondamentale nella formazione del futuro professionista sanitario, e non solo.

### NOTE

<sup>1</sup> Engel G.L., *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, Science, Vol. 196, n. 4286 (Apr. 8, 1977), pp. 129-136.

<sup>2</sup> Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (Oisg). *InFormAzione per cambiare*. 4° Rapporto Oisg. Edizioni Ets, Pisa 2011.

<sup>3</sup> Who, *The World Health Report 2008 - Primary Health Care. Now more than ever*, Geneva: World Health Organization.

<sup>4</sup> La Salute globale riprende i principi di *primary health care* enunciati nella storica Dichiarazione di Alma-Ata del 1978, adattandoli al contesto storico attuale, quello della globalizzazione.



## RASSEGNA

# DETERMINANTI SOCIALI DI SALUTE: LA CONFERENZA DI RIO

Secondo il direttore dell'Oms, i processi di globalizzazione hanno fallito nel ridistribuire le risorse, portando a una situazione di disuguaglianza senza precedenti. Oltre alla Dichiarazione Politica ufficiale, la conferenza ha prodotto una dichiarazione alternativa, con proposte concrete per affrontare il problema.

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

La prima Conferenza mondiale sui determinanti sociali di salute, svoltasi a Rio de Janeiro dal 19 al 21 ottobre<sup>1</sup>, è stata organizzata grazie all'impegno del Brasile, che vi ha contribuito con un considerevole stanziamento economico e ha cercato di realizzare un vertice simile alla Conferenza di Alma Ata del 1978: una presa di posizione altamente politica e un impegno concreto dei governi a dare corso alle raccomandazioni contenute nel rapporto conclusivo della Commissione sui determinanti sociali di salute, *Closing the gap in a generation*.

La ferma reazione di altri governi e di forze interne all'Oms, intenzionate a neutralizzare la *vis politica* del progetto, ha animato tutta l'organizzazione dell'evento.

### CRITICHE AI PROCESSI DI GLOBALIZZAZIONE

Il Direttore Generale, Margaret Chan, ha presentato un'analisi piuttosto impietosa dei processi di globalizzazione, che – mancando la promessa di portare benefici a tutti (“la marea che solleva tutte le barche”) – hanno di fatto fallito nel ridistribuire le risorse portando a una situazione di disuguaglianza senza precedenti nella storia, alla base dell'insicurezza, economica e sociale, del mondo in cui viviamo.

Infine, in riferimento soprattutto alle malattie non trasmissibili, Margaret Chan ha chiamato in causa direttamente le multinazionali produttrici di tabacco, alcol, cibo e bevande. Dichiarando che l'unica strategia sostenibile è la prevenzione, non solo nel settore sanitario, ha affermato che l'attuale pandemia di sovrappeso e obesità non è attribuibile a un fallimento della volontà degli individui, bensì al fallimento della volontà politica ai più alti livelli.

Il discorso è culminato con un forte appello ai governi: pur riconoscendo che le multinazionali e i meccanismi di mercato esercitano pressioni talvolta irresistibili, soprattutto per i paesi più piccoli, la Chan ha provocatoriamente chiesto se e quando i go-

verni metteranno la salute delle persone prima di quella delle multinazionali.

### I TEMI AFFRONTATI

La conferenza ha analizzato i seguenti temi: *governance* per l'azione sui determinanti sociali di salute; partecipazione comunitaria; ruolo dei sistemi sanitari nel contrastare le disuguaglianze; azione globale sui determinanti sociali di salute; monitoraggio e ricerca, e ha prodotto il documento ufficiale, la *Dichiarazione di Rio*, emanato al termine di una sessione che ha visto la presenza di ministri e capi di stato.

Nel dibattito che è seguito, è da segnalare l'intervento del prof. David Sanders, *emeritus professor* alla Western Cape University di Cape Town e membro storico del *People's Health Movement*, che ha esposto senza mezzi termini l'indignazione – sua e della parte di società civile che rappresentava – per la mancata esplicita denuncia, nella *Dichiarazione di Rio*, delle forze e dei poteri che sono largamente responsabili delle esistenti disuguaglianze in salute, in particolare il sistema capitalista di mercato e le grandi compagnie transnazionali.

### UNA CONFERENZA, DUE DOCUMENTI

Tali idee sono riportate in una dichiarazione alternativa, redatta in collaborazione con numerose associazioni della società civile e movimenti sociali.

Il fatto è stato così significativo che il Ministro della Salute brasiliano, in chiusura dell'evento, ha citato entrambe le dichiarazioni, ponendole sullo stesso piano come risultati storici della conferenza.

Nella dichiarazione alternativa non mancano le proposte concrete, tra cui l'applicazione di sistemi di tassazione progressiva, l'introduzione di tasse sulle speculazioni finanziarie, il rafforzamento dei sistemi sanitari all'interno di politiche pubbliche intersectoriali, capaci di affrontare i determinanti sociali di salute.

### NOTE

<sup>1</sup> Bodini C., Camplone I., Brigida M., Ardigò M., Stefanini A., *Determinanti Sociali di Salute. Le conclusioni della Conferenza di Rio*, Saluteinternazionale.info, 3 novembre 2011, <http://saluteinternazionale.info/2011/11/determinanti-sociali-di-salute-le-conclusioni-della-conferenza-di-rio/>

## SISTEMA SANITARIO E RISORSE UMANE

L'Africa subSahariana soffre pesantemente la mancanza di risorse umane nell'ambito della salute riproduttiva. Le migliori strategie per sopperire a questa difficoltà sono l'impiego di operatori comunitari, il *task shifting*, la formazione orientata alle competenze e gli incentivi al personale sanitario.

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

L'epicentro della crisi delle risorse umane per la salute riproduttiva si trova nell'Africa subSahariana. 36 paesi africani sono al di sotto della soglia minima raccomandata di 23 operatori sanitari (tra medici, infermieri e ostetriche) per 10.000 abitanti necessaria a garantire l'80% dei parti assistiti. Facendo riferimento alle strategie contenute nella Dichiarazione di Kampala (2008)<sup>1</sup>, quali sono le esperienze più innovative in questo campo? Ne indichiamo alcune tra le più significative.

### OPERATORI COMUNITARI<sup>2</sup>

È dimostrato, soprattutto nei contesti sanitari con ridotto accesso a strutture sanitarie periferiche, che l'utilizzo di operatori di comunità (es. *community health worker*, *traditional birth attendant*) riduce la morbilità materna, la mortalità perinatale e infantile attraverso l'erogazione di prestazioni efficaci rapportate al ciclo di vita: controllo della fertilità, visite prenatali, assistenza al parto e post-natale, gestione delle patologie pediatriche più comuni. Le strategie più efficaci e scalabili sono le visite domiciliari (*home care*) e i gruppi di supporto femminili (*women group*). L'Etiopia ha formato e assunto nel sistema sanitario oltre 30.000 *health extension worker*.

### TRASFERIMENTO DI COMPETENZE A FIGURE SANITARIE NON MEDICHE

Il *task shifting* è il processo di trasferimento o delega di competenze assistenziali a un operatore sanitario con livelli inferiori di specializzazione. Questo approccio è stato realizzato con successo prima in ambito Hiv/Aids, poi è stato esteso a quello ostetrico, in particolare per il taglio cesareo. Studi condotti in Etiopia, Mali, Mozambico, Senegal e Tanzania documentano come questa procedura possa essere eseguita da personale non medico, senza differenze significative in termini di qualità e sicurezza per il paziente<sup>3</sup>. Oggi si preferisce parlare di *surgical task shifting*, dal momento che la mortalità e la morbilità per cause chirurgiche a livello distrettuale copre una vasta gamma di indicazioni tra cui anche il taglio cesareo<sup>4</sup>.

### NOTE

<sup>1</sup> [http://www.who.int/workforcealliance/forum/2\\_declaration\\_final.pdf](http://www.who.int/workforcealliance/forum/2_declaration_final.pdf)

<sup>2</sup> Who and Global Health Workforce Alliance, *Global Experience of Community Health Workers for delivery of health related Millennium development goals: a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into health system*, 2010.

<sup>3</sup> A titolo di esempio si veda Amanuel Gessesew A. et al., *Task shifting and sharing in Tigray, Ethiopia, to achieve comprehensive emergency obstetric care* *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 113 (2011), 28-31.

<sup>4</sup> Chu K. et al., *Surgical Task Shifting in Sub-Saharan Africa*, 2009, *PLoS Med* 6(5): e1000078. doi:10.1371/journal.pmed.1000078.

### FORMAZIONE ORIENTATA ALLE COMPETENZE

L'accesso ai servizi materni e infantili non è una condizione sufficiente a garantire l'esito di salute atteso. Esistono gravi *gap* di qualità nella gestione del parto non complicato e delle complicanze ostetriche e neonatali di base (*basic emergency obstetric care*), anche in contesto ospedaliero<sup>5</sup>. L'assistenza competente al parto (*skilled birth attendant*) nasconde molte opportunità mancate di salute. Sempre di più ci si sta orientando a una formazione basata su evidenze scientifiche, rivolta allo sviluppo di competenze pratiche, all'uso dei manichini, al lavoro di gruppo e all'*audit*. Dove questi approcci sono applicati, la riduzione della mortalità perinatale è stata del 30%<sup>6</sup>.

### INCENTIVI AL PERSONALE SANITARIO

Oltre agli incentivi per sostenere la domanda dei servizi (es. *conditional cash transfer*, *voucher*, ecc.), sono stati sperimentati incentivi alla produttività rivolti agli operatori, soprattutto in contesti rurali. In Ruanda, questo approccio ha migliorato la qualità delle visite prenatali, l'utilizzo dei parti istituzionali (23%), delle visite di prevenzione dei bambini sotto i 23 mesi (56%) e dai 24 ai 59 mesi (132%)<sup>7</sup>. Anche gli incentivi non finanziari, come il riconoscimento del lavoro, lo sviluppo della carriera e le opportunità di studio, contribuiscono a motivare il personale e a ridurre il fenomeno degli abbandoni.

### LE QUESTIONI APERTE<sup>8</sup>

Queste innovazioni appaiono promettenti per riequilibrare, a breve termine, il numero, la distribuzione e lo *skill mix* del personale sanitario. Tuttavia, a livello nazionale permangono problemi seri, che riguardano gli aspetti legislativi, le politiche di gestione e i finanziamenti necessari per stabilizzare queste riforme. Esistono, poi, le resistenze degli ordini professionali a cedere parte del loro "territorio" ai nuovi operatori. A livello internazionale, l'ostacolo maggiore riguarda l'applicazione del codice globale di reclutamento del personale sanitario finalizzato al contenimento della migrazione professionale.

<sup>5</sup> Puri R. et al., *Knowledge, attitudes, and practices in safe motherhood care among obstetric providers in Bugesera, Rwanda*, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 116 (2012), 124-127.

<sup>6</sup> Pattinson R., *Improving emergency obstetric care*, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 110 (2010), 87-88.

<sup>7</sup> Basinga P. et al., *Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation*, *Lancet* 2011; 377: 1421-1428.

<sup>8</sup> <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/secondHRHforumreport/en/index.html>



# 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:

- **1.330** 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;
- **40** 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
- **37 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.

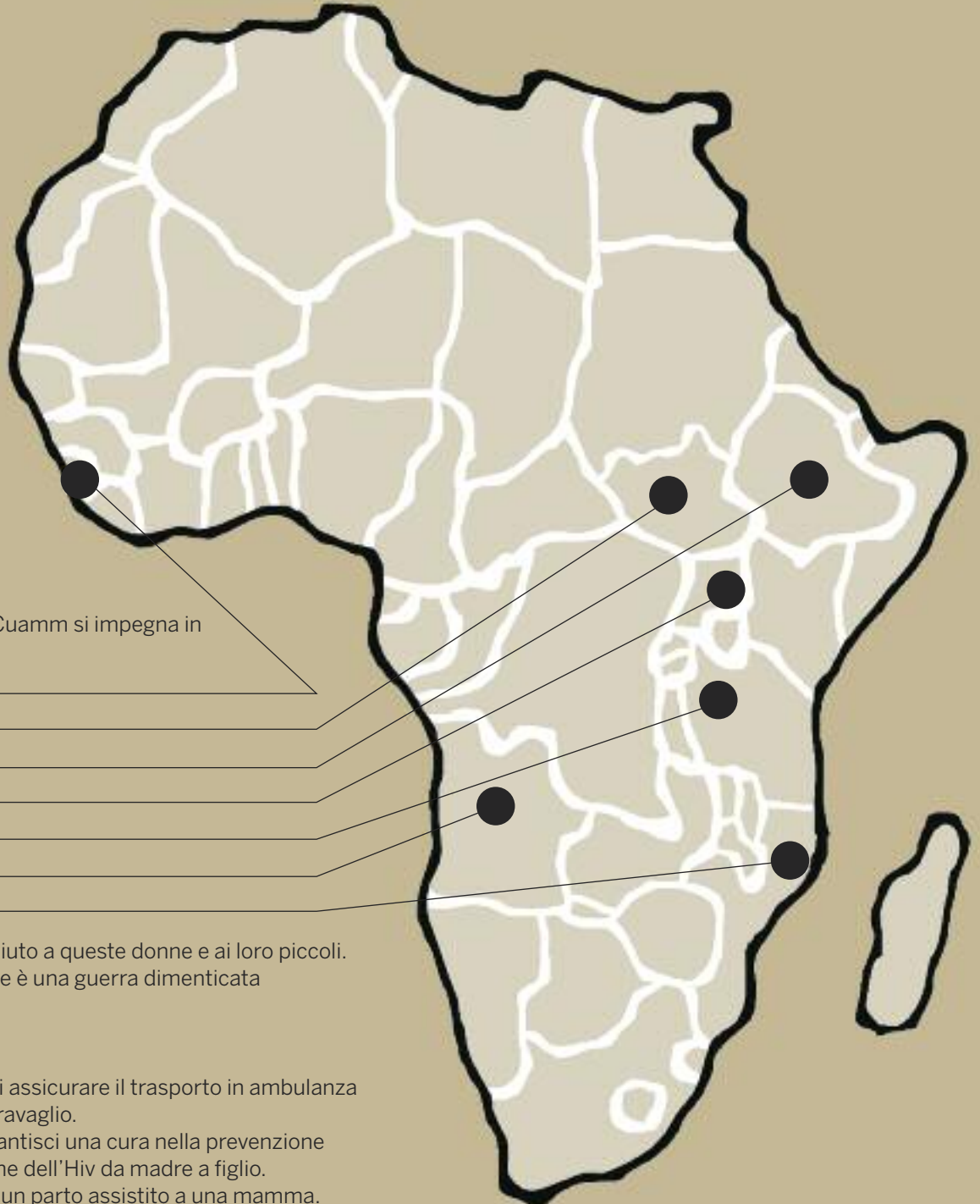
**SALUTE E SVILUPPO** offre studi, ricerche e documentazione unici nel panorama editoriale italiano. La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.



## 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.



Poste Italiane Spa - sped. in A.P. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46)  
Art. 1 comma 2 - DCB Padova - "Taxe Perçue" - "Tassa riscossa"



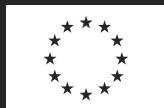
**MEDICI  
CON L'AFRICA**  
CUAMM



rivista quadrimestrale  
di cooperazione e politica  
sanitaria internazionale  
febbraio 2012 — n° **63**  
[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.