



**MEDICI
CON L'AFRICA**
CUAMM



SALUTE E SVILUPPO

rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
giugno 2012 – n° **64**

giugno 2012/ n° 64



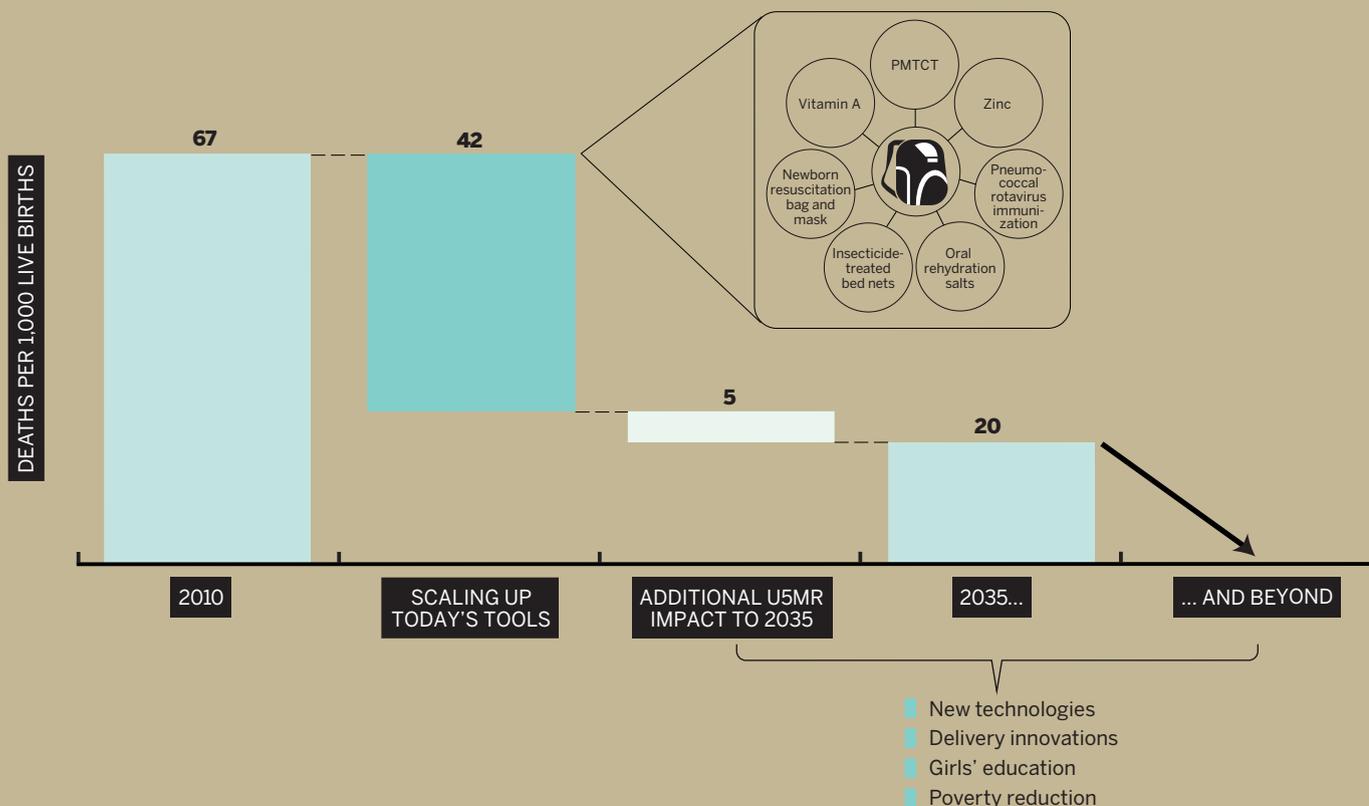


LA NOTIZIA

Un nuovo programma contro la mortalità dei bambini dei paesi più poveri. Vino vecchio in botti nuove...

Dopo aver archiviato (senza successo) una serie di obiettivi temporali – tra cui “salute per tutti entro il 2000”, “Mdgs entro il 2015” –, si rimanda al 2035 la soluzione dell’intollerabile eccesso di mortalità dei bambini dei paesi più poveri con un nuovo programma *Child Survival Call to Action: Ending Preventable Child Deaths*, promosso da Oms, Unicef e vari governi (Usa, Uk, Australia, Norvegia, etc.). La figura descrive la *roadmap* che parte dal tasso di mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni – 67 per 1.000 nati vivi – (anno 2010) per raggiungere l’obiettivo del 20 per 1.000 nel 2035. Cosa serve lo si vede nel contenuto dello zaino: vitamina A, farmaci per ridurre la trasmissione verticale dell’Aids, zinco, vaccini contro pneumococco e rotavirus, sali di reidratazione orale, zanzariere impregnate di insetticida e un Ambu per la rianimazione neonatale. E poi innovazione, tecnologie, istruzione, lotta alla povertà. Ovvero niente di nuovo dal punto di vista tecnico. Manca solo la volontà politica.

FIGURA / ROADMAP TASSO MORTALITÀ INFANTILE SOTTO I CINQUE ANNI



INDEX

DIRETTORE

Gavino Maciocco

COMITATO DI REDAZIONE

Maria Rosaria Acquaro, 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

Elisa Bissacco

IDEA CREATIVA E ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA

Ramon Pezzarini

IMPAGINAZIONE E STAMPA

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

COPYRIGHT

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

REGISTRAZIONE E AUTORIZZAZIONE

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

SPEDIZIONE

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

Illustrazione di copertina di Ramon Pezzarini.

Africa rising, titola un editoriale di questo numero richiamando l'efficace espressione usata dall'*Economist* pochi mesi fa. L'Africa sta cambiando profilo, si apre al dialogo con paesi e con attori diversi: nuove reti di organizzazioni non governative, istituzioni pubbliche e partner privati prendono forma. La cooperazione e sinergia tra queste realtà è la strada da percorrere per permettere un cambiamento costruttivo che porti benefici al continente ma anche alle sue relazioni con il resto del mondo.

DIALOGO

PAG. 2

AFRICA **RISING**

Testo di / Gavino Maciocco

PAG. 3

APPELLO PER LE ASPETTATIVE **AI COOPERANTI**

Testo di / don Dante Carraro

FORUM

PAG. 6

IL VOLONTARIATO **CLANDESTINO A MILANO**

Testo di / Clara Benedetti Conti

PAG. 7

INDIGNARSI È UN DOVERE

PAG. 8

RIFORMA DELL'OMS: LA CRISI E LE PROSPETTIVE FUTURE

Testo di / Chiara di Girolamo, Alice Fabbri

PAG. 9

TENIAMO D'OCCHIO **L'OMS!**

ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 12

RIDURRE LA MORTALITÀ MATERNA. IL CASO DEL RUANDA

Testo di / Giovanni Putoto

PAG. 14

LA COSTS ANALYSIS: TRE OSPEDALI A CONFRONTO

Testo di / Donata Dalla Riva, Giulia Faedo, Stefano Vicentini

APPROFONDENDO

PAG. 17

L'AFRICA E **LE PREVISIONI DEMOGRAFICHE**

Testo di / Maria Castiglioni, Gianpiero Dalla Zuanna

RASSEGNA

PAG. 18

IL SISTEMA SANITARIO IN POLONIA

Testo di / Aleksandra Motyka, Ewelina Wierzejska, Mateusz Cofta

PAG. 19

GOOD HEALTH AT LOW COST

Testo di / Fabio Manenti





DIALOGO

AFRICA RISING

Dieci anni or sono l'*Economist* titolava "Africa, il continente senza speranza" (*The hopeless continent*). Alcuni mesi fa la stessa rivista a proposito di Africa usava il termine opposto: *The hopeful continent. Africa rising*, l'Africa sta crescendo. Ma l'ottimismo riguardo all'Africa – avverte l'*Economist* – va preso a piccole dosi.

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

L'Africa sub-Sahariana sta crescendo a ritmi impressionanti. Negli ultimi dieci anni sei dei dieci paesi nel mondo con la crescita più rapida sono stati africani. Il Pil del sub-continente nel 2011 è cresciuto del 6%, la stessa percentuale prevista nel 2012, al pari della crescita dell'Asia. Una crescita in larga parte legata all'esportazione di materie prime, come petrolio e oro, i cui prezzi sono aumentati, ma non solo. L'Etiopia – che non possiede petrolio, né oro – ha avuto quest'anno un incremento del Pil del 7,5%, essendo diventato uno dei maggiori produttori mondiali di bestiame. L'Africa sta sviluppando le sue infrastrutture e creando le basi per il settore manifatturiero, finora quasi inesistente, attirando investimenti stranieri *in primis* dalla Cina, ma anche da Brasile, Turchia, Malesia e India. La produttività della manodopera è cresciuta del 2,7% l'anno. Gli scambi commerciali sono cresciuti del 200% dal 2000. L'inflazione è diminuita dal 22% degli anni '90 all'8% dell'ultimo decennio. Il debito estero è diminuito di un quarto, il *deficit* pubblico è diminuito di due terzi.

Altro fenomeno impressionante è la diffusione delle tecnologie (che contrasta drammaticamente con la povertà delle abitazioni rurali, prive quasi ovunque di energia elettrica e di acqua corrente): ci sono in Africa più di 600 milioni di utenze telefoniche cellulari (più che in Europa e America), che suppliscono alle carenze delle comunicazioni stradali con l'enorme boom del "mobile-banking" e del "telephonic agro-info". Circa un decimo della superficie del continente è inoltre coperta da servizi internet, una proporzione più alta che in India.

Si sta sviluppando una classe media con discrete disponibilità economiche in grado di alimentare un consistente mercato interno: attualmente sono circa 60 milioni gli africani con un reddito annuo di 3.000 dollari, saranno 100 milioni nel 2015. Il capitolo delle buone notizie dal sub-continente africano si completa con un quadro di maggiore stabilità politica e di minori conflitti. Ma l'ottimismo riguardo all'Africa – avverte l'*Economist* – va preso a piccole dosi, perché la situazione è ancora assai desolante in gran parte del continente. La maggioranza degli africani vive con meno di due dollari al giorno. La produzione di cibo *pro-capite* è tornata ai livelli pre-indipendenza, anni Sessanta. Carestie e fame persistono. Il clima sta peggiorando, con deforestazione e desertificazione che avanzano. La vita media in diversi paesi è al sotto dei 50 anni. Gli Obiettivi del Millennio riguardo alla salute materno-infantile sono lontani dall'essere raggiunti e gran parte dei governi africani investe in salute molto meno di quello che dovrebbe, come rivela un Rapporto predisposto dall'African Child Policy Forum¹.

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: 1. la spesa pubblica per la salute come percentuale del totale della spesa pubblica; 2. la spesa pubblica totale per l'istruzione come percentuale del Pil; 3. la percentuale del bilancio pubblico investita in EPI (*Enhanced Programme for Immunization*); 4. la spesa militare come percentuale del Pil; 5. la variazione percentuale della spesa sanitaria dei Governi dal 2004.

I primi tre 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 Sudafrica.

La Tanzania ha ottenuto il miglior punteggio, tra l'altro, per avere destinato una percentuale rilevante delle proprie risorse interne alla sanità, avendo aumentato il proprio contributo diretto ai programmi nazionali d'immunizzazione.

All'alto estremo della classifica si sono collocati, invece, i governi della 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.

NOTE

¹ <http://saluteinternazionale.info/2011/10/investire-nell'infanzia-in-africa-dalla-retorica-alla-responsabilita/>



DIALOGO

APPELLO PER LE ASPETTATIVE AI COOPERANTI

Medici con l'Africa Cuamm si mobilita per vedere garantita la possibilità di realizzare programmi di assistenza sanitaria nei Paesi in via di sviluppo attraverso l'indispensabile strumento dell'aspettativa al personale impiegato nei progetti di cooperazione. Di seguito l'appello per richiamare su questa importante questione.

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

I fondi per la cooperazione internazionale stanziati dal ministero degli Affari esteri sono crollati da circa 700 milioni di euro nel 2008 a quasi 90 milioni di euro nel 2011. Una riduzione drammatica, ancora più eclatante se raffrontata al comportamento di altri paesi – tra cui Gran Bretagna, Belgio, Olanda e Finlandia – che hanno mantenuto lo stanziamento al di sopra dello 0,5 del Pil, tenendo fede agli impegni assunti in sede internazionale. Il recente Documento triennale di Programmazione Economica e Finanziaria (aprile 2012) impegna l'Italia ad allinearsi nuovamente agli obiettivi concordati, ma non pone cifre chiare e tempi definiti. E intanto le previsioni per il 2012 rimangono critiche: nessuna inversione di marcia, con uno stanziamento complessivo bloccato allo 0,13% del Pil. Secondo la Commissione Europea, l'Aps italiano (Aiuto pubblico allo sviluppo) potrebbe raggiungere nel 2015 solo lo 0,16%.

Le recenti statistiche dell'Ocse-Dac (www.oecd.org), in realtà, registrano un aumento dell'Aps dell'Italia, che sembra passare dallo 0,15% del 2010 allo 0,19% del 2011. Ma, purtroppo, è solo apparenza. Nel sesto Rapporto Aidwatch (www.concordeurope.org), che fotografa ogni anno la cooperazione allo sviluppo dell'Unione Europea e dei singoli paesi, emerge con evidenza come la realtà sia un'altra. Se si tolgono gli aiuti bilaterali riguardanti le spese relative ai rifugiati (circa il 30%) e quelli per la remissione di debiti ormai inesigibili (circa il 35%), l'Aps si riduce drasticamente a uno scandaloso 0,13% del Pil, percentuale da anni mai stata tanto bassa. L'Italia sembra candidata così a essere fanalino di coda tra i paesi europei per aiuti allo sviluppo. A rendere ancor più grave il quadro è un ulteriore drastico taglio delle risorse finanziarie messe a disposizione dal governo per la cooperazione internazionale, approvato per l'anno in corso in sede di legge di bilancio. Una decisione pesante, che ha cancellato, di fatto, i progetti promossi e realizzati dalle organizzazioni non governative nell'ambito della legge 49/1987.

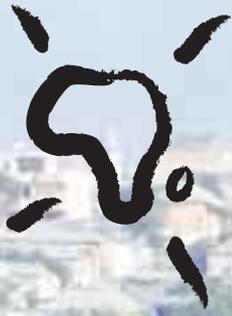
L'assoluta mancanza di fondi sta spazzando via in particolare i programmi di assistenza sanitaria: non ci sono, infatti, le risorse per garantire ai cooperanti, medici e paramedici, l'aspettativa dalle strutture sanitarie pubbliche di appartenenza per prendere parte a un progetto di cooperazione. Eppure basterebbero, in media, 20.000 euro all'anno per permettere a un professionista sanitario la copertura degli oneri assicurativi, previdenziali e assistenziali senza gravare sull'azienda sanitaria di appartenenza.

Per noi, che ci spendiamo per la crescita dei sistemi sanitari nell'Africa più povera, sviluppando programmi a lungo termine supportati dall'intervento di medici, infermieri, ostetriche e operatori sanitari, queste decisioni mettono a repentaglio un impegno che prosegue da oltre sessant'anni e che porta i suoi frutti solo se sostenuto con costanza e continuità.

Per questo, lanciamo un appello pressante e urgente al ministro degli Esteri e al ministro per la Cooperazione internazionale affinché siano subito allocati alla Direzione generale per la Cooperazione allo sviluppo almeno due milioni di euro per garantire le aspettative (un centinaio circa) della cooperazione sanitaria internazionale realizzata dalle ONG.

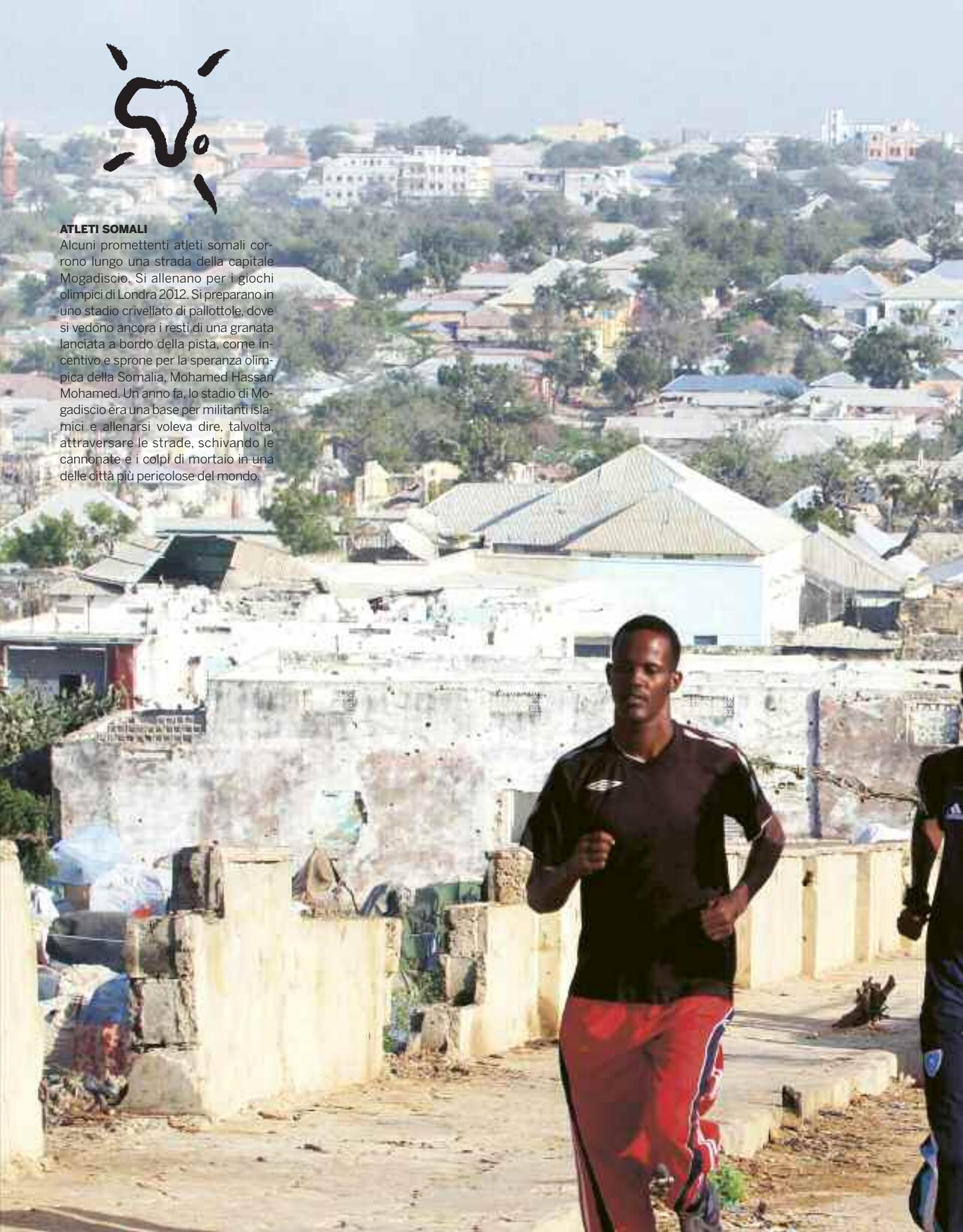
Ciò è necessario innanzitutto per garantire l'impegno a favore dell'equità. Non può essere giusto un mondo dove le differenze tra continenti e tra paesi, soprattutto in ambito sanitario, sono ancora oggi così forti, basti pensare ai dati ancora allarmanti che riguardano la mortalità di mamme e bambini in molti paesi dell'Africa sub-Sahariana. E non può essere giusto che i governi del lato "forte" del mondo rinuncino a fare la propria parte a sostegno dello sviluppo e della crescita dei paesi più poveri: lo consideriamo un dovere etico di giustizia e di solidarietà per il quale vogliamo batterci.

In secondo luogo, riteniamo una strategia miope rinunciare a una politica di cooperazione allo sviluppo proprio ora, nonostante la crisi economica che investe il nostro paese. Va compreso, infatti, che la cooperazione non è un fattore accessorio, che può essere ridotto o cancellato in tempi di difficoltà, ma che al contrario rappresenta una grande opportunità per favorire la ripresa della crescita globale e una scelta lungimirante anche per il nostro paese. Aiutare il continente a noi più vicino, l'Africa, a uscire dalla povertà, accompagnarlo nella creazione di un sistema sanitario più solido, sostenere le speranze delle rivoluzioni del Mediterraneo, sono doveri etici di convivenza umana e rappresentano inoltre l'apertura a un futuro di rapporti con un continente di un miliardo di persone, per lo più giovani, che sta rapidamente costruendosi come comunità economica, con un sistema di infrastrutture continentale e con un attivo protagonismo dei governi, delle istituzioni regionali e locali e della società civile.



ATLETI SOMALI

Alcuni promettenti atleti somali corrono lungo una strada della capitale Mogadiscio. Si allenano per i giochi olimpici di Londra 2012. Si preparano in uno stadio crivellato di pallottole, dove si vedono ancora i resti di una granata lanciata a bordo della pista, come incentivo e sprone per la speranza olimpica della Somalia, Mohamed Hassan Mohamed. Un anno fa, lo stadio di Mogadiscio era una base per militanti islamici e allenarsi voleva dire, talvolta, attraversare le strade, schivando le cannonate e i colpi di mortaio in una delle città più pericolose del mondo.







FORUM

IL VOLONTARIATO CLANDESTINO A MILANO

La frenetica metropoli s'incontra e scontra con la necessità di difendere chi si vede negato il diritto alla salute: gli studenti di medicina vogliono rendersi consapevoli.

L'esperienza del volontariato insieme al Naga, raccontata da una giovane studente appassionata alla giustizia e al diritto alla salute per tutti.

TESTO DI / CLARA BENEDETTA CONTI / SISM - SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI DI MEDICINA - SEDE DI MILANO

Osservo al mattino la metropolitana milanese stipata di volti e di storie, dove cinque passeggeri su dieci hanno tratti somatici latino-americani, egiziani, indiani e creano un dialogo poliglotta che solo vent'anni fa non esisteva. L'immigrazione è una realtà delle grandi città e senza dubbio una realtà milanese in crescita, in parte chiaramente irregolare. I medici, innanzitutto quelli in formazione, non possono prescindere dall'incontro di questa fetta di popolazione che vive nel territorio. Nella regione Lombardia vige, come nel resto d'Italia, il codice Stp (Stranieri temporaneamente presenti) che permette l'accesso alle cure essenziali agli immigrati irregolari extracomunitari, mentre a essi non viene garantito un medico di medicina generale. A seguito di tale situazione si sono formate negli anni sul territorio milanese associazioni indipendenti di volontariato, afferenti alla Simm (Società italiana medicina migrazioni), che si occupano di medicina di base per immigrati senza permesso di soggiorno. Una fra queste è il Naga, che ho conosciuto in qualità di membro del Sism Milano nell'ambito delle riunioni del Gris (Gruppi immigrazione e salute), cui partecipiamo da qualche anno come associazione di studenti di medicina. La presa di coscienza della negazione del diritto alla medicina di base ci ha fatto sentire la necessità di organizzare come Sism un'attività di tirocinio presso gli ambulatori del Naga, con lo scopo di mostrare agli studenti di medicina, promotori del diritto alla salute, una faccia della realtà milanese tanto manifesta ma occultata.

COME SI È SVOLTO IL PROGETTO?

Il progetto è iniziato a gennaio e terminato a marzo 2011, quando come Sism Milano abbiamo incontrato i responsabili del Naga per proporre un tirocinio clinico di studenti presso gli ambulatori di medicina generale della loro struttura, gestita interamente da medici volontari. All'inizio avevamo un'idea vaga di quello che sarebbe successo, volevamo fornire un'esperienza clinica nuova agli studenti, infarciti di medicina ultraspecialistica di terzo livello, rendendoli consapevoli del diritto negato alla sanità di base per gli immigrati irregolari. Come Sism sentivamo il dovere di proporre autoformazione anche in questo campo. Il progetto è stato proposto agli studenti del V e VI anno in modo tale da partire da un substrato di conoscenza clinica sufficiente per aprire gli occhi sul contrasto con l'attività quotidiana di corsia. Sono stati coinvolti tutti i 25 studenti

interessati al progetto e dopo una riunione di reciproca conoscenza e di illustrazione dell'attività dell'associazione, da parte del dr. Dalla Valle, responsabile degli ambulatori dell'associazione, il tirocinio si è svolto in cinque giornate di frequenza degli ambulatori. Il rapporto era di 1:1 tra studente e medico volontario. Grande l'entusiasmo dei ragazzi che hanno assistito alle visite.

CHE TIPO DI ATTIVITÀ OFFRE IL NAGA? COM'È ARTICOLATO L'AMBULATORIO?

Il Naga è un'associazione laica e apartitica che si fonda su un apparente paradosso: "nasce per scomparire", dove il principio fondante è la volontà di difendere un diritto negato, con attività tese a tutelarlo, in vista di riuscire a muovere le autorità perché lo riconoscano. Non si basa su un'idea di tipo assistenzialistico o caritatevole ma di impegno umano e politico.

Si anima di circa 300 volontari con profilo legale e sanitario i quali informano, difendono e tutelano i cosiddetti cittadini irregolari e le minoranze etniche emarginate in tutte le situazioni dove sussista un diritto negato. Oltre all'ambulatorio, più di 800 persone che vivono nelle aree dismesse della città vengono contattate dal servizio di "Medicina di strada", nel quale centinaia di lavoratori sono coinvolti in un'opera di prevenzione e riduzione del danno sanitario; inoltre numerosissimi sono i soggetti a cui l'associazione offre tutela legale gratuita. Oltre a ciò, è prestata assistenza legale e sociale ai richiedenti asilo, rifugiati e vittime della tortura.

Il nostro progetto si è limitato ad avvicinarci agli ambulatori di medicina generale dell'associazione, dove ogni giorno, due medici al mattino e due al pomeriggio, visitano i pazienti garantendo un servizio di volontariato continuo. Si rivolgono agli ambulatori più di 15.000 persone l'anno, senza differenza statisticamente significativa tra uomini e donne, provenienti da paesi del nord Africa, sud America ed est Europa. Sono, per la maggior parte giovani, lavoratori, con patologie di medicina generali comuni a quelle degli italiani: ortopediche, gastro-intestinali, bronco-polmonari, influenzali, cardiocircolatorie, ginecologiche e infettive. Si rivolgono a questo servizio in maniera fiduciosa e portano spesso problematiche semplici, la cui risoluzione è però resa estremamente complessa dagli ostacoli burocratici e dall'impossibilità di prescrizione di farmaci ed esami di approfondimento sui ricettari rossi del Ssn. Per questo l'associazione è impegnata nel far



INDIGNARSI È UN DOVERE

L'impatto con un mondo sconosciuto e affascinante: aiutare i medici del Naga nella cura degli immigrati anche nel nostro paese e crescere come medici responsabili.

TESTO DI / CLARA BENEDETTA CONTI / SISM - SEGRETARIATO ITALIANO
STUDENTI DI MEDICINA - SEDE DI MILANO

L'atrio principale della sede del Naga di Milano è adibito a sala d'attesa degli ambulatori medici. La prima volta che vi sono entrata c'erano circa 30 persone che attendevano il loro turno, alcune prendendo un caffè alle macchinette automatiche, altre conversando in italiano o in altre lingue.

Quel pomeriggio il medico a cui ero affiancata visitò circa 15 pazienti, molti affetti da disturbi apparentemente banali che tuttavia sembravano preoccuparli moltissimo; altri tornavano dopo aver effettuato visite specialistiche che consigliavano loro accertamenti non prescrivibili dal medico del Naga, il quale cercava quindi alternative, telefonava a colleghi e si indignava ostinandosi a trovare una soluzione. Alcuni pazienti comprendevano partecipando, altri sorridevano, altri aspettavano il termine della visita per recepire la decisione finale. Molti mi chiedevano chi fossi e cosa facessi, un diciottenne mi chiese di uscire con lui la sera e un altro mi confessò la sua antipatia per il medico appena questo uscì dall'ambulatorio in cerca di un farmaco adatto nella piccola stanza adibita a "farmacia". Mi piaceva molto e in tanti anni era quello che più si avvicinava al mio concetto di medicina: la tutela della salute per tutti, nonostante tutto, una sorta di "bene ostinato", per citare Paolo Rumiz e il suo libro su Medici con l'Africa Cuamm. Più frequentavo quel luogo più mi arrabbiavo per la negazione del diritto alla salute e cercavo piccole soluzioni attraverso amici, genitori e colleghi di cui avevo più stima. Credo ora di poter dire che si trattasse di una presa di coscienza, della responsabilità nel farsi promotori della salute e nello svolgere un mestiere che non dovrebbe mai scendere a patti con l'ingiustizia sociale.

Pertanto, sono tornata in quell'inconsueta sala d'attesa la settimana scorsa, per un corso di formazione per volontari, e anche in quel caso c'erano almeno 30 persone, che avevano in comune con i pazienti del primo giorno almeno una cosa: la necessità di difendere un diritto fondamentale dell'uomo.

rispettare la normativa vigente agli ospedali, che tuttavia spesso la disattendono e ha creato una piccola "farmacia" interna che raccoglie le donazioni di farmaci. Gli studenti hanno spesso avvertito frustrazione e sconforto per gli ostacoli snervanti incontrati nello svolgere un servizio di medicina di base, proprio in una città come Milano che vanta tante eccellenze sanitarie e dove i medici del Ssn possono prescrivere anche prestazioni altamente sofisticate. In breve: un paradosso reale.

QUALI OBIETTIVI AVETE RAGGIUNTO?

Senza dubbio, con tale attività, siamo arrivati a far maturare una nuova consapevolezza tra gli studenti: ci piace pensare di essere riusciti a distruggere parte dei pregiudizi sugli immigrati irregolari in coloro che a loro volta potranno farsi portavoce e promotori del diritto alla salute per tutti, fondamento scontato ma purtroppo spesso negato. L'esperienza è stata molto apprezzata dagli studenti e abbiamo deciso di organizzare una nuova edizione 2012, ora in corso, a cui hanno aderito trenta studenti. Invitiamo tutte le sedi locali del Sism, tutti i medici e tutte le associazioni affini al Naga a cercarsi reciprocamente sul territorio per perseguire la difesa del diritto alla salute, sensibilizzare e creare consapevolezza in coloro che un giorno, prima di quanto si pensi, saranno in prima linea nella complessa attività di cura alla persona.

TABELLA 1 / LE SEDI LOCALI SISM CHE HANNO ATTIVI TIROCINI PRESSO AMBULATORI PER MIGRANTI

SEDE LOCALE	ASSOCIAZIONE PARTNER	TIPO DI ATTIVITÀ
MILANO	AMBULATORIO NAGA E OPERA SAN FRANCESCO	GLI STUDENTI DEL 5° E DEL 6° ANNO AFFIANCO I MEDICI VOLONTARI NELLE LORO ATTIVITÀ DI MEDICINA DI BASE PER 4 INCONTRI DI 4 ORE CIASCUNO
PALERMO	AMBULATORIO DI MEDICINA DEI VIAGGI, DEL TURISMO E DELLE MIGRAZIONI PRESSO IL POLICLINICO DI PALERMO	GLI STUDENTI, SINGOLARMENTE O 2 ALLA VOLTA, FREQUENTANO L'AMBULATORIO PER 2 MATTINE A SETTIMANA
PISA	AMBULATORIO ASSOCIAZIONE SAN VINCENZO	DUE POMERIGGI A SETTIMANA RIVOLTA AGLI STUDENTI DAL TERZO ANNO IN POI
ROMA TOR VERGATA ROMA SANT'ANDREA ROMA LA SAPIENZA ROMA UCSC	AMBULATORIO CARITAS	- L'ESPERIENZA PRESSO L'AMBULATORIO CARITAS PREVEDE 3 GIORNI DI FORMAZIONE E 3 MESI DI TIROCINIO - PROGETTO SU STRADA: INTERVENTO DI SOSTEGNO ALLE PERSONE SENZA FISSA DIMORA IN RETE CON I SERVIZI SOCIO-SANITARI TERRITORIALI
TORINO	SERMIG TORINO E ASSOCIAZIONE CAMMINARE INSIEME	PROGETTO AMBULATORIO: 60 STUDENTI DI MEDICINA E INFERMIERISTICA FREQUENTANO GLI STUDI DEL POLIAMBULATORIO DEL SERMIG, A TURNI DI 4 PER VOLTA IL GIOVEDÌ POMERIGGIO. INOLTRE POSSIBILITÀ DI FREQUENTARE IL CENTRO CAMMINARE INSIEME A TURNI DI 1 O 2 PER 1-2 SETTIMANE CONSECUTIVE CIASCUNO


FORUM

RIFORMA DELL'OMS: LA CRISI E LE PROSPETTIVE FUTURE

La scarsa indipendenza finanziaria dell'Oms mina inevitabilmente la sua autonomia decisionale e operativa, lasciando che siano i donatori a stabilire di fatto le priorità e i programmi su cui investire. Ma il futuro destino dell'Oms non potrà prescindere dalla continua evoluzione dei processi che la globalizzazione pone in essere e dagli scenari futuri.

TESTO DI / CHIARA DI GIROLAMO, ALICE FABBRI / CENTRO STUDI E RICERCHE IN SALUTE INTERNAZIONALE E INTERCULTURALE, UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), l'agenzia specializzata per la salute del sistema delle Nazioni Unite, viene fondata nel 1948 con l'obiettivo di garantire il raggiungimento del più alto livello di salute da parte di tutti i popoli del mondo¹.

L'attuale processo di riforma che l'Organizzazione sta affrontando è senza dubbio il più grande cambiamento mai intrapreso dalla sua creazione. Tutto è ufficialmente iniziato nel 2011 con un documento dal titolo *"The future of financing for WHO"*² in cui il direttore generale dell'Oms – Margaret Chan – presentava la proposta di riforma centrata sul problema del finanziamento. Effettivamente l'Agenzia si trova ad affrontare una situazione finanziaria tanto critica quanto delicata con un *budget* inadeguato rispetto alle necessità e sempre più vincolato alle volontà e alle priorità dei donatori.

Nella programmazione finanziaria del biennio 2012-2013, a fronte di una richiesta di 4,8 miliardi di dollari da parte dell'Organizzazione, gli stati membri ne hanno stanziati 3,96 e cioè circa 1 miliardo in meno rispetto alla quota preventivata per la realizzazione delle attività³.

Un'altra questione delicata è quella della tipologia dei fondi di finanziamento: essi possono essere obbligatori (quote che gli stati membri devono versare in proporzione al loro Pil e alla numerosità della loro popolazione) o volontari. Attualmente, circa il 75% dei fondi che compongono il *budget* dell'Oms appartiene a questa seconda categoria; si tratta cioè di denaro che viene donato all'Organizzazione e che, nella maggior parte dei casi, è vincolato a specifiche attività o programmi. La scarsa indipendenza finanziaria che ne consegue, sia in termini di risorse disponibili sia di capacità di allocazione, mina inevitabilmente l'autonomia decisionale e operativa dell'Agenzia, lasciando che siano i donatori a stabilire di fatto le priorità e i programmi su cui investire.

LA PUNTA DI UN ICEBERG

Se, quindi, la stretta finanziaria è una questione spinosa che richiede urgente attenzione, d'altro canto essa rappresenta solo la punta dell'*iceberg* di una crisi molto più profonda e strutturale di un'organizzazione nata in un'epoca in cui il multilateralismo era una strategia politica condivisa e che invece si trova oggi a sopravvivere in un mondo totalmente diverso. Come afferma Hawkes⁴ «Nonostante i suoi passati successi, l'Oms si trova sempre più a disagio

in un mondo popolato da un numero crescente di attori internazionali che sembrano avere i piedi più lesti e le tasche più piene». Infatti, se fino agli anni Novanta l'Oms era il principale attore nell'arena della Salute globale, oggi quest'arena si è trasformata in una giungla popolata da multipli e diversi soggetti tra cui spiccano le *partnership* pubblico-private, come il *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, e le fondazioni, a cominciare da quella di Bill e Melinda Gates. In questo complesso panorama la *leadership* della Salute globale è frammentata e sta nelle mani di una molteplicità di attori, molti dei quali privati, che spesso hanno *iter* decisionali più veloci (anche se meno democratici), dispongono di quantità di denaro più cospicue, ma che al tempo stesso, in virtù della loro natura commerciale, possono essere portatori di interessi "altri" rispetto alla salute pubblica.

La situazione è ulteriormente complicata dal fatto che tali soggetti sono entrati, oltre che nello scenario mondiale, anche all'interno della stessa Oms: basti pensare che la Fondazione Bill e Melinda Gates rappresenta il secondo donatore in termini assoluti dell'Organizzazione dopo gli Stati Uniti e il primo (e forse unico) finanziatore del progetto di riforma. Questa dinamica chiama inevitabilmente in causa il problema del conflitto d'interessi. Sempre rispetto alla Fondazione Bill e Melinda Gates, il fatto che essa possieda – più o meno direttamente – azioni di multinazionali del farmaco e industrie alimentari apre una riflessione su quanto la tutela della salute pubblica a livello mondiale possa competere con gli interessi commerciali che tali aziende hanno proprio nel campo della salute⁵.

IL FUTURO DELL'OMS

Guardare all'Oms da questa prospettiva porta a rileggere il processo di riforma non solo come un intervento tecnico volto a risanare le finanze, ma come una vera e propria mossa politica con l'obiettivo di ripensare la natura e il ruolo dell'Organizzazione.

Il futuro destino dell'Oms – protagonista o mera comparsa nell'arena della Salute globale – non potrà prescindere dalla continua evoluzione dei processi che la globalizzazione pone in essere e dagli scenari attuali. Scenari di crisi economica e finanziaria in cui le decisioni inerenti alla Salute globale vengono prese in contesti come il G20 (gruppo formato dai ministri delle Finanze e dai governatori delle Banche centrali delle 20 economie più potenti a



TENIAMO D'OCCHIO L'OMS!

L'opinione pubblica come protagonista per vigilare sulle scelte e le politiche dei grandi attori internazionali. Il caso del *People'sHealthMovement* che coinvolge 80 paesi

Il *People'sHealthMovement* (Phm) è un *network* globale, composto da organizzazioni della società civile e singoli individui di più di 80 paesi, che ha l'obiettivo di promuovere il diritto alla salute per tutti. I principi fondanti del Phm, riassunti nella Carta per la salute dei popoli, fanno riferimento ai valori della giustizia sociale, dell'equità e della partecipazione, ispirandosi in particolare alla Costituzione dell'Oms e alla Dichiarazione di Alma Ata. Nell'ambito di una più ampia iniziativa sulla *governance* globale della salute, il Phm – insieme ad altre reti e organizzazioni non governative – ha istituito un progetto di osservazione e monitoraggio delle attività dell'Oms denominato “*WHO watch*” i cui obiettivi sono:

- promuovere la partecipazione attiva della società civile ai processi decisionali;
- assicurare che l'agenda dell'Oms segua l'interesse pubblico;
- responsabilizzare i decisori politici nei confronti della popolazione.

A partire da gennaio 2011, in occasione delle riunioni del Consiglio esecutivo dell'Oms e dell'Assemblea mondiale della sanità, giovani attivisti da tutti i continenti, formati da esperti internazionali, si ritrovano a Ginevra per seguire da vicino i lavori e condurre una serrata attività di *advocacy* nei confronti delle delegazioni nazionali, con l'intento di influenzare le decisioni su temi considerati prioritari per la società civile.

I documenti elaborati, le posizioni dei paesi membri e le risoluzioni criticamente commentate vengono poi riportate sul sito Global Health Watch (www.ghwatch.org), creato *ad hoc* per informare l'opinione pubblica e aprire uno spazio di condivisione, discussione e monitoraggio sulle decisioni prese in seno all'Oms.

livello globale) o il Forum economico mondiale di Davos e in cui le istituzioni democratiche, sia a livello nazionale sia internazionale, come nel caso delle Nazioni Unite, si trovano a fronteggiare una crisi di legittimità e di autonomia decisionale.

Ma questi scenari sono anche quelli che hanno visto un crescente impegno della società civile che negli ultimi mesi ha animato il dibattito internazionale sulla riforma riaprendo la riflessione sul tema della *governance* e sul ruolo strategico che l'Oms può e dovrebbe giocare nella promozione della salute pubblica e nella sua protezione da interessi impropri.

UN'ESPERIENZA ESEMPLARE

Paradigmatica in tal senso è l'esperienza della *Democratising Global Health Coalition* (Dgh), iniziativa che raccoglie differenti attori sociali tra cui il *People'sHealthMovement* (v. **box**). Creata con l'obiettivo di promuovere il diritto alla salute attraverso una posizione solida e condivisa della società civile sul processo di riforma, la Dgh fino a ora ha ottenuto importanti successi riuscendo a portare le sue posizioni all'interno delle negoziazioni, grazie a un'intensa attività di *advocacy* nei confronti dei delegati dei paesi membri.

È ancora troppo prematuro pensare alle ripercussioni che si avranno a livello delle politiche sanitarie dei singoli paesi, ma probabilmente il Sud del mondo, che da sempre ha guardato all'Oms come guida e come istituzione capace di fornire supporto tecnico e politico, si troverà di fronte a un attore nuovo di cui si conoscono bene i limiti ma non le potenzialità.

NOTE

- 1 World Health Organisation. *Constitution of the World Health Organisation*. <http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html> Visitato il 13.04.12.
- 2 The future of Financing for WHO. A64/4, 5th May 2011. *Sixty Fourth World Health Assembly*. Geneva, May 2011.
- 3 Butler D. *Revamp for WHO*. *Nature* 2011; 473: 430-431.
- 4 Hawkes N. “Irrelevant” WHO outpaced by young rivals. *BMJ* 2011;343:d5012 doi: 10.1136/bmj.d5012.
- 5 Stuckler D, Basu S, Mckee M. *Global Health Philantropy and Institutional Relationships: How Should Conflict of Interest Be Addressed?* *Plos Medicines* 2011 doi:10.1371/journal.pmed.1001020.



NEL SUD SUDAN INDIPENDENTE

Il 9 luglio si celebra il primo anniversario dell'indipendenza del Sud Sudan, ma ancora persistono tensioni e scontri ai confini con il Nord. Nella foto, un camion trasporta i rifugiati e i loro effetti personali verso il campo profughi di Yusuf Batil, in Sudan meridionale. L'emergenza sfollati è stata molto pressante nei mesi scorsi, ma ancora non si è risolta. I volontari di Medici con l'Africa Cuamm hanno portato aiuti e assistenza di base ai campi vicini all'ospedale di Yirol, nello Stato dei Laghi.







ESPERIENZE DAL CAMPO

RIDURRE LA MORTALITÀ MATERNA. IL CASO DEL RUANDA

Quando i soldi non sono tutto e gli interventi dall'alto devono essere affiancati da processi di partecipazione dal basso per ottenere dei risultati significativi.

Il caso del Ruanda può insegnare molto sul tema della riduzione della mortalità materna con poche risorse e buone scelte politiche.

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

I dati parlano chiaro: dal 2000 al 2010 la mortalità materna in Ruanda è crollata da 1.071 a 383 casi per 100.000 parti. Il 98% delle donne riceve almeno una visita prenatale. Il 69% delle donne partorisce in strutture sanitarie. La pianificazione familiare è quadruplicata. Il confronto con l'Uganda, paese simile in termini sociali e sanitari, ha del clamoroso¹.

TABELLA 1 / OUTCOMES COMPARED

UGANDA	1995	2000/1	2005/6	2011	MDG
MM PER 100.000	506	505	435	?	131
% OF BIRTHS ATTENDED BY SKILLED PERSONNEL	38	39	42	?	100
RWANDA	2000	2005	2008	2010	MDG
MM PER 100.000	1.071	750	540	383*	268
% OF BIRTHS ATTENDED BY SKILLED PERSONNEL		39	52	69	100

Fonte: HMIS; otherwise DHS

QUALI SONO GLI ELEMENTI SUCCESSO?

Alcune caratteristiche istituzionali sembrano aver contribuito alla riduzione della mortalità materna in Ruanda, tra queste: la coerenza degli interventi politici, il finanziamento dei servizi sanitari, il sistema degli incentivi e delle sanzioni a sostegno della *performance*, la facilitazione del coinvolgimento locale².

LA COERENZA DEGLI INTERVENTI POLITICI E LA CONDIVISIONE DEGLI OBIETTIVI

I servizi sanitari in Ruanda funzionano all'interno di un sistema politico complesso e molto coerente. Le politiche nazionali di sviluppo (*Vision 2020*) sono scansionate in obiettivi realistici. Nell'agenda politica del governo il programma di riduzione della mortalità materna, neonatale e infantile occupa un posto centrale

e trasversale; la *leadership* del paese, mediante la sottoscrizione di un contratto (*Imihigo*)³ siglato direttamente dal Presidente della Repubblica e dai sindaci dei trenta distretti, esercita una pressione costante sulla macchina burocratica sollecitandola a produrre risultati⁴. Il contratto è accompagnato da una serie di indicatori di *performance* che riguardano diversi settori di sviluppo economici e sociali, tra cui anche quello della salute. Le autorità centrali si impegnano a provvedere le risorse finanziarie necessarie per la realizzazione del contratto, mentre ai distretti spetta l'onere della realizzazione. Una commissione mista costituita da rappresentanti del governo e della società civile (*Civil Society Forum*) analizza ogni anno i risultati ottenuti, identifica le migliori pratiche e fornisce una graduatoria dei distretti.

LA RIFORMA DEL SISTEMA DI FINANZIAMENTO DEI SERVIZI SANITARI. IL PRINCIPIO DI EQUITÀ

Nel 2009 in Ruanda la spesa sanitaria *pro-capite* annua è stata di 102 \$ (Ppp) di cui il 44% privata, e il 56% pubblica, di cui più della metà sostenuta da aiuti internazionali⁵. Il finanziamento pubblico dei servizi sanitari è basato su un fondo nazionale alimentato da un sistema di assicurazioni tra cui: Rama (Rwandaise d'Assurance Maladie) per i dipendenti della pubblica amministrazione, Mmi per i militari, le assicurazioni per i dipendenti del settore privato e infine, a partire dal 2004, i *Community Based Health Insurance (Cbhi)*. Lo scopo dei Cbhi è di assicurare l'accessibilità finanziaria alle comunità attraverso un meccanismo di solidarietà e di condivisione del rischio (*risk sharing*). Un'apposita legge regola la raccolta dei fondi dei Cbhi, la gestione del premio, la definizione del pacchetto delle prestazioni previste e i meccanismi di rimborso⁶. I Cbhi sono gestiti principalmente a livello di distretto e di unità sanitaria. Il premio previsto è di 2\$ per individuo per un pacchetto di prestazioni basiche e di 5\$ per un taglio cesareo all'ospedale distrettuale. Il premio è stratificato in tre categorie secondo l'*Ubudehe*, un meccanismo tradizionale che differenzia la popolazione in base al reddito e alla vulnerabilità. I più poveri sono esentati dal premio e i costi delle prestazioni sono a carico del fondo nazionale contro il rischio. Nonostante inevitabili problemi di gestione e di personale, la copertura assicurativa è passata dal 7% del 2003 al 92% nel 2008. Tutti i quintili hanno beneficiato di un aumento dell'accesso e dell'utilizzo dei servizi, con una riduzione delle disuguaglianze nei primi quattro⁷.

IL SISTEMA DEGLI INCENTIVI A SOSTEGNO DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA

La coerenza degli indirizzi politici e la definizione di una nuova architettura del sistema di finanziamento hanno permesso di delineare con chiarezza i ruoli e le linee di responsabilità dei vari attori e delle diverse agenzie che intervengono nella realizzazione della politica governativa in tema di salute materna. Questo fatto ha rappresentato il presupposto istituzionale e organizzativo necessario per lo sviluppo di un articolato sistema di incentivi e sanzioni sul piano della domanda e dell'offerta. Le donne sono incentivate a frequentare le visite prenatali, a partorire nei centri sanitari e a presentarsi per le visite *post-natali* ricevendo in cambio dei beni materiali es. vestiti, sapone, lenzuola, ombrelli. I *community health workers* (Chw), attivi nei villaggi e organizzati in cooperative, sono regolarmente formati, ricevono incentivi monetari dai centri sanitari di riferimento al fine di incrementare le visite prenatali e i parti protetti. A loro volta, i centri sanitari, ogni tre mesi, sono monitorati dal *team* dell'ospedale distrettuale; la loro *performance*, da cui dipende il *bonus* finanziario, è sottoposta a continue verifiche quantitative e qualitative secondo indicatori predefiniti; per ridurre l'assenteismo, l'attività privata dello *staff* sanitario impiegato nel settore pubblico è proibita. Le autorità distrettuali sanitarie, politiche e amministrative, se la *performance* è bassa, possono rischiare di perdere il posto. Gli effetti degli incentivi sui servizi materno-infantili sono stati notevoli^{8,9}.

LA PARTECIPAZIONE DELLA POPOLAZIONE

Meccanismi di agevolazione del coinvolgimento locale sono realizzati a sostegno delle riforme descritte sopra. Sia a livello distrettuale che sub-distrettuale (*sector*) i comitati di salute verificano gli indicatori, analizzano i problemi sanitari e coordinano le attività che si rendono necessarie per la realizzazione delle soluzioni. Molto vivaci sono anche le attività d'informazione, educazione e comunicazione, i *meeting* di villaggio, il lavoro comunitario (*Umuganga*)¹⁰ finalizzati al cambiamento di pratiche culturali assai radicate, come il parto domestico. Sul piano sociale ed economico, gli

schemi di riduzione della povertà (*ubudehe*), che prevedono l'identificazione degli indigenti nei villaggi, e i club del risparmio, che permettono il pagamento a rate del premio assicurativo, rappresentano approcci partecipativi apprezzati dalla popolazione. Il coordinamento locale e la partecipazione civile sono caratteristiche importanti del modello ruandese.

CONCLUSIONI

Non c'è dubbio che risultati di questa portata sono in buona parte ascrivibili a una specificità di contesto e sono difficilmente trasferibili in altri sistemi sanitari africani.

Il Ruanda ha seguito un distinto percorso storico in cui ha sempre prevalso una cultura di riferimento basata sul principio del comando e del controllo. La stessa attitudine del governo alla competizione politica democratica e lo stile d'implementazione delle politiche nazionali appaiono assai controversi. Entrambi riflettono un compromesso tra libertà politiche e risultati dello sviluppo.

Detto questo, ci sono comunque delle lezioni da apprendere in tema di riduzione della mortalità materna. La prima è che focalizzarsi solo sull'inadeguatezza delle risorse umane e finanziarie è fuorviante. Ci sono "risorse istituzionali o di *governance*" che devono essere attivate per utilizzare al meglio le risorse materiali esistenti e senza le quali anche risorse aggiuntive rischierebbero di non produrre risultati efficaci. La seconda lezione è sul piano del finanziamento: la costituzione di un unico fondo sanitario a cui contribuiscono varie forme assicurative e gli stessi donatori ha permesso di superare, almeno in parte, la cronica carenza di risorse finanziarie. La terza lezione tocca le politiche sanitarie della domanda e dell'offerta, sulla cui necessità c'è ormai da tempo una convergenza generale. Per essere realizzate richiedono un sistema di incentivi che, problematico quanto si vuole in termini gestionali¹¹, risulta probabilmente essenziale in ambienti pubblici contrassegnati da una pesante inerzia organizzativa. La quarta è una lezione non nuova ma importante. Gli interventi dall'alto per quanto determinanti nell'avviare il processo di cambiamento devono essere sostenuti da meccanismi di partecipazione decentrata e comunitaria in una logica di reciproca responsabilità.

NOTE

1 Frederick Golooba-Mutebi, "Maternal Health Delivery in Rwanda and Uganda: Exploring Sources of Success and Failure", DSA/EADI Conference paper, 2011.

2 Victoria Chambers and Frederick Golooba-Mutebi, 'Is the Bride too Beautiful? Safe Motherhood in Rural Rwanda', RR 04, Africa Power and Politics, Overseas Development Agency, 2012.

3 *Imihigo* è una parola Kinyarwanda che indica una pratica tradizionale secondo la quale un contratto preso da due parti se non viene mantenuto disonora non solo i contraenti ma anche le comunità da dove questi provengono.

4 Daniel Scher *The promise of IMIHIGO. Decentralized service delivery in Rwanda, 2006-2010*, Innovations for successful societies, Princeton University, disponibile su <http://www.princeton.edu/successfulsocieties/content/focusareas/DC/policynotes/view.xml?id=133>

5 Who *World Health Statistics*, 2011.

6 Rwanda Community Based Health Insurance Policy, Ministry of Health, Rwanda Government, 2010.

7 Agnes Soucat *Health financing in Africa: more money for health or better health for the money?*, World Bank, 2010.

8 Mugeni C et al *Community performance based financing in health. Incentivizing mothers and community health workers to improve maternal health outcomes in Rwanda*, MOH Rwanda, World Conference on Social Determinants on Health, Rio De Janeiro, October 2011.

9 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; 377:1421-28.

10 Umuganda. Tradizione locale in base alla quale l'ultimo sabato del mese è dedicato alle attività comunitarie.

11 Pozzi F *Pay for Performance (P4P). Il caso Ruanda*. Salute Internazionale. 27 febbraio 2012.



ESPERIENZE DAL CAMPO

LA COSTS ANALYSIS: TRE OSPEDALI A CONFRONTO

In Etiopia e Tanzania si è sperimentato uno strumento per migliorare la sostenibilità dei servizi erogati e per definire il reale costo delle prestazioni sanitarie negli ospedali supportati da Medici con l'Africa Cuamm. Un punto di partenza indispensabile per offrire servizi equi ed efficienti alle donne che si rivolgono a queste strutture per partorire.

TESTO DI / DONATA DALLA RIVA / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM / GIULIA FAEDO / HEALTH POLICY AND MANAGEMENT CENTRE - TRINITY COLLEGE, DUBLIN
STEFANO VICENTINI / CAPO PROGETTO DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM PRESSO L'OSPEDALE DI MIKUMI, TANZANIA

INTRODUZIONE

Ridurre la mortalità infantile e migliorare la salute materna sono rispettivamente il quarto e il quinto degli Obiettivi di sviluppo del millennio¹, per i quali Medici con l'Africa Cuamm si adopera sia attraverso il supporto sanitario in ambito ospedaliero e territoriale sia, sul piano scientifico, grazie ad analisi e ricerche operative². Obiettivo di Medici con l'Africa Cuamm, infatti, è rafforzare i sistemi sanitari per incrementare l'accessibilità a servizi di qualità e, in particolare, per garantire un parto assistito. Sono ancora pochi gli studi di valutazione economica relativi alle prestazioni sanitarie materno-infantili, nonostante vi sia un generale consenso circa la necessità di disporre di dati attendibili, per poter incidere a livello di efficienza e sostenibilità dei servizi offerti alla popolazione. Questa necessità è evidenziata anche dalle politiche sanitarie nazionali di molti paesi nei quali è presente Medici con l'Africa Cuamm: l'accento è, infatti, sul miglioramento della gestione dei servizi e pertanto sulla disponibilità di dati sanitari, anche economici, attendibili.

La politica del decentramento amministrativo, in atto in molti stati africani, attribuisce la responsabilità della gestione dei servizi sanitari all'unità amministrativa più vicina alla popolazione, solitamente il "distretto"³: alle autorità sanitarie distrettuali è richiesta pertanto una sempre maggiore competenza gestionale che presuppone la conoscenza dei dati e dei costi dei servizi sanitari erogati. Inoltre, in paesi come la Tanzania, le politiche di partenariato pubblico-privato che regolano i rapporti tra strutture sanitarie private *non profit* e il governo locale, prevedono meccanismi di supporto basati sul rimborso dei costi delle prestazioni sanitarie erogate⁴.

Per migliorare l'efficienza e la sostenibilità della struttura sanitaria lo strumento adottato permette di analizzare i costi dei servizi, in particolare del parto, e di proporre degli scenari di copertura dei costi. In questa cornice, l'organizzazione ha sviluppato le seguenti analisi:

- indagine dei costi del parto presso l'Ospedale "St. Luke" di Wolisso, in Etiopia;
- indagine dei costi di tutti i servizi sanitari erogati presso l'Ospedale "St. Kizito" di Mikumi e l'Ospedale "St. John of the Cross" di Tosamaganga, in Tanzania⁵.

METODI

Per la determinazione del costo delle prestazioni sanitarie erogate è stato utilizzato l'approccio dell'*Activity Based Costing* (Abc) combi-

nato con la metodologia *Step-Down*^{6,7}. L'Abc è un sistema di contabilità dei costi basato sulle attività: prevede la ricostruzione del processo "produttivo" delle prestazioni sanitarie associando a ogni attività il relativo costo, come somma di tutti i fattori produttivi utilizzati. La metodologia *Step-Down* è utilizzata per l'imputazione di costi indiretti sulle tre tipologie di parto (normale, complicato e cesareo). Parte delle spese generali (ad es. le spese amministrative, il servizio di lavanderia e di vigilanza) viene attribuita al costo del parto secondo diverse basi di ribaltamento, i cosiddetti "drivers"⁸.

Il primo passaggio per determinare il costo di una prestazione sanitaria, attraverso l'Abc, è pertanto la mappatura dell'intero percorso terapeutico-ospedaliero della paziente, dall'arrivo in ospedale fino al momento della dimissione. Tale percorso ricostruisce, in una sequenza logico-temporale, l'insieme delle attività svolte dai vari soggetti (personale medico, infermieristico, amministrativo e di supporto) per assistere il paziente⁹. I fattori produttivi individuati sono:

- personale;
- farmaci;
- materiali;
- attrezzature;
- prestazioni diagnostiche (*test*);
- degenza.

La voce che si riferisce ai "farmaci" comprende tutti i medicinali somministrati prima, durante e dopo il parto, mentre la voce "degenza" si riferisce al costo del personale sanitario dedicato alle cure di una paziente (e neonato/a) durante la degenza presso la maternità (dopo il parto) a differenza della voce "personale" che si riferisce al costo dello *staff* di sala parto.

Per ogni singolo fattore produttivo è stata svolta un'accurata analisi dei costi, cercando di quantificare il loro effettivo consumo attraverso le seguenti metodologie: osservazione diretta; misurazione dei tempi e inventario dei materiali utilizzati; interviste allo *staff*; revisione di cartelle cliniche e di spese farmaceutiche; confronto con studi simili per la scelta dei criteri di allocazione delle spese generali, utilizzando parametri che esprimono quanto più possibile il rapporto d'impiego delle risorse¹⁰.

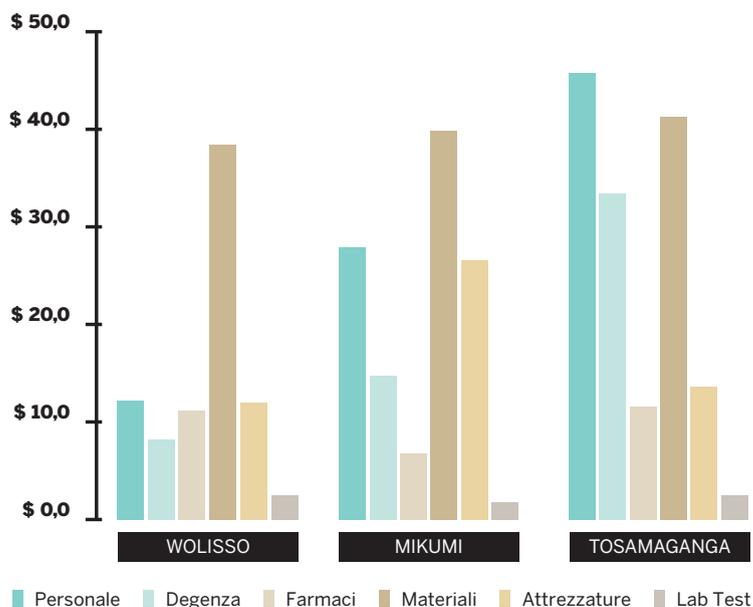
RISULTATI

L'analisi, svolta nel 2010 a Wolisso e nel 2011 a Tosamaganga e a Mikumi, ha permesso di individuare i costi unitari delle diverse tipologie di parto e, a Tosamaganga e a Mikumi, i costi di tutte le prestazioni sa-

TABELLA 1 / COSTI UNITARI RELATIVI ALLE 3 TIPOLOGIE DI PARTO PRESSO I 3 OSPEDALI. IL CALCOLO DEI COSTI È STATO FATTO IN DOLLARI. IL COSTO IN EURO È STATO CALCOLATO IN SEGUITO, IN BASE AL CAMBIO MEDIO UIC (UFFICIO ITALIANO CAMBI) DEL MESE DI MAGGIO 2012

OSPEDALE	PARTO NORMALE		PARTO COMPLICATO		PARTO CESAREO	
	US\$	EURO	US\$	EURO	US\$	EURO
WOLISSO 2010	16,8	13,2	43,4	34,2	84,4	66,5
TOSAMAGANGA 2011	28,5	22,4	65,8	51,8	148,2	116,7
MIKUMI 2011	18,3	14,4	42,3	33,3	117,7	92,7

GRAFICO 1 / ANALISI DEI COSTI DEL PARTO CESAREO NEI TRE OSPEDALI, SUDDIVISI PER FATTORI PRODUTTIVI



nitare erogate. A titolo comparativo si presentano i costi unitari relativi ai parti nelle tre strutture ospedaliere.

Nelle tre tipologie di parto e nei tre ospedali le maggiori componenti di costo sono date dalle voci "personale" e "materiali" che insieme costituiscono mediamente il 55% del costo totale. Tale valore aumenta se nella voce "personale" s'incluse la voce "degenza", che rappresenta il costo dello *staff* sanitario che lavora presso il dipartimento di maternità. Il peso della voce "materiali" aumenta nel caso del parto cesareo, per l'utilizzo della sala operatoria.

I diversi costi unitari per le tre tipologie di parto nelle tre strutture ospedaliere sono in gran parte da ricondursi alla diversità del contesto nel quale le strutture insistono:

- l'ospedale di Wolisso, in Etiopia, è una struttura di riferimento per un'area di circa 1.370.000 abitanti e consta di 144 posti letto;

- l'ospedale di Tosamaganga, in Tanzania, nel 2007 è stato designato ospedale di riferimento distrettuale per un'area di circa 270.000 abitanti, ha 160 posti letto;
- Mikumi, ospedale di recente designazione (2008), ha una dimensione più ridotta (65 posti letto) e un'area di riferimento di circa 120.000 abitanti.

Dal confronto tra i costi unitari nei tre ospedali spicca il costo elevato di tutte le tre tipologie di parto presso Tosamaganga. Questo è attribuibile, in gran parte, alla differenza tra i salari del personale sanitario: mediamente un'ostetrica a Wolisso percepisce uno stipendio mensile di 180\$, a Mikumi di 265\$, mentre a Tosamaganga di 500\$. Rilevanti differenze di retribuzione del personale esistono anche all'interno dello stesso paese e spiegano la diversità tra i costi unitari rilevati a Tosamaganga e Mikumi, entrambe in Tanzania.

A Tosamaganga lo *staff* è retribuito, in buona parte, dal governo della Tanzania sulla base della scala salariale nazionale, in virtù dell'accordo del 2007 tra Diocesi di Iringa e governo che designa l'ospedale privato diocesano come struttura di riferimento distrettuale. A Mikumi, invece, lo *staff* è, per la maggior parte, stipendiato dall'ospedale, e quindi dalla Diocesi, con retribuzioni molto ridotte rispetto a quelle governative (dal 40 al 50% in meno).

I risultati ottenuti a Wolisso sono simili a quelli di Mikumi, nonostante le differenze di contesto sopra citate e il costo inferiore del personale sanitario a Wolisso (circa 50% in meno). Il minor costo del "personale" a Wolisso è in realtà compensato e superato dal costo dei "materiali" (che incide per il 35% sul costo del parto normale), attribuibile alla presenza della scuola infermieri, annessa all'ospedale, che implica un maggior consumo di materiali per il tirocinio.

Per quanto riguarda i costi unitari del cesareo si rileva una differenza notevole anche tra Wolisso e Mikumi, normalmente più allineate: il cesareo a Wolisso costa 66,5 euro mentre a Mikumi 92,7 euro. Ciò dipende sicuramente dalla differenza di costi del personale sanitario impiegato. Inoltre, nonostante le giornate di degenza siano mediamente di cinque giorni presso Mikumi e di otto giorni a Wolisso, c'è un altro fattore determinante: il numero dei parti cesarei eseguiti. A Mikumi è di molto inferiore rispetto a quelli effettuati a Wolisso in un anno (50% in meno), perciò i costi fissi della sala operatoria incidono maggiormente sul costo unitario del cesareo a Mikumi, poiché sono distribuiti su un numero inferiore di casi.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti sono in linea con quelli evidenziati da altri studi simili in Paesi in via di sviluppo^{11, 12, 13}.

Un approfondimento ulteriore, invece, lo merita il confronto tra i costi a carico dell'ospedale per fornire la prestazione, evidenziati nel corso del presente studio, e il *ticket* chiesto ai pazienti per accedere ai servizi (*user fees*).

Le tre strutture ospedaliere descritte sono private, di proprietà delle Diocesi in Tanzania e della Conferenza episcopale etiopica. A Tosamaganga tutte le prestazioni sanitarie per le gravide, i bambini sotto i cinque anni e i malati cronici sono esentate dal pagamento di qual-

siasi *ticket*, in base alla politica sanitaria nazionale e dal momento in cui l'ospedale è stato designato "ospedale distrettuale". A Wolisso e Mikumi, invece, il parto normale costa al paziente 2,5 euro, il parto complicato 3,5 euro mentre il cesareo costa 5,5 euro a Wolisso e 10 euro a Mikumi.

Confrontando questi valori con i costi rilevati nello studio, osserviamo che le tariffe applicate ai pazienti a Wolisso e Mikumi non coprono nemmeno il 20% del costo reale della prestazione. Addirittura, a Wolisso, nel caso di parto cesareo, il *ticket* copre solamente una minima parte (8%) del costo reale.

Questo non significa che l'accessibilità e l'equità siano garantite perché altre considerazioni dovrebbero essere fatte rispetto alle caratteristiche socio-economiche dei nuclei familiari dell'area di riferimento dell'ospedale. Di fatto però ciò comporta che, volendo mantenere per i pazienti le tariffe sanitarie più basse possibili, una percentuale alta di costo (oltre l'80%) deve essere coperta dalla struttura sanitaria, per garantire la prestazione.

Per ridurre il costo che l'ospedale deve sostenere per fornire la prestazione si potrebbe puntare all'ottimizzazione dei costi attraverso

una maggior efficienza organizzativa. Si tratterebbe comunque di una strategia che inciderebbe solo in minima parte perché a pesare maggiormente sul costo del parto è la voce del "personale" che, rispondendo a politiche salariali nazionali o a leggi di mercato e concorrenza, è difficilmente modificabile.

L'altra strada per migliorare la sostenibilità potrebbe essere quella dell'*advocacy* per un maggior supporto da parte governativa, attraverso ad esempio il partenariato pubblico-privato, così come avviene presso l'ospedale di Tosamaganga, o da parte di altri donatori. In questo senso lo studio ha permesso di definire il costo reale delle prestazioni sanitarie fornendo una base essenziale per qualsiasi negoziazione di copertura dei costi. Sarebbe pertanto auspicabile supportare le strutture sanitarie sia nell'ottimizzazione dei costi sia nell'*advocacy* con i governi e i donatori per una maggior copertura finanziaria. Nei tre ospedali sarà importante garantire una sistematica rilevazione di dati per mantenere aggiornati i *database*. Infine sarà importante estendere l'utilizzo dello strumento anche alle altre strutture sanitarie supportate da Medici con l'Africa Cuamm.

BIBLIOGRAFIA

1 United Nation Millennium Development Goals Declaration, General Assembly Resolution 2000, 8 Settembre 2000.

2 Medici con l'Africa Cuamm, *Piano Strategico 2008-2015: Il rafforzamento dei sistemi sanitari africani*, 2008.

3 Government of Tanzania, Ministry of Health and Social Welfare, *National Health Policy: Decentralization to Regions and Districts and Devolution of Health Services to Councils*, Dar es Salaam, October 2003.

4 Government of Tanzania, Ministry of Health and Social Welfare (2007), *Agreement for the provision of Health Services between the Government and the Service Providers*, Dar es Salaam, August 2007.

5 G.Faedo (2010, 2011), *Calcolo dei costi del parto assistito presso l'Ospedale di Wolisso*, Etiopia, 2010; *Rapporto di missione: Calcolo dei costi delle prestazioni sanitarie presso l'Ospedale di Mikumi e di Tosamaganga*, Tanzania, 2011.

6 Jarvinen J. (2005) *Rationale for adopting activity-based costing in Hospitals. Three longitudinal case studies*, Faculty of Economics and Business Administration, University of Oulu.

7 Robert S. Kaplan, Anthony A. Atkinson (1998) *Advanced management Accounting*, Prentice Hall International.

8 Shepard D., Hodgkin D., Anthony Y. (1998) *Analysis of Hospital Costs: A Manual for Managers*, World Health Organization.

9 Baccichet S. (2003) *La valorizzazione del percorso del paziente presso la Clinica Chirurgia Generale di Padova*, Università degli Studi di Venezia Ca' Foscari, Facoltà di Economia Aziendale.

10 G. Putoto (2004) *Cost, Resource Utilization and Financing of Peja-Pec Hospital*, Kososo, DTM&H (UK), MAHMPP (UK).

11 A.J. Mills (1991) *The Cost of the District Hospital, a case study from Malawi*, The World Bank.

12 Madsen H. "et al" (2009) *Costing of severe pneumonia in hospitalized infants and children aged 2-36 months, at a secondary and tertiary level hospital of a not-for-profit organization*, *Tropical Medicine and International Health*, Volume 14, No 10, pp 1315-1322.

13 Flessa S., Dung N. (2004) *Costing of service of Vietnamese hospitals: identifying costs in one central, two provincial and two district hospitals using a standard methodology*, *International Journal of Health Planning and Management*, 19:63-77.



APPROFONDENDO

L'AFRICA E LE PREVISIONI DEMOGRAFICHE

Limitando le nascite e andando alla ricerca di lavoro lontano da casa, milioni di africani cercheranno di costruire – per sé e per i pochi figli – un futuro migliore, seguendo la strada battuta prima dagli europei e poi dagli asiatici e dai latino-americani. Ecco l'analisi di due docenti di demografia dell'Università di Padova.

TESTO DI / MARIA CASTIGLIONI E GIANPIERO DALLA ZUANNA / PROFESSORI DI DEMOGRAFIA - DIPARTIMENTO DI SCIENZE STATISTICHE, UNIVERSITÀ DI PADOVA

Secondo le nuove previsioni demografiche della *Population Division* delle Nazioni Unite (Un-Pd), in due regioni africane la crescita della popolazione dovrebbe rallentare. Nel ventennio 2010-30 la popolazione aumenterebbe del 31% nel Nord Africa, appena dell'11% nell'Africa del Sud. In altre tre regioni, invece, la crescita dovrebbe proseguire a ritmi molto sostenuti: +63% nell'Africa Orientale e Occidentale, +58% nell'Africa Centrale. Se in queste tre regioni le previsioni si realizzeranno, la crescita globale della popolazione dal 1950 al 2030 sarebbe formidabile. Un solo esempio. Il Kenya, passato da 6 a 40 milioni di abitanti fra il 1950 e il 2010, potrebbe raggiungere i 66 milioni nel 2030. Anche in Europa la popolazione aumentò, ma assai meno rapidamente. Nel primo secolo di unità (1861-1961) gli abitanti dell'Italia sono "solo" raddoppiati da 25 a 50 milioni.

Cosa sta dietro a questa grande crescita demografica? A partire dall'inizio dell'800 e con tempi assai diversi, tutti i paesi del mondo hanno vissuto un rapido declino della mortalità in età infantile e giovanile. Nei paesi oggi ricchi questo declino è stato lento perché ogni conquista dell'igiene e della medicina è stata conseguita "sul campo". Questa lentezza ha permesso alle coppie di acquisire una nuova mentalità, iniziando a controllare le nascite. Nei paesi (oggi) poveri – invece – la mortalità nei primi anni di vita è diminuita più rapidamente, perché medicinali, vaccinazioni e igiene sono stati importati e subito fatti propri dalle popolazioni locali. Ma la mentalità non si modifica così in fretta, e per molte coppie africane avere molti figli è (ancora) percepito come un vantaggio economico e sociale.

Tuttavia, in queste previsioni c'è qualcosa che non convince. Fra il 1980 e il 2010, la fecondità nelle altre aree del mondo povero (Asia, Nord e Sud Africa, America Centrale) è diminuita del 50% (da 5 a 2,5 figli per donna). Nel 2010 anche in Africa Occidentale, Orientale e Centrale sono nati cinque figli per donna, ma la Un-Pd prevede che trent'anni dopo ne nasceranno ancora più di tre. Non si vede perché anche in queste tre aree africane – partendo dai medesimi livelli – la fecondità non possa dimezzarsi nel prossimo trentennio.

Inoltre, la Un-Pd prevede – sempre per il prossimo trentennio – un numero di emigrati africani molto più basso rispetto a quello già realizzatosi negli ultimi vent'anni. Anche questa ipotesi non tiene conto della storia recente.

Se in Africa Occidentale, Centrale e Orientale la fecondità – con una generazione di ritardo – diminuirà ai ritmi già osservati nel resto del mondo povero, e se le emigrazioni manterranno i numeri dell'ultimo ventennio, allora la popolazione africana aumenterà ancora, ma molto di meno rispetto a quanto oggi previsto dalla Un-Pd. Duecento anni di storia demografica dimostrano che, quando la mortalità diminuisce, prima o poi cambia anche l'atteggiamento verso il futuro proprio e dei propri figli. Limitando le nascite e andando alla ricerca di lavoro lontano da casa, milioni di africani cercheranno di costruire – per sé e per i pochi figli – un futuro migliore, seguendo la strada battuta prima dagli europei e poi dagli asiatici e dai latino-americani.



RASSEGNA

IL SISTEMA SANITARIO IN POLONIA

L'accesso all'assistenza sanitaria è garantito per tutti dalla Costituzione ma i servizi sanitari non sono accessibili nella stessa misura: liste d'attesa, forme assicurative diverse, persino corruzione oscurano il diritto fondamentale alla salute.

TESTO DI / ALEKSANDRA MOTYKA, EWELINA WIERZEJSKA E MATEUSZ COFTA / LABORATORIO DI SALUTE INTERNAZIONALE - DIPARTIMENTO DI MEDICINA PREVENTIVA UNIVERSITÀ DI SCIENZE MEDICHE DI POZNAŃ, POLONIA

IL CONTESTO

La Polonia è una repubblica di 38,5 milioni di abitanti. L'aspettativa di vita degli abitanti è di 71 anni per gli uomini e 80 per le donne; il tasso di mortalità pediatrico è di 6 bambini ogni 1.000 nati vivi. Il totale della spesa sanitaria *pro-capite* di 1.359\$. Tra il 1998 e il 1999, il sistema sanitario in Polonia è passato dal modello Siemaszko a un modello decentralizzato basato sulle assicurazioni sociali obbligatorie (modello Bismarck).

IL FINANZIAMENTO

Nel 2009, il 74% del prodotto interno lordo (Pil) della Polonia è stato destinato alla sanità. Il sistema sanitario è finanziato tramite un premio assicurativo obbligatorio, versato dai lavoratori dipendenti, che copre il 98% della popolazione. I principi chiave sono la solidarietà, l'accesso gratuito all'assistenza medica, la facoltà di libera scelta del professionista sanitario, l'autofinanziamento economico e la gestione mirata e la garanzia dello Stato. I premi, che incidono per il 9% sul reddito personale, sono raccolti dal Fondo sanitario nazionale (*National Health Fund - Nhf*) e suddivisi in 16 uffici locali (uno per ogni provincia). Gli uffici locali del Nhf sono responsabili per il finanziamento dei servizi sanitari e per il reclutamento di operatori sanitari pubblici e non pubblici all'interno della propria provincia. Alcuni interventi, altamente specializzati, sono finanziati poi direttamente da fondi del ministero della Salute. Questi fondi coprono anche l'assistenza medica di alcuni gruppi particolari (quali i disoccupati), i servizi sanitari di urgenza e i programmi nazionali. Nel complesso, i fondi pubblici coprono il 70% delle spese per l'assistenza sanitaria, di cui l'83,5% finanziato dall'assicurazione obbligatoria. Esiste anche l'assicurazione medica privata che offre principalmente pacchetti di servizi medici disponibili per i dipendenti di grandi aziende.

ACCESSO ALL'ASSISTENZA SANITARIA

I medici di base sono al centro del sistema sanitario nazionale e fanno da interfaccia con gli specialisti. Tuttavia, esistono gruppi di

specialisti a cui i pazienti possono accedere direttamente, come ostetriche, oculisti, oncologi, dermatologi, psichiatri e dentisti. Allo stesso modo esistono gruppi di pazienti che godono dell'accesso diretto ai servizi specialistici: pazienti con tubercolosi, persone affette da Hiv, invalidi di guerra, persone colpite da depressione, pazienti che richiedono riabilitazione dalle dipendenze da droghe e da alcol. Oltre all'assistenza dei medici di base, l'assicurazione sanitaria prevede un servizio infermieristico e di ostetricia di base, che comprende anche visite a domicilio. L'assicurazione medica obbligatoria è finanziata con un sistema *pro-capite* di pagamento e non prevede altri costi per le visite al medico o allo specialista. Al contrario, le visite specialistiche e gli esami diagnostici ambulatoriali sono finanziati in base a un sistema tariffario. Per i ricoveri in ospedale, ad eccezione dei casi di emergenza, è necessario essere inviati dal medico, e tali prestazioni sono finanziate in base a un sistema tariffario e in funzione della tipologia di problema.

ELEMENTI DI CRITICITÀ E PROSPETTIVE DI CAMBIAMENTO

In Polonia il servizio sanitario pubblico è gravemente sotto-finanziato e si pongono seri problemi di accesso all'assistenza specialistica, favorendo in questo modo il settore privato. A ciò si aggiunge un problema di trasparenza: il 36% dei polacchi ammette di aver fatto un pagamento sottobanco o fatto regali a operatori sanitari per ottenere una migliore assistenza. Per quanto riguarda i salari del personale sanitario, esistono notevoli differenze: nel settore pubblico, i medici guadagnano durante il periodo di tirocinio circa il 90% del salario medio mensile polacco (ovvero circa 848 euro) e circa 2.188 euro una volta entrati in servizio. La Polonia negli ultimi anni ha avviato un cambiamento di assetto sociale e politico che incide anche sul piano sanitario. Da poco sono state introdotte due nuove leggi, una che prevede l'organizzazione delle attività terapeutiche e un'altra sui rimborsi dei farmaci. La fase di transizione è in corso ed è necessario seguirne e monitorarla con costanza.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Data Census of Population and Housing 2011 as of March 31, 2011.
- 2 Global Health Observatory, 2009.
- 3 Demographic Yearbook of Poland, Central Statistical Office 2011.
- 4 World Bank, 2010.
- 5 Sagan A, Panteli D, Borkowski W, Dmowski M, et al.: Poland health system review. *Health Syst Transit*. 2011 Dec;13(8):1-193.
- 6 Kubiak A.: *Pacjenci i lekarze o korupcji w publicznej służbie zdrowia. Raport z badań*. [Patients and Doctors about Corruption in Public Health Care]. Warsaw, 2001.

- 7 Niepoliczalni: ile się należy panie doktorze? [Uncountables: doctor, how much is it?]; *Rynek Zdrowia*; <http://www.rynekdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Niepoliczalni-ile-sie-nalezy-panie-doktorze.116139.1.html>; entry date: 18.06.2012.
- 8 Wynagrodzenia lekarzy stażystów i lekarzy rezydentów: zmian nie będzie [Salaries of doctors during internship and residency: there will be no change]; *Gazeta Prawna/ Rynek Zdrowia*; <http://www.rynekdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Wynagrodzenia-lekarzy-stazystow-i-lekarzy-rezydentow-zmian-nie-będzie.111760.14.html>; entry date: 18.06.2012.

GOOD HEALTH AT LOW COST

Si possono ottenere buoni risultati di salute (*Good Health*) con risorse limitate (*Low cost*)?

Uno studio risponde affermativamente, descrivendo quattro differenti realtà, tra cui l'Etiopia, e i principali fattori di successo.

TESTO DI / FABIO MANENTI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Pubblicato a novembre 2011 dalla *London School of Tropical Medicine and Hygiene*, lo studio "*Good health at low cost*"¹ prende spunto dal famoso primo volume commissionato dalla Rockefeller Foundation nel 1985, per rispondere alla domanda di come alcuni paesi a risorse limitate furono in grado di ottenere miglioramenti di salute maggiori di altri con lo stesso o simile livello di reddito pro-capite. Cina, Costa Rica, stato indiano del Kerala e Sri Lanka furono analizzati alla ricerca dei fattori determinanti del successo in termini di guadagno in salute. Il termine "Buona salute a basso costo" fu usato per definire un miglioramento significativo dello stato di salute con l'impiego di risorse economiche relativamente limitate. Fu sottolineata l'importanza della *primary health care* orientata alla comunità, come elemento chiave del sistema sanitario, chiarendo la molteplicità dei determinanti sociali di salute e la loro complessa interazione con scelte di politica sociale ed economica.

Dal 1985, l'accesso ai servizi sanitari e a cure efficaci è aumentato in tutto il mondo così come la speranza di vita, tranne nei paesi più colpiti dall'epidemia di Hiv e in alcuni paesi dell'ex-Unione Sovietica, come la Russia. La revisione delle strategie e le difficoltà incontrate negli ultimi anni hanno fatto emergere come determinante l'approccio al rafforzamento dei sistemi sanitari nella loro interezza. Bangladesh, Etiopia, Kirgizstan, lo stato indiano Tamil Nadu e Thailandia sono i nuovi paesi analizzati per i particolari miglioramenti di salute ottenuti (soprattutto materna e infantile). Tra i risultati dello studio ci sono le caratteristiche necessarie a un sistema sanitario per aumentare l'accesso ai servizi a "basso costo": avere visione e strategie di lungo termine; prendere in considerazione i limiti imposti dalle scelte e dalle dinamiche passate; costruire consenso sociale; garantire flessibilità e autonomia nei processi decisionali; essere resistente alle crisi; imparare dall'esperienza influenzando le nuove *policy*; essere supportato da una solida *governance* (vedi trasparenza e lotta alla corruzione) e dal contesto socio-economico, in armonia con cultura e preferenze della popolazione; raggiungere sinergie con altri settori e *partner*; essere aperto al dialogo e al partenariato tra pubblico e privato.

L'Etiopia viene citata, per gli sforzi e risultati ottenuti, come buon esempio di miglioramenti dello stato di salute materna e infantile. Il grande sforzo intrapreso per combattere la malaria e per ridurre gli effetti così come la rapida espansione dei servizi preventivi e curativi per l'Aids e l'importante aumento di copertura di acqua potabile e servizi igienici sembrano essere gli elementi del successo. Determinanti sarebbero stati il cambiamento di regime nel 1993 e il lancio di una riforma del sistema sanitario ad ampio spettro, con un programma ventennale e interventi basati sull'espansione dei servizi primari di cura e l'attenzione all'aspetto di equità. Particolarmente importante sarebbe stata anche la *leadership* governativa che avrebbe messo la salute al primo posto dello sviluppo considerandola essenziale per combattere la povertà. Centrale è stato il programma di espansione dei servizi sanitari di base, il cosiddetto *Health Extension Programme*, con oltre 30.000 *Health Extension Workers*² (*HEWs*) formati, pagati e incorporati nel sistema sanitario nazionale. Insieme alla formazione di 5.000 *Health Officers*³ e all'espansione delle scuole di medicina da 3 a 7, il programma è stato la risposta principale alla gravissima carenza di risorse umane in salute. È però ancora insufficiente il finanziamento del sistema, con l'80% della spesa a carico dei pazienti e un contributo governativo tra i più bassi in East Africa.

In generale si conferma l'importanza degli investimenti nella salute, soprattutto nelle cure primarie, del finanziamento sostenibile, dello sviluppo di risorse umane qualificate, della forte motivazione politica per il miglioramento della salute, del coinvolgimento della comunità e di misure a sostenere l'equità e, infine, di politiche di promozione della salute anche negli altri settori sociali.

Cinque fattori sono emersi come strettamente associati a una buona *performance* del sistema sanitario: la capacità degli attori in gioco, la continuità con il passato, i catalizzatori, cioè gli individui capaci di cogliere l'opportunità del cambiamento, il contesto dove sono collocati e il ruolo dei governi.

NOTE

¹ <http://ghlc.lshtm.ac.uk/>

² Con *Health Extension Workers* (*HEWs*) si intendono agenti comunitari per la salute, preferibilmente donne selezionate tra le comunità dove poi lavoreranno.

³ Con *Health Officer* si intende una figura con caratteristiche intermedie tra il medico e l'infermiere con capacità di fare diagnosi e terapia, per i centri di salute.



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
- **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.

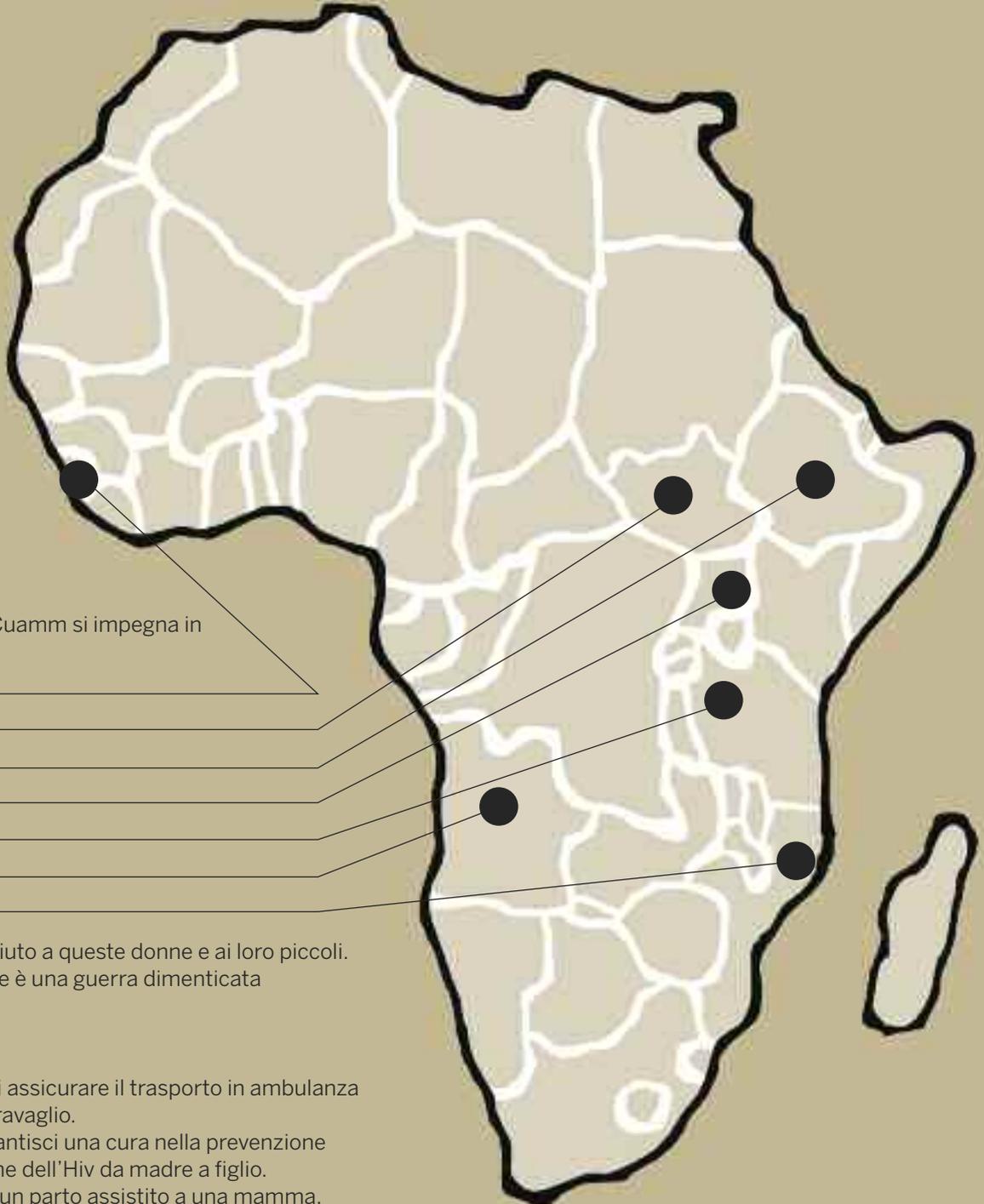
SALUTE E SVILUPPO offre studi, ricerche e documentazione unici nel panorama editoriale italiano. La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.



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
giugno 2012 — n° **64**
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.