



**MEDICI  
CON L'AFRICA**  
CUAMM



**SALUTE**

**E SVILUPPO**

rivista quadrimestrale  
di cooperazione e politica  
sanitaria internazionale  
ottobre 2013 — n° **68**





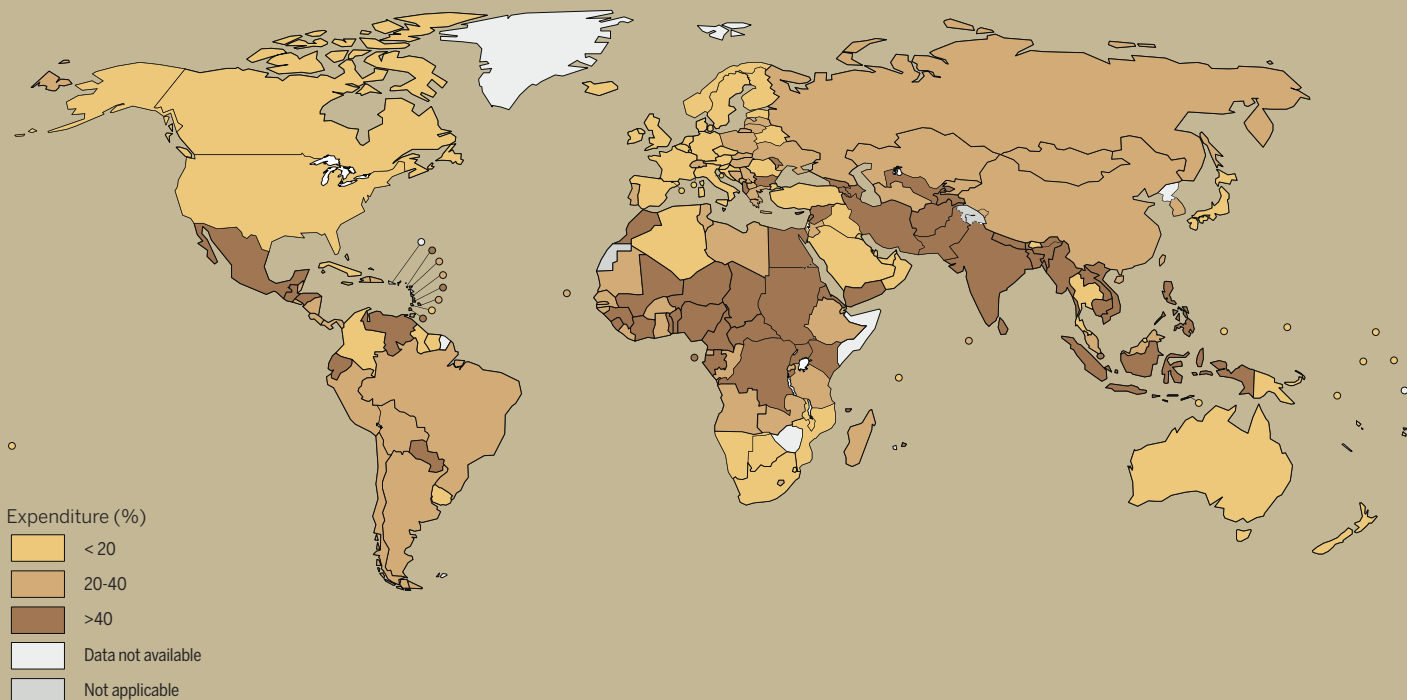
## LA NOTIZIA

### Il pagamento diretto delle prestazioni

«Gli Stati membri devono far sì che i sistemi di finanziamento della sanità impediscano il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei pazienti e introducano sistemi di pre-pagamento e di distribuzione del rischio per evitare spese catastrofiche a causa delle cure mediche e il conseguente impoverimento delle famiglie». Dalla risoluzione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite sulla copertura sanitaria universale, approvata il 12 dicembre 2012. La **figura** mostra che la componente "out of pocket" (pagamento diretto delle prestazioni) della spesa sanitaria è nettamente più alta nei paesi più poveri<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> WHO, *The World Health Report 2013, Research for Universal Health Coverage*, Geneva

**FIGURA /** PERCENTUALE DI SPESE SANITARIE "OUT OF POCKET" RISPETTO AL TOTALE DELLE SPESE SANITARIE, 2013



Note: based on Who data February 2013, Research for Universal Health Coverage

# INDEX



## DIALOGO

PAG. 2

### IL RUOLO DELLE ONG NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

### UNIVERSAL HEALTH COVERAGE. DIRITTO INSOPPRIMIBILE

Testo di / Gavino Maciocco



## FORUM

PAG. 6

### UNA NECESSITÀ EMERGENTE: IL CANCER SCREENING

Testo di / Andrea Atzori, Marina Trivelli

PAG. 8

### STEP (SUDAN TROPICAL EXCHANGE PROJECT)

Testo di / Ivana Di Salvo

PAG. 9

### IL SISM IN SUDAN

Testo di / Luciana Lepore



## ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 12

### NON COMMUNICABLE DISEASES: GESTIRE LA COMORBILITÀ

Testo di / Carla Perria

PAG. 15

### COMMUNICABLE DISEASES: LE PROBLEMATICHE APERTE

Testo di / Vinicio Manfrin, Walter Inojosa



## APPROFONDENDO

PAG. 17

### IL RUOLO DELL'OMS NELL'AGENDA POST-2015

Testo di / Marianna Parisotto, Alice Fabbri, Chiara Di Girolamo



## RASSEGNA

PAG. 18

### SALUTE FRAGILE IN STATI FRAGILI

Testo di / Silvio Donà, Davide Pocchiesa

PAG. 19

### UNA GESTIONE DEGLI AIUTI COMPLESSA: IL CASO DI HAITI

Testo di / Federica Pozzi

### DIRETTORE

Gavino Maciocco

### COMITATO DI REDAZIONE

Maria Rosaria Acquaro, Andrea Atzori, Dante Carraro, Adriano Cattaneo, Donata Dalla Riva, 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, Davide Pocchiesa

### 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

Poste italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003  
(convertito in Legge 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 1, NE/PD

Illustrazione di copertina di Ramon Pezzarini.

Manca poco alla scadenza degli obiettivi del millennio, un conto alla rovescia che spinge gli *stakeholder* della salute a interrogarsi sui successi e insuccessi e a battersi affinché i temi della Salute globale rientrino nelle strategie dell'agenda post 2015. La rivista presenta uno sguardo sui punti di forza, le criticità e le problematiche ancora aperte.





## DIALOGO

# IL RUOLO DELLE ONG NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

L'apertura del sistema sanitario nazionale al privato "profit" non è la soluzione, ma anche alcune iniziative del privato sociale, nate sull'onda dell'emozione, rischiano di diventare percorsi paralleli e ghezzanti per la fetta povera della popolazione oltre che motivo di de-responsabilizzazione e di ulteriore fragilità del servizio pubblico.

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

Medici con l'Africa Cuamm è fortemente convinto che la salute non possa essere considerata un bene di consumo che si vende e si compra, ma un diritto umano fondamentale per il quale battersi. L'accesso ai servizi sanitari non può essere quindi un privilegio per pochi eletti ma un diritto per tutti, specie per i più poveri. Questo è vero in Africa, dove si concentra la nostra attività, ma è altrettanto vero in Europa e nel nostro paese, in Italia, dove la crisi economico-finanziaria sta minacciando in maniera crescente il sistema di *Welfare*<sup>1</sup>.

Nel dibattito nazionale e nell'opinione pubblica aumenta soprattutto la tentazione di pensare che il nostro servizio sanitario nazionale abbia costi insostenibili e che vadano trovate soluzioni alternative, capaci di farci risparmiare. È vero che la popolazione invecchia, che aumenta il costo dei farmaci e delle prestazioni diagnostiche. E tuttavia i dati che abbiamo a disposizione sembrano indicare un quadro diverso. Attualmente il costo (in termini percentuali) del servizio sanitario nazionale sul prodotto interno lordo è al di sotto della media europea e le proiezioni indicano che questo costo raggiungerà il 7,1 % del Pil nel 2020 e il 7,4% nel 2030: non sembra una catastrofe<sup>2</sup>. Non solo. In Italia esiste una grande quantità, forse eccessiva, di ospedali e centri specialistici che potrebbero essere invece accorpati per servire, ognuno, un bacino di popolazione maggiore, a parità di costo e con una qualità più elevata. Esistono certamente molti sprechi, che sono legati alla corruzione e all'incompetenza, ma lavorando con intelligenza questi sprechi potrebbero essere individuati con relativa facilità, applicando, con buon senso, il metodo dei costi *standard*. Buona parte poi delle cure primarie potrebbero essere trasferite dal personale medico a quello infermieristico, garantendo maggior prossimità al paziente e anche un risparmio consistente delle spese. Il nostro sistema sanitario nazionale è sicuramente migliorabile e alcuni cambiamenti di tipo organizzativo andrebbero fatti, e subito. Nonostante tutto questo, però, il nostro sistema di *welfare* sanitario resta fra i più equi al mondo e uno dei pochi che garantisce cure di eccellenza a tutti; per questo l'impegno di ciascuno, sia delle istituzioni sia della società civile, deve essere quello di difenderlo e sostenerlo. L'apertura al privato "profit" in sanità, assicurazioni o altri *provider*, non è la soluzione. Esperienze conosciute e documentate, come quella degli Stati Uniti, dove la sanità costa il 17 % del Pil e lascia fuori, nonostante l'ultima riforma sanitaria del presidente Obama, all'incirca 30 milioni di persone su una popolazione totale di poco più di 300 milioni di abitanti, dimostrano come il privato "profit" sia una falsa soluzione.

Alla stessa maniera dobbiamo evitare altre scorciatoie, illusorie e velleitarie, che a loro volta rischiano di indebolire il Ssn. Giornali e trasmissioni televisive (alcune anche culturalmente avanzate) riportano con frequenza tentativi di risoluzione di una situazione sanitaria che, per le fasce più povere, talvolta si presenta drammatica. Sono iniziative del privato sociale che sembrano nascere più sull'onda dell'emozione o da altri interessi piuttosto che da lucidità e approfondita conoscenza della materia. Mi riferisco al sorgere di ambulatori e presidi sanitari che affermano di rispondere, in modo più appropriato ed economico rispetto al pubblico, ai bisogni sanitari delle fasce più povere e meno protette della popolazione<sup>3</sup>. Questo tipo di "non profit" rischia di essere la migliore scusa per un servizio pubblico che non vede l'ora di declinare le proprie responsabilità costituzionali che prevedono di garantire il diritto alla salute a tutti coloro che sono presenti sul territorio nazionale, cittadini e non, ricchi e poveri. Rischiano di essere percorsi paralleli e ghezzanti per la fetta povera della popolazione e motivo di de-responsabilizzazione e di ulteriore fragilità del servizio pubblico. Il privato sociale può e deve avere invece un ruolo rafforzativo e stimolante per il servizio pubblico: rimanendo a fianco, collaborando, collegando servizi, informando ed educando, ed evitando sovrapposizioni e sostituzioni. È lo stile che molti ambulatori Caritas a livello delle diverse città (Diocesi) del nostro paese forniscono ai più poveri. La carità deve rafforzare il diritto (giustizia), non indebolirlo. Come affermato dal Concilio Vaticano II «Non avvenga che si offra come dono di carità ciò che è già dovuto a titolo di giustizia<sup>4</sup>».

### BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> Lorenzo Roti, *Sanità Toscana: alto rischio di sbandata* <http://www.saluteinternazionale.info/2013/04/sanita-toscana-alto-rischio-di-sbandata/> 08 aprile 2013

<sup>2</sup> Marco Geddes, *Spesa sanitaria italiana. Una crescita davvero*

*insostenibile?* <http://www.saluteinternazionale.info/2012/12/spesa-sanitaria-italiana-una-crescita-davvero-insostenibile/> 10 dicembre 2012

<sup>3</sup> Gavino Maciocco, *Sulla cattiva strada*, <http://www.saluteinternazionale.info/2013/04/sulla-cattiva-strada/> 22 aprile 2013

<sup>4</sup> Concilio Vaticano II, decreto *Sull'Apostolato dei Laici*, cap. 8 n. 946



## DIALOGO

# UNIVERSAL HEALTH COVERAGE. DIRITTO INSOPPRIMIBILE

Nel mondo sono circa un miliardo le persone che non si possono permettere una visita medica in caso di malattia, un parto sicuro in caso di gravidanza, un intervento chirurgico in caso d'incidente stradale. Servirebbero 40 miliardi di dollari per garantire l'accesso gratuito a un pacchetto minimo di prestazioni essenziali.

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

L'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha approvato il 12 dicembre 2012 una risoluzione sulla copertura sanitaria universale (*Universal Health Coverage*). Il documento afferma:

- l'importanza della copertura universale nei sistemi sanitari nazionali, specialmente attraverso l'assistenza sanitaria di base e di protezione sociale, per fornire l'accesso ai servizi a tutti e in particolare ai segmenti più poveri della popolazione; [...]
- che la copertura sanitaria universale implica che tutte le persone hanno accesso, senza discriminazioni, all'insieme dei servizi preventivi, curativi e riabilitativi, definiti nazionalmente, e ai farmaci essenziali, sicuri, economici, efficaci e di qualità, con la garanzia che l'uso di questi servizi non espone i pazienti – particolarmente i gruppi più poveri e vulnerabili – alla sofferenza economica; [...] quindi gli Stati membri devono far sì che i sistemi di finanziamento della sanità impediscano il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei pazienti e introducano sistemi di pre-pagamento e di distribuzione del rischio per evitare spese catastrofiche a causa delle cure mediche e il conseguente impoverimento delle famiglie; [...]
- il bisogno di continuare a promuovere, istituire o rafforzare politiche nazionali multi-settoriali e piani per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche e di applicare sempre più estesamente tali politiche e programmi, incluso il riconoscimento dell'importanza della copertura universale all'interno dei sistemi sanitari nazionali.

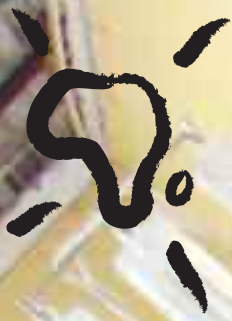
*Lancet*, commentando in un editoriale i lavori delle Nazioni Unite, ha scritto: «Certi concetti riecheggiano in modo così naturale con l'innato senso di dignità e giustizia nei cuori degli uomini e delle donne, al punto da sembrare un diritto insopprimibile. Che l'assistenza sanitaria debba essere accessibile a tutti è certamente uno di questi concetti. Eppure nel passato questa nozione ha dovuto scontrarsi contro le barriere dell'egoismo e dell'ignoranza»<sup>1</sup>. Il risveglio delle Nazioni Unite – e precedentemente anche dell'Oms – sull'importanza della copertura sanitaria universale è certamente benvenuto, ma tardivo. Per almeno due decenni – gli anni '80 e '90 – si è lasciato che le operazioni di aggiustamento strutturale e di privatizzazione dei servizi (oggi chiamate “misure di austerità”) devastassero i sistemi sanitari dei paesi più poveri, provocando le conseguenze che sono sotto gli occhi di tutti. Afferma giustamente il documento Un che «gli Stati membri devono far sì che i sistemi di finanziamento della sanità impediscano il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei pazienti e introducano sistemi di prepagamento e di distribuzione del rischio per evitare spese catastrofiche a causa delle cure mediche e il conseguente impoverimento delle famiglie». Il problema è che da anni i paesi più poveri non sono in grado di introdurre sistemi di pre-pagamento e di distribuzione del rischio e che il peso dei costi delle malattie si scarica quasi interamente sui bilanci delle famiglie. La figura a corredo de “La Notizia” mostra chiaramente che la componente “*out of pocket*” (pagamento diretto delle prestazioni) della spesa sanitaria è nettamente più alta nei Paesi più poveri. Ciò è causa non solo di pesanti conseguenze sulla salute, ma anche sull'economia delle famiglie: secondo le stime dell'Oms nel 2010 sono 150 milioni le persone andate incontro a spese catastrofiche a causa di malattie e 100 milioni quelle trascinate per questo motivo al di sotto della soglia di povertà<sup>2</sup>. Nei paesi poveri molte famiglie non hanno i soldi per pagare alcuna prestazione sanitaria e anche tariffe molto basse (*user fees*) possono rappresentare un ostacolo insormontabile per l'accesso ai servizi. «Bisogna mettere da parte la sciocca idea che piccoli pagamenti sono utili per evitare gli sprechi, per indurre le famiglie povere a dare più valore ai servizi offerti, per coprire i costi di produzione di questi», afferma l'economista Jeffrey Sachs. «Anche copagamenti simbolici possono portare a una massiccia esclusione dei poveri da servizi sanitari salva-vita»<sup>3</sup>. Secondo Sachs, nel mondo sono circa un miliardo le persone che non si possono permettere una visita medica in caso di malattia, un parto sicuro in caso di gravidanza, un intervento chirurgico in caso d'incidente stradale. A quando una vera copertura sanitaria universale? Nel frattempo, osserva ancora Sachs, ora e subito servirebbero 40 miliardi di dollari da parte dei donatori per garantire a quel miliardo di persone l'accesso gratuito a un pacchetto minimo di prestazioni essenziali. Attraverso la cooperazione allo sviluppo, che in Italia da tempo è completamente scomparsa dall'agenda politica. Siamo ultimi in tutto, soprattutto in questo.

## BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> Editorial, *The struggle for universal health coverage*, *Lancet* 2012, 380: 859.

<sup>2</sup> WHO, *The World Health Report 2013, Research for Universal Health Coverage*, Geneva.

<sup>3</sup> Sachs J, *Achieving universal health coverage in low-income settings*, *Lancet* 2012, 380: 944-47.



## **EPIDEMIA DI COLERA A CHIULO, IN ANGOLA**

Cattive notizie da Chiulo: si è diffusa una terribile epidemia di colera. Nell'ospedale arrivano circa dieci nuovi casi al giorno, che vengono subito messi in quarantena. Il personale di Medici con l'Africa Cuamm e le risorse locali stanno facendo il possibile per contenere i casi, purtroppo però si registrano due o tre decessi al giorno. «La situazione è molto preoccupante e il rischio che l'epidemia e il numero dei morti raggiungano proporzioni spaventose è altissimo – dice Fabio Capello, medico Cuamm a Chiulo –. Abbiamo distribuito alla popolazione del materiale informativo perché sappia come comportarsi, ma è indispensabile fare di più a tutti i livelli, con le autorità, con i media, con le persone singole per gestire questa terribile situazione».







FORUM

## UNA NECESSITÀ EMERGENTE: IL CANCER SCREENING

Si stima che oltre un milione di donne in tutto il mondo abbia attualmente il cancro della cervice, la maggior parte non è stata diagnosticata o non ha accesso a trattamenti. Ad agosto 2012 Medici con l'Africa Cuamm ha lanciato un progetto pilota integrato Hiv, Tb e *cancer screening* per la mammella e per il carcinoma della cervice.

TESTO DI / ANDREA ATZORI E MARINA TRIVELLI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Il cancro è la seconda più comune causa di morte nei paesi a basso reddito e con reddito medio (LMCs), più di infezioni respiratorie e malattie legate a *virus* dell'immunodeficienza umana/sindrome da immunodeficienza acquisita, malattie diarroiche o tubercolosi<sup>1-2</sup>.

L'esperienza nei paesi sviluppati ha dimostrato che ben pianificati programmi di *screening* di ampia portata sono in grado di ridurre in modo significativo il numero di nuovi casi di cancro del collo dell'utero e il tasso di mortalità ad esso associata. La mancanza di questi programmi nei LMCs spiega l'enorme differenza in termini di incidenza e di mortalità da cancro della cervice tra paesi sviluppati e Paesi in via di sviluppo<sup>1-2</sup>.

Le ragioni principali per la maggiore incidenza e mortalità nei Paesi in via di sviluppo sono<sup>2</sup>:

- l'accesso limitato ai servizi di assistenza sanitaria;
- la mancanza di sistemi di riferimento funzionali;
- la mancanza di consapevolezza del cancro della cervice tra la popolazione, gli operatori sanitari e le autorità politiche;

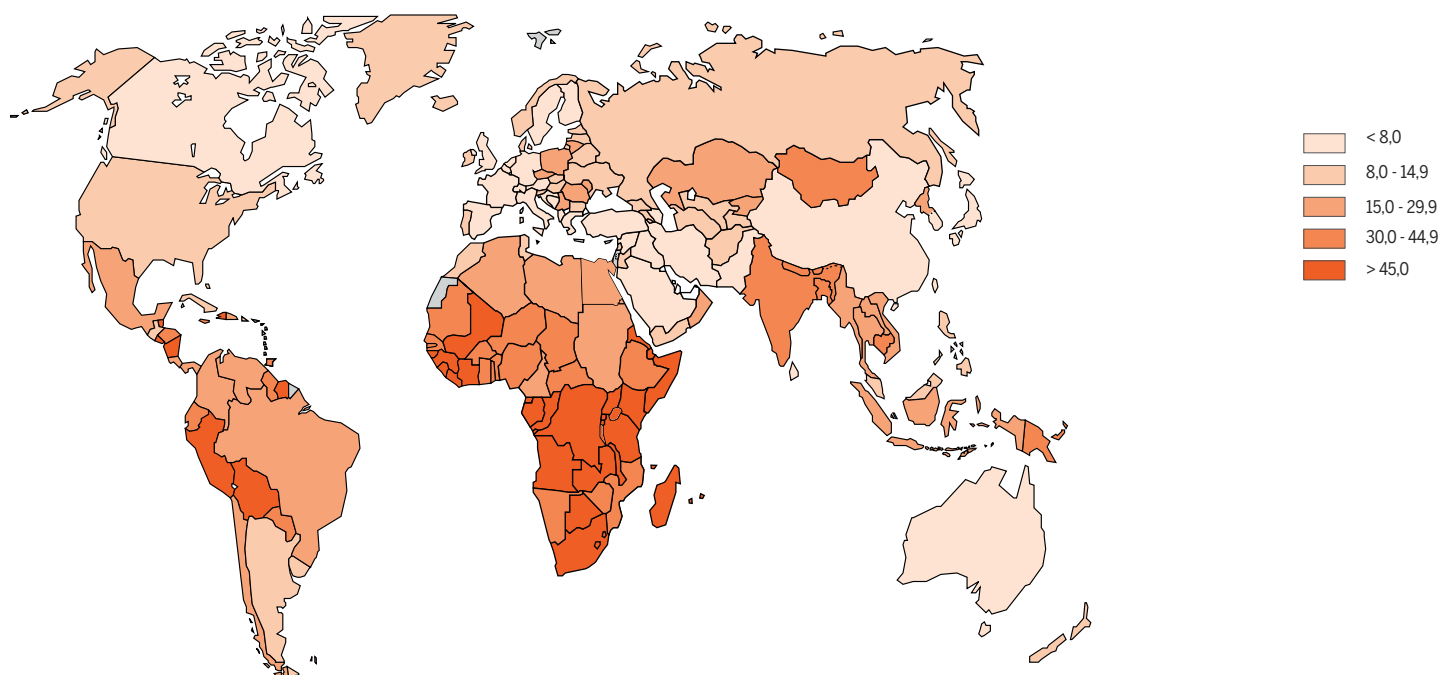
- l'assenza o la scarsa qualità dei programmi di *screening* per lesioni pre-neoplastiche e tumori in stadio precoce.

La differenza tra paesi sviluppati e Paesi in via di sviluppo riflette le disuguaglianze forti nello stato di salute e rappresenta una sfida per i servizi sanitari<sup>3</sup>.

### EPIDEMIOLOGIA DEL CANCRO IN ETIOPIA

Nell'Africa dell'Est, il cancro della cervice e della mammella rappresentano rispettivamente il 24 e il 14% di tutti i tumori maligni nella donna<sup>2</sup>. In Etiopia gli unici dati significativi sono stati forniti da uno studio retrospettivo realizzato in novembre 2011 dall'Università di Addis Abeba in collaborazione con l'Università di Halle-Wittenberg-Germany<sup>4</sup>: dal 2006 al 2010, tra i circa 40.000 casi di cancro giunti all'osservazione dell'unico centro tumori del paese, al primo posto spiccava il carcinoma del collo dell'utero, poi seguito dal carcinoma della mammella.

**FIGURA /** TASSO DI INCIDENZA MONDIALE DEL CANCRO ALLA CERVICE SU 100.000 DONNE (DI TUTTE LE ETÀ), ETÀ STANDARDIZZATE ALLO STANDARD DI POPOLAZIONE OMS (2005)





## L'ESPERIENZA DEL ST. LUKE CATHOLIC HOSPITAL, WOLISSO, SOUTH WEST SHOA ZONE, OROMIA, ETHIOPIA

Dal 2006 al 2010, fra tutti i pazienti osservati in ospedale, circa lo 0,5% era rappresentato da donne con neoplasie maligne. Fra queste si osservava un 16% di carcinomi della mammella e un 23% di carcinomi della cervice.

Da marzo ad agosto 2012, delle 824 donne che si sono presentate in ospedale per problemi ginecologici, almeno 31 presentavano un cancro dell'utero (3,7%) e 64 patologie varie della mammella (7,7%). Di queste ultime, 15 presentavano diagnosi di cancro della mammella (1,8%).

Ad agosto 2012 Medici con l'Africa Cuamm ha lanciato un progetto pilota integrato Hiv, Tb e *cancer screening* per la mammella e per il carcinoma della cervice<sup>5</sup> con componenti di diagnosi precoce a livello di *Health Center* e con componente diagnostica e curativa ospedaliera. L'importanza di integrare Hiv e Tb con *cancer screening* è relazionata al fatto che è possibile fare sinergia con gli attivisti e i gruppi/associazioni comunitarie presenti sul territorio includendo tra le loro attività l'*awareness* per il *cancer*, *peer to peer support* e un sistema di riferimento verso i centri di salute e l'ospedale.

Le donne sottoposte a *screening* sono quelle da 25 a 50 anni per il cancro della cervice e da 20 a 55 anni per il cancro della mammella. Particolare attenzione è data alle donne Hiv positive per le quali la proposta di *screening* è entrata a far parte del protocollo di monitoraggio nei centri di trattamento.

### o Modalità operative per lo *screening* del cancro della mammella:

a tutte le donne che accedono all'ospedale o ai centri di salute si offre la possibilità di visita senologica e insegnamento della pratica dell'autopalpazione mensile da parte di medici generici e *health officers*. In caso di reperto patologico, la paziente viene indirizzata al chirurgo generale in ospedale, che decide il tipo di trattamento (antibiotici per mastite, semplice riscontro di mastopatia fibroso cistica, etc.). In caso di nodulo sospetto, alla paziente viene eseguita una *fine needle aspiration* o una biopsia e il materiale viene inviato a un laboratorio di anatomia patologica ad Addis Abeba con cui l'ospedale ha stipulato un accordo. Dopo due/tre settimane il referto arriva in ospedale via posta elettronica e si può dare riscontro alla donna. In caso di risultato positivo per patologia neoplastica, la donna viene ricontattata e segue l'*iter* curativo possibile.

### o Modalità operative per lo *screening* del cancro della cervice:

a tutte le donne che accedono all'ospedale o ai centri di salute

si offre la possibilità di visita ginecologica con *screening* seguendo le indicazioni Who<sup>6</sup> che si basa sull'offerta di *Via test* sia in ospedale che negli *Health Centers*. In caso di *Via* negativo alle donne si consiglia di tornare a controllo dopo tre anni. In caso di *Via* positivo, le donne sono indirizzate all'ospedale di Wolisso.

Il ginecologo specialista ripete il *Via* per tutti i casi sospetti e decide, sulla base dei risultati, se effettuare un *pap test*, o se indirizzare la donna direttamente alla "*loop excision*" secondo lo schema a seguire:

- *Via* negativo: controllo a tre anni;
- *Via* positivo con displasia apparente: direttamente *Leep* (escissione elettrochirurgica con ansa);
- *Via* positivo senza displasia apparente: *pap test*.

In entrambi i casi positivi il materiale citologico o bioptico è inviato al laboratorio di anatomia patologica di Addis Abeba. Sulla base dei risultati si decide se sottoporre la donna a ulteriori interventi chirurgici o se indirizzarla a trattamento domiciliare.

## CONCLUSIONI

Il modello adottato, che integra le attività di *screening* di malattie infettive con malattie non infettive, è un risultato accettabile per il *setting* di Wolisso, nonostante siano state richieste delle risorse aggiuntive per introdurre l'attività di *screening*, risorse quali la formazione del personale, visto che la problematica era completamente nuova.

L'apprendimento di nuove tecniche, come ad esempio della tecnica del *Via* da parte dello *staff* infermieristico, si è dimostrato di facile recezione e applicazione; invece la proposta della palpazione della mammella durante le visite di *routine*, dopo un iniziale elevato numero legato alla novità della pratica da parte degli *health officer*, è andata poi a calare. Questo non tanto per motivi culturali ma perché è una prestazione *time consuming* che gli operatori non sono riusciti a garantire a causa dell'elevato carico di lavoro.

I risultati dello *screening* sono stati essi stessi incoraggianti in quanto non solo le due procedure sono risultate accettabili dalla popolazione locale, ma hanno anche permesso all'84% delle donne che presentavano lesioni tumorali o lesioni precancerose di essere curate e di prevenire l'insorgenza di cancro. Inoltre con lo *screening* del cancro del seno è stata fatta diagnosi di 12 casi di tubercolosi mammaria primitiva, che difficilmente avrebbe potuto essere diagnosticata in altro modo.

## BIBLIOGRAFIA

1 World Health Organization, *Cancer prevention and control. Provisional agenda item 13.12*. 58th World Health Assembly, Geneva, Switzerland, May 16-25, 2005.

2 Aortic 8th International Cancer Conference Entering the 21st Century for Cancer Control in Africa' Cairo 30.11.-2.12.2011.

3 Anderson BO, Yip CH, Ramsey SD, Bengoa R, Braun S, Fitch M, Groot M, Sancho-Garnier H, Tsu VD, *Breast cancer in limited-resource countries: health care systems and public policy*; Global Summit Health Care Systems and Public Policy Panel. *Breast J.* 2006 Jan-Feb;12 Suppl 1:S54-69.

4 Breitenstein E, Bekuretsion Y, Gemechu T et al., *Eine Funf-Jahres-Analyse (2006-2010) der histologisch diagnostizierten Karzinome in Addis Ababa mit besonderem Fokus auf gynäkologische Fälle*. *Geburtsh Frauenheilk* 2011;71:715.

5 Sam M, Mbulaiteyea,\*, D. Maxwell Parkinb, Charles S. Rabkina, *Epidemiology of AIDS-related malignancies. An international perspective*, *Hematol Oncol Clin N Am* 17 (2003) 673-696.

6 World Health Assembly, 58, *Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice*, World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research and Department of Chronic Diseases and Health Promotion, 2006.



## STEP (SUDAN TROPICAL EXCHANGE PROJECT)

Il progetto ha preso avvio nel 2009 in Sudan per offrire agli studenti internazionali l'opportunità di approfondire le caratteristiche patologiche e cliniche delle malattie tropicali. Equità e salute, diritto di ogni individuo, sono alla base del progetto.

TESTO DI / IVANA DI SALVO / SISM - SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI DI MEDICINA

Il progetto Step (*Sudan Tropical Exchange Project*) nasce a Khartoum, dove i due rami del Nilo si incrociano, il Nilo azzurro a est e il Nilo bianco a ovest, con l'obiettivo di fornire a studenti in medicina, per lo più europei, gli strumenti necessari per saper riconoscere, gestire dal punto di vista clinico e trattare le malattie tropicali e per studiare gli effetti debilitanti delle malattie neglette.

### IL SUDAN

Le diversità culturali tra gli abitanti del Sudan non sono affatto sottili: gli abitanti della Nubia, del Beja, del Fur e i Dinka, di religione musulmana nel nord. Nuer, Shilluk e i Nuba, nel sud, e le tribù arabe del Darfur e di Kordofan, i Dervisci e le diverse comunità cristiane. Gli Arabi e i Dinka sono tra i più grandi gruppi nelle loro rispettive regioni, tutti questi gruppi etnici sono poi divisi in tribù o altri tipi di comunità.

Ogni individuo porta dentro di sé un patrimonio culturale e spirituale unico e diverso da tutti gli altri e questa diversità spesso diventa causa di contrapposizione con gli altri. Lo dimostrano anni di conflitti interni e la separazione nord-sud avvenuta il 9 luglio del 2011. Nonostante gli accordi di pace tra Sudan e Sud Sudan, nel paese c'è contemporaneamente tensione e speranza per una futura stabilità. Il Sudan è uno dei paesi più poveri al mondo con due terzi della popolazione che vive nelle aree rurali e più del 60% vive nella povertà e in condizioni di salute estreme. Inoltre lo stigma che caratterizza alcune condizioni relative alle malattie tropicali fa sorgere la necessità di educare i pazienti su quali sono i propri diritti e quali sono le cure.

Tredici delle malattie tropicali considerate neglette a livello globale sono presenti in Africa e in Sudan. Ne sono un esempio la leishmaniosi, schistosomiasi, oncocercosi, tracoma, tripanosomiasi africana umana (conosciuta anche come malattia del sonno) e la filariosi.

In un *background* in cui si inseriscono anche Hiv, malaria, tubercolosi, e non solo, in quanto tra i dati di mortalità forniti dalla Who del 2011, su un totale di 435.551.941 abitanti, la percentuale di morte per *communicable disease* (malattie comunicabili), dovute a cause materne, prenatali e malnutrizione è del 44%, mentre tra le *non communicable disease* quelle di diabete 2%, malattie respiratorie 3%, tumore 4% e malattie cardiovascolari 23%.

### IL PROGETTO STEP

I programmi di controllo delle malattie tropicali si inseriscono in una strategia globale che mira alla riduzione della povertà e che comprende anche strategie di politica sanitaria che favoriscano la distribuzione di farmaci efficaci a chi ne ha bisogno e la ricerca su queste malattie, spesso dimenticate dalla comunità scientifica.

Questi dati, informazioni e descrizioni, saranno oggetto di discussione durante il progetto e contribuiscono a farlo diventare un'esperienza consapevole, rendendo gli studenti critici, pronti e capaci di farsi un'idea dell'esperienza formativa e del rapporto medico-paziente, inserita in un contesto sociale e nel sistema sanitario del luogo in cui operano.

Il progetto è stato fondato nel 2009 per merito dello studente A. Mergani e alcuni compagni sudanesi mossi dalla voglia di accogliere studenti internazionali e offrire loro l'opportunità di approfondire "sul campo" le caratteristiche patologiche e cliniche delle malattie tropicali.

Sin dalla prima edizione gli studenti sudanesi hanno voluto plasmare il progetto inserendolo in un contesto globale, nel quale la salute è una delle priorità di interesse non soltanto di un paese, ma della comunità internazionale. I principi di equità e salute, diritti di ogni individuo, sono alla base del progetto e si riscontrano nelle attività della *Medical Mission*, in cui sono coinvolti sia gli studenti che gli abitanti del luogo.

Dal 2009 al 2013 il *Sudan Tropical Exchange Project* è stato migliorato seguendo i consigli degli studenti e delle associazioni studentesche Ifmsa NI (Olanda) e Sism (Italia), con le quali MedSIN Sudan ha stabilito una importante collaborazione transnazionale.

L'Italia e l'Olanda hanno, infatti, mostrato forte interesse, successivamente trasformato in attiva partecipazione nell'organizzazione del progetto, sin dall'anno della fondazione in quanto i variegati aspetti socio-culturali ed economici del paese, la cordialità e l'ospitalità sudanese e la qualità della didattica rendono il progetto ottimale per la formazione degli studenti. Quest'anno per la prima volta il progetto comprenderà anche un corso di Salute globale, durante il quale verrà prospettato il sistema sanitario sudanese, comparato con altri sistemi sanitari in altri paesi nel mondo e in Africa, concentrandosi sui maggiori problemi del paese legati alle condizioni socio-economiche dei cittadini, alle disparità e alle zone rurali.

## OBIETTIVI

Secondo i principi dell'Ifmsa (*International Federation of Medical Students' Associations*) gli studenti non partecipano per riempire il proprio tempo libero con attività di volontariato, ma per maturare una sensibilità e una cultura tale da permettere loro di focalizzare le lacune nella propria carriera e tradurle nella realizzazione di progetti, in questo caso prendendo parte attivamente allo Step. Gli intenti formativi sono raggiunti mediante lezioni, esercitazioni in laboratorio, ricerca, guardie in ospedale e operazioni chirurgiche. La supervisione è affidata ai professori della facoltà di Medicina dell'Università di Khartoum, ai medici dell'Istituto di malattie endemiche, dell'ospedale universitario di Soba, del *Khartoum Teaching Hospital* e dell'ospedale delle malattie tropicali di Omdurman, e dai *Senior Students*, all'ultimo anno della loro carriera universitaria, già istruiti sulle tematiche del progetto, che si avvarranno del metodo educativo della "**Peer Education**".

Il contributo dell'Università di Khartoum come pioniere nell'istruzione universitaria in Africa e in Medio Oriente e il suo coinvolgimento nello sviluppo del Sudan sono stati molto ampi. Lo Step offre non solo un'esperienza in università e nella capitale, ma anche nelle **zone rurali**.

La missione medica di Omdurman, che si occupa gratuitamente di fornire diagnosi, fare ricerca, trattamento ed educazione sanitaria nelle aree rurali in Sudan, apre le porte dei propri laboratori ai giovani studenti, che danno una mano e partecipano al programma di educazione sanitaria sotto la guida dei sudanesi per una settimana.

La *Medical Mission* è organizzata in due piccole cliniche, una farmacia e un laboratorio. L'eshaustività del programma scientifico fornirà, quindi, una formazione adeguata per la partecipazione ai lavori nella missione medica.

Ciascun partecipante sarà portato a mettere in pratica sul campo le nozioni acquisite, dimostrando agli organizzatori e soprattutto a se stesso di aver raggiunto un buon livello di conoscenza delle malattie tropicali e di saper riconoscere quali sono i limiti che caratterizzano il lavoro di un medico in una zona tropicale rurale, rapportarsi con la gente, tenendo conto delle differenze culturali e dei bisogni. Per conoscenza delle malattie tropicali, infatti, non si intende soltanto la malattia di per sé, ma tutto il *background* che circonda l'individuo, la comunità in cui è inserito e l'individuo stesso. Un'attenta osservazione e analisi dei determinanti sociali che agiscono sulla malattia, sul suo sviluppo e di conseguenza sul paziente è cruciale per la comprensione delle malattie tropicali.



## IL SISM IN SUDAN

Studenti di medicina in viaggio verso Khartoum, il senso delle distanze e della pericolosità del viaggio, del tempo che passa e della quotidiana urgenza.

TESTO DI / LUCIANA LEPORE / SISM - SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI DI MEDICINA

Siamo a Khartoum da tre settimane, lo Step sta finendo. Finalmente partiamo per la *Medical Mission* organizzata dagli studenti sudanesi. La morte di uno di loro in un incidente ci ha bloccati; andare in macchina è abbastanza pericoloso. Il bus ha delle strane decorazioni, tipo drappi che rivestono l'interno di una tomba.

Ci dirigiamo a sud di Khartoum. Il viaggio è lunghissimo. Ci controllano più volte, pare che la polizia ci debba scortare. Poco male, i sudanesi cantano e suonano. Siamo arrivati. Non c'è né acqua né luce. Siamo sul Nilo, dicono sia meglio mettere le zanzariere perché qui la zanzara punge parecchio. Mi addormento e non ci penso.

Sono le sei di mattina, partiamo, altro bus, altri drappi, alcuni tra gli studenti stanno sul tetto del bus. Voglio salire pure io ma non me lo lasciano fare. Arriviamo. Il villaggio è bellissimo, ordinatissimo, calmo, senza la voce del *muezzin* che per settimane è stata lì insistente. Loro sono in tanti e conoscendo i tempi africani sono certa che non ce la faremo a visitarli tutti. Viene preso d'assalto il tavolo delle prenotazioni, io al momento sono nella classe adibita a laboratorio, cominciano i primi prelievi, i primi vetrini. Accanto c'è la stanza delle visite, di fronte *Health Education* per adulti, tra poco comincia la lezione per i bambini.

Tante faringiti, un'arterite di Horton, un albino africano, pochi plasmodi. Le ore, volate, e abbiamo visitato tutti. Le donne del villaggio a fine giornata ci portano vassoi con tanto *fool* e acqua del Nilo. Noi ci aggiungiamo il *praziquantel*.

Ripartiamo. Ritroviamo la strada incrociando le stesse carcasse di asini della mattina. Incrociamo un uomo in bici, su questa strada deserta isolata nel mezzo del nulla è impossibile immaginare abbia una meta eppure è essenziale come tutto è stato essenziale quel giorno: l'essenziale che serve al medico, ma ancora prima all'uomo.



**IN PRIMA LINEA NELLA LOTTA  
ALL'HIV/AIDS**

Il 1° dicembre Beira, seconda città del Mozambico, ricorda la Giornata mondiale dell'Aids. Una colorata e vivace manifestazione sfila per le strade della città, dove un adulto su tre è Hiv positivo e solo il 34% dei bambini sieropositivi ha accesso alla terapia antiretrovirale. L'equità nell'accesso alla prevenzione, al trattamento e alla cura per donne e bambini è una delle priorità di Medici con l'Africa Cuamm che proprio a Beira interviene a livello di centri di salute e di ospedale centrale per la prevenzione e la cura dell'Hiv/Aids. Dal 2009, inoltre, sostiene Kuplumussana, l'associazione di madri sieropositive con figli in cura per il trattamento dell'Hiv, capaci di fare del motto "aiutiamoci a vicenda" un impegno quotidiano.



DE LUTA CONTRA O HIV-AIDS  
SOBRE O DISCRIMINAÇÃO  
E A MORTE POR  
HIV-AIDS





## ESPERIENZE DAL CAMPO

# NON COMMUNICABLE DISEASES: GESTIRE LA COMORBILITÀ

La cronicità è un'epidemia definita "dimenticata" ma il fenomeno della comorbidità è addirittura "nascosto". Esso rappresenta oggi una vera emergenza, oltre che una grande sfida che richiede non solo profondi cambiamenti delle organizzazioni sanitarie, ma anche una sostanziale evoluzione culturale dei professionisti a vario titolo coinvolti nei processi assistenziali.

TESTO DI / CARLA PERRIA / MEDICO DI SANITÀ PUBBLICA

«In assenza di azioni urgenti l'aumento dei costi legato alla gestione delle patologie croniche si rivelerà un ostacolo insormontabile anche per i paesi in buona salute finanziaria».

Così recita Margareth Chan, direttore generale dell'Oms, nell'ultima parte della presentazione del *Global Status Report on non-communicable diseases* nell'anno 2010<sup>1</sup>.

Parallelamente all'aumento epidemico della prevalenza e dell'incidenza delle patologie croniche, soprattutto diabete, malattie respiratorie e cardiovascolari, si sono accumulate negli ultimi anni numerose evidenze sul ruolo causale dei fattori di rischio implicati nella genesi di queste malattie e, soprattutto, sono emersi in molti casi con chiarezza i meccanismi etiopatogenetici all'origine delle stesse. Si è aperto così un nuovo fronte di conoscenze che ha rivelato le immense potenzialità riparatrici e il guadagno di salute ricavabile dalla sistematica attuazione di interventi di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro delle collettività.

Tale patrimonio di conoscenze è stato ripetutamente ignorato dai governi della maggior parte dei paesi ad alto sviluppo e le politiche di salute globali e nazionali non sono riuscite ad arrestare la crescita esponenziale delle malattie croniche, favorendone di contro la diffusione planetaria attraverso, nel migliore dei casi, un'inerzia decisionale verso l'implementazione di programmi di lotta ai fattori di rischio, con interventi intersettoriali e multidisciplinari.

In seguito a ciò, non solo le malattie croniche sono andate vertiginosamente aumentando ma, complice la condivisione dei medesimi fattori di rischio, si sono andate moltiplicando negli stessi individui, generando il fenomeno della comorbidità. Esso rappresenta oggi la vera piaga sanitaria a livello mondiale che rischia di compromettere la sostenibilità di tutti i sistemi sanitari, come riferito con allarme dalla dott.ssa Chan nel suo citato *Report*.

Se l'epidemia della cronicità è stata definita "dimenticata" da una serie di articoli pubblicati da *Lancet* nel 2005, il fenomeno della comorbidità è addirittura "nascosto", in quanto scarsamente rilevato a livello statistico e difficilmente tracciabile dai classici indicatori epidemiologici.

Eppure, esso rappresenta oggi una vera emergenza, oltre che una grande sfida che richiede non solo profondi cambiamenti delle organizzazioni sanitarie, ma anche una sostanziale evoluzione culturale dei professionisti a vario titolo coinvolti nei processi assistenziali.

Qualche dato. Nel Regno Unito la multimorbidità è un fenomeno assai frequente: il 42,2% della popolazione è affetta da almeno

una patologia cronica, il 23,2% presenta comorbidità e l'8,3% la compresenza di una malattia fisica con una mentale. Le più colpite sono le donne e, come facilmente intuibile, si osserva un aumento progressivo della multimorbidità con l'età (intorno ai 65 anni la maggior parte delle persone presenta almeno due patologie croniche); inoltre, dato questo del tutto inatteso, il numero maggiore, in termini assoluti, di persone affette da due o più patologie ha meno di 65 anni, e due terzi di queste ultime presenta comorbidità fisica e mentale<sup>2</sup>. Negli Usa le cose vanno ancora peggio, quasi tre persone su quattro di età superiore ai 65 anni hanno più di una patologia cronica, proporzione che si riduce a uno su quattro negli infrasestantacinquenni, a conferma del fatto che la cronicità non è più appannaggio esclusivamente degli anziani fragili<sup>3</sup>. Quest'ultimo aspetto, finora poco indagato, è stato recentemente oggetto di uno specifico studio australiano, che ha messo in evidenza come circa il 42% dei soggetti con multimorbidità abbia meno di 60 anni e come essa riguardi il 15% delle persone fra i 40 e i 59 anni<sup>4</sup>.

Ma la vera epidemia di cronicità riguarda i Paesi in via di sviluppo, soprattutto per la rapidità con cui essa sta dilagando in tutte le fasce di popolazione. Circa l'80% della mortalità attribuibile alle malattie croniche si concentra nei paesi a basso-medio reddito, e anche nella regione africana, nella quale le cause principali di morte sono ancora le malattie infettive, le malattie perinatali e la malnutrizione, i tassi di mortalità per malattie croniche si stanno pericolosamente uniformando a quelli dei paesi sviluppati e le proiezioni indicano per il 2020 un quasi pareggiamento dei tassi tra le due tipologie di cause di morte, rispettivamente acute e croniche.

Se è vero che il *burden of disease* derivante dalla presenza di una patologia cronica comporta un aumentato ricorso, e non sempre appropriato, ai servizi sanitari specialistici, tra cui l'ospedalizzazione, e al consumo di farmaci con i loro inevitabili effetti collaterali, ciò è ancor più indiscutibile nel caso della multimorbidità, in cui il consumo di farmaci può diventare addirittura imponente, così come la necessità di ripetuti controlli clinici e strumentali, senza contare le terapie accessorie e di supporto, il cui costo è spesso sostenuto interamente dal singolo paziente.

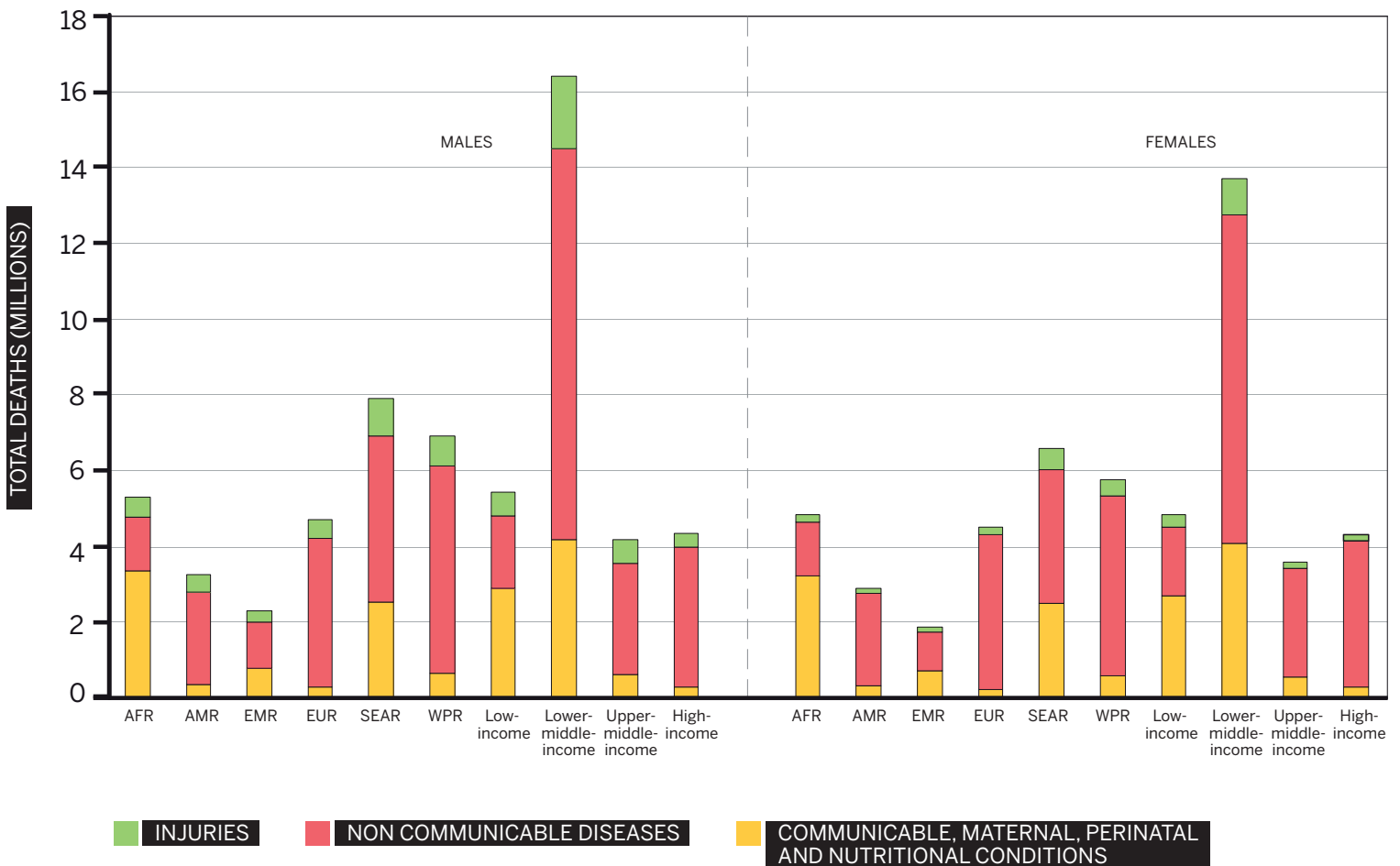
Lo scenario aperto da queste nuove e incalzanti sfide per la salute si presenta quanto mai complesso; l'unico modo di gestire la complessità è quello di suddividerne le componenti, non certo per frammentarne la visione unitaria e le singole linee di percorso quanto piuttosto per definire le responsabilità, i ruoli e le funzioni

degli organi di politica sanitaria ai vari livelli incaricati di assumere decisioni in merito al governo dei servizi, senza escludere i singoli professionisti a vario titolo coinvolti nei processi di cura.

Le componenti essenziali di un approccio multidimensionale alle problematiche della complessità legata alla frequente coesistenza nello stesso individuo di più di una patologia cronica possono essere riassunte nelle seguenti parole chiave:

- Policy.** Le strategie di politica sanitaria devono in primo luogo mirare alla tutela della salute della popolazione, con particolare riguardo ai sottogruppi di popolazione a più alto rischio, portatori di bisogni multipli e complessi.
- Primary care.** Il rafforzamento delle cure primarie è universalmente riconosciuto come la principale strategia di *governance* per la gestione dei problemi di salute ad alto impatto sanitario e sociale in tutti i contesti.
- Evidence-Based-Prevention.** Gli interventi di prevenzione di provata efficacia devono permeare in maniera incisiva i sistemi sanitari moderni, contribuendo a spostare l'asse di cura sempre di più verso la gestione delle fasi iniziali delle patologie croniche.
- Health statistics.** C'è bisogno di sistemi informativi evoluti capaci di intercettare il bisogno complesso e di individuare i gruppi di popolazione più fragili, anche dal punto di vista socio-economico. Tali gruppi concorrono all'aumento dei costi sanitari più del resto della popolazione.
- Research and evidence.** Data la nota assenza di pazienti polipatologici all'interno delle popolazioni studiate dai *trial* clinici è importante cominciare a sviluppare linee di ricerca orientate alla produzione di evidenze concernenti la pluripatologia e i pazienti complessi, sia per quanto riguarda ad esempio gli

**FIGURA 1 /** DISTRIBUZIONE DELLE PRINCIPALI CAUSE DI MORTE NELLE VARIE REGIONI DEL MONDO, PER SESSO E LIVELLO DI REDDITO, 2008

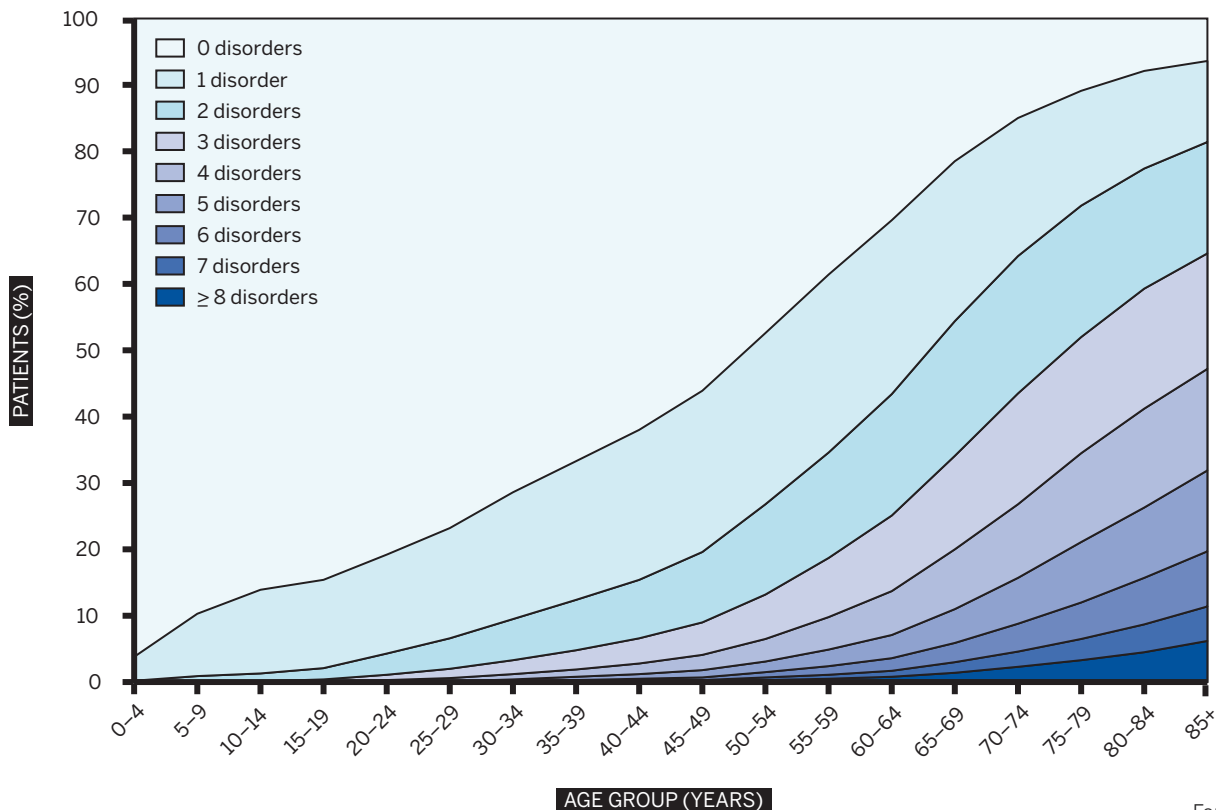


(Note: AFR = African Region, AMR = Region of the Americas, EMR = Eastern Mediterranean Region, EUR = European Region, SEAR = South-East Asia Region, WPR = Western Pacific Region).

---

**FIGURA 2 /** DISTRIBUZIONE DELLA MULTIMORBOSITÀ PER FASCE DI ETÀ
 

---



Fonte: Barnett K e coll, Lancet, 2012

effetti delle poli-farmacoterapie che per la ricerca di modelli organizzativi efficaci nell'offerta di cure.

- **Education.** Occorre rimodulare i programmi della formazione in medicina, sviluppando competenze, capacità e attitudini nella presa in carico complessiva dei problemi di salute del paziente, che non sono legati esclusivamente alla presenza di una determinata malattia, ma dipendono da interazioni complesse fra i vari aspetti e fattori (vedi ad esempio le poli-

farmacoterapie) e coinvolgono la sfera psicologica, compromettendo talvolta la stessa salute mentale.

Affrontare con decisione l'inarrestabile crescita delle malattie croniche è sempre più una questione di responsabilità, che non può essere confinata a poche volontaristiche iniziative o dichiarata solo in occasione di eventi accademici o di settore, ma richiede azioni urgenti e prioritarie che hanno ora una base di conoscenza inequivocabile: le malattie croniche sono nella maggior parte dei casi prevenibili.

## BIBLIOGRAFIA

1 World Health Organization. *Global Status Report on non-communicable diseases*, 2010.

2 Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al., *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional*

*study*. Lancet 2012; 380: 37-43.

3 Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM., *Designing health care for the most common chronic condition-multimorbidity*. JAMA 2012; 307 (23): 2493-94.

4 Taylor et al., *Multimorbidity - not just an older person's issue. Results from an Australian biomedical study*. BMC Public Health 2010, 10:718 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/718>





## ESPERIENZE DAL CAMPO

# COMMUNICABLE DISEASES: LE PROBLEMATICHE APERTE

A fronte di innumerevoli passi avanti in campo tecnologico, la sfida delle endemie infettive dei paesi a risorse limitate non è ancora vinta. La scarsa accessibilità e copertura dei servizi, e la contrazione delle risorse finanziarie messe a disposizione dai paesi donatori rischiano di rendere inutile qualsiasi ritrovato della scienza.

TESTO DI / VINICIO MANFRIN / REPARTO MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI, OSPEDALE S. BORTOLO, VICENZA  
WALTER INOJOSA / REPARTO MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI, OSPEDALE CIVILE CA' FONCELLO, TREVISO

Lo sviluppo di tecnologie diagnostiche e terapeutiche e di nuove strategie nel controllo delle grandi endemie a carattere infettivo dei paesi a risorse limitate (Hiv, tubercolosi, malaria, parassitosi intestinali e altre patologie tropicali accumulate dall'acronimo Ntd - *Neglected Tropical Diseases*) ha portato la comunità scientifica (e laica) a posizioni molto ottimistiche su un reale contenimento se non addirittura, in alcuni casi, sulla loro scomparsa. Nonostante ciò il peso globale di tali patologie rimane enorme e il Who ha lanciato un pressante appello perché si continui a investire nel loro controllo<sup>1</sup> consigliando un approccio pragmatico, coscienti che un sistema sanitario più forte aumenta l'efficacia dei piani di controllo e viceversa.

Analizzeremo di seguito i principali *goals* ottenuti in campo scientifico e operativo e i problemi ancora insoluti.

### PRINCIPALI GOALS SCIENTIFICI E OPERATIVI DEGLI ULTIMI ANNI:

- **Hiv/Aids:** oltre i ben noti significativi vantaggi in termine di sopravvivenza e morbilità delle persone colpite dal virus dell'Hiv, grazie al trattamento delle gravide, il proseguimento durante il periodo di allattamento e misure profilattiche nel neonato, il tasso di trasmissione materno fetale è drasticamente diminuito (inferiore al 2%); l'estensione della disponibilità di queste strategie ha significativamente ridotto il numero dei bambini infetti da Hiv (e la loro mortalità) tanto che Unaid stima alla fine del 2012 un numero annuo di 409.000 nuovi casi pediatrici, che rappresenta un calo del 43% rispetto al 2003<sup>2</sup>. Si è giunti all'ipotesi che si possa azzerare il tasso di trasmissione materno fetale e giungere alla eliminazione dell'Hiv pediatrico<sup>3</sup>. Analogamente la certezza ottenuta da studi sulla diminuzione della contagiosità dei pazienti Hiv positivi in trattamento ha portato a ipotizzare che una strategia basata sulla ricerca attiva di tutti i pazienti con infezione da Hiv e il loro immediato trattamento (*universal test and treat approach*) potrebbe azzerare la trasmissione portando all'estinzione dell'epidemia<sup>4</sup>.
- **Tubercolosi:** incredibili novità riguardano la diagnostica e la terapia. La disponibilità di *test* diagnostici altamente specifici, la cui gestione non richiede alcuna (o minima) competenza tecnica, rende più facile l'identificazione dei casi di malattia; il sistema<sup>5</sup> permette non solo la diagnosi su materiale biologico in tempi molto brevi (qualche ora), ma anche la diagnosi di resi-

stenza a Rifampicina (che correla con la multiresistenza) indirizzando quindi anche lo schema terapeutico. L'appropriatezza dell'introduzione della metodica in ambito rurale africano è già stata valutata<sup>6</sup> e il Who considera la tecnica appropriata *cost effective* anche per le zone rurali africane<sup>7</sup>. Per quanto riguarda la terapia sono in via di sperimentazione nuovi farmaci<sup>8</sup> che permetteranno un trattamento efficace per i ceppi multi-resistenti e di accorciare la terapia (si spera di portarla a tre mesi con la *vision* futura di poche settimane).

- **Malaria:** i finanziamenti destinati alla lotta alla malaria subirono un notevole incremento all'inizio del 2000, fatto cui corrispose una sempre più estesa e rapida distribuzione di *test* diagnostici affidabili (come i *test* rapidi), farmaci antimalarici efficaci (le combinazioni a base di derivati dell'artemisinina) e misure di lotta anti-vettoriale appropriate (le zanzariere trattate con insetticida ad azione prolungata). Il risultato di un tale sforzo economico prodotto dai governi dei paesi endemici e dalle politiche di cooperazione fu quello di una sensibile riduzione del numero di casi e di morti per malaria registrato sia a livello globale sia nei paesi dell'Africa sub-Sahariana<sup>9</sup>.
- Quella delle ***Neglected Tropical Diseases*** è una categoria dell'Oms che raggruppa una serie di infezioni parassitarie e non (come la lebbra e il tracoma), doppiamente povere perché oltre a essere legate in maniera bidirezionale allo sviluppo di una regione (più una regione è povera e più è presente la patologia e viceversa), sono poco conosciute e dimenticate. Per queste patologie, il cui peso per il 90% è in Africa e responsabili globalmente di circa 500.000 morti all'anno, sono disponibili trattamenti efficaci, a costo sostenibile. Trattamenti di massa potrebbero portare a un controllo efficace che potrebbe giungere persino, in alcune aree, all'eliminazione se non, come nel caso della infestazione da verme di Guinea, alla eradicazione<sup>10</sup>. Un approccio integrato, a basso costo (stimato 0,40 dollari per persona anno), avrebbe un impatto enorme, data la possibilità di influire anche sul raggiungimento di alcuni dei *Millennium Development Goals* (Mdg)<sup>11</sup>.

### LE PROBLEMATICHE APERTE

Nonostante questi innegabili passi in avanti esistono evidenti problemi che rischiano di rendere inutile qualsiasi ritrovato della

scienza, *in primis* l'accessibilità e la copertura dei servizi. Per quanto riguarda l'**accesso agli antiretrovirali**, cardine della lotta all'Hiv, pur di fronte a una *escalation* notevole e senza precedenti del numero di persone in trattamento (nel 2011 a livello globale otto milioni di persone in trattamento con un aumento del 21% rispetto al 2010), Unaid<sup>2</sup> stima che nei paesi a medio e basso reddito siano in trattamento solo il 54% dei pazienti eligibili (e con un criterio restrittivo basato in numero di CD4 riduttivo rispetto a quanto previsto da una strategia di *early diagnosis and treatment*). Analogamente in Africa sub-Sahariana l'accesso alle strategie di prevenzione della trasmissione madre-bambino è limitato al 59%. Altro problema riguarda il tipo di antiretrovirali, la cui disponibilità nei paesi a basse risorse riguarda farmaci di prima generazione, gravati da un profilo tossicologico estremamente superiore rispetto a quanto disponibile nei paesi occidentali; questo oltre che a limitare la sicurezza di strategie terapeutiche a lungo termine, impone necessità di *follow-up* laboratoristico complesso. Il laboratorio è anche necessario per la definizione del momento in cui iniziare la terapia (conta dei linfociti CD4), per la definizione di successo/fallimento (Hiv carica virale) e per la scelta del regime terapeutico (*test* di resistenze genotipiche), soprattutto in caso di fallimento. Le metodiche qui accennate sono di così difficile accesso che la disponibilità di un laboratorio affidabile risulta, nella maggior parte dell'Africa, il deterrente maggiore per una terapia efficace. Anche per la **tubercolosi** i problemi principali riguardano accesso e laboratorio. Nonostante un'eccezionale diminuzione della mortalità per Tb del 41% dal 1990, a livello globale nel 2011 sono stati stimati 8,7 milioni di nuovi casi con 1,4 milioni di decessi<sup>12</sup> e nonostante la fornitura nel 2011 di più di un milione di *test* Xpert, 2/3 dei casi di Tb globali rimangono non diagnosticati. L'avvento di una significativa epidemia di ceppi multi-resistenti (più di 600.000 casi nel 2011, circa il 5% di tutti i casi diagnosticati) comporta la necessità di farmaci di seconda linea, di strategie terapeutiche a lunghissimo termine e, soprattutto, di un laboratorio in grado di guidare, attraverso *test* di sensibilità, le nuove terapie. A questo proposito il sistema Xpert non sarà di per sé completamente sostitutivo dei sistemi tradizionali di coltura e di antibiogramma: la resistenza a farmaci di prima linea (pirazinamide, etambutolo) e seconda linea, essendo dovuta non a una singola

mutazione genica, non potranno essere identificati con *test* di biologia molecolare. La disponibilità di *test* di sensibilità ai farmaci diventerà ancora più impellente al momento di introduzione di nuove molecole antitubercolari e di regimi diversi dall'attuale<sup>13</sup>. Le risorse finanziarie messe a disposizione dai paesi donatori sono l'altro grande problema. A riguardo della **malaria** le novità disponibili avevano fatto rivivere il sogno (dopo i primi fallimenti della cloroquina e del Ddt) di una eradicazione globale della malattia. Più concretamente l'Oms prospettava un sostanziale controllo globale della malaria attraverso una copertura universale delle misure di controllo sostenuta da finanziamenti pari a 5,1 miliardi di dollari annui. Purtroppo, nei primi anni della seconda decade si è assistito a un appiattimento nella crescita dei finanziamenti (1,8 miliardi di dollari nel 2012), un rallentamento nella distribuzione delle misure di controllo e un arresto nella riduzione della morbilità e della mortalità attribuibili alla malaria in molti paesi dell'Africa sub-Sahariana. Un fatto che impedirà il raggiungimento del principale obiettivo: ridurre del 75% l'incidenza dei casi di malaria entro il 2015.

Tra le **patologie tropicali neglette** la tripanosomiasi costituisce un esempio paradigmatico<sup>14</sup>: gravata da letalità elevata è stata riconosciuta come causa principale di sottosviluppo nelle regioni rurali dell'Africa dove è presente l'insetto vettore (la mosca tsetse), impedendo sia gli insediamenti umani sia gli allevamenti animali (tripanosomiasi animale). Nella scorsa decade la disponibilità di mezzi diagnostici migliori (*screening* sierologici e metodi di conferma parassitologica più sensibili) e di farmaci meno tossici ha consentito il ripristino del controllo delle grandi epidemie, scoppiate in Africa sub-Sahariana dopo l'indipendenza e legate alla instabilità socio-politica e al collasso dei sistemi sanitari. Tuttavia vi è persistenza di trasmissione nei foci più remoti di endemia, dove i programmi di controllo, ora meno finanziati, non arrivano con regolarità.

In conclusione, stiamo vivendo un periodo dove notevoli novità tecnico-scientifiche potrebbero portare a un controllo delle grandi endemie infettive che flagellano l'Africa sub-Sahariana, ma la presenza di problemi organizzativi e finanziari rischia di rendere vani questi vantaggi. Il ruolo della cooperazione internazionale e delle Ong rimane ancora quindi fondamentale.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Dye C, Mertens T, Hirschall G et al., *WHO and the future of disease control programmes*. Lancet 2013; 381: 413-18.
- 2 UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012 (disponibile su [www.unaids.org](http://www.unaids.org)).
- 3 Ciaranello AL, Perez F, Keatinge J. et al., *What Will It Take to Eliminate Pediatric HIV? Reaching WHO Target Rates of Mother-to-Child HIV Transmission in Zimbabwe: A Model-Based Analysis*. PLoS Med 2012 9(1):e1001156.
- 4 Peter J, Dodd, Geoff P, Garnett and Timothy B. Hallett, *Examining the promise of HIV elimination by 'test and treat' in hyperendemic settings*. AIDS 2010, 24:729-735.
- 5 Boehme CC, Nabeta P, Hillemann D et al., *Rapid Molecular Detection of Tuberculosis and Rifampin Resistance*. N Engl J Med 2010;363:1005-15.
- 6 Boehme CC, Nicol MP, Nabeta P et al., *Feasibility, diagnostic accuracy, and effectiveness of decentralised use of the Xpert MTB/RIF test for diagnosis of tuberculosis and multidrug resistance: a multicentre implementation study*. Lancet. 2011; 30:1495-505.
- 7 Who. *Policy statement: automated real-time nucleic acid amplification technology*

for rapid and simultaneous detection of tuberculosis and rifampicin resistance: Xpert Mtb/Rif system. Who 2011 (Who/Htm/2011.4).

- 8 Lienhardt C, Raviglione M, Spigelman M et al. *New Drugs for the Treatment of Tuberculosis: Needs, Challenges, Promise, and Prospects for the Future*. J Infect Dis 2012; suppl 2:S241-9.
- 9 WHO. *World malaria report 2012*. Geneva: World Health Organization, 2012.
- 10 Molyneux DH, Hotez PJ, Fenwick A., *"Rapid-impact interventions": how a policy of integrated control for Africa's neglected tropical diseases could benefit the poor*. PLoS Med 2005; 2: e336.
- 11 Editorial. *Thinking beyond deworming*. Lancet. 2004; 364: 1993-1994.
- 12 WHO. *Global tuberculosis Report 2012*. WHO 2102.
- 13 Wells WA, Boehme CC, Cobelens FGJ et al., *Alignment of new tuberculosis drug regimens and drug susceptibility testing: a framework for action*. Lancet Infect Dis 2013;13:449-58.
- 14 Simarro PP, Jamin J, Cattand P., *Eliminating human Africa trypanosomiasis: where do we stand and what come next?* PLoS Med. 2008;5(2):e55 10.1371/journal.pmed.0050055.



## APPROFONDENDO

# IL RUOLO DELL'OMS NELL'AGENDA POST-2015

L'Organizzazione mondiale della sanità riconosce nei determinanti sociali della salute il suo principio guida e nella *Universal Health Coverage* e nelle malattie non trasmissibili i principali assi operativi, ma con il rischio di un'apertura al settore privato e al modello delle assicurazioni, espropriando le comunità della *governance* della propria salute.

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

Alla vigilia della scadenza dei *Millennium Development Goals* (MDGs) sono le stesse Nazioni Unite ad affermare che «i MDGs sono stati un'opportunità persa di fornire un orientamento nell'affrontare le cause profonde della povertà»<sup>1</sup>. Definiti e applicati tramite un processo *top-down*, e fondati sul presupposto che sviluppo significhi crescita economica, i MDGs non hanno messo in discussione il paradigma neoliberista alla base dello squilibrio di risorse e di potere e si sono focalizzati sulla misurazione di esiti a breve termine piuttosto che sui processi che avrebbero dovuto guidare i cambiamenti auspicati<sup>2</sup>.

Per la stesura dell'agenda dello sviluppo globale oltre il 2015 è stato nominato un *High Level Panel* ed è stata lanciata la "global conversation" attraverso consultazioni nazionali, regionali e tematiche globali via web<sup>3</sup>. L'ultimo appuntamento operativo è stato a settembre in occasione della 68ª assemblea generale delle Nazioni Unite, ma le tendenze sostanziali hanno già iniziato a prendere forma. Mentre lo sviluppo sostenibile nelle sue dimensioni sociale, economica e ambientale è il pilastro centrale dell'agenda globale, l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) riconosce nei determinanti sociali della salute il suo principio guida e nella *Universal Health Coverage* (Uhc) e nelle malattie non trasmissibili (NCDs) i principali assi operativi<sup>4</sup>. Il nodo sta nel fatto che Uhc, secondo l'Oms, non significa etica, partecipazione ed equità, bensì copertura finanziaria per accedere ai servizi sanitari; con questo l'Oms apre al settore privato e al modello delle assicurazioni, favorendo la frammentazione dei sistemi sanitari ed espropriando alle comunità la *governance* della propria salute<sup>5</sup>. Di questo spazio, invece, se ne riappropria la Banca mondiale, il cui neodirettore, il dott. Jim Kim, all'ultima assemblea dell'Oms ha "spacciato" la Uhc per l'evoluzione e la concreta applicazione della *Primary Health Care*, tacendo il ruolo della sua istituzione nella negazione dei principi di Alma Ata. Riguardo alle NCDs, il piano d'azione ripropone la segmentazione in *target* isolati dei MDGs: quattro categorie di patologie (cardiovascolari, respiratorie croniche, diabete e tumori), correlate a quattro fattori di rischio comportamentali (fumo, dieta insalubre, abuso di alcool, inattività fisica), considerati come scelte individuali dannose, ignorando come rischio e vulnerabilità siano strutturalmente plasmati. In un dibattito internazionale che invita le multinazionali a farne parte, diventa strumentale omettere le responsabilità delle grandi industrie farmaceutiche, agroalimentari, delle bevande e dell'alcool nella determinazione dei processi di salute e malattia. Ma la "Salute per tutti" che l'Oms deve promuovere si costruisce oltre il quadro teorico dei determinanti sociali<sup>6</sup>: la salute di tutti implica la ristrutturazione delle relazioni politiche ed economiche sia a livello globale che locale, perché tutti possano riappropriarsi dei diritti e del potere di negoziarli; significa partecipazione delle comunità nei processi decisionali; significa riempire il quadro teorico dei diritti umani con le pratiche quotidiane e con l'impegno politico volto a realizzarli.

### BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> UN Task Team on the Post 2015 Development Agenda, *Realizing the future we want for all - Report to the Secretary-General 2012*, [http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Post\\_2015\\_UNTTreport.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Post_2015_UNTTreport.pdf)

<sup>2</sup> People's Health Movement, *Consultation on Health in the Post 2015 Development Agenda*, [http://www.worldwewant2015.org/list?title=phm&weight\\_sort=DESC&stick\\_user\\_sort=1&btnG=Go](http://www.worldwewant2015.org/list?title=phm&weight_sort=DESC&stick_user_sort=1&btnG=Go)

<sup>3</sup> *The world we want 2015*, pagina web della consultazione tematica sulla

salute, <http://www.worldwewant2015.org/health>

<sup>4</sup> Marianna Parisotto e Alice Fabbri, *Oms. Agenda 2013*, <http://www.saluteinternazionale.info/2013/06/oms-agenda-2013/>

<sup>5</sup> Who, *Questions and Answers on Universal Health Coverage*, [http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/uhc\\_qa/en/](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/uhc_qa/en/)

<sup>6</sup> Dichiarazione alternativa delle organizzazioni della società civile e dei movimenti sociali alla Conferenza Mondiale sui Determinanti Sociali della Salute, <http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/AlternativeCivilSocietyDeclaration20Sep.pdf>



## RASSEGNA

# SALUTE FRAGILE IN STATI FRAGILI

La debolezza nel patto fra *governance* e cittadini, tipica degli Stati fragili, ha conseguenze nella gestione degli interventi umanitari, che abbisognano di collaborazione con i *leader* delle organizzazioni locali della società civile.

TESTO DI / SILVIO DONÀ E DAVIDE POCCHIESA / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

All'interno delle discussioni per la determinazione delle strategie dell'agenda post 2015 e a seguito del fatto che nessuno fra Stati fragili ha raggiunto anche solo un singolo obiettivo dei *Millennium Development Goals* (MDGs)<sup>1</sup>, la comprensione delle caratteristiche strutturali della fragilità è divenuta urgente. Se fino al 2010 gran parte degli Stati fragili aveva un'economia a basso reddito, nel 2013 quasi il 50 per cento è *middle-income*<sup>2</sup>. Il dato conferma la difficoltà a tracciare linee e categorie comuni. Se non è il reddito a definire univocamente la fragilità di una regione, non lo è neppure il tasso di crescita del Pil, l'aspettativa di vita – con un divario di oltre 20 anni fra lo Stato più e meno longevo – la capacità di attrarre investimenti esteri – maggiore negli Stati ricchi di risorse – la quantità di debito estero o le riserve di valuta estera. Non lo è neppure la provenienza geografica, anche se gran parte di questi si concentra nell'Africa sub-Sahariana.

Sono caratteristiche comuni la ridotta densità demografica, la debolezza delle infrastrutture materiali e immateriali, le esportazioni concentrate e lo scarso sviluppo umano. I ridotti investimenti pubblici nello sviluppo umano si riflettono in sistemi scolastici e sanitari malfunzionanti. In effetti, benché molti Stati fragili abbiano ridotto la spesa militare, a questo calo non è corrisposto un aumento nella spesa per sanità e istruzione.

Per l'Ocse «uno Stato o regione fragile ha scarsa capacità di svolgere le funzioni fondamentali di *governance* e ha difficoltà nello sviluppare relazioni reciprocamente costruttive con la società. Gli Stati fragili sono anche più vulnerabili agli *shock* interni o esterni, come crisi economiche o disastri naturali».<sup>3</sup>

La debolezza nel patto fra *governance* e cittadini ha conseguenze anche nella difficoltà di gestione dei flussi di aiuti e degli interventi umanitari. Negli Stati fragili l'*Official Development Assistance* (Oda) dei donatori del *Development Assistance Committee* (Dac) è la principale fonte di afflusso finanziario e nel 2010 raggiungeva i 50 bilioni di dollari, pari al 38% del totale Oda.

L'intervento sanitario nei paesi fragili deve prevedere il supporto

“diplomatico” e la collaborazione con i *leader* delle organizzazioni locali della società civile<sup>4</sup>. Ai ministeri della Sanità deve essere garantita una raccolta dati attendibile, che permetta una valutazione dell'efficacia degli aiuti stessi. Gli operatori locali vanno aiutati e preparati in termini di *accountability*: essi devono essere in grado di “uscire allo scoperto” dai loro uffici e collaborare attivamente, nelle sedi istituzionali, con i rappresentanti delle agenzie internazionali.

Erik Solheim, politico norvegese e attuale presidente del Comitato di aiuto allo sviluppo dell'Ocse, definisce i termini dell'approccio ai sistemi sanitari dei paesi fragili, chiamandolo “*new deal*” e cita gli esempi del Sud Sudan e dello Sri Lanka<sup>5</sup>, dove la costituzione e il mantenimento della pace sono stati garantiti dal supporto di una *leadership* a livello nazionale, assicurandole la titolarità: “niente su di noi senza di noi”, come è stato sottolineato dal ministro delle Finanze del Sud Sudan.

L'aiuto, in un ambiente fragile, deve inoltre sottostare al principio “*do not harm*”, non deve fare danni. È preferibile accettare la prospettiva di risultati modesti in termini di sviluppo-progresso, nel breve periodo, piuttosto che rischiare di acuire le divisioni sociali e aumentare il tasso di corruzione esistente. È pertanto fondamentale una preventiva analisi del contesto in cui si decide di intervenire ed è auspicabile stabilire un orizzonte temporale molto lungo entro il quale valutare i risultati<sup>6,7</sup>.

A sostegno di queste strategie vi sono le esperienze in Sierra Leone, nella Repubblica democratica del Congo e in Afghanistan<sup>8</sup>. Il risultato positivo di questi interventi sembra confermare l'ipotesi che il rafforzamento dei sistemi sanitari influenzi positivamente la trasformazione dei conflitti nei paesi fragili (“*can we kill two birds with one stone?*”). L'evidenza di questa relazione è finora solo aneddotica; per arrivare a un'evidenza “scientifica” è necessaria l'analisi profonda del contesto in cui si opera, affinché sia garantita la qualità dell'intervento e il suo principale obiettivo, il miglioramento dei servizi sanitari.

## BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> Oecd, *Fragile States 2013, Resource flows and trends in a shifting world*, 2012.

<sup>2</sup> Ibidem.

<sup>3</sup> Oecd, *The Missing Piece: Improving International Support to the Peace Process*, 2012.

<sup>4</sup> BMJ 2010;341:c6978.

<sup>5</sup> E. Solheim, *Un New Deal per sollevare gli stati fragili*, Il Sole 24 Ore, maggio 2013.

<sup>6</sup> Ipsi, vol. 192, 2010.

<sup>7</sup> Gruppo di lavoro Dgcs-Ong, *Linee guida per l'aiuto umanitario*, 2012-2015.

<sup>8</sup> Cordaid-Rti, *Health systems strengthening and conflict transformation in fragile states*, ottobre 2012.

## UNA GESTIONE DEGLI AIUTI COMPLESSA: IL CASO DI HAITI

Gli aiuti internazionali, a seguito del devastante terremoto del 2010, non hanno agito in coordinamento con l'infrastruttura sanitaria esistente, costruendo programmi verticali, disomogenei sul territorio e non sostenibili sul lungo termine, in un paese con elevate diseguaglianze di accesso ai servizi sanitari.

TESTO DI / FEDERICA POZZI / SPECIALISTA IN MEDICINA INTERNA, COOPERANTE IN HAITI

Haiti è l'ultimo esempio delle complessità della risposta sanitaria, presentate da una crisi umanitaria di enorme portata.

Già prima del devastante terremoto del 12 gennaio 2010 Haiti, con 2,7 medici per 10.000 persone, possedeva i peggiori indicatori sanitari di tutto l'emisfero occidentale, con una percentuale globale di parti assistite da personale qualificato del 15% in area rurale e una mortalità materna di 630 per 100.000 nati vivi<sup>1,2</sup>.

All'indomani della catastrofe che causò 250.000 morti nelle sole zone urbane di Port au Prince, oltre 500 ong sanitarie si insediarono nel paese ma dei 5,3 bilioni di dollari raccolti a livello internazionale, solo l'1% venne gestito in accordo con l'amministrazione pubblica. L'organizzazione dell'*Health Cluster* per il coordinamento degli aiuti contribuì ulteriormente all'esclusione del ministero della Salute (Mssp) dalla pianificazione della gestione dell'emergenza.

La concentrazione massiva di interventi nell'area urbana della capitale, epicentro del sisma, limitò con successo il numero delle vittime, ma sottovalutò la situazione pre-esistente di un paese con una fra le più elevate disuguaglianze di accesso ai servizi, fra la popolazione urbana e quella maggioritaria rurale (53%).

Mentre infatti 180.000 persone sfollate si spostavano verso le aree di campagna, aggiungendo ulteriore pressione a un sistema di *Primary Health Care* quasi inesistente, le ong facilitavano l'abbandono dello scarso personale sanitario locale dalle strutture pubbliche periferiche, per incarichi economicamente più remunerati in capitale<sup>3</sup>.

La grande comunità degli aiuti dimenticava anche che Haiti, già nel 2002, si posizionava fra gli ultimi 12 paesi del mondo per accesso a servizi igienici adeguati, con solo il 10% della popolazione che ne usufruiva in area rurale<sup>4</sup>.

Mentre il Cdc, a fronte della crescente preoccupazione per il sovrappollamento di Port au Prince, creava un sistema di sorveglianza in tutti i campi sfollati, nell'ottobre 2010 una fra le peggiori epidemie di colera degli ultimi anni si verificava nel dipartimento nord dell'Arti-

bonite, una zona rurale ad alta densità abitativa<sup>5</sup>. Al 6 di dicembre 2012 i dati forniti dal *National Cholera Surveillance System* erano di 621.660 casi di infezioni e 7.759 morti in tutto il paese<sup>5</sup>. L'apparente maggiore *fitness* e il vantaggio di sopravvivenza ambientale della variante *Vibrio Colherae* El Tor 01, probabilmente introdotta per via umana nel paese dalle regioni asiatiche, rendono ragione della persistenza dell'epidemia, che si continua a manifestare con un incremento periodico durante la stagione delle piogge e dopo il passaggio di uragani e che ha contribuito a rallentare ulteriormente la difficile transizione fra la fase di risposta all'emergenza e quella di sviluppo di programmi sanitari a lungo termine<sup>6</sup>.

Oggi, a tre anni e mezzo dal terremoto, la persistenza delle ong e delle grandi agenzie nel paese ha creato sistemi sanitari gratuiti, paralleli e ridondanti che competono con il sistema di fornitura del servizio pubblico. Se il miglioramento dell'accesso sanitario ai servizi è reale, esso è tuttavia legato a programmi verticali, disomogeneo sul territorio, quindi non universale e non sostenibile sul lungo termine. Soprattutto considerando che a oggi la spesa pubblica per la sanità di Haiti resta pari al 5,3% del Pil, che corrisponde a 8 Usd *pro capite* all'anno<sup>7</sup>.

Non stupisce quindi che nell'ultimo anno la Banca mondiale e Usaid abbiano destinato il primo grosso finanziamento direttamente al governo haitiano, per una riforma radicale del sistema sanitario, secondo il modello *Pay for Performance*. Indipendentemente dal successo di questo modello, il caso di Haiti dimostra la necessità, anche e soprattutto in situazioni di emergenza, di un forte coordinamento con l'infrastruttura sanitaria già esistente nel paese.

Soprattutto quando l'emergenza diventa protratta occorre ripensare a come gli aiuti possano davvero rappresentare un'opportunità per rinforzare, invece che sostituire, i sistemi sanitari del paese, offrendo un ruolo di rilievo al ministero della Salute e mettendolo nelle condizioni di poter assumere il più rapidamente possibile la coordinazione del post emergenza<sup>8</sup>.

### BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> Patralekha Chatterjee, *Haiti's forgotten emergency*. Lancet 2008; 372: 615-618.

<sup>2</sup> Paho. *Basic Country Health Profiles for the Americas, Haiti*.

<sup>3</sup> Peter Moszynski, *Haiti reconstruction is failing to reduce maternal mortality, report warns*. BMJ 2011;343.

<sup>4</sup> World Health Organization/Unicef, *Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation*. 2012 update.

<sup>5</sup> Cholera outbreak - Haiti, October 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010;59:1411.

<sup>6</sup> Renaud Piarroux. *Understanding the Cholera Epidemic, Haiti Emerg Infect DisVol*. 17, No. 7, July 2011.

<sup>7</sup> Cayemittes, Michel, Marie Florence Placide et al., *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services*. Haiti, 2011-2012. Ministère de la Santé Publique et de la Population.

<sup>8</sup> Louise C Ivers, *Strengthening the Health System while investing in Haiti*. *American Journal of Public Health* 2011; 101: 970-971.



# 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:

- **1.408** sono le persone inviate nei progetti: di queste 396 sono ripartite una o più volte. Il totale complessivo degli invii è stato quindi di 2.250;
- **4.590** gli anni di servizio effettuati, con una media di 3 anni per ciascuna persona inviata;
- **1.500** gli studenti ospitati nel collegio;
- **481** i medici veneti partiti in quasi 63 anni;
- **216** 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:

- **157 operatori:** 96 medici, 16 paramedici, 45 amministrativi e logisti
- **33 progetti** di cooperazione principali e un centinaio di micro-realizzazioni di supporto, con i quali appoggia:
  - 15 ospedali
  - 23 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, formazione)
  - 3 centri di riabilitazione motoria
  - 5 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.

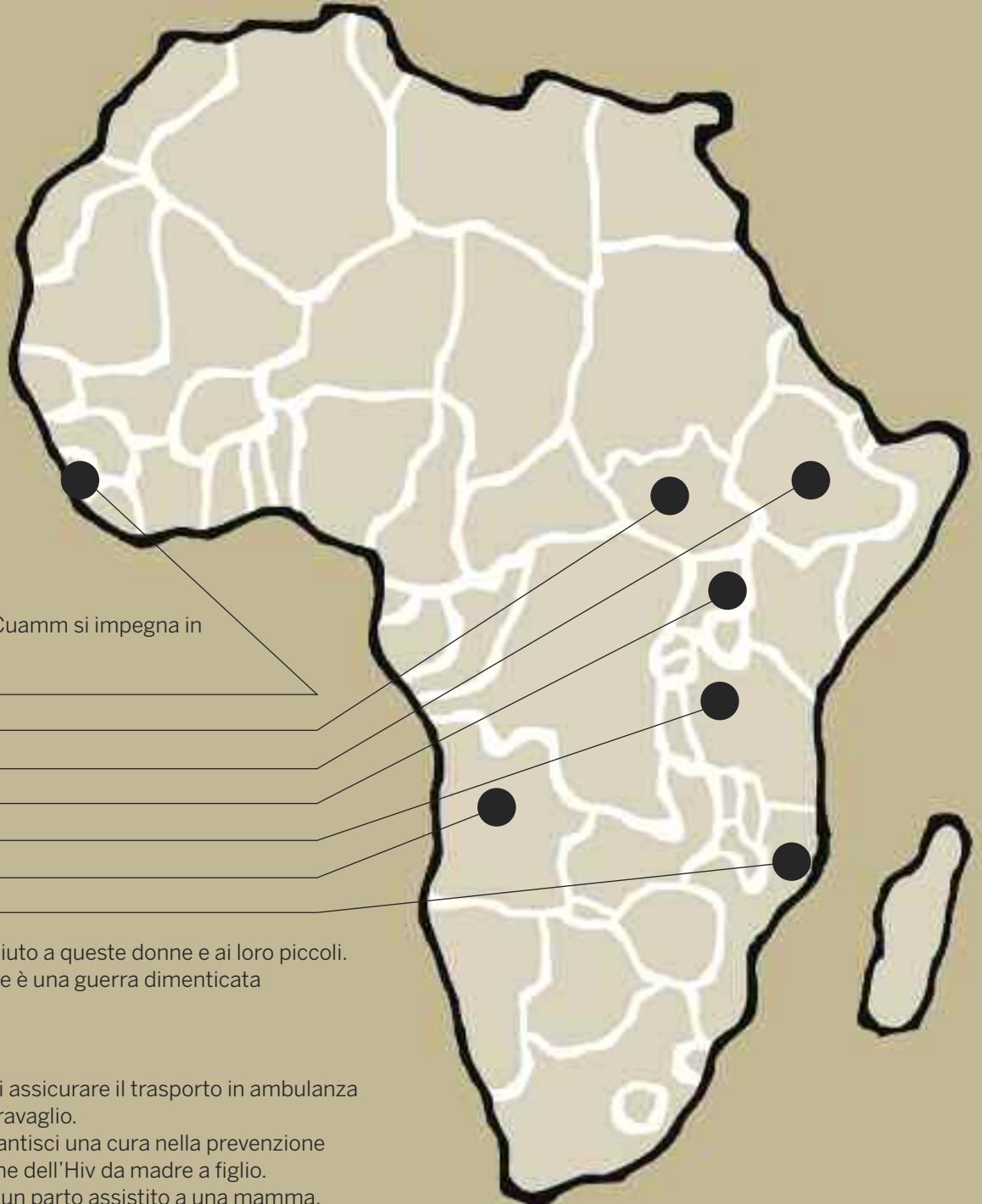
La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.



## 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;
- 265 mila 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  
ottobre 2013 — n° **68**  
[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.