



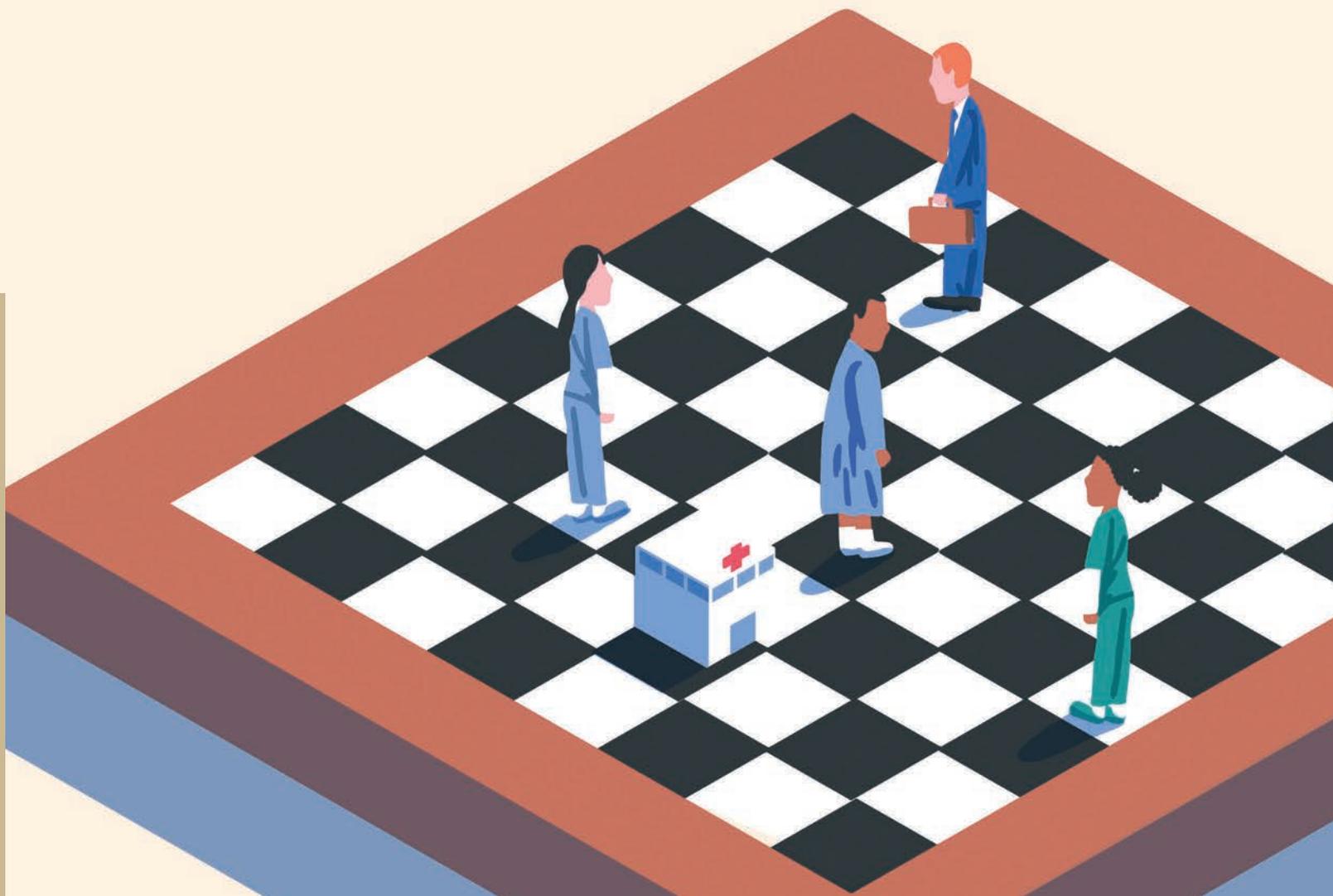
**MEDICI
CON L'AFRICA**
CUAMM
Doctors with Africa



SALUTE E SVILUPPO

rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
novembre 2024 — n° **89**

La sfida delle malattie croniche





LA NOTIZIA

Possono le persone permettersi di pagare le cure?

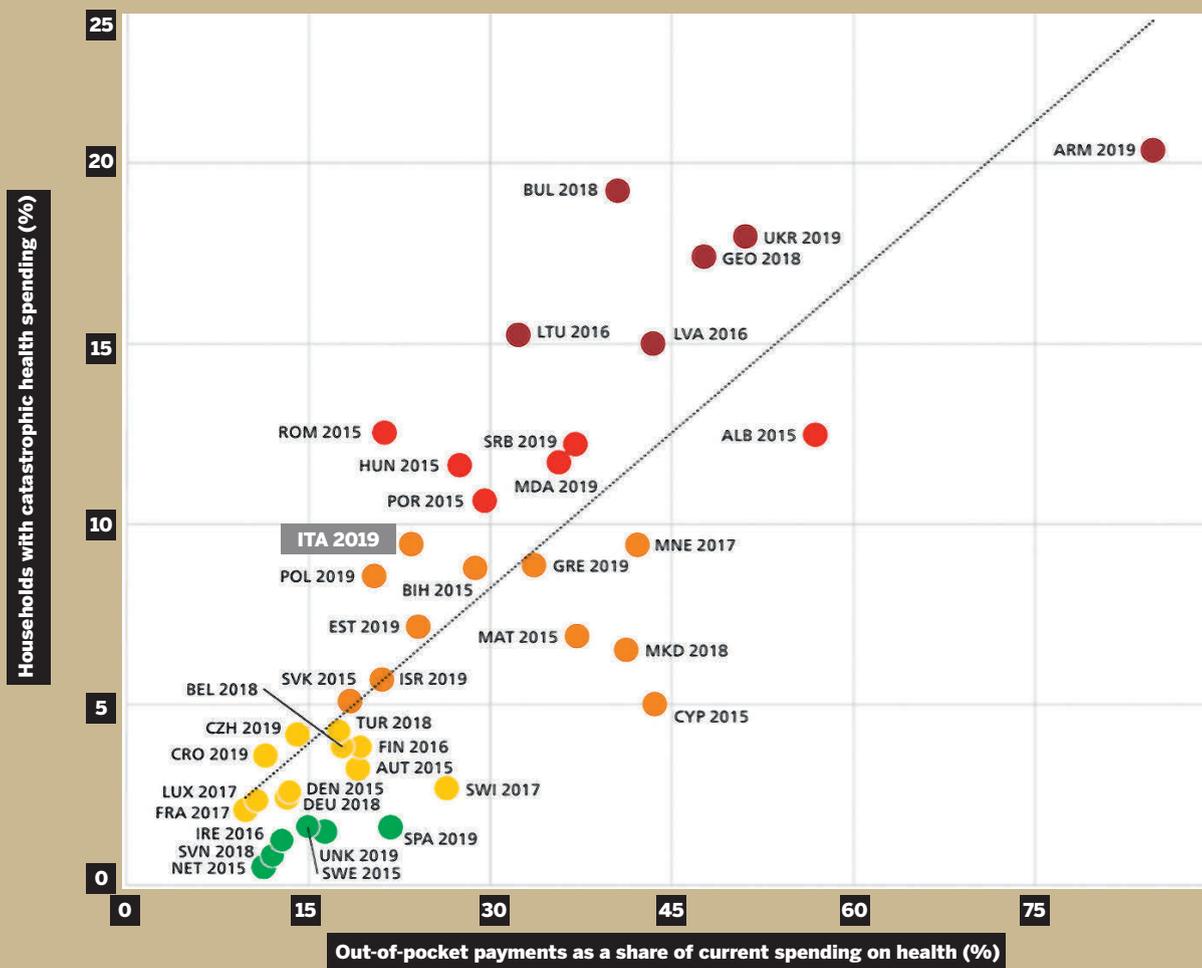
In tutto il mondo aumenta il numero delle famiglie che vanno incontro a spese sanitarie catastrofiche, e si impoveriscono a causa di ciò, e che alla fine rinunciano a curarsi (vedi Editoriale: "La salute per tutti"). Il problema riguarda anche i più o meno benestanti Paesi europei, come dimostra un recente Rapporto dell'Ufficio europeo dell'OMS pubblicato nel 2023¹, ma con dati rilevati prima della pandemia (con una situazione che nel frattempo è ovunque peggiorata).

La **Figura 1** indica per i 40 Paesi europei due diversi indicatori (anno 2019 o anno più vicino):

1. Nell'asse verticale **la percentuale di famiglie che sono andate incontro a spese sanitarie catastrofiche** (ovvero che hanno sostenuto spese per la salute superiori al 10% del proprio reddito). La percentuale è segnata da diversi colori: Verde <2%; Giallo <5%; Arancio <10%; Rosso <15%; Rosso scuro +15%. Il pallino dell'Italia è di colore arancio, ma molto vicino alla soglia del 10%, collocandosi nella parte alta della classifica (i migliori sono in basso).

2. Nell'asse orizzontale **la percentuale di spesa out-of-pocket** (ovvero di spesa diretta, privata, sostenuta dalle famiglie) **rispetto alla spesa sanitaria totale**. Con un range che va dal 10-15% (Francia, Paesi scandinavi, ecc.) a più dell'80% (Armenia). La spesa *out-of-pocket* degli italiani è intorno al 25% della spesa sanitaria totale e destinata ad acquistare visite e esami specialistici privati, farmaci e cure odontoiatriche.

FIGURA 1 / % DI FAMIGLIE CHE SONO ANDATE INCONTRO A SPESE SANITARIE CATASTROFICHE E % DI SPESA "OUT-OF-POCKET" RISPETTO ALLA SPESA SANITARIA TOTALE (2019 O ANNO DISP. PRIMA DEL COVID-19).



¹ World Health Organization, Can people afford to pay for health care?, Regional report 2023 <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-8969-48741-72485>

INDEX

DIRETTORE

Gavino Maciocco

COMITATO DI REDAZIONE

Andrea Atzori, Dante Carraro, Adriano Cattaneo, Silvio Donà, Fabio Manenti, Martha Nyagaya, Ana Pilar Betran Lazaga, Giovanni Putoto, Angelo Stefanini, Anna Talami, Ademe Tsegaye, Calistus Wilunda

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

ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA

Lorenzo Gritti

IMPAGINAZIONE E STAMPA

Publistampa, Via Pennella, 70 - 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

Con il sostegno di



Illustrazione di copertina

La sfida delle malattie croniche

Il diritto alla salute è universale, ma gli sforzi globali non sono ancora sufficienti. I sistemi sanitari, specialmente in Africa, sono in crisi, con un calo di attenzione e di finanziamenti dedicati alla salute. L'aumento del carico delle malattie croniche apre ad una sfida complessa, con la quale è ormai necessario misurarsi.

È una partita a scacchi in cui tutti gli attori sono coinvolti e ogni mossa è cruciale per non trattare le persone come semplici pedine su una scacchiera. Come possiamo sviluppare risposte che permettano loro di diventare protagonisti e non solo osservatori di un gioco più grande?



DIALOGO

PAG. 2

SALUTE AL CENTRO: SFIDA IMPOSSIBILE O IGNORATA

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

LA SALUTE PER TUTTI

Testo di / Gavino Maciocco

FORUM

PAG. 4

LA SFIDA DELLE MALATTIE NON TRASMISSIBILI

Testo di / Giovanni Torelli

PAG. 7

LA STRATEGIA PEN-PLUS PER LE MALATTIE CRONICHE

Testo di / Fabio Manenti, Giovanni Putoto, Giulia Secondini

ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 12

TOSAMAGANGA E I NUOVI APPROCCI PER LE NCDs

Testo di / Mario Saugo

PAG. 13

SALUTE MENTALE E PREVENZIONE IN MOZAMBICO

Testo di / Roberto Benoni, Chiara Malesani

PAG. 14

COPERTURA SANITARIA UNIVERSALE E IL CASO UCRAINA

Testo di / Andrea Atzori

PAG. 15

UNO STUDIO SUI COSTI SANITARI DELLE NCDs IN MOZAMBICO

Testo di / Paolo Belardi, Laura Nollino, Giovanni Putoto

FOCUS

PAG. 18

MALATTIE CRONICHE E DISPARITÀ DI GENERE: DOPPIA SFIDA

Testo di / Jessica Marzaro

RASSEGNA

PAG. 19

MPOX. L'EPIDEMIA SI STA ALLARGANDO

Testo di / Gavino Maciocco



DIALOGO

SALUTE AL CENTRO: SFIDA IMPOSSIBILE O IGNORATA

Conflitti, crisi economiche e politiche, rapidi cambiamenti: le nuove sfide alle quali le agende globali devono far fronte sono numerose e l'attenzione di Medici con l'Africa Cuamm si rivolge ai temi focali di accesso alle cure, equità e copertura sanitaria, che diventano centrali per i contesti più fragili.

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

In un mondo sempre più interconnesso, dove l'informazione viaggia alla velocità della luce e i temi globali vengono continuamente rimpiazzati nelle agende politiche e mediatiche, la salute sembra aver perso il suo posto d'onore. Questo fenomeno è particolarmente evidente quando si guarda all'Africa, un continente che affronta una combinazione di sfide demografiche, economiche e sanitarie senza precedenti. Nonostante la retorica globale sull'importanza dell'*Universal Health Coverage* (UHC), la copertura sanitaria universale, il concetto sembra ormai privo di significato.

La riduzione dell'attenzione su questo tema però non trova riscontro nella realtà sanitaria. Se per decenni la narrazione sulla salute in Africa è stata dominata da malattie infettive (HIV, malaria e tubercolosi), negli ultimi anni il quadro epidemiologico è drasticamente cambiato. Le malattie croniche non trasmissibili (NCDs), come il diabete, le malattie cardiovascolari e il cancro, stanno emergendo come minacce per la salute pubblica. A questa emergenza si aggiunge la rapida crescita demografica dell'Africa. Secondo le stime delle Nazioni Unite, la popolazione africana passerà da 1,4 miliardi nel 2021 a circa 2,5 miliardi nel 2050¹, con un numero sempre maggiore di persone che vivono oltre i 60 anni. L'invecchiamento della popolazione africana sta creando una nuova realtà, con un numero crescente di individui che soffrono di malattie croniche legate all'età. Questo fenomeno rappresenta una sfida senza precedenti per i sistemi sanitari già fragili della regione.

In questo numero di *Salute e Sviluppo* approfondiremo il tema delle malattie croniche nel contesto che conosciamo meglio: quello africano. Traceremo un perimetro attorno al tema delle malattie croniche (NCDs) e ne daremo una contestualizzazione per i Paesi a basse e medie risorse, rimanendo legati al problema della *Universal Health Coverage*, con le sfide e i bisogni che i Paesi africani ci pongono davanti.

Parleremo della strategia PEN-Plus dell'OMS, che agisce sulla decentralizzazione del sistema sanitario per garantire l'accesso alle cure, e ci sposteremo sul campo, per fare il punto sul nostro impegno a favore della *Universal Health Coverage*. All'ospedale di Tosamaganga si sta lavorando per una gestione ottimale dei pazienti con malattie croniche, ma anche per implementare la prevenzione dell'insorgenza di malattie come il diabete e l'ipertensione. In Mozambico un nuovo studio sta indagando i costi sanitari delle malattie croniche: un punto fondamentale per migliorare l'attività sul campo.

Dal Mozambico anche l'esperienza di due giovani ricercatori che hanno lavorato con adolescenti e giovani adulti per trattare e prevenire i disagi mentali attraverso un metodo innovativo: un esempio che ci ricorda l'importanza della salute mentale. Racconteremo anche l'esperienza in Ucraina, un Paese in guerra da ormai due anni e che ci vede impegnati a supporto di un sistema sanitario alle porte dell'Europa: una sanità fragile e in crisi, che fa riflettere.

Uno sforzo corale, che ci vede sempre più impegnati nella salute a 360°, ma con le tante difficoltà di un continente che cambia e che ci pone sfide continue. La carenza di finanziamenti, la debolezza delle infrastrutture sanitarie e la scarsità di personale qualificato sono solo alcuni dei fattori che ostacolano l'implementazione dell'UHC. La salute non può essere vista come una questione esclusivamente tecnica o medica, ma deve essere trattata come una questione di giustizia sociale globale: il diritto ad aver accesso a cure di qualità, che saranno diverse per ogni Paese, attraverso un meccanismo di protezione finanziaria che eviti l'impoverimento delle popolazioni più vulnerabili dato dalle spese catastrofiche. Un approccio inclusivo e partecipativo sarà la chiave per costruire sistemi sanitari resilienti e in grado di rispondere alle esigenze di una popolazione in rapida crescita e in continuo cambiamento.

In altre parole, per rimettere la salute al centro.

NOTE

¹ ONU, *World Population Prospects 2024* <https://population.un.org/wpp/>



DIALOGO

LA SALUTE PER TUTTI

Universal Health Coverage 2024: un bilancio impietoso. Sono pochissimi i Paesi che nel mondo hanno registrato qualche miglioramento, decisamente di più quelli che hanno continuato a retrocedere nell'obiettivo di rendere più accessibili i servizi sanitari ai propri cittadini.

TESTO DI / GAVINO MACIOCCO / DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SALUTE, UNIVERSITÀ DI FIRENZE

Il 6 dicembre del 2012 l'Assemblea delle Nazioni Unite approvò una storica risoluzione¹ che riconosceva l'importanza della copertura universale nei sistemi sanitari nazionali (*Universal Health Coverage, UHC*), per garantire l'accesso ai servizi sanitari a tutti, e in particolare ai segmenti più poveri della popolazione e stabiliva l'obbligo per gli stati membri di introdurre sistemi di finanziamento della sanità che impediscano il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei pazienti, introducendo sistemi di prepagamento e di distribuzione del rischio per evitare spese catastrofiche a causa delle cure mediche e il conseguente impoverimento delle famiglie.

«In tutto il mondo – si leggeva in un editoriale di Lancet – ogni anno circa 150 milioni di persone affrontano spese sanitarie catastrofiche a causa dei pagamenti diretti delle prestazioni, mentre 100 milioni sono trascinate al di sotto della linea di povertà. Nella misura in cui le persone sono coperte da meccanismi di distribuzione del rischio e di prepagamento, si riduce anche il numero di coloro che vanno incontro a danni finanziari causati dalle malattie. Un sistematico approccio verso la UHC può avere un effetto trasformativo nella battaglia contro la povertà, la fame e la malattia»².

Nonostante le promesse e gli impegni (l'UHC è diventato anche uno dei *Sustainable Development Goals* delle Nazioni Unite) la situazione si è nel tempo progressivamente deteriorata: **nel 2019 si calcolava in due miliardi il numero delle persone che andavano incontro a spese catastrofiche per curarsi (spendendo in ciò oltre il 10% del loro reddito): di questi una parte importante s'impoveriva (1,3 mld) e un'altra veniva trascinata al di sotto della soglia della povertà assoluta (344 mln)**³. A farne le spese, ovviamente, i Paesi più poveri, in particolare quasi tutti i Paesi dell'Africa sub-Sahariana che a partire dagli anni '80 del secolo scorso subiscono dalle istituzioni finanziarie internazionali (Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale) **estreme restrizioni nella spesa pubblica per salute e istruzione**: di conseguenza, in questi Paesi ogni prestazione sanitaria erogata da strutture pubbliche, e private, è a pagamento e ciò produce – oltre alle conseguenze economiche già citate – il ritardo nel ricorrere alle cure (alla ricerca dei soldi necessari) o, molto spesso, la rinuncia a curarsi.

Nell'annuale Assemblea dell'OMS che si è tenuta a Ginevra lo scorso maggio uno spazio è stato dedicato all'analisi della situazione dell'UHC: **un bilancio impietoso, pochissimi i Paesi che nel mondo hanno registrato qualche miglioramento, molti di più quelli che hanno continuato a retrocedere nell'obiettivo di rendere più accessibili i servizi sanitari ai propri cittadini.** Un arretramento che si estende anche a Paesi ad alto e medio livello di sviluppo e che riguarda Paesi come l'Italia e la Gran Bretagna (vedi Notizia). Le conclusioni dell'OMS dipingono un quadro insolitamente fosco: **«Le evidenze disponibili presentano una prospettiva potenzialmente disastrosa per ulteriori progressi verso la copertura sanitaria universale senza un'azione politica urgente»⁴.**

Servirebbe una "risposta politica urgente", ma è proprio questa che manca. Un recente editoriale di *The Lancet* indica i quattro fondamentali motivi (*The four elephants in the room*⁵) che relegano la salute ai margini delle priorità. Il primo è proprio la mancanza di volontà politica (*lack of political commitment*) dei governi locali ma soprattutto delle istituzioni internazionali che hanno il potere di indicare gli obiettivi generali e di allocare le risorse necessarie. **Una debolezza politica che è frutto dall'orrenda commistione tra pubblico e privato ai vertici dell'OMS, della frammentazione degli interessi e degli obiettivi**, della molteplicità degli attori, ciascuno a difesa del suo piccolo orticello, e di conseguenza della **frammentazione anche delle azioni di advocacy**. Quando unica dovrebbe essere la voce, l'appello politico fondamentale e unificante: **"La salute per tutti"**.

NOTE

¹ United Nations. General Assembly. Global health and foreign policy, A/67/L.36, 6 December 2012.

² Vega J, Universal health coverage: the post-2015 development agenda, *Lancet* 2013; 381:179-80.

³ World Health Organization, World Bank, Tracking universal health

coverage, 2023 global monitoring report.

⁴ Horton R, Offline: Indifference, the biggest threat to global health, *Lancet*, 2024; Vol 403 May 18.

⁵ Katri Bertram et al, Confronting the elephants in the room: reigniting momentum for universal health coverage, February 29, 2024 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00365-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00365-9)



LA SFIDA DELLE MALATTIE NON TRASMISSIBILI

Un insieme di condizioni cliniche responsabili del 74% della mortalità globale, per un totale di 41 milioni di decessi che avvengono ogni anno. Queste condizioni rientrano in quelle che sono definite le malattie non trasmissibili e rappresentano una delle sfide sanitarie più pressanti del nostro tempo, in particolar modo nei Paesi a basso e medio reddito.

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

UN FENOMENO GLOBALE

Le malattie non trasmissibili (NCDs - *non communicable diseases*) rappresentano la principale causa di morte in tutto il mondo¹. Anche se generalmente si tratta di condizioni associate ai gruppi di età più avanzate, ogni anno circa 17 milioni di persone muoiono di cause correlate alle NCDs prima di raggiungere i 70 anni di età, e l'86% di questi decessi prematuri avviene proprio nei Paesi a basso e medio reddito (LMICs - *Low Middle Income Countries*). Questo dato, forse più di altri, chiarisce quanto devastante sia l'impatto delle NCDs in questi contesti².

L'AFRICA TRA EMERGENZA E CRONICITÀ

È stimato, infatti, che nei LMICs le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie respiratorie croniche ed il diabete costituiscono più del 70% delle malattie croniche³. Non solo: in questi contesti, è anche presente una quota rilevante di NCDs classificate come severe e che determinano la comparsa di livelli precoci di disabilità e/o mortalità in assenza di trattamento. Fra queste il diabete mellito insulino-dipendente o complicato, le cardiopatie congenite e reumatica, l'ipertensione arteriosa severa, l'anemia falciforme e l'asma grave e persistente.

Ma le malattie croniche non sono il solo peso per i sistemi sanitari dei Paesi a basso reddito: a gravare sulla gestione dei Paesi dell'Africa sub-sahariana in particolare c'è anche l'elevato carico delle malattie trasmissibili. Questo doppio onere sovraccarica la capacità di risposta di sistemi sanitari già fragili e che non riescono a fornire un servizio accessibile e qualitativamente adeguato ai bisogni.

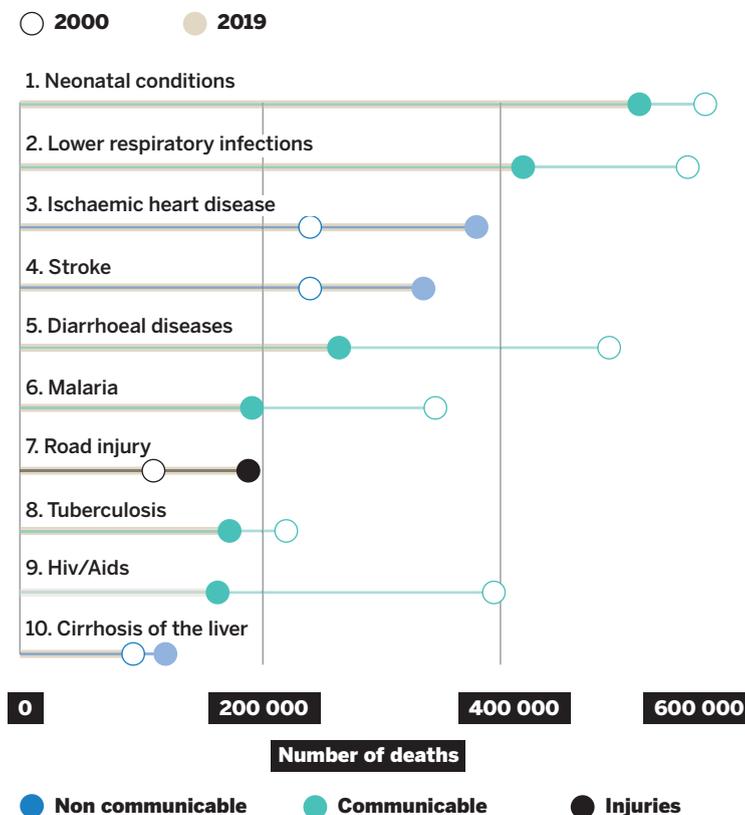
Se è vero che sono stati recentemente registrati dei miglioramenti nella capacità di prevenzione e cura delle malattie trasmissibili a livello dei centri di salute di primo livello o più periferici, lo stesso non si può dire per le malattie non trasmissibili. Infatti, anche a fronte di una generale riduzione della mortalità dovuta a malattie infettive quali malaria, HIV e tubercolosi, negli ultimi decenni si è assistito ad un aumento della mortalità secondaria alle NCDs prevalentemente per ictus ed infarto del miocardio (**Figura 1**).

I FATTORI DI RISCHIO CHE AGGRAVANO LA SALUTE

Le cause del peggioramento di questi indicatori di salute osservato nei Paesi a limitate risorse risiedono in una serie di fattori che possono essere categorizzati in comportamentali, metabolici ed ambientali.

Questi fattori dipendono in ultima analisi dai processi di rapida e non pianificata urbanizzazione, dai cambiamenti nello stile di vita e dalla globalizzazione, che hanno portato all'assunzione di diete meno salutari e a una maggiore esposizione a fattori di rischio come il fumo e l'inquinamento. Ad esempio, l'adozione di diete

FIGURA 1 / PRINCIPALI CAUSE DI MORTE NEI PAESI A BASSO REDDITO



Fonte: Who Global Health estimates. Note: World Bank 2020 income classification

ricche di zuccheri, grassi e cibi ultra-processati, associata ad uno stile di vita più sedentario, ha aumentato l'incidenza di obesità, fattore di rischio documentato per malattie come il diabete e le cardiopatie. Allo stesso modo, l'aumento del consumo di alcool e tabacco contribuisce all'insorgenza di epatopatie croniche e neoplasie⁴. L'insorgenza delle NCDs è quindi spesso legata a fattori di rischio che, seppur modificabili e prevenibili, sono ostacolati da diverse barriere nei Paesi a basse risorse. Tra queste la scarsa educazione e consapevolezza, l'accesso limitato alle cure sanitarie, la presenza di politiche sanitarie inadeguate, e la condizione di povertà.

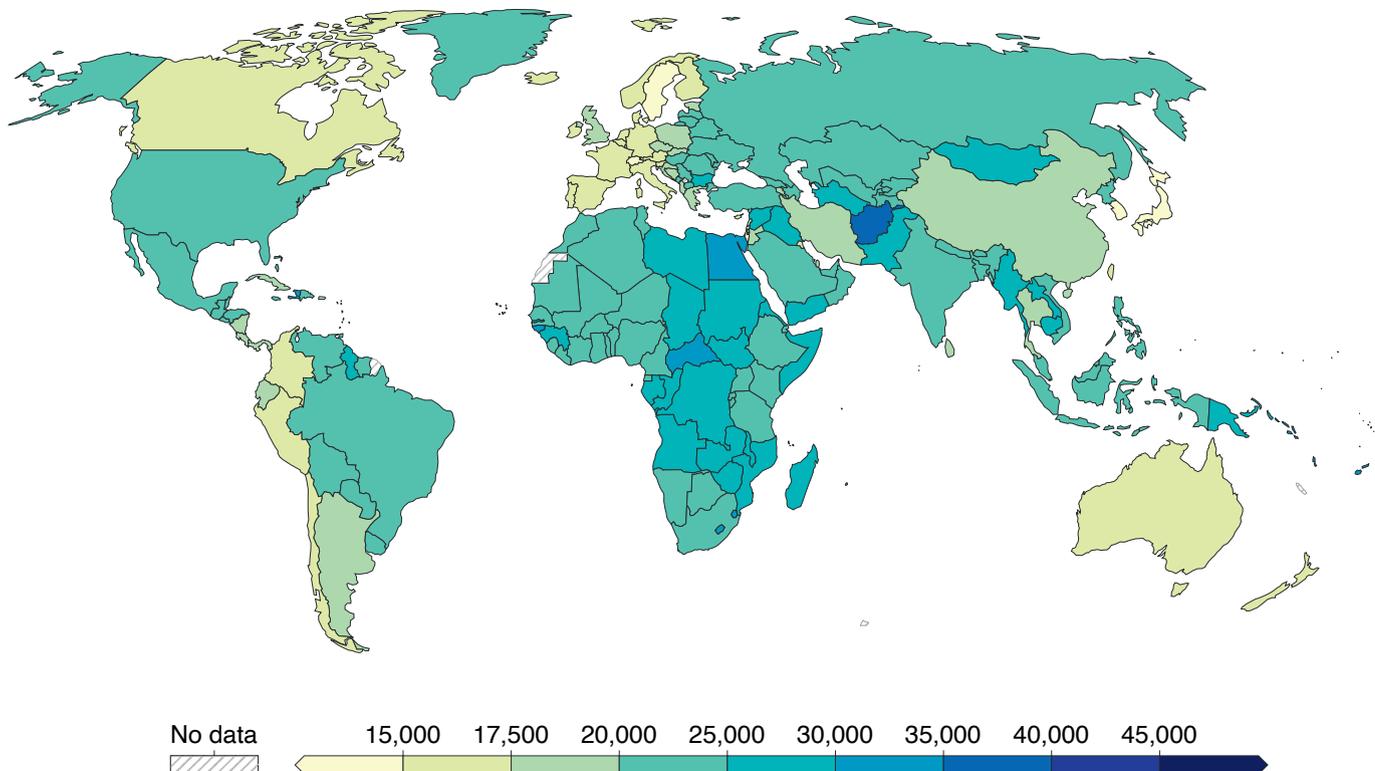
La mancanza di programmi educativi e di campagne di sensibilizzazione non consente alla popolazione l'accesso alle informazioni necessarie per riconoscere e prevenire le NCDs. Nei sistemi sanitari di molti Paesi a basso reddito mancano le risorse per gestire efficacemente le malattie croniche. Questo determina carenza di farmaci, strumenti diagnostici e personale competente. In aggiunta, nei Paesi a risorse limitate bisogna considerare il ruolo chiave svolto dal livello di povertà nell'aumentare il rischio di sviluppare malattie croniche.

POVERTÀ E IMPATTO SOCIO-ECONOMICO

Il legame tra malattia e povertà è ben documentato⁵. Si stima che nei Paesi a basso reddito circa 700 milioni di persone sperimentano ancora livelli estremi di povertà⁶ e che le NCDs svolgano un ruolo rilevante nell'incremento dell'incidenza di mortalità e morbosità tra le popolazioni più povere (**Figura 2**). Le malattie non trasmissibili si inseriscono quindi a pieno titolo nel circolo vizioso di povertà-malattia-carico economico: la parte più povera della popolazione risulta quella più vulnerabile e il carico economico, che si esprime sia in termini di incapacità lavorativa, sia di costi per cure e medicine, aggrava ulteriormente lo status di povertà⁷. Le persone economicamente e socialmente svantaggiate si ammalano infatti più gravemente e muoiono prima rispetto alle persone con posizioni sociali più elevate, soprattutto perché sono più esposte ai fattori di rischio ed hanno un accesso limitato ai servizi sanitari. In questi contesti, i costi sanitari per le malattie croniche prosciugano rapidamente le risorse economiche delle famiglie, elemento che si associa alla perdita di reddito. In questi

FIGURA 2 / DALY RATES DA MALATTIE NON TRASMISSIBILI (NCD), 2021.

L'INDICATORE DALY (ATTESA DI VITA CORRETTA PER DISABILITÀ) STANDARDIZZATO PER ETÀ, OGNI 100.000 INDIVIDUI, È UTILIZZATO PER MISURARE IL CARICO TOTALE DELLA MALATTIA, SIA IN TERMINI DI ANNI DI VITA PERSI CHE DI ANNI VISSUTI CON DISABILITÀ. UN DALY CORRISPONDE A UN ANNO DI VITA SANA PERSO



termini, le NCDs aggravano la situazione di povertà per milioni di persone ogni anno e rallentano lo sviluppo.

È proprio l'impatto socio-economico derivante da questo meccanismo e l'aggravarsi della condizione di povertà delle popolazioni dei Paesi a risorse limitate che ha indotto le Nazioni Unite ad attribuire alle NCDs una menzione specifica all'interno degli obiettivi di sviluppo sostenibili. Viene sottolineata l'importanza dell'obiettivo fissato di raggiungere la Copertura Sanitaria Universale (UHC - *Universal Health Coverage*), ossia la possibilità per tutti di ricevere i servizi sanitari di cui hanno bisogno senza soffrire di difficoltà finanziarie, entro il 2030. Un obiettivo ambizioso e complesso da raggiungere.

LE STRATEGIE D'INTERVENTO

Per ridurre l'impatto delle malattie non trasmissibili sugli individui e sulla società, rispettando l'obiettivo delle Nazioni Unite sulla Copertura Sanitaria Universale, è necessario un approccio globale multisetoriale che includa diversi aspetti: sanità, finanza, istruzione, trasporti, pianificazione devono essere più integrati per superare le barriere alla cura. Inoltre, è necessaria l'identificazione di una serie di principi guida che disegnino nuovi approcci basati sull'evidenza, centrati sui pazienti e che siano per loro sostenibili ed accessibili. Le strategie di intervento devono comprendere programmi di educazione e formazione, politiche di salute pub-

blica per il rafforzamento dei sistemi sanitari e promozione della ricerca e dell'innovazione.

Di seguito alcuni punti individuati:

- comunicazione e disseminazione su larga scala delle informazioni che riguardano i fattori di rischio ambientali e comportamentali delle NCDs
- formazione del personale sanitario sulle implicazioni del trattamento a lungo termine delle malattie croniche e sulla gestione delle complicanze derivanti dalle stesse
- decentralizzazione degli interventi a livello delle strutture sanitarie di primo livello, al fine di abbattere il più possibile le barriere secondarie alla distanza e favorire l'accessibilità dei pazienti
- implementazione a livello comunitario di protocolli di autogestione delle malattie, in particolare per quanto riguarda i pazienti affetti da diabete mellito insulino-dipendente, con costituzione di gruppi di supporto gestiti dai pazienti stessi
- rafforzamento dei protocolli di riferimento dei pazienti per garantire il "continuum of care", implementando programmi di supporto per trasporto e alloggio durante i periodi di ospedalizzazione
- assicurazione della disponibilità dei farmaci essenziali e delle attrezzature di base
- promozione della ricerca per la valutazione della preparazione dei sistemi sanitari, la comprensione delle barriere principali che ostacolano la gestione delle NCDs, e lo sviluppo di sistemi innovativi e a basso costo per la gestione delle stesse.

NOTE

1 WHO. Noncommunicable Diseases; WHO: Geneva, Switzerland, 2018.

2 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

3 Gouda HN, Charlson F, Sorsdahl K, et al. Burden of non-communicable diseases in sub-Saharan Africa, 1990–2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Glob Health*. 2019; 7: e1375-e1387.

4 World Health Organization. Regional Committee for Africa. Progress Report on The Regional Framework for Integrating Essential Noncommunicable Disease

Services In Primary Health Care. AFR/RC71/INF.DOC/4.

5 Bukhman, G.; Mocumbi, A.O.; Atun, R.; Becker, A.E.; Bhutta, Z.; Binagwaho, A. The Lancet NCDI Poverty Commission: Bridging a gap in universal health coverage for the poorest billion. *Lancet* 2020, 396, 991–1044.

6 The World Bank. Poverty; The World Bank: Washington, DC, USA, 2020.

7 Allen L et al. Socioeconomic status and non-communicable disease behavioural risk factors in low-income and lower-middle-income countries: a systematic review. *Lancet Glob Health*. 2017.

LA STRATEGIA PEN-PLUS PER LE MALATTIE CRONICHE

Dal 2022, anche Medici con l'Africa Cuamm è impegnato nell'implementazione del modello di cura PEN-Plus dell'OMS. Una strategia che guarda al contesto dei Paesi a limitate risorse e dai sistemi sanitari, per garantire cure ai malati cronici gravi, puntando definitivamente i riflettori sulla copertura sanitaria universale nei Paesi a limitate risorse.

TESTO DI / FABIO MANENTI, GIOVANNI PUTOTO, GIULIA SECONDINI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

DAL MODELLO PEN AL MODELLO PEN-PLUS

PEN-Plus è una strategia innovativa adottata da WHO/AFRO nel 2022 che ha come scopo migliorare l'accesso alle cure, in particolare delle malattie croniche severe come diabete di tipo 1, cardiopatia reumatica, anemia falciforme e altre malattie croniche, nelle comunità povere, rurali e periurbane, dei Paesi a basso e medio reddito. Di norma, queste malattie e le loro complicanze sono trattate solo a livello di ospedali terziari, inaccessibili a gran parte della popolazione¹.

Partendo dal *WHO Package of Essential Non communicable disease interventions for primary health care (PEN)* e dalla necessità di far fronte all'aumentare dei casi complicati, PEN-Plus prevede un focus specifico sugli ospedali rurali di primo riferimento e una rinnovata sinergia di questi ultimi con la rete delle cure primarie. Aspetti, quest'ultimi, a lungo trascurati dalle politiche sanitarie e dall'accademia²⁻³.

Per migliorare la capacità di risposta degli ospedali rurali in relazione alla comunità e alla rete sanitaria primaria, il programma

sostiene una serie di azioni tra le quali, il miglioramento del sistema di riferimento tra i livelli di cura, l'avvio di servizi clinici integrati, il potenziamento delle competenze del personale sanitario non specialista come infermieri e medici generici.

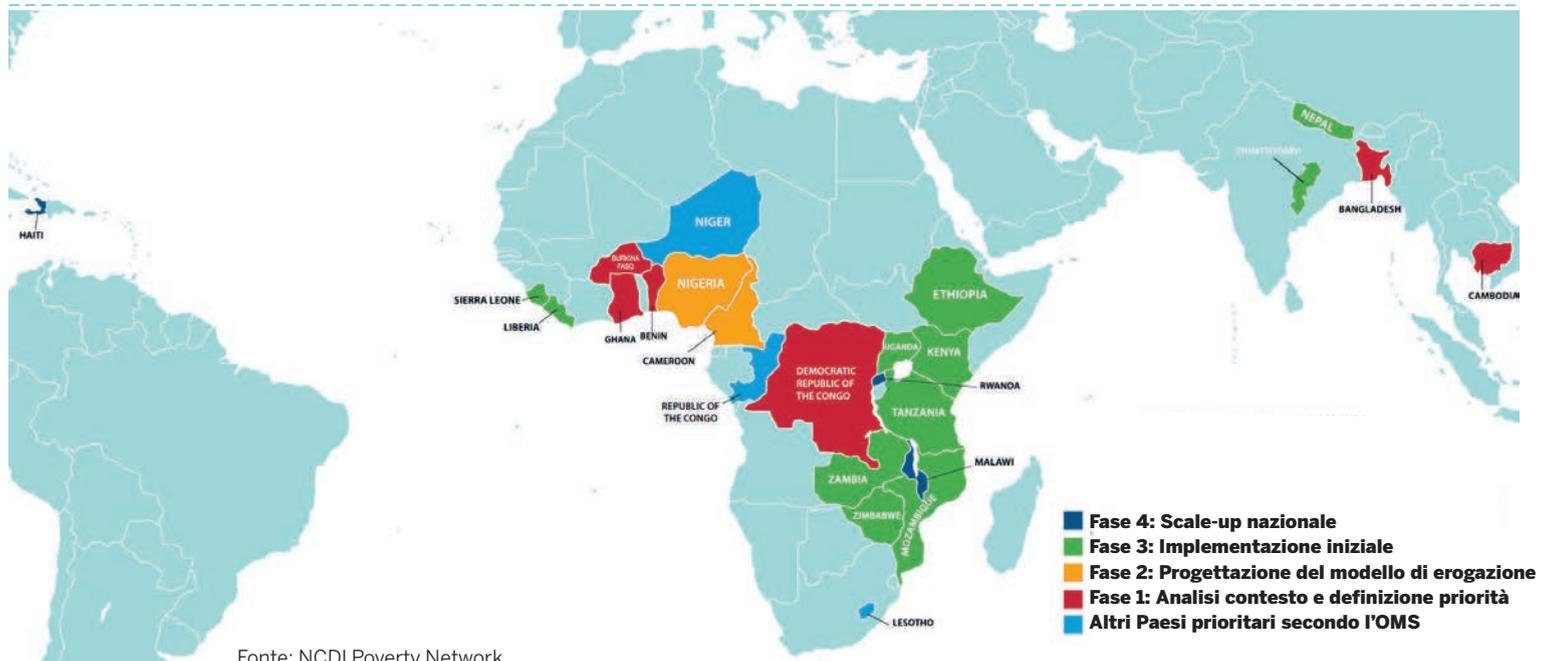
UN APPROCCIO MULTICOUNTRY E IL RUOLO DELLA RICERCA OPERATIVA

Uno dei punti di forza della strategia PEN-Plus è l'approccio multicountry, che permette di comparare contesti fra loro molto eterogenei in termini di sicurezza, povertà, finanziamento della sanità e organizzazione dei servizi.

Supportato dal *Non Communicable Diseases Poverty Network (NCDI)*, PEN-Plus è stato inizialmente sviluppato e ampliato a livello nazionale in Ruanda. In questo momento, sono nove i Paesi africani e uno stato in India che stanno avviando programmi PEN-Plus con il supporto del *NCDI Poverty Network* e di altri partner, tra i quali Cuamm in Sierra Leone e Mozambico (**Figura 1**).

Parte integrante del programma PEN-Plus è anche la ricerca ope-

FIGURA 1 / MAPPA DEI PAESI NEI QUALI PEN-PLUS È AVVIATO E FASI OPERATIVE



rativa (*implementation research*) a cui il Cuamm partecipa e che ha l'obiettivo di generare evidenze, positive o negative, su efficacia, equità, sostenibilità e scalabilità del modello.

IL CASO DELL'OSPEDALE DISTRETTUALE DI PUJEHUN, SIERRA LEONE

La fase 3 di implementazione della strategia PEN-Plus è iniziata nel 2022 in un contesto come quello di Pujehun, in Sierra Leone. Un distretto rurale di 430 mila abitanti con una rete sanitaria costituita da un ospedale governativo di riferimento e di oltre 50 centri sanitari.

Con il supporto delle autorità sanitarie locali, la prima clinica ambulatoriale per la gestione integrata delle NCDs (*screening*, triage, gestione delle complicanze) inserita all'interno dell'ospedale, è stata ristrutturata ed equipaggiata. È stato costituito un team di 7 operatori sanitari di livello medio (tecnici clinici, infermieri, nutrizionista) supportati da un 1 medico formatore e supervisore nonché referente del reparto di medicina interna. Al team dell'ospedale e a quello dei centri sanitari periferici, sono offerti dei percorsi formativi molto intensi sui temi specifici legati al progetto. Sono state potenziate la diagnostica strumentale, di laboratorio e la farmacia, inoltre è stato approntato un sistema di raccolta dati *patient-led* (guidata dai pazienti) che consente la gestione clinica dell'insieme dei pazienti, il monitoraggio continuo, detto *follow-up* (riferimenti, appuntamenti, visite di controllo, ricerca attiva dei pazienti persi), e la loro profilazione socio-economica. In aggiunta, sono state avviate attività di sensibilizzazione sul tema malattie croniche nei reparti ospedalieri, ma anche in luoghi più frequentati come le scuole e i mercati.

RISULTATI 2023 E 2024 (GENNAIO-SETTEMBRE)

I pazienti arruolati in poco più di un anno e mezzo presso la clinica PEN-Plus di Pujehun sono stati 2.061. Il 25% aveva un'età superiore ai 65 anni. Il 40,4% un'età compresa tra i 45 e i 64 anni. Il 77,3% dei pazienti era residente nel distretto, la restante parte proveniva dai distretti limitrofi. Le patologie più frequenti sono ri-

sultate essere: l'ipertensione (65%), il diabete (17,6%), l'anemia falciforme (12,2%).

Le comorbidità accertate sono state 211, di cui il 75% trattasi di ipertensione e diabete. I casi complicati sono stati il 33%, in particolare i diabetici di tipo 1 e l'anemia falciforme. I pazienti in cura o attivi dall'inizio del programma sono 952, maggioranza donne; 603 (29%) hanno ricevuto una visita negli ultimi tre mesi.

Visite, test e trattamenti sono stati gratuiti per tutti i pazienti fino a pochi mesi fa, ma a causa dell'aumento insostenibile dei casi e le restrizioni di budget – d'accordo con le autorità sanitarie locali – a partire dal terzo quadrimestre del 2024 sono stati reintrodotti i pagamenti del costo della terapia per i casi di diabete mellito di tipo 2 e l'ipertensione non complicati. L'effetto è stato, nell'ultimo trimestre in esame (luglio-settembre), una diminuzione dei nuovi casi (-35%) e un aumento (+70%) dei casi persi al controllo (*lost to follow up*) rispetto al trimestre precedente (aprile-giugno), sostanzialmente in media con i valori del primo semestre 2023.

ALCUNE RIFLESSIONI PRELIMINARI

In attesa di conoscere i risultati della ricerca comparata che coinvolge 18 ospedali, incluso Pujehun, di 10 Paesi e che analizza l'efficacia clinica, la formazione e lo sviluppo delle *policies*⁴, ci limitiamo a fare alcune riflessioni preliminari.

Le NCDs in Sierra Leone rappresentano un peso epidemiologico rilevante e in aggravamento. Nella popolazione adulta la prevalenza dei soggetti ipertesi è del 35%, l'8,3% per i diabetici di tipo 2. Le patologie severe tipo diabete di tipo 1, malattia reumatica e anemia falciforme⁵, seppur comuni, sono completamente neglette dal sistema sanitario. Infatti, il sistema sanitario in Sierra Leone risulta essere gravemente impreparato (in termini di *readiness*) ad affrontare la sfida delle NCDs: meno del 30% delle strutture sanitarie offrono servizi di *screening*, meno del 40% hanno farmaci disponibili per le NCDs⁶ e i medici specialisti in medicina interna sono una rarità.

L'esperienza di Pujehun mostra che laddove si offrono servizi gratuiti e di qualità aumenta in modo esponenziale la domanda e, con essa, il fenomeno del *bypassing*: pazienti ipertesi e diabetici

TABELLA 1 / PROSPETTO RIASSUNTIVO DELLA DISTRIBUZIONE DEI PAZIENTI ARRUOLATI PRESSO LA CLINICA PEN-PLUS DI PUJEHUN PER ETÀ (PERIODO DI RIFERIMENTO: 2023-2024)

AGE-RANGE 0	FREQUENCY	PERCENT	CUM. PERCENT	
>65	519	25,18%	25,18%	
0 - 5	41	1,99%	27,17%	
6 - 17	235	11,40%	38,57%	
18 - 44	432	20,96%	59,53%	
45 - 64	834	40,47%	100,00%	
TOTALE	2061	100,00%	100,00%	

bypassano la rete primaria dei servizi, spesso perché proprio quest'ultima non è messa nelle condizioni organizzative minime per la gestione clinica dei casi stabili, non complicati. Questo fenomeno, per quanto comprensibile e noto, solleva comunque preoccupazioni riguardo alla salute pubblica, poiché può portare a una gestione inefficace delle malattie e a una disparità nell'accesso alle cure. Inoltre, può influenzare in negativo la pianificazione e la gestione dei servizi sanitari da parte delle istituzioni⁷. Per ovviare a questo fenomeno a Pujehun si è cominciato a decentrare la gestione dei pazienti ad alcuni centri sanitari. Un processo da potenziare ulteriormente, coinvolgendo anche la comunità. Esistono evidenze secondo le quali in zone isolate e svantaggiate, una strategia di controllo basata principalmente sul coinvolgimento e sulla responsabilità dei promotori della salute della comunità può garantire un adeguato monitoraggio della popolazione di pazienti ipertesi e migliorare il loro livello complessivo di rischio cardiovascolare⁸. Questa possibilità rimane da studiare e provare.

NCDs E COPERTURA SANITARIA UNIVERSALE: UNA SFIDA APERTA

In Sierra Leone, il tema del finanziamento sanitario e della protezione finanziaria rimane critico. Benché il piano nazionale preveda

che le malattie croniche siano comprese nel pacchetto delle prestazioni garantite, quest'ultime non rientrano nella politica della *Free Health Care*, per ora limitata (e non sempre applicata) ai soli servizi materno infantili. Inoltre, non c'è in previsione un sistema di finanziamento pubblico di tipo assicurativo.

Nel piano strategico del Paese di lotta alla NCDs si prevede un costo complessivo a carico del Governo di 8\$ pro-capite per anno per 5 anni e questo a fronte di una spesa pro-capite di 43\$ nel 2021, dei quali solo 9,5\$ erogati direttamente dal Governo⁹. Non sorprende che in Sierra Leone nel 2020 le spese dovute ai pagamenti sanitari a carico della famiglia (OOPs - *Out Of Pocket Expenditure*) raggiungano il valore del 55,7% della spesa sanitaria corrente (CHE - *Current Health Expenditure*): uno dei più alti dell'Africa sub-sahariana¹⁰.

La gran parte di questa spesa a carico dei pazienti è assorbita dall'acquisto di farmaci essenziali.

Questi dati, oltre a richiamare l'assoluta necessità di incrementare il contributo finanziario pubblico, comunitario e internazionale alla sanità in generale e alle NCDs in particolare, sollevano ancora una volta il tema ineludibile di quale debba essere il modello organizzativo da realizzare in contesti poveri e svantaggiati per prevenire e trattare, assieme ad altre, anche le patologie croniche più gravi in forma efficace, equa e sostenibile¹¹. In altre parole: quali sono le prestazioni prioritarie da offrire, a chi, con quali risorse e come. Una sfida aperta da raccogliere.

NOTE

1 Bukhman G et al., The PEN-plus partnership: addressing severe chronic non-communicable diseases among the poorest billion. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2023;11:384–6. doi:10.1016/S2213-8587(23)00118-

2 English M et al., Breaking the silence on first referral hospitals and universal health coverage, *Lancet Global Health* Volume 12, Issue 3e366-e367 March 2024.

3 Mazhar R et al., First referral hospitals in low- and middle-income countries: the need for a renewed focus *Health Policy and Planning*, 39, 2024, 224–232 DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czad120>.

4 Adler AJ et al., Protocol for an evaluation of the initiation of an integrated longitudinal outpatient care model for severe chronic non-communicable diseases (PEN- Plus) at secondary care facilities (district hospitals) in 10 lower-income countries. *BMJ Open* 2024;14:e074182. doi:10.1136/bmjopen-2023-074182.

5 WHO Step survey 2021-2025, Sierra Leone.

6 WHO Service Availability and Readiness Assessment (SARA) Sierra Leone – 2018.

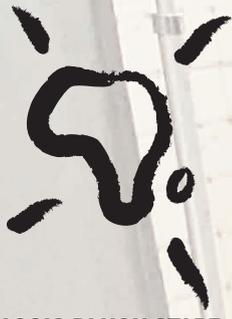
7 Akin JS et al., Health-care facility choice and the phenomenon of bypassing. *Health Policy Plan.* 1999 Jun;14(2):135-51. doi: 10.1093/heapol/14.2.135.PMID: 10538717.

8 Moreiray J et al., Long-Term Outcomes of a Cohort of Hypertensive Subjects in Rural Ecuador *Glob Heart* 2019 Dec;14(4):373-378. doi: 10.1016/j.gheart.2019.09.001.

9 National Health Sector Strategic Plan 2020-2025, MOHS, Sierra Leone.

10 Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report WHO and World Bank, 2023.

11 Global health 2050: the path to halving premature death by mid-century. *Lancet Commission*, October 14, 2024. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01439-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01439-9).



IL CORAGGIO DI NON STARE AL CENTRO

Nell'ottica dell'intervento di diagnosi e cura delle malattie croniche, *non-communicable diseases*, il Cuamm ha messo a fuoco nel corso degli anni l'importanza di non stare al centro.

La clinica PEN-Plus per le malattie croniche non trasmissibili è stata installata all'ospedale governativo della città di Pujehun, in uno dei luoghi rurali della Sierra Leone, per permettere ai pazienti con malattie croniche di ricevere cure di qualità in un punto sanitario periferico. La clinica diventa il primo contatto per i casi severi o gravi, vengono forniti medicinali e vengono fatti esami di laboratorio, viene proposto un approccio alla prevenzione.

Dalla sua apertura nel dicembre 2022 a oggi, nella clinica sono stati arruolati 2.061 pazienti: 1.285 con ipertensione, 363 con diabete di tipo 2, 253 con anemia falciforme, e anche persone con malattie croniche del fegato, del cuore e altre patologie hanno trovato un riferimento alla clinica.

La decentralizzazione permette di intervenire e superare le barriere che limitano l'accesso alle cure.





THRIVE HEALTH
HAND SANITIZER
8 FL OZ (237ML)

FASTAID
100 TABLETS

Luca

MAYSON



ESPERIENZE DAL CAMPO

TOSAMAGANGA E I NUOVI APPROCCI PER LE NCDs

Capire il contesto e agire di conseguenza è una capacità fondamentale per lavorare in modo efficace in Paesi a limitate risorse. Lo è ancora di più per sviluppare strategie e innovazioni in campo sanitario. L'esperienza del Cuamm in Tanzania, nella gestione delle cure per le malattie croniche pone la riflessione sull'adattabilità delle risposte sanitarie in base alle situazioni socio-economiche.

TESTO DI / MARIO SAUGO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

IPERTENSIONE E DIABETE, MALATTIE DA AFFRONTARE

Nel luglio 2024 ho avuto l'opportunità di essere ospitato per un paio di settimane nella *Guesthouse* dell'ospedale di Tosamaganga, in una zona rurale della Tanzania, per studiare il contesto delle malattie croniche. Proprio questi problemi di salute sono in rapido aumento nell'Africa Sub-Sahariana, specialmente nelle città, e sono in buona parte legate alla diffusione di abitudini e stili di vita occidentali come il fumo, il consumo di bevande zuccherate ed alimenti processati ad elevato contenuto di sale e di grassi. Non sorprende quindi che la prevalenza dell'ipertensione e del diabete mellito siano molto alte (rispettivamente un adulto su 3 e un adulto su 10). Anche a Tosamaganga, il problema delle malattie croniche è presente e si intreccia con i problemi economici. Infatti, in questa regione solo un quarto dei pazienti ha un'assicurazione sanitaria, mentre gli altri devono pagare di tasca propria visite ed esami. Per il 75% dei pazienti è un carico economico che diventerebbe estremamente dispendioso, soprattutto se parliamo di malattie croniche. A Tosamaganga *screening* e cure sono somministrate gratuitamente grazie anche all'intervento di Cuamm e alle donazioni.

I NUMERI DI TOSAMAGANGA E DELL'INTERVENTO CUAMM

Nell'ospedale di Tosamaganga è operativo dal 2019 un programma di *screening* e trattamento dell'ipertensione e del diabete mellito. Dall'analisi dei dati raccolti è emerso che un terzo dei 2.038 pazienti con ipertensione aveva livelli molto alti di pressione arteriosa, e un terzo dei 687 pazienti con diabete mellito aveva una glicemia a digiuno molto elevata. La consapevolezza del problema, delle implicazioni e della gravità non è ancora matura nelle persone e nei referenti delle politiche sanitarie di quei Paesi: queste malattie sono percepite come "nuove".

A fronte di numeri così elevati di pazienti con malattie croniche, ma di risorse umane e materiali molto limitate, l'intervento del Cuamm mira a implementare e a dimostrare fattibilità e sostenibilità di un modello di cure primarie: i decisori delle politiche sani-

tarie, gli operatori sanitari e gli stessi pazienti devono essere formati e sostenuti nella prevenzione e nella presa in carico di queste "nuove" malattie. Il Cuamm si impegna con testa, cuore e risorse: è un medico italiano a coordinare il progetto, che fornisce farmaci e esami diagnostici per chi non ha un'assicurazione sanitaria. A 3 anni dall'inizio del progetto, la percentuale di pazienti ipertesi riportati ai valori corretti passa dal 13,0% al 53,2% e quella di diabetici dal 19,0% al 43,6%. Risultati incoraggianti, che però sottolineano quanto sia necessario lavorare per garantire la continuità di queste cure, in contesti in cui le risorse sono limitate.

SOLUZIONI ORIGINALI PER CURARE E PREVENIRE

Esperienza clinica, volontà di lavorare con i medici locali, una buona dose di creatività: sono gli elementi necessari per lavorare in Paesi a limitate risorse per trovare delle soluzioni originali e sostenibili per il futuro. Ad esempio, per i diabetici in trattamento si sta testando un protocollo semplificato con due somministrazioni al giorno di insulina premiscelata, educando i pazienti, visita dopo visita, all'uso autonomo del glucometro e delle strisce per la misurazione della glicemia e all'assunzione regolata degli alimenti. E ancora, in tema di ipertensione, si sta provando la somministrazione di Nifedipina come primo step di trattamento dell'ipertensione: un medicinale poco costoso, più maneggevole e soprattutto che funziona molto meglio della Bendroflumetiazide, un vecchio diuretico tuttora usato in Tanzania. Un'ultima proposta messa in campo è quella di sperimentare delle Carte del Rischio Assoluto Cardiovascolare, utilizzando come indicatore di rischio per le malattie cardiovascolari l'Indice di Massa Corporea (IMB), sostituendolo al Colesterolo LDL, un l'esame di laboratorio poco diffuso e con dei limiti di costi della terapia. In tal senso sono già documentate delle esperienze internazionali in USA e in Sudafrica, che vanno nella direzione di "scoprire" tecnologie frugali e sostenibili, ma scientificamente fondate ed efficaci.

L'Africa stimola ad essere creativi ed anche a chiedersi – anche qui in Italia – quali sono i bisogni di salute primari della popolazione e come il servizio sanitario pubblico può farvi fronte.



ESPERIENZE DAL CAMPO

SALUTE MENTALE E PREVENZIONE IN MOZAMBICO

La salute mentale è ormai a tutti gli effetti un tema di salute globale. I disagi e i disturbi mentali impattano il benessere psicofisico per chi ne soffre. Prendersi cura della propria salute mentale è difficile, e lo è ancor di più per gli adolescenti, soprattutto se questi ragazzi vivono in contesti difficili, come quelli nei Paesi africani. A Beira, in Mozambico, uno studio analizza un intervento di psicodramma tra adolescenti in Africa.

TESTO DI / ROBERTO BENONI / DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA E MALATTIE INFETTIVE, SAPIENZA UNIVERSITÀ DI ROMA E CENTRO NAZIONALE PER LA SALUTE GLOBALE, ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, ROMA, ITALIA; CHIARA MALESANI / NEUROPSICHIATRA INFANTILE, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

LA SALUTE MENTALE DEGLI ADOLESCENTI IN MOZAMBICO

Qualunque sia il Paese in cui si nasce, l'adolescenza è un'epoca della vita in cui si vivono profondi cambiamenti a livello fisico, psicologico e sociale. Per l'OMS negli adolescenti (10-19 anni) le problematiche relative alla salute mentale rappresentano il 16% del carico di malattie¹. In Mozambico, nel 2015, il 21,2% degli adolescenti era alle prese con un disagio psico-sociale, con una percentuale dei tentativi di suicidio al 18,5%.

UN INTERVENTO IN CONTESTO EXTRA-SANITARIO

Riconoscendo il bisogno di aumentare l'attenzione sulla salute mentale, il Cuamm opera in Mozambico da circa 15 anni supportando i *Servicios Amigos dos Adolescentes* (SAAJ), ambulatori che trattano la salute riproduttiva, le malattie sessualmente trasmissibili e offrono appoggio psico-sociale. Al di fuori del contesto dei SAAJ esiste una rete di *Cantinhos de Escuta* (Angoli di Ascolto) gestiti da attivisti di associazioni giovanili, che raggiungono i giovani nei luoghi della quotidianità (campi da gioco, centri culturali ecc.) proponendo attività di prevenzione e accompagnamento per il disagio mentale. In questo contesto extra-sanitario nasce l'idea di testare un approccio preventivo di psico-educazione emotiva, coinvolgendo in prima persona gli adolescenti. È il progetto "Conoscere per Curare", finanziato da AICS con la collaborazione della UOC Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedale-Università Padova. Nell'ambito dell'intervento sono stati coinvolti più di 300 ragazzi, di età compresa tra i 15 i 24 anni, in percorso basato sulla tecnica dello psicodramma.

LA TECNICA DELLO PSICODRAMMA

Creato da Jacob Levy Moreno nel 1921, lo psicodramma è un modello terapeutico di gruppo con radici profonde nel teatro, nella psicologia e nella sociologia², che offre ai partecipanti l'opportu-

nità di esplorare sentimenti, pensieri e comportamenti attraverso le azioni in un contesto sicuro in cui esprimere sé stessi e relazionarsi con gli altri. Emozioni, ricordi e relazioni sono messe in scena in una vera rappresentazione teatrale, dando espressione del proprio vissuto e permettendo a chi osserva di comprendere elementi che creano del disagio. Nel contesto dell'intervento, sono stati organizzati 10 incontri co-condotti da una specializzanda JPO (*Junior Project Officer*) in neuropsichiatria infantile e dagli operatori locali (attivisti) specificatamente formati dell'associazione Anandjira, articolati su 4 aree: rottura dello stigma sulla salute mentale, riconoscimento e gestione delle emozioni, comunicazione assertiva e ascolto empatico, strategie di *coping* efficaci³. I questionari somministrati prima e dopo lo psicodramma hanno rilevato un aumento delle conoscenze sulla salute mentale, della capacità di riconoscere e esprimere azioni e la riduzione del sentimento di "hopelessness", rilevando anche l'importanza del supporto e della relazione *peer-to-peer* in un momento delicato come l'adolescenza.

EDUCAZIONE SOCIO-EMOTIVA E LA PREVENZIONE NELLA SALUTE MENTALE

L'intervento, di stampo socio-sanitario, ha avuto come obiettivo la facilitazione dello sviluppo di competenze socio-emotive: la regolazione interpersonale ed emotiva, la capacità di pensiero di ordine superiore (ad esempio, processi decisionali, risoluzione di problemi), l'autostima e le strategie di *coping* nei giovani. Competenze preziose per acquisire conoscenze, strumenti e abilità per assumere un ruolo attivo nella promozione e cura della propria salute mentale (*empowerment*) e per creare nella comunità una rete relazionale competente.

«È stato quando abbiamo fatto il gioco faccia a faccia in cui ci siamo raccontati cosa stavamo attraversando che ho scoperto che nel gruppo c'era qualcuno che stava vivendo la mia stessa situazione. Quando ci siamo guardati, abbiamo capito che stavamo attraversando la stessa cosa. Sono stato molto toccato e ho capito che non sono solo» (testimonianza di un partecipante ai gruppi di psicodramma).

DOI: 10.3389/fpsyg.2018.01263. [PMID:30087638]

³ Benoni R, Malesani C, Sartorello A, et al. Assessing the impact of a community-based psychodrama intervention on mental health promotion of adolescents and young adults in Mozambique: A mixed-methods study. *J Glob Health*. 2024;14:04182. Published 2024 Jul 26. doi:10.7189/jogh.14.04182

BIBLIOGRAFIA

- ¹ World Health Organisation. Adolescent mental health; 2018. <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- ² A Cruz, CMD Sales, P Alves, and G Moita. The Core Techniques of Morenian Psychodrama: A Systematic Review of Literature. *Front Psychol*. 2018;9:1263



ESPERIENZE DAL CAMPO

COPERTURA SANITARIA UNIVERSALE E IL CASO UCRAINA

L'attenzione alla copertura sanitaria universale non riguarda solo i Paesi a risorse limitate, ma anche quelli teatro di conflitti, in cui i sistemi sanitari diventano più fragili. Ne è un esempio l'Ucraina, dove la guerra ha reso sempre più difficile garantire la continuità delle cure, in particolare per le malattie croniche. Cuamm, con il cuore in Africa, è attivo nel Paese a supporto della crisi sanitaria alle porte dell'Europa.

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

L'IMPATTO DELLA GUERRA SUL SISTEMA SANITARIO

La copertura sanitaria universale (UHC - *Universal Health Coverage*) è un obiettivo globale promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per garantire che ogni individuo possa accedere ai servizi sanitari necessari senza subire difficoltà economiche. Tuttavia, raggiungere questo traguardo diventa estremamente complesso nelle zone di conflitto, dove l'accesso alle cure è drasticamente compromesso. Un esempio emblematico è l'Ucraina, devastata dalla guerra dal 2022. Qui il sistema sanitario è sotto enorme pressione, con milioni di persone che vedono ridotto o interrotto l'accesso ai servizi essenziali, inclusa la gestione delle malattie croniche.

In contesti di conflitto, come la guerra in corso in Ucraina, la realizzazione della UHC incontra sfide enormi: gli attacchi alle infrastrutture sanitarie, la distruzione di ospedali e cliniche, la scarsità di risorse mediche peggiorano ulteriormente una situazione già critica. Il personale sanitario è sovraccarico e lavora in condizioni estremamente difficili, spesso costretto a lasciare le zone di conflitto o esposto a pericoli immediati. Questo riduce drasticamente la capacità del sistema sanitario di rispondere ai bisogni della popolazione.

UN PAESE IN CRISI SANITARIA

Prima del conflitto, l'Ucraina aveva avviato riforme sanitarie mirate a migliorare l'accesso alle cure e la gestione delle malattie croniche. Tuttavia, la guerra ha annullato gran parte di questi progressi. Secondo l'OMS, circa 15 milioni di persone in Ucraina necessitano di assistenza sanitaria.

La mancanza di accesso alle cure è particolarmente critica per i pazienti con malattie croniche come diabete, ipertensione, asma e malattie cardiovascolari. Ma proprio queste patologie, considerate malattie croniche, rischiano di essere trascurate quando un sistema sanitario è messo sotto stress dal conflitto, poiché le risorse vengono dirottate verso le emergenze più immediate, come il trattamento dei feriti o la gestione delle epidemie. Le in-

terruzioni nella fornitura di farmaci essenziali e la discontinuità delle cure mettono in grave pericolo la vita di queste persone, che avrebbero bisogno di visite mediche regolari, farmaci e monitoraggio costante.

Medici con l'Africa Cuamm, che ha una lunga esperienza nell'affrontare crisi sanitarie in contesti fragili, dimostra che è possibile creare modelli di assistenza che rispondano non solo ai bisogni immediati, ma anche alle necessità di lungo termine. Il ruolo di Cuamm include lavorare a stretto contatto con i governi locali e le agenzie internazionali per ricostruire i sistemi sanitari. In Ucraina, questo implica il ripristino delle catene di approvvigionamento essenziali per i farmaci e l'abilitazione dell'accesso ai servizi diagnostici e di monitoraggio, critici per la gestione efficace delle malattie croniche.

L'EFFETTO DOMINO DELLA MANCANZA DI CURE

La guerra in Ucraina ha interrotto la fornitura di farmaci essenziali per il trattamento di patologie come il diabete e l'ipertensione. Molti pazienti hanno dovuto adattarsi a terapie subottimali, spesso dipendendo da farmaci provenienti da donazioni. Anche le terapie oncologiche sono state compromesse, con impatti immediati sulla sopravvivenza dei pazienti. La riduzione dell'accesso ai servizi diagnostici e di monitoraggio crea un "effetto domino", in cui la mancanza di cure preventive porta a un aumento di casi gravi che richiedono trattamenti avanzati, spesso non disponibili, con conseguente aumento della mortalità. Affrontare le malattie croniche in contesti di conflitto come l'Ucraina richiede un approccio integrato e multilivello. Ciò include non solo ospedali e centri sanitari, ma anche il supporto alle comunità e alle famiglie nella gestione delle condizioni croniche durante e dopo le emergenze immediate. Raggiungere la UHC in contesti di conflitto, come quello dell'Ucraina, è una sfida notevole. Tuttavia, molto dipende dalla capacità del Paese di utilizzare le risorse destinate all'emergenza per ripristinare quanto prima i programmi sanitari, garantendo per quanto possibile la continuità delle cure per tutti, soprattutto per coloro affetti da malattie croniche.



ESPERIENZE DAL CAMPO

UNO STUDIO SUI COSTI SANITARI DELLE NCDs IN MOZAMBICO

Quanto costano le malattie croniche? Che impatto hanno sui sistemi sanitari e sulle famiglie? Domande che, in ottica sanitaria, aprono un insieme di questioni che necessitano risposte. Infatti, perché l'accesso alle cure sia garantito alle persone, è necessario conoscere i costi. In Mozambico, uno studio ha stimato i costi a carico del sistema sanitario e dei pazienti.

TESTO DI / PAOLO BELARDI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM; LAURA NOLLINO / UOC MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E NUTRIZIONE AZIENDA ULSS 2 MARCA TREVIGIANA; GIOVANNI PUTOTO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

MOZAMBICO E MALATTIE CRONICHE

In Mozambico, le malattie non trasmissibili (NCDs) sono una delle principali cause di morbilità e mortalità, con impatti significativi sulla popolazione e sul sistema sanitario nazionale. Il Paese sta assistendo a una transizione epidemiologica in cui le NCDs stanno progressivamente superando le malattie infettive come principali cause di morte, contribuendo al 28% di tutti i decessi. Invecchiamento della popolazione, urbanizzazione e cambiamenti nelle abitudini alimentari e di vita¹ sono fattori che peggiorano il trend: il 33% della popolazione soffre di ipertensione² e il 14,1% degli adulti fanno uso di tabacco (dati STEP; OMS). Davanti a queste percentuali, Cuamm ha lavorato assieme alle autorità locali e all'Università Bocconi per stimare i costi legati all'implementazione di un programma sanitario integrato nelle Province di Maputo e Sofala, e il carico economico per i pazienti affetti da queste patologie.

I COSTI DELLE MALATTIE CRONICHE PER IL SISTEMA SANITARIO

Il costo totale di implementazione del programma è stato di 1,2 milioni dollari, pari a un costo medio di 3,2 dollari per visita. Il costo per il personale ha rappresentato la principale voce di costo (42%), assieme a beni durevoli (26%), farmaci e consumabili (23%) e costi per servizi (9%). Dal punto di vista del paziente, i risultati offrono una visione preziosa dell'impatto economico sproporzionato delle malattie tra i vari gruppi di reddito. In particolare, il costo medio sostenuto da un paziente per mese è stato pari a 49,8 dollari, con i costi diretti non sanitari (alimentazione più salutare e costi per trasporti) come principale fattore di costo, pari al 74% dei costi ricorrenti totali. I pazienti provenienti da località rurali hanno riportato costi diretti più elevati, ma costi indiretti legati alla perdita di produttività inferiori rispetto ai pazienti urbani. Dal punto di vista del paziente dal gruppo di reddito più basso, il costo medio sostenuto per la gestione della malattia (44,8 dollari) ha rappresentato la mag-

gior parte (71%) del reddito mensile dichiarato, mentre per il 3% del campione i costi sostenuti erano catastrofici.

UNO SFORZO DI POLICY

Per affrontare questa crisi emergente, il Ministero della Salute mozambicano ha sviluppato il *Piano Estratégico Nacional para as Doenças Não Transmissíveis 2020-2029*³, che stabilisce una serie di interventi mirati. Il piano strategico, a cui il Cuamm ha collaborato attivamente nella stesura, si articola su più livelli: prevenzione primaria attraverso campagne di sensibilizzazione sui fattori di rischio modificabili (come alimentazione e inattività fisica), miglioramento dell'accesso ai servizi delle cure primarie e degli ospedali di primo riferimento per la diagnosi e il trattamento delle NCDs e infine potenziamento del sistema di sorveglianza epidemiologica per monitorare e valutare l'andamento di queste patologie. La regolamentazione e riduzione del consumo di tabacco e alcol, con politiche di tassazione su prodotti nocivi e la restrizione della loro pubblicità, la formazione continua e l'adozione di protocolli clinici specifici per la gestione delle NCDs per la diagnosi precoce sono azioni fondamentali nella strategia.

L'implementazione di queste misure è tuttavia ostacolata da un sotto finanziamento cronico e sistemico del sistema sanitario (32 dollari pro capite all'anno nel 2021⁴), che è legato alla carenza di risorse umane qualificate, infrastrutture sanitarie inadeguate e disuguaglianze geografiche nell'accesso ai servizi sanitari. Le malattie croniche evidenziano la necessità di aumentare in modo strutturale il finanziamento del sistema sanitario e trovare altri meccanismi di compartecipazione alla spesa *out-of-pocket* dei pazienti già sperimentati in altri Paesi dell'Africa Sub-Sahariana, come l'istituzione di forme di assicurazione sanitaria universale di base.

In questo senso, la collaborazione con organizzazioni internazionali come l'OMS e partner di sviluppo come il Cuamm gioca un ruolo chiave nel supportare il Mozambico nel raggiungimento degli obiettivi del piano strategico, cercando di ridurre la mortalità prematura dovuta alle NCDs entro il 2030.

NOTE

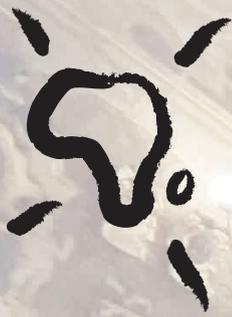
¹ Nyirenda, M. (2020). Non-communicable diseases in sub-Saharan Africa: understanding the drivers of the epidemic to inform intervention strategies. *Lancet Global Health*, 8(7), e864-e865.

² Damasceno, A., et al. (2009). Hypertension prevalence, awareness, treatment,

and control in Mozambique: Urban/rural gap during epidemiological transition. *Hypertension*, 54(1), 77-83.

³ Ministério da Saúde. (2020). *Plano Estratégico Nacional para as Doenças Não Transmissíveis 2020-2029*. Maputo, Moçambique.

⁴ WHO African Region Health Expenditure Atlas 2023. Brazzaville: WHO African Region, 2024.



UN EVENTO PER LA RICERCA OPERATIVA PER LA QUALITÀ DELLA COOPERAZIONE

“Una leva indispensabile per migliorare la qualità della cooperazione sanitaria in Africa”: questa è la convinzione del Cuamm, che da un decennio ha inserito la ricerca operativa nel proprio piano strategico sottolineandone il ruolo focale nel miglioramento e nell’adattamento degli interventi sanitari. Abbiamo voluto testimoniare questo ruolo dedicando alla ricerca operativa un evento “La ricerca per la cooperazione sanitaria di qualità: esperienze, evidenze e prospettiva dall’Africa”, invitando ricercatori africani e europei. Con il coinvolgimento diretto di chi fa ricerca operativa sul campo è stato possibile raccontare un’altra prospettiva, quella dell’esperienza diretta e delle domande di ricerca che nascono da un bisogno pratico e che diventa di estrema attualità. Dalla salute mentale, agli impatti del cambiamento climatico alla tubercolosi, ogni storia ha testimoniato il “valore del fare” e del “fare con l’Africa”.

Questo evento, patrocinato dall’Università degli Studi di Padova e che ha registrato oltre 300 partecipanti, ha segnato un punto di partenza per sottolineare il ruolo strategico della ricerca scientifica nei contesti di cooperazione sanitaria in Africa e nelle sfide emergenti, a partire dai temi chiave della salute e del funzionamento dei sistemi sanitari.





PROSPETTIVE, LE PARTNERSHIP
PER FARE RICERCA OPERATIVA

Il Presidente della Repubblica ha presenziato alla cerimonia di inaugurazione del ciclo di seminari "Prospettive, le partnership per fare ricerca operativa" organizzato dal Dipartimento di Economia e Management (DEM) dell'Università Ca' Foscari di Venezia, in collaborazione con il Consorzio Nazionale Interuniversitario per lo Sviluppo dei Sistemi a Grande Interazione (CNR-INGEST) e il Consorzio Nazionale Interuniversitario per lo Sviluppo dei Sistemi a Grande Interazione (CNR-INGEST).

Il ciclo di seminari è dedicato alla ricerca operativa e si articolerà in tre incontri: il primo, il 12 settembre, sarà dedicato alla ricerca operativa e alla sua applicazione in campo industriale; il secondo, il 19 settembre, sarà dedicato alla ricerca operativa e alla sua applicazione in campo sanitario; il terzo, il 26 settembre, sarà dedicato alla ricerca operativa e alla sua applicazione in campo ambientale.

Il ciclo di seminari è organizzato dal Dipartimento di Economia e Management (DEM) dell'Università Ca' Foscari di Venezia, in collaborazione con il Consorzio Nazionale Interuniversitario per lo Sviluppo dei Sistemi a Grande Interazione (CNR-INGEST) e il Consorzio Nazionale Interuniversitario per lo Sviluppo dei Sistemi a Grande Interazione (CNR-INGEST).



MALATTIE CRONICHE E DISPARITÀ DI GENERE: DOPPIA SFIDA

Per le donne africane le malattie croniche rappresentano un doppio fardello, quel *burden of disease* che sui più fragili si fa particolarmente pesante: da un lato, le problematiche di una malattia che dura tutta la vita, dall'altro maggiore difficoltà all'accesso e alla continuità delle cure. A questo, si unisce un complesso intreccio di fattori culturali, tradizioni, risorse e barriere educative, potenziali ostacoli alla salute.

TESTO DI / JESSICA MARZARO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

MALATTIE CRONICHE TRA UOMINI E DONNE

37%: la percentuale OMS¹ stimata per le morti da malattie croniche nella regione subsahariana. Sono chiamati "numeri invisibili": le NCDs progrediscono lentamente e non ricevono l'attenzione mediatica di altre patologie. Per le donne africane, questi numeri sono ancor più invisibili con la percentuale di decessi da malattie croniche che sale al 39%, mentre per gli uomini si attesta al 35%. Una percentuale che nasconde maggiori difficoltà² nell'accesso alle cure e alle terapie per le donne, che affrontano sfide complesse per il diritto alla salute tra cui minori risorse, il peso del lavoro quotidiano, la più bassa scolarizzazione e le difficoltà di emancipazione.

UN PANORAMA COMPLESSO

Nel report *Global Burden of Diseases 2021*, le malattie croniche nelle donne compaiono fin dall'età infantile e crescono con l'avanzare dell'età. Le bambine e le ragazze tra i 5 e i 14 sono interessate da decessi per malattie croniche (malattie congenite, anemie, problemi immunologici, metabolici o del sangue): nel 2021 la percentuale è salita al 7,7% rispetto al 4,5% del 1990. Stili di vita e abitudini scorrette cominciano a sedimentarsi nelle donne fin da giovani e possono diventare fattori di rischio per lo sviluppo di malattie croniche. In Africa sub-sahariana si stima che il 39% delle donne sia sovrappeso, rispetto al 24% degli uomini: un fattore di rischio importante per malattie come diabete e ipertensione, anche legati alla gravidanza. Inoltre circa il 20% delle donne nella regione non fa sufficiente e regolare attività fisica, un dato che si lega a stili di vita più sedentari dati dall'urbanizzazione. Questi fattori incidono sull'insorgenza di malattie croniche in età più avanzata, con dati più gravi nella classe di età 50-69 anni. Per le donne, malattie cardiovascolari e neoplasie sono rispettivamente la seconda e la terza causa di decesso, al 20% e al 13%. Il tumore della mammella e il cancro della cervice uterina sono le neoplasie più diffuse in Africa Sub-sahariana, con difficoltà di pre-

venzione, sia primaria con il vaccino, sia secondaria con gli *screening* per la diagnosi precoce e anche di accesso alle cure. Sopra i 70 anni, le malattie cardiovascolari diventano la prima causa di decesso per le donne, con una percentuale del 29%, e il diabete diventa la quarta causa di morte, seguito dalle neoplasie.

LA SALUTE DELLE DONNE È LA SALUTE DELLE COMUNITÀ

Il problema delle malattie croniche ha radici complesse, che includono anche fattori socio-culturali. Le ragazze sono tradizionalmente legate alla cura domestica: l'accudimento familiare dei fratelli prima, e dei figli poi, ma anche le occupazioni di sostentamento della famiglia, come la cucina, la raccolta della legna e il lavoro nei campi. Queste mansioni domestiche, spesso molto dure, hanno ricadute dirette sulla salute che si manifestano maggiormente in età adulta, con casi di decesso precoce o di anni di vita vissuti con disabilità, con condizioni di salute compromesse e che impediscono il normale svolgimento delle mansioni e del lavoro, con un conseguente impoverimento³. Inoltre, le ragazze incontrano molti ostacoli nell'accesso ai controlli e alle cure: fattori come la distanza o l'allontanamento dalla famiglia diventano spesso dei deterrenti. Anche i costi delle prestazioni sono un ostacolo alle cure, impattando l'economia delle famiglie in contesti in cui non sono garantite cure a costi accessibili. Le malattie croniche diventano facilmente un peso economico che mette le famiglie a rischio impoverimento (costi catastrofici), e che impatta maggiormente le donne: il potere finanziario e la gerarchia familiare tradizionale danno priorità agli uomini e spesso sono le donne a rinunciare a curarsi.

Garantire educazione e prevenzione, formare i professionisti sanitari, coinvolgere le comunità nel supporto a cure e diagnosi precoce delle malattie croniche in zone periferiche e rurali, ma anche approfondire la comprensione dei determinanti sociali e sanitari e individuare strategie di "empowerment femminile" e finanziamento: sono attività per rispettare l'obiettivo di copertura sanitaria universale, includendo le donne e il loro ruolo nelle comunità e nelle famiglie.

NOTE

¹ NCD Data Portal, OMS, <https://ncdportal.org/Home> e Strain T, Flaxman S, Guthold R, Semenov E, Cowan M, Riley LM, Bull FC, Stevens GA; Country Data Author Group. National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5.7 million participants. *Lancet Glob Health*. 2024 Aug;12(8):e1232-e1243. doi: 10.1016/S2214-109X(24)00150-5. Epub 2024 Jun 25. PMID: 38942042; PMCID: PMC11254784.

² van der Ham M, Boliijn R, de Vries A, et al. Gender inequality and the double burden of disease in low-income and middle-income countries: an ecological study. *BMJ Open* 2021;11:e047388. doi:10.1136/bmjopen-2020-047388.

³ Universal Health Coverage, gender equality and social protection a health systems approach, UN Women <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Discussion-paper-Universal-health-coverage-gender-equality-and-social-protection-en.pdf>



RASSEGNA

MPOX. L'EPIDEMIA SI STA ALLARGANDO

Una nuova epidemia, dichiarata dall'OMS "emergenza di sanità pubblica": il virus si chiama "Mpx", vaiolo delle scimmie. Il focolaio è l'Africa, la Repubblica Democratica del Congo la nazione più colpita. Di fronte ad una nuova emergenza ci chiediamo: cosa abbiamo imparato dalle lezioni precedenti?

TESTO DI / GAVINO MACIOCCO / DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SALUTE, UNIVERSITÀ DI FIRENZE

DOPO COVID-19

Il termine "spillover" lo abbiamo cominciato a conoscere nel corso del Covid-19: letteralmente, "traboccare", ma in biologia significa "salto di specie". Il Coronavirus normalmente circolava tra gli animali (pipistrelli, dromedari, etc), ma a un certo punto infetta un uomo e – ecco il salto di specie – inizia a circolare anche tra gli uomini, determinando una nuova patologia infettiva verso cui nessuno è immune. Non era una novità, era già accaduto. Ma di nuovo e estremamente allarmante è la velocità e la frequenza con cui questi *spillover* si sono verificati negli ultimi decenni, a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso: HIV/AIDS, Ebola, Aviaria, SARS, Influenza "suina" (H1N1), MERS, COVID 19. E ora l'Mpx. La matrice ambientale di questo fenomeno è evidente, essendo la conseguenza del progressivo avvicinamento dell'habitat animale all'habitat umano a causa di deforestazioni, creazione di megalopoli, allevamenti intensivi, etc.

IL VAILO DELLE SCIMMIE

L'Mpx (precedentemente denominato monkeypox o vaiolo delle scimmie) è una malattia infettiva zoonotica causata dal virus monkeypox (MPXV) e identificata per la prima volta nell'uomo nel 1970 nei villaggi rurali delle zone delle foreste pluviali dell'Africa centrale e occidentale. Sono diverse le specie animali che sono state identificate come suscettibili al MPXV, che è diffuso in particolare tra primati e piccoli roditori, prevalentemente in Africa. Il virus raramente si trasmette per via aerea, il contagio avviene prevalentemente attraverso il contatto diretto con lesioni cutanee o fluidi corporei infetti.

Un primo allarme per la diffusione dell'infezione a livello globale era stato lanciato nel 2022, ma il 13 agosto 2024, gli *Africa Centres for Disease Control and Prevention* (Africa CDC) hanno dichiarato l'attuale epidemia di Mpx un'emergenza di sanità pubblica di sicurezza continentale. Questa epidemia è causata dall'emergere di una nuova variante che si è meglio adattata alla trasmissione da uomo a uomo. Il 14 agosto, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato l'attuale epidemia un'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale (PHEIC - *Public Health Emergency of International Concern*). Il Paese africano più colpito è la Repubblica Democratica del Congo: da gennaio 2023 sono stati riportati oltre 27.000 casi so-

spetti di Mpx e oltre 1.300 decessi, con i bambini under 15 che sopportano il maggior carico di malattia, con una letalità superiore all'8%.

UNA RISPOSTA CHE NON PUÒ ESSERE SOLO AFRICANA

«In seguito alla dichiarazione dell'OMS di questo focolaio di Mpx come PHEIC – scrive il BMJ¹ –, le nazioni ricche potrebbero ricorrere a divieti di viaggio contro le nazioni africane colpite, anziché offrire un autentico supporto. Gli ingiusti e razzisti divieti di viaggio imposti ad alcune nazioni africane durante l'ondata di omicron di SARS-CoV-2 sono una prova lampante. Siamo preoccupati di una recrudescenza dello stigma e del razzismo nei confronti delle nazioni africane, come abbiamo visto durante l'ondata di omicron e l'epidemia di Mpx del 2022».

E non aiuta certamente il fatto che all'ultima Assemblea dell'OMS, dello scorso maggio, non sia stato raggiunto un accordo sulle pandemie, per la condivisione equa di vaccini e medicinali durante le emergenze. Infatti l'Africa CDC che segnala la necessità di circa 10 milioni di dosi di vaccino per controllare l'epidemia, di cui solo circa 280.000 sono disponibili, vale a dire meno del 3% della necessità stimata.

Nel dichiarare il PHEIC, Tedros Adhanom Ghebreyesus, Direttore generale dell'OMS, ha affermato che «è necessaria una risposta internazionale coordinata per fermare queste epidemie e salvare vite». Questa è esattamente la necessità del momento. Infatti, se avessimo imparato le lezioni dell'HIV, dell'Ebola, del Covid-19 e della precedente epidemia di Mpx, avremmo già agito per supportare i Paesi africani con rapidità e coesione per scongiurare l'attuale crisi. Nell'immediato, dobbiamo garantire che l'Africa CDC abbia finanziamenti adeguati, nonché la fornitura completa di vaccini Mpx necessari per controllare l'epidemia, insieme a diagnosi e medicinali. Abbiamo bisogno di vaccini più accessibili e di molti più produttori coinvolti. Il piano di risposta dell'Africa CDC ha bisogno del pieno supporto della comunità internazionale. Le nazioni africane devono lavorare insieme e mobilitare finanziamenti e risorse nazionali per ampliare la sorveglianza della salute pubblica, il tracciamento dei contatti e implementare altre misure di salute pubblica fondamentali per contenere un'ulteriore diffusione.

NOTE

¹ Ifedayo MO Adetifa, Madhukar Pai, Mpx outbreaks in Africa—we must avert another failure of global solidarity, BMJ 2024;386:q1803.



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 oltre **73** anni di storia:

- o oltre **200** i programmi realizzati;
- o **2.500** le persone coinvolte nei progetti;
- o **43** i Paesi d'intervento;
- o **239** gli ospedali serviti;
- o **1.200** gli studenti ospitati dal collegio di cui 900 italiani e 286 stranieri provenienti da 34 diversi Paesi;
- o oltre **5.000** gli anni di servizio cumulativi effettuati.

ISTANTANEA

Medici con l'Africa Cuamm è attualmente presente in Angola, Costa d'Avorio, Etiopia, Mozambico, Repubblica Centrafricana, Sierra Leone, Sud Sudan, Tanzania, Uganda con:

- o **162 progetti** di cooperazione principali e un centinaio di micro-realizzazioni di supporto, con i quali appoggia:
 - 21 ospedali;
 - 116 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, formazione);
 - 843 strutture sanitarie;
 - 4 scuole infermieri (Lui e Rumbek - Sud Sudan, Wolisso - Etiopia, Matany - Uganda);
 - 1 università (Beira - Mozambico);
- o **3.465 risorse umane** di cui 282 internazionali (espatriati) europei.

IN EUROPA

Medici con l'Africa Cuamm è attiva da anni anche in Europa nella realizzazione di progetti di sensibilizzazione e formazione sui temi dell'equità e della cooperazione sanitaria internazionale. In particolare, lavora in *network* con università, ong e istituzioni per creare una società italiana ed europea cosciente del valore della salute quale diritto umano fondamentale e componente essenziale per lo sviluppo.

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 32 C 05018 12101 000011078904 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.

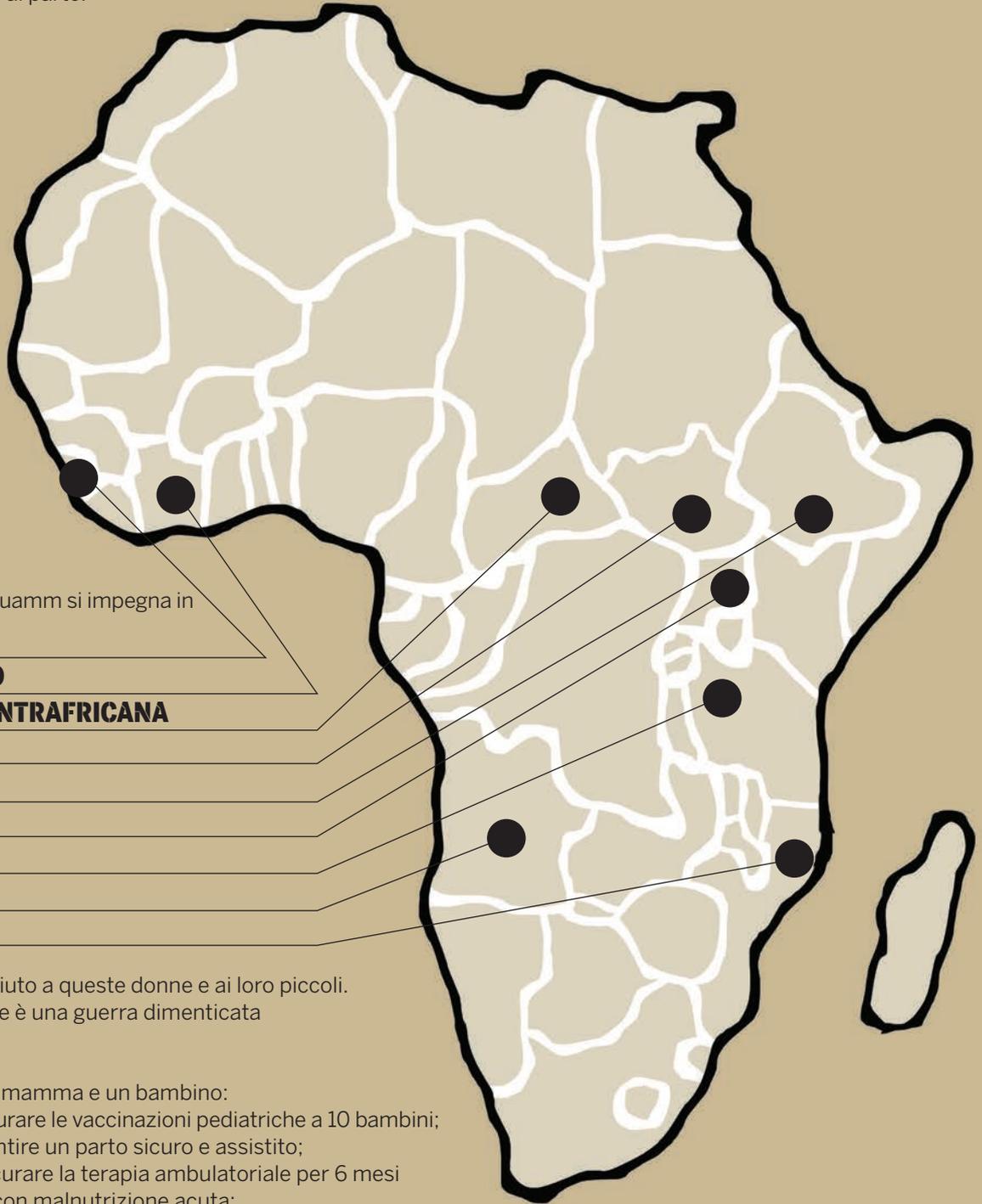
La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.



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;
- 280.000 donne perdono la vita per cause legate alla gravidanza e al parto.



Medici con l'Africa Cuamm si impegna in

SIERRA LEONE

COSTA D'AVORIO

REPUBBLICA CENTRAFRICANA

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.

Prenditi cura di una mamma e un bambino:

- 10 euro per assicurare le vaccinazioni pediatriche a 10 bambini;
- 40 euro per garantire un parto sicuro e assistito;
- 60 euro per assicurare la terapia ambulatoriale per 6 mesi per un bambino con malnutrizione acuta;
- 80 euro per sostenere un corso di aggiornamento per un'ostetrica;
- 100 euro per sostenere un corso di aggiornamento per un medico locale (formazione continua)

«Questi dati, oltre a richiamare l'assoluta necessità di incrementare il contributo finanziario pubblico, comunitario e internazionale alla sanità in generale e alle NCDs in particolare, sollevano ancora una volta il tema ineludibile di quale debba essere il modello organizzativo da realizzare in contesti poveri e svantaggiati per prevenire e trattare, assieme ad altre, anche le patologie croniche più gravi in forma efficace, equa e sostenibile».