



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



SALUTE

E SVILUPPO

rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
dicembre 2017 — n° 76

*Il ruolo degli ospedali
nella Primary Health Care*





LA NOTIZIA

Il mondo in mano ai miliardari

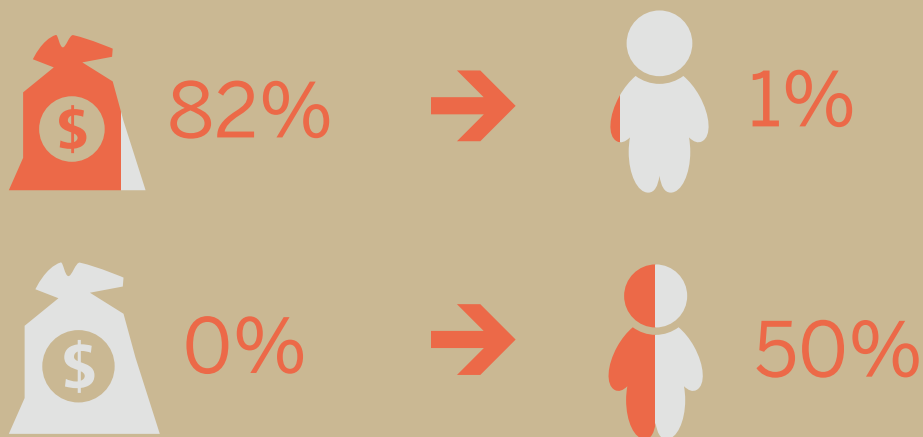
Secondo il Rapporto Oxfam 2018, nell'ultimo anno c'è stato il più grande aumento di miliardari nella storia: uno in più ogni due giorni. In 12 mesi i miliardari hanno incrementato la loro ricchezza di 762 miliardi di dollari. L'82% della nuova ricchezza creata nel mondo è finita nelle tasche dell'1% più ricco della popolazione, mentre neanche un centesimo di dollaro è andato al 50% più povero (Figura).

FIGURA / LA MANNA MILIARDARIA

LA MANNA MILIARDARIA

Lo scorso anno si è registrato il più grande aumento nella storia di numero di miliardari, uno ogni due giorni. I miliardari hanno visto aumentare la propria ricchezza di 762 miliardi di dollari in soli 12 mesi (marzo 2016 - marzo 2017). Questo enorme aumento avrebbe potuto porre fine per ben 7 volte alla povertà estrema globale.

L'82% della nuova ricchezza creata è finita nelle mani dell'1% della popolazione, mentre lo 0% è andato al 50% della popolazione più povera del mondo.



In 12 mesi, la ricchezza dei miliardari è aumentata di 762 miliardi di dollari. **Una somma che potrebbe porre fine per ben 7 volte alla povertà estrema mondiale.**



Nell'ultimo decennio, i lavoratori comuni hanno visto crescere i loro redditi di una media di appena il 2% all'anno. **Mentre la ricchezza di un miliardario è aumentata del 13% all'anno.**

INDEX

DIRETTORE

Gavino Maciocco

COMITATO DI REDAZIONE

Andrea Atzori, Andrea Berti, Dante Carraro, Adriano Cattaneo, Donata Dalla Riva, 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

Valentina Isidoris e Chiara Di Benedetto
con il contributo di Monica Tawfilas per la revisione

ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA

Lorenzo Gritti

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

Con il sostegno di

 **Fondazione**
Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo

Illustrazione di copertina

Nei paesi a risorse limitate l'ospedale rappresenta il più alto grado del sistema sanitario, ma per garantire a tutti un'adeguata assistenza alle cure di base è necessario costruire un processo sinergico con le attività svolte nei villaggi e nei centri di salute periferici.



DIALOGO

PAG. 2

GARANTIRE LE CURE ESSENZIALI **ANCHE AI PIÙ POVERI**

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

SE L'1% **SI PRENDE TUTTO**

Testo di / Gavino Maciocco

FORUM

PAG. 6

PROGETTO ECOGRAFIA: L'ESPERIENZA DEL WOLISSO PROJECT

Testo di / Alessia Biasotto e Alice Silvestro

PAG. 7

SCHOLARSHIP ANESTESIA

Testo di / Altea Rengruber, Alice Silvestro

OVERVIEW

PAG. 8

IL COSTO DEGLI OSPEDALI NEI PAESI A RISORSE LIMITATE

Testo di / Fabio Manenti

PAG. 10

IL FINANZIAMENTO DEGLI OSPEDALI NON PROFIT IN AFRICA

Testo di / Giovanni Putoto e Fabio Manenti

PAG. 13

LE ASSICURAZIONI SANITARIE A LIVELLO COMUNITARIO

Testo di / Maria Nannini

ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 16

MISURARE LE PERFORMANCE DEGLI OSPEDALI

Testo di / Fabio Manenti

PAG. 18

MATANY E WOLISSO: GLI OSPEDALI A CONFRONTO

Testo di / Fabio Manenti

APPROFONDENDO

PAG. 21

L'INNOVAZIONE NEI PAESI A RISORSE LIMITATE

Testo di / Massimo La Raja

PAG. 22

L'ORGOGGIO DI SENTIRSI UGANESE

Testo di / Gavino Maciocco

PAG. 23

GESTIRE UNA FARMACIA OSPEDALIERA IN SUD SUDAN

Testo di / Pietro Artegiani



DIALOGO

GARANTIRE LE CURE ESSENZIALI ANCHE AI PIÙ POVERI

Nei paesi dell'Africa Sub-sahariana la Primary Health Care resta ancora un miraggio per quella fascia di popolazione che non può permettersi nemmeno le cure più essenziali. Per questo ogni giorno lavoriamo a fianco della popolazione locale su tutti i livelli del sistema sanitario, dall'ospedale alle comunità, per garantire un'assistenza sanitaria equa e accessibile anche agli "ultimi", troppo spesso dimenticati.

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

Sono passati quasi 40 anni dalla Conferenza di Alma Ata in cui emerse la necessità di investire a livello globale sulla *Primary Health Care* (PHC), un'assistenza sanitaria di cure primarie che fosse accessibile a costi sostenibili per tutti e distribuita nei diversi livelli assistenziali del sistema sanitario, dalle famiglie agli ospedali, dalla prevenzione alla cura¹.

Nonostante il miglioramento dello stato di salute conseguito negli ultimi decenni, le disuguaglianze nella salute continuano a persistere o addirittura ad aumentare: quasi la metà di tutta la popolazione mondiale non ha ancora accesso ai servizi sanitari di base² e la PHC è stata spesso abbandonata a favore di una vera e propria commercializzazione della salute. Questo è quanto accaduto non solo nei paesi occidentali più ricchi, ma anche nei paesi in via di sviluppo e lo vediamo tuttora nel continente africano. Nei paesi dell'Africa Sub-sahariana l'offerta assistenziale delle cure di base è il più delle volte mal gestita o addirittura assente in molti ospedali, lasciando gran parte della popolazione priva di qualsiasi forma di assistenza sanitaria e senza alcuna possibilità di cura. E ancora oggi l'Africa registra il più alto numero di morti materne e infantili, spesso prevenibili con la presenza sul territorio di un sistema basato sulle cure primarie. Tutto ciò è inammissibile ai nostri occhi. Per questo ogni giorno ci impegniamo a fianco del personale e delle autorità locali per rendere l'ospedale agibile e soprattutto un baluardo sicuro per la cura e l'assistenza dell'intera popolazione.

Ma il solo ospedale non basta per garantire una salute equa e accessibile a tutti. La *Primary Health Care* deve partire prima di tutto dai villaggi, attraverso le attività di sensibilizzazione ed educazione sanitaria, il controllo regolare del peso dei bambini e la somministrazione periodica dei vaccini. Sono interventi all'apparenza semplici, frutto del paziente lavoro fatto da operatori e volontari locali, ma in realtà rappresentano una preziosa risorsa nel portare la salute anche nelle zone più remote dei paesi. E come non citare l'importante ruolo dei centri di salute periferici – gli *Health Centers* – in grado di assistere la donne in gravidanza e all'occorrenza trasferire le pazienti più gravi presso l'ospedale più vicino, come nel caso di complicanze ostetriche. Se da una parte i villaggi hanno bisogno della presenza dell'ospedale, dall'altra è l'ospedale stesso che necessita del lavoro fatto nelle comunità e negli *Health Centers* per poter intervenire con efficacia ed essere allo stesso tempo sostenibile; così facendo si crea un processo di sinergia tra i diversi livelli di assistenza sanitaria che rende il sistema funzionante e garante della *Primary Health Care*. Se così non fosse, l'ospedale diventerebbe un polo unico di attrazione per l'intera popolazione, causando ricoveri inappropriati, un aumento dei costi della struttura e un drastico abbassamento di qualità nell'assistenza offerta. È quanto accaduto a Wolisso, in Etiopia, dove il sistema sanitario è cresciuto sì negli anni, ma è ancora troppo debole sul territorio e la popolazione si riversa in massa in ospedale, causando un'impennata dei costi della struttura sempre più difficili da gestire.

È faticoso mantenere un ospedale e soprattutto renderlo accessibile anche a quelle fasce di popolazione più fragili che non si possono permettere nemmeno le cure di base; se non vogliamo escludere i più poveri è perciò necessario uno sforzo congiunto, una partecipazione che vede coinvolti in prima linea non solo la nostra ONG, ma anche i governi locali, la Chiesa e i partner internazionali.

Al delicato ruolo dell'ospedale all'interno della *Primary Health Care* dedicheremo il convegno del prossimo 2 marzo, organizzato da Medici con l'Africa Cuamm e Centro di Salute Globale a Pisa, presso la sede della Scuola Superiore Sant'Anna. L'evento approfondirà l'importanza della valutazione delle performance ospedaliere anche nei paesi a risorse limitate, per garantire un'assistenza sanitaria di qualità laddove essa è ancora insufficiente. Dobbiamo crescere infatti nella consapevolezza che la sanità non è un prodotto di mercato, ma un diritto fondamentale e inviolabile. Per questo Medici con l'Africa Cuamm vuole essere ogni giorno al servizio dei più poveri per garantire equità e cure essenziali, nell'interesse che la salute sia un bene per tutti e non appannaggio di pochi.

NOTE

¹ Chan M., *Return to Alma-Ata*. Lancet 2008; 372: 865-6.

² WHO, World Bank and WHO: *Half the world lacks access to essential health services, 100 million still pushed into extreme poverty because of health expenses*, disponibile su <http://www.who.int/mediacentre/news/>

releases/2017/half-lacks-access/en/?utm_source=WHO+List&utm_campaign=53184b8b03-EMAIL_CAMPAIGN_2017_12_12&utm_medium=email&utm_term=0_823e9e35c1-53184b8b03-266854257



DIALOGO

SE L'1% SI PRENDE TUTTO

L'1% più ricco della popolazione mondiale possiede quanto il restante 99%.

Viviamo in un mondo dove un gruppo minuscolo di individui incredibilmente ricchi può esercitare un controllo spropositato sulla vita economica e politica della comunità globale. Il Rapporto Oxfam 2018.

TESTO DI / GAVINO MACIOCCO / DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE E CLINICA, UNIVERSITÀ DI FIRENZE

L'1% più ricco della popolazione mondiale possiede quanto il restante 99%, si legge nel Rapporto Oxfam 2018 *"An economy for the 99 percent"*¹, diffuso alla vigilia del World Economic Forum di Davos. Già nel 2011 *"We are the 99%"* fu lo slogan usato dai dimostranti che a New York dettero vita al movimento *"Occupy Wall Street"* per denunciare gli abusi e i misfatti del capitalismo finanziario. *"We are the 99%"* fu anche il titolo di un editoriale di Paul Krugman pubblicato sul *New York Times* nel novembre 2011. *"Noi siamo il 99%"* è un grande slogan. – scrive Krugman – Coglie perfettamente il problema di una classe media che si oppone a un'élite (e non verso i più poveri). Inoltre liquida la nozione comune ma sbagliata che la crescita delle diseguaglianze sia principalmente tra i più istruiti e i meno istruiti; i grandi vincitori di questa nuova Età Dorata (*"Gilded Age"*) sono un pugno di persone ricchissime, non i professionisti usciti dal college. Inoltre la percentuale del 99% dello slogan è bassa: gran parte dei profitti dell'1% vanno a un gruppo ancora più piccolo, il top 0,1%, l'uno per mille più ricco della popolazione». Se già dal 2011 era chiarissima la piega che aveva preso la globalizzazione, negli anni successivi la *Gilded Age*² si è ulteriormente, scandalosamente rafforzata (vedi La Notizia *Il mondo in mano ai miliardari*).

«Ecco a che punto siamo come pianeta nel 2018 – scrive Bernie Sanders in un articolo sul *The Guardian*³ – Dopo tutte le guerre, le rivoluzioni e i summit internazionali degli ultimi cento anni, viviamo in un mondo dove un gruppo minuscolo di individui incredibilmente ricchi può esercitare un controllo spropositato sulla vita economica e politica della comunità globale. Nonostante sia difficile da capire, la verità è che le sei persone più ricche del mondo adesso possiedono più ricchezza della parte più povera della popolazione mondiale – 3,7 miliardi di persone. Inoltre, l'1% più benestante adesso ha più soldi del restante 99%. Nel frattempo, mentre i miliardari ostentano la loro ricchezza, quasi una persona su sette cerca di sopravvivere con meno di un dollaro e 25 al giorno e – orribile – circa 29.000 bambini muoiono ogni giorno per cause totalmente prevenibili come la diarrea, la malaria e la polmonite (...). Non solo, ma in un periodo di enormi disuguaglianze di ricchezza e di reddito, le persone di tutto il mondo stanno perdendo la fiducia nella democrazia – nei governi scelti dal popolo, per il popolo e del popolo. Le persone sono sempre più coscienti che l'economia globale è stata truccata per favorire quelli che stanno già in alto a spese di tutti gli altri. E sono arrabbiate. Milioni di persone lavorano sempre di più per salari sempre più bassi rispetto a 40 anni fa, sia negli Stati Uniti che in molti altri paesi. Osservano la situazione, sentendosi indifesi di fronte ai pochi potenti che comprano le elezioni e a una élite politica ed economica che diventa sempre più ricca, mentre il futuro dei loro figli diventa sempre più cupo. Al centro di tutta questa disparità economica, il mondo assiste a un'avanzata allarmante dell'autoritarismo e dell'estremismo di destra, che alimenta, sfrutta e amplifica il risentimento di coloro che sono stati lasciati indietro, e soffia sul fuoco dell'odio etnico e razziale. Dobbiamo sviluppare un movimento internazionale che affronti l'avidità e l'ideologia della classe miliardaria e che porti a un mondo di giustizia economica, sociale e ambientale. Sarà una lotta facile, questa? Ovviamente no. Ma è una lotta che non possiamo evitare. La posta in gioco è troppo alta».

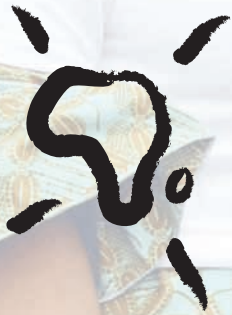
Torniamo al Rapporto 2018 dell'Oxfam, dove si trovano le sue proposte, riassunte in tre punti: 1) Porre un limite ai profitti degli azionisti e ai compensi dei top manager e garantire che tutti i lavoratori ricevano un salario "minimo" che consenta loro di avere una vita decente. 2) Eliminare il gap di genere nello stipendio e proteggere i diritti delle donne lavoratrici. 3) Far pagare più tasse ai benestanti e reprimere l'evasione fiscale per aumentare la spesa pubblica per sanità e istruzione.

NOTE

¹ Oxfam International, *An economy for the 99 percent*, disponibile su <https://www.oxfam.org/en/research/economy-99>

² *Gilded Age* è un periodo della storia americana che va dal 1870 agli inizi del '900 caratterizzato dalla corruzione politica ed economica e da forti proteste sociali. *The Gilded Age* è anche il titolo di un romanzo scritto da Mark Twain nel 1873.

³ Sanders B., *Let's wrench power back from the billionaires*, disponibile su <https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/jan/14/power-billionaires-bernie-sanders-poverty-life-expectancy-climate-change>. Testo tradotto disponibile su <http://www.largine.it/index.php/bernie-sanders-strappiamo-il-mondo-dalle-mani-di-un-gruppo-minuscolo-di-miliardari/>



NUOVE SFIDE PER UN CONTINENTE IN CRESCITA

In Africa i processi di invecchiamento, urbanizzazione e sviluppo stanno alla base dell'aumento di malattie croniche, quali il diabete. La consapevolezza delle dimensioni del problema rimane però bassa: poche diagnosi e ancor meno trattamenti portano a complicazioni e a una mortalità precoce tra la popolazione. Secondo le statistiche dell'OMS, entro il 2030 le malattie croniche rappresenteranno il 42% di tutte le morti nella regione dell'Africa Sub-sahariana. Per questo, Medici con l'Africa Cuamm con il sostegno di WDF – World Diabetes Foundation – ha avviato in Sierra Leone, Angola, Mozambico e in Etiopia una serie di programmi di cura e sensibilizzazione sui rischi legati alla mancata cura e trattamento del diabete, spesso correlato ad altre patologie, come tubercolosi e ipertensione.



MEDICI
CON L'AFRICA
CUAMM
Doctors with Africa

MEDICI
CON L'AFRICA
CUAMM
Doctors with Africa

MEDICI
CON L'AFRICA
CUAMM
Doctors with Africa

MEDICI
CON L'AFRICA
CUAMM
Doctors with Africa

FOUNDATION

FOUNDATION

FOUNDATION

FOUNDATION

MEDICI
CON L'AFRICA
CUAMM
Doctors with Africa

Orange
Money

J. BRUN



FORUM

PROGETTO ECOGRAFIA: L'ESPERIENZA DEL WOLISSO PROJECT

Continua l'impegno del SISM – Segretariato Italiano Studenti di Medicina – nella cooperazione sanitaria internazionale grazie al “Progetto Ecografia”, un programma promosso dagli stessi studenti di Medicina con lo scopo di migliorare le prestazioni degli ospedali di Wolisso e Tosamaganga tramite la donazione di un ecografo e una sessione di formazione del personale locale.

INTERVISTE A / SILVIA SPOLVERATO, ANNA SPADA E ALESSIA BIASOTTO / SISM – SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI DI MEDICINA
TESTO DI / ALESSIA BIASOTTO E ALICE SILVESTRO / SISM – SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI DI MEDICINA

IL PROGETTO ECOGRAFIA

Il Wolisso Project è un'attività del SISM – Segretariato Italiano Studenti di Medicina – in collaborazione con Medici con l'Africa Cuamm che da più di dieci anni offre agli studenti di Medicina e Chirurgia la possibilità di trascorrere un mese della propria carriera universitaria negli ospedali di Wolisso in Etiopia e Tosamaganga in Tanzania.

Da diversi anni il Wolisso Project propone anche progetti di ricerca volti a sopperire in maniera costruttiva le necessità degli ospedali in cui gli studenti vengono ospitati. Proprio da una di queste esigenze è nato il Progetto Ecografia: “Wolisso Ultrasound” (2009) e “Tosamaganga Ultrasound” (2011). Tale progetto, implementato in entrambi gli ospedali africani, è costituito da due parti: una prima che, tramite eventi di fundraising, ha permesso di comprare un ecografo da donare all'ospedale e una seconda, invece, volta a formare il personale locale sul corretto uso di tale apparecchio. Questo duplice investimento ci ha permesso di rispondere alla necessità di un ecografo, ma anche di lavorare in un'ottica di empowerment e progettualità futura tramite la formazione del personale locale.

Sono molte le parole che potremmo utilizzare per descrivere il Wolisso Project, ma per poter assaporare davvero quest'esperienza non c'è modo migliore che rivolgerci a chi è partito e l'ha vissuta in prima persona.

PARTECIPARE ATTIVAMENTE SUL CAMPO

Silvia, Anna e Alessia, studentesse SISM partite con il Progetto Ecografia, ci raccontano come questo progetto permetta ai giovani studenti di concepire la Medicina diversamente da quanto appreso nelle aule universitarie, dando l'opportunità di sporcarsi le mani in prima persona, sviluppando uno spirito critico sul come e dove utilizzare risorse economiche e umane. «In Africa – spiegano Silvia e Anna – non è difficile “fare” il medico, ma piuttosto “essere” un buon medico: provare con ciò di cui si dispone a fare il meglio possibile, pensare con lucidità e soprattutto costruire un dialogo proficuo con il personale locale, al fine di permettere lo scambio di informazioni e conoscenze per migliorare

l'efficienza dell'attività clinica». Alessia ci spiega come tutti questi aspetti sviluppati in Africa rappresentano un prezioso bagaglio al rientro in Italia: in una realtà sempre più multiculturale come la nostra, infatti, un'esperienza di questo tipo può fornire gli stimoli giusti per affrontare la sfida quotidiana della gestione di pazienti di nazionalità diverse, con un background socio-culturale spesso complesso e a noi sconosciuto.

Lasciare un contesto familiare e conosciuto alla volta di un paese a risorse limitate come quello tanzano non è semplice; le difficoltà sono molte, ma ti aiutano a capire quanto questa esperienza possa farti crescere umanamente e professionalmente. Intervistiamo di seguito la dott.ssa Elena Caltarossa, Specialista in Ginecologia e Ostetricia all'Ospedale SS. Giovanni e Paolo di Venezia, coinvolta in prima persona nel Progetto Ecografia e partita anche lei per Tosamaganga.

o Quali sono le differenze riscontrate nella pratica medica in un ospedale italiano rispetto a uno africano?

Si potrebbe parlare per ore della mancanza di acqua corrente durante le emergenze in sala operatoria, dell'“africanissimo” concetto di sterilità, della presenza di animali di vario genere nel giardino dell'ospedale, delle infinite e inspiegabili attese, ma ciò è facilmente immaginabile anche prima di partire. Ciò che mi ha colpito realmente, invece, sono stati i punti in comune: la serietà del personale, la preparazione di alcuni colleghi, i numerosi gesti di solidarietà, la sensazione di soddisfazione che si mescola al senso di responsabilità nel momento in cui un paziente si affida a noi e la ferrea volontà di dare il proprio meglio pur in condizioni a volte disperate.

o Quali sono state le principali difficoltà che ha dovuto affrontare?

Nel complesso non ho riscontrato particolari difficoltà. Nonostante un'iniziale diffidenza nei miei confronti da parte del collega ginecologo tanzaniano, il suo coinvolgimento attivo nella programmazione del corso di formazione ha reso possibile l'instaurarsi di un'ottima intesa sia personale che professionale. Il personale sanitario che ha partecipato alle attività didattiche lo ha fatto con molto interesse, nonostante le lezioni teoriche si svolgessero ad orario lavorativo concluso. Molte pazienti ci hanno permesso di visitarle e sottoporle all'ecografia e in diversi casi le loro storie personali e cliniche si sono rivelate interessanti



SCHOLARSHIP ANESTESIA

Un progetto promosso dagli studenti per migliorare le competenze sanitarie presso l'ospedale St. Luke in Etiopia, in un contesto ancora carente di forza lavoro necessaria a soddisfare i bisogni sanitari.

TESTO DI / ALTEA RENGROBER, ALICE SILVESTRO / SISM - SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI DI MEDICINA

Fin dall'inizio del Wolisso Project, il SISM e Medici con l'Africa Cuamm avevano non solo l'obiettivo di fornire assistenza clinica di qualità, ma anche di garantire lo sviluppo delle competenze del personale sanitario locale. Difatti, a partire dall'ottobre 2013 e per la durata di 36 mesi, è stato realizzato il progetto *Scholarship Anestesia*, che ha garantito a un infermiere gli studi per diventare Tecnico di Anestesia. La creazione di un fondo finanziario specifico ha permesso di pagare le tasse d'iscrizione a un corso triennale presso l'Università di Harar, nonché di coprire le spese di vitto e alloggio presso il campus universitario.

Obiettivo specifico è stato quello di sostenere la formazione professionale di un infermiere in un territorio, come quello sub-sahariano, che registra la cronica carenza di personale sanitario formato adeguatamente. Beneficiari indiretti sono stati anche i familiari dello stesso infermiere, supportati economicamente per tutta la durata del periodo universitario in quanto privati del suo reddito, unica fonte di sostentamento. Il solo obbligo richiesto al futuro tecnico anestesista è quello, al termine degli studi, di lavorare presso l'ospedale per i successivi 4 anni, al fine di contrastare la piaga drammatica della "fuga dei cervelli" verso l'estero e verso le grandi città africane. Il fenomeno del "*brain drain*", infatti, che vede la migrazione di sanitari verso i paesi ad alto reddito in cerca di migliori condizioni di vita e di lavoro, è aumentato negli ultimi decenni a causa delle politiche di reclutamento attivo che i paesi sviluppati hanno messo in atto. Secondo il rapporto OMS (2006), l'Africa Sub-sahariana può contare soltanto sul 3% della forza lavoro in sanità, pur detenendo il 24% del carico di malattie. Il territorio etiopico non fa eccezione: il St. Luke Hospital necessiterebbe di almeno cinque anestesisti, ma deve fare affidamento soltanto su uno assunto a tempo determinato e altri tre assunti con contratti mensili.

Il progetto *Scholarship Anestesia* risponde dunque a una forte richiesta di formazione locale, collocandosi in un quadro più generale di disequilibrio cronico tra forza lavoro disponibile e bisogni sanitari territoriali, risolvibile a nostro parere soltanto attraverso un metodico piano di istruzione e formazione professionale a lungo termine.

spunti per una riflessione sulla complessità della realtà in cui si va ad intervenire, a tratti così distante dalla nostra.

La gestione del tempo è stato un grande problema: nessun orario riusciva ad essere rispettato e le attese si allungavano oltre ogni nostra "occidentale" comprensione, ma come mi ha fatto notare il collega tanzaniano, noi europei siamo abituati ad ottimizzare i tempi, ma spesso lo facciamo in modo automatico e senza capire a cosa ci serve realmente.

o In che modo questa esperienza ha lasciato un segno dal punto di vista personale, oltre che professionale?

Desideravo vivere da molto tempo un'esperienza di Cooperazione, dopo aver frequentato il corso organizzato da Medici con l'Africa Cuamm e rivolto a chi intende partire per un periodo di attività in Africa. Si trattava di conciliare quanto appreso al corso con un'attività di insegnamento che mi coinvolgeva in prima persona e l'idea mi elettrizzava. Sono stata sorpresa dall'accoglienza, che mi aspettavo più dura e diffidente, dall'ottima preparazione professionale del mio collega e dalla sua disponibilità a discutere i casi di quelle che erano a tutti gli effetti sue pazienti e di condividere idee sulla diagnosi e il trattamento ottimale. Indubbiamente c'è stata una crescita sia dal punto di vista personale che professionale: ho potuto confrontarmi con numerosi casi clinici difficilmente riscontrabili nelle nostre realtà ospedaliere e allo stesso tempo ho compreso come questa professione, a discapito del contesto in cui viene operata, accomuna tutti noi nel medesimo ostinato intento di fare del bene.

UN MESE CHE SCORRE VELOCISSIMO

Il Progetto Ecografia ha rappresentato una preziosa esperienza per gli studenti del SISM che si trovano a dover vincere l'impaccio iniziale e ovviare alle barriere linguistiche e culturali, imparare a muoversi in un ambiente che non è familiare e misurarsi con una realtà a tratti disarmante. Si tratta indubbiamente di un mese in cui l'Africa ti insegna e concede molto più di quanto si possa credere prima di chiudersi lo zaino e partire. Il nostro modo occidentale di concepire la salute, la malattia, la vita e la morte e di conseguenza il ruolo della medicina non è l'unico e, spesso, nemmeno il più giusto.



OVERVIEW

IL COSTO DEGLI OSPEDALI NEI PAESI A RISORSE LIMITATE

Nei paesi a risorse limitate gli ingenti costi di gestione di una struttura ospedaliera richiedono un finanziamento spesso difficile da reperire, sia per il sistema pubblico che per gli ospedali privati *not for profit*, e che non garantisce servizi curativi di qualità adeguata, basandosi per lo più su “quanto disponibile” piuttosto che su standard qualitativi riconosciuti.

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

NATURA E FINALITÀ DEGLI OSPEDALI

L'ospedale è un'istituzione con lo scopo di fornire assistenza sanitaria e per funzionare necessita di risorse umane, equipaggiamenti, farmaci e infrastrutture, quindi di risorse economiche per garantirne l'armonico equilibrio. In generale le finalità incidono sul tipo di finanziamento utilizzato: queste possono avere lo scopo di migliorare la salute della comunità oppure quello di vendere un bene all'individuo più o meno consapevole del bisogno. Si va cioè da una finalità espressamente di tipo pubblico (salute di comunità), all'interesse privato di avere una profittabilità dall'investimento fatto “vendendo” servizi all'individuo. Queste due situazioni estreme si riflettono anche nella natura della proprietà, governativa/pubblica nel primo caso e privata *for profit* nel secondo. Tuttavia esistono eccezioni e situazioni miste sia per natura che finalità, come gli ospedali privati *not for profit*, di natura privata ma con l'interesse, almeno sulla carta, di rispondere ai bisogni di salute della comunità. Perciò natura e finalità più o meno dichiarate e/o rispettate influiscono sia sui costi dei servizi che sulle modalità di finanziamento, così come sull'efficienza, dove diversi studi dimostrano che sistema pubblico e privato *non profit* sarebbero più efficienti del sistema privato *for profit*¹.

I COSTI DI GESTIONE DELL'OSPEDALE NON PROFIT

In generale, la composizione dei costi di questi ospedali è basata sui costi correnti della struttura e sull'esercizio di equilibrio di bilancio tra entrate e uscite dell'anno; questo per impossibilità a finanziare gli ammortamenti, gli sviluppi infrastrutturali o la sostituzione degli equipaggiamenti, senza ricorrere a donazioni “ad hoc”. A causa dell'impossibilità di generare entrate sufficienti, dunque, i costi sostenuti sono spesso inferiori a quelli necessari a garantire standard qualitativi adeguati².

I costi correnti degli ospedali sono molteplici, ma riassumibili in 5 macro-categorie (**Grafico 1**): i costi delle risorse umane che rappresentano normalmente il 50-70%, il costo dei farmaci e dei presidi sanitari (20-30%), i costi di manutenzione ordinaria delle infrastrutture e degli equipaggiamenti (10%), i costi dedicati a energia, acqua, comunicazione e trasporti di beni e persone (5-10%) e infine i costi amministrativi della struttura (2-3%). Pren-

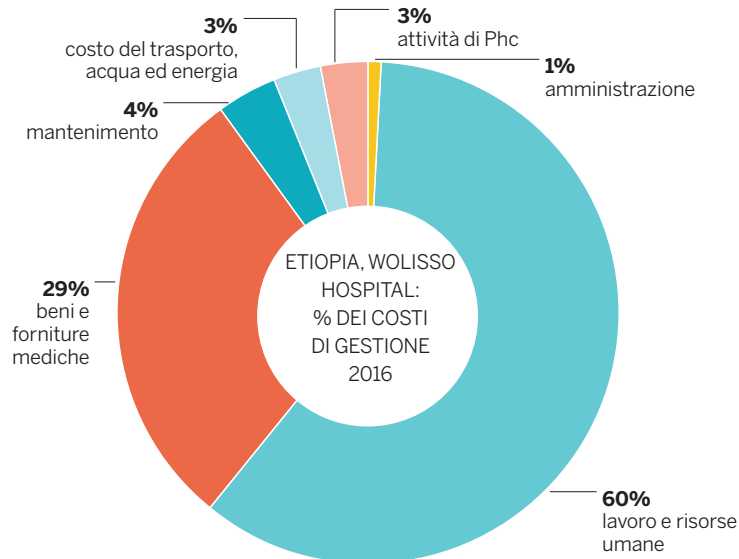
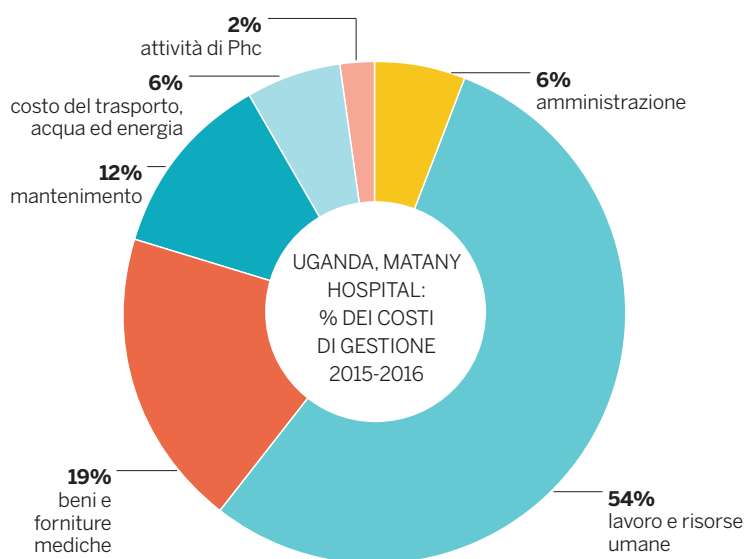
diamo come esempio i costi di gestione dell'ospedale di Matany (Uganda) e quelli di Wolisso (Etiopia). Il costo dell'ospedale di Matany, che ha un bacino di utenza di circa 150.000 abitanti, è stato di 729.000 euro nell'anno finanziario 2015-16, mentre quello di Wolisso, con un bacino di utenza di circa 1 milione di abitanti, è stato di 1.621.000 euro. Nella **Tabella 1** alcune attività:

TABELLA 1 / ATTIVITÀ E VOLUMI DEGLI OSPEDALI DI MATANY IN UGANDA E WOLISSO IN ETIOPIA

ATTIVITÀ	MATANY	WOLISSO
VISITE AMBULATORIALI	24.005	78.716
RICOVERI	8.655	14.742
VISITE PRENATALI	3.707	8.244
PARTI (CESAREI)	1.118 (252)	3.687 (562)
INTERVENTI DI CHIRURGIA MAGGIORE	650	3.328

Notiamo come i costi, i volumi e le complessità dei casi trattati siano nettamente diversi, ma difficili poi da misurare nel dettaglio per valutarne il costo-efficacia, perché basati su “quanto disponibile” piuttosto che su standard qualitativi riconosciuti.

Se questi sono i costi di funzionamento della struttura, garantire accessibilità e sostenibilità richiede un tale finanziamento difficile da reperire, sia per il sistema pubblico che per gli ospedali *not for profit*, pur ricorrendo alle *user fees* e a donazioni private, dimostrate comunque insufficienti a garantire sostenibilità del sistema (*ibidem*). Se poi i costi dovessero essere interamente a carico degli utenti (il costo medio di un ricovero è di 58 euro a Matany e 75 euro a Wolisso), sarebbero inaccessibili a gran parte della popolazione, visto che circa il 33% della popolazione vive con meno di 1,9 dollari al giorno in entrambi i paesi³. Uno studio realizzato negli ospedali cattolici in Uganda indicherebbe come valore accettabile un valore di *user fees* stimato attorno al 20-30% dei costi correnti⁴, per non compromettere l'equità di accesso. Nel caso di Matany questi sono del 16%, mentre a Wolisso del 38%. Quindi diverse *user fees*, che cercano di promuovere accesso di donne e bambini: una visita ambulatoriale costa al paziente rispettivamente 1,8 euro a Matany e 2,5 euro a Wolisso, un ricovero in pediatria 1,6 e 2,5 euro, un parto 4,9 e 3,3 euro (a Wolisso il cesareo era gratuito fino al 2016, attualmente è di 10 euro), mentre un ricovero in Medicina costa 17 e 33 euro, la Chirurgia 33 a Matany, mentre a Wolisso è variabile da 33 fino a 168

GRAFICO 1 / LA DISTRIBUZIONE DEI COSTI DI GESTIONE NELL'OSPEDALE DI MATANY IN UGANDA E WOLISSO IN ETIOPIA

euro per chirurgia maggiore. Il resto dei costi è sostenuto rispettivamente per il 26 e 17% dai governi locali, per il 55 e 45% dai donatori internazionali. Il sistema pubblico, che il più delle volte dichiara la gratuità dei servizi, in realtà non riesce a sostenere i costi reali degli stessi, che finiscono per ricadere, in maniera più o meno ufficiale, sui pazienti. Non va dimenticato che furono la Banca Mondiale e il Fondo Monetario Internazionale a imporre i cosiddetti aggiustamenti strutturali, introducendo le *user fees*⁵ anche nei sistemi pubblici, con il solo effetto di aver ridotto l'accesso senza migliorare la qualità, né tantomeno la sostenibilità.

Il sistema *non profit*, dunque, che si è sviluppato soprattutto nelle aree rurali e poco servite dai sistemi pubblici, può essere visto come un'alternativa per colmare l'assenza dei servizi stessi, anche se a maggior costo a carico dei pazienti, migliorando integrazione e collaborazione con il sistema pubblico⁶.

In conclusione, il costo dei servizi ospedalieri nei paesi a risorse limitate resta più dipendente dal tipo di finanziamento disponibile

che dall'aderenza a standard qualitativi. Il ricorso al carico diretto sui pazienti di tutto o parte dei costi del servizio ha importanti ricadute su accessibilità ed esclusione dalle cure. I sistemi assicurativi comunitari, ma anche quelli nazionali, sperimentati negli ultimi 20 anni, sembrano aver migliorato solo in parte la raccolta dei fondi necessari a finanziare i costi dei servizi, così come la popolazione coperta dall'assicurazione, la riduzione del rischio di spese catastrofiche e l'utilizzo degli stessi^{7,8}. A meno che i governi non cambino drasticamente il contributo pubblico alla salute, gli attuali sistemi di finanziamento (*out-of-pocket*-governo-donatori) non sono sufficienti, né sono in grado di garantire la necessaria progressione verso l'*Universal Health Coverage*. Quindi, mitigazione dell'uso delle *user fees* e maggior sviluppo dei sistemi assicurativi sembrano per ora gli unici strumenti per gli ospedali *non profit*, ma forse anche per quelli pubblici, al fine di garantire un certo equilibrio tra accessibilità e sostenibilità dei costi della struttura ospedaliera.

NOTE

1 Global Center for Public Service Excellence, UNDP 2015, *Is the private sector more efficient? A cautionary tale*.

2 Flessa S., *The costs of hospital services: a case study of Evangelical Lutheran Church hospitals in Tanzania*, Health Policy Plann 1998 Dec; 13 (4): 397-407.

3 Dati IndexMundi disponibili su <https://www.indexmundi.com/>

4 Amone J., *User fees in private non-for-profit hospitals in Uganda: a survey and intervention for equity*, International Journal for Equity in Health 2005, 4:6.

5 World Bank, *Financing Health services in developing countries*, 1987.

6 Dr. Jill O et al., *Understanding the roles of faith-based health-care providers*

in Africa: review of the evidence with a focus on magnitude, reach, cost, and satisfaction, The Lancet Journal, Faith-based health-care, July 2015, disponibile su <http://www.thelancet.com/series/faith-based-health-care>

7 Caring G. et al., *Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems*, Tropical Medicine & International Health, 2005 Aug; 10(8):799-811.

8 Arnab Acharya et al., *Review: Impact of national health insurance for the poor and the informal sector in low- and middle-income countries*, July 2012, Evidence for Policy and Practice Information and Coordinating Centre (EPPI-Centre).



OVERVIEW

IL FINANZIAMENTO DEGLI OSPEDALI NON PROFIT IN AFRICA

Nei paesi dell'Africa Sub-sahariana gli ospedali *non for profit* vengono finanziati attraverso i contributi dello Stato, il pagamento dei servizi a carico dei pazienti e l'aiuto internazionale. Nonostante questo mix di aiuti, il finanziamento degli ospedali resta spesso problematico e incerto, ostacolando il percorso verso la copertura sanitaria universale.

TESTO DI / GIOVANNI PUTOTO E FABIO MANENTI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

In Africa, il settore sanitario senza scopo di lucro (Not for Profit - NFP) gioca un ruolo fondamentale nell'erogazione dei servizi sanitari primari e secondari. Stime suggeriscono che dal 30 al 70% dei servizi sanitari siano erogati in questo continente da strutture sanitarie di proprietà delle chiese di diversa professione religiosa¹. Come si finanzia questo settore, e in particolare come si finanziano gli ospedali religiosi NFP? Data la mancanza di studi sistematici su questo argomento, il presente contributo descrive delle linee di tendenza generale avvalendosi di esperienze dirette, casi specifici e letteratura disponibile. Gli ospedali religiosi in Africa si finanziano attraverso un mix variabile di tre fonti: i contributi dello Stato, il pagamento dei servizi da parte dei pazienti (le cosiddette *user fees*) e l'aiuto internazionale.

CONTRIBUTI DELLO STATO

Per molti anni il finanziamento pubblico del settore ospedaliero NFP è stato di tipo indiretto e le forme più diffuse prevedevano l'esenzione delle imposte di importazione dei farmaci e dell'equipaggiamento e la messa a disposizione di personale sanitario pubblico presso gli ospedali NFP². Nell'ultimo decennio, invece, si stanno affermando forme contrattuali tra lo Stato e i network interconfessionali attivi nel settore sanitario (*contracting through service agreement*). In base a questi accordi, i contributi dello Stato vengono erogati stabilendo ex ante il pacchetto dei servizi sanitari previsti (es. volumi, costi, qualità dei servizi, riduzione o abolizione delle *user fees*, nuove prestazioni, ecc.) e le condizioni per il rimborso. I pacchetti più frequenti riguardano normalmente i servizi materno-infantili³.

Non c'è uniformità nei contratti; i meccanismi, le forme e gli approcci sono estremamente diversi, dipendono molto dal contesto e dalla storia e sono comunque di difficile sistematizzazione pratica e concettuale⁴. Con i contributi pubblici la copertura dei costi correnti degli ospedali NFP può variare dal 50-60% (in Tanzania) al 10-20% (in Uganda ed Etiopia).

I pochi studi disponibili sull'efficacia e la sostenibilità di queste forme contrattuali evidenziano un quadro di "perdurante crisi"^{5,6,7,8}. I problemi più comuni riguardano la poca chiarezza delle procedure di rimborso, un sistema non aggiornato delle tariffe, gravi ritardi nel pagamento delle fatture, mancanza di trasparenza, inadeguate risorse umane e materiali e un sistema debole di

monitoraggio e controllo della performance. In particolare, a preoccupare il sistema NFP ci sono l'aumento dei costi legato all'inflazione sanitaria (tradizionalmente più alta di quella generale), l'incremento della utilizzazione dei servizi e il fenomeno, alla rovescia, della migrazione del personale sanitario dal settore NFP a quello pubblico quando si verifica l'aumento dei salari governativi. Questo quadro è strettamente legato alla condizione di sotto-finanziamento del sistema sanitario che in molti paesi africani rimane abbondantemente sotto il target del 15% della spesa pubblica prevista dall'accordo di Abuja^{9,10}. In Uganda dal 2011 al 2016 la spesa sanitaria pubblica si è collocata in media attorno al 7% della spesa pubblica totale. A sua volta, al settore NFP, è stato allocato un 7% della spesa stessa¹¹.

Un caso a parte è il Ruanda, che spende il 23% della spesa pubblica in sanità e dove la partnership pubblico-privato ha permesso al sistema sanitario di crescere e rafforzarsi dopo il genocidio¹². Grazie alla costituzione di un fondo unico di assicurazione sanitaria e a una convenzione innovativa tra le parti, si è stabilito che il pacchetto dei servizi sanitari da offrire ai cittadini sia identico per tutti, abbia gli stessi costi e segua le stesse procedure e linee guida. Il pacchetto include anche i servizi per i pazienti affetti da HIV. Gli ospedali NFP in cambio ricevono il medesimo equipaggiamento delle strutture pubbliche e la copertura del 50% del costo del personale. Nonostante questo approccio, il settore sanitario NFP è sceso dal 40 al 30% dei servizi erogati.

PAGAMENTO DEI SERVIZI SANITARI DA PARTE DELLA POPOLAZIONE: USER FEES E COMMUNITY HEALTH FINANCING

I pagamenti a carico dei pazienti continuano ad essere una forma assai diffusa di finanziamento degli ospedali NFP in Africa, nonostante i loro effetti regressivi, che nelle forme più estreme arrivano a determinare vere e proprie "spese catastrofiche". I comportamenti però sono molto diversificati. In Uganda, ad esempio, ci sono ospedali rurali che applicano tariffe fisse (*flat rate*) che coprono in media dal 20 al 30% dei costi correnti. Al contrario, ci sono ospedali urbani che adottano tariffe variabili in base alle prestazioni erogate. In tal caso possono raggiungere e superare il 90% dei costi correnti¹³. Questi comportamenti e questi livelli sono importanti da conoscere e monitorare perché indicano un'attenzione più o

TABELLA 1 / SCHEMA DELLE RIFORME DI FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ IN 5 PAESI SUB-SAHARIANI

PAESE	STRUTTURA/TIPOLOGIA DI SISTEMA	ANNO DI RIFORMA	ENTRATE PRODOTTE	COPERTURA ASSICURATIVA SANITARIA, % DELLA POPOLAZIONE
GHANA	SISTEMA NAZIONALE DI ASSICURAZIONE SANITARIA - NHIS (SETTORE FORMALE)	2005	72% TASSE 20% DI CONTRIBUTI DERIVATI DALLA PREVIDENZA SOCIALE E ASSICURAZIONE NAZIONALE (SSNIT) 4% PROVENTI DA INVESTIMENTI 3% PREMI 1% ALTRE FONTI	38% (2015)
RUANDA	ASSICURAZIONE SANITARIA BASATA SULLA COMUNITÀ - CBHI (SETTORE INFORMALE)	1994	66% ASSICURAZIONE COMUNITARIA 14% GOVERNO 10% FONDO GLOBALE 10% ALTRE FONTI	80% (2015-2016)
KENYA	- FONDO NAZIONALE DI ASSICURAZIONE SANITARIA - NHIF (SETTORE FORMALE) - ASSICURAZIONE SANITARIA BASATA SULLA COMUNITÀ - CBHI (SETTORE INFORMALE) - SERVIZIO DI ASSICURAZIONE SANITARIA SOCIALE - SHIB (DIPENDENTI DEL SETTORE PRIVATO)	1999	34% GOVERNO 29% SPESA DIRETTA DEI PAZIENTI (OUT OF POCKET - OOP) 19% ISTITUZIONI SENZA SCOPO DI LUCRO AL SERVIZIO DELLE FAMIGLIE (NPISH) 4% ALTRE FONTI	11% (NHIF) 1,3% (CBHI)
TANZANIA	- FONDO NAZIONALE DI ASSICURAZIONE SANITARIA - NHIF (SETTORE FORMALE) - FONDO SANITARIO COMUNITARIO - CHF (SETTORE INFORMALE RURALE) - TIBA KWA KADI - TIKI (SETTORE INFORMALE URBANO)	2001	6% CONTRIBUTO SALARIALE SUDDIVISO TRA DIPENDENTE E DATORE DI LAVORO. I CONTRIBUTI DEI MEMBRI (\$ 3- \$ 6) SONO ACCORDATI DAL GOVERNO A LIVELLO DISTRETTUALE	4%
ETIOPIA	- PIANO DI ASSICURAZIONE SANITARIA BASATO SULLA COMUNITÀ - CBHIS	2010/11	70% ASSICURAZIONE COMUNITARIA 25% CONTRIBUTI GOVERNATIVI 5% ALTRE FONTI	7,5%

NIHS: National Health Insurance Scheme - sistema nazionale di assicurazione sanitaria; **CBHI:** Community Based Health Insurance - assicurazione sanitaria basata sulla comunità; **CBHIS:** Community Based Health Insurance Scheme - piano di assicurazione sanitaria basato sulla comunità; **CHF:** Community Health Fund - fondo sanitario comunitario; **NHIF:** National Health Insurance Fund - fondo nazionale di assicurazione sanitaria; **SHIB:** Social Health Insurance Benefit - servizio di assicurazione sanitaria sociale; **SSNIT:** Social Security and National Insurance Trust - previdenza sociale e assicurazione nazionale; **TIKA:** Tiba kwa Kadi

Fonte: *International Health*, 2017¹⁸

meno vigile all'accesso alle cure da parte della popolazione più indigente¹⁴.

Di notevole interesse, ai fini della condivisione del rischio e della protezione finanziaria delle comunità rurali sprovviste di copertura assicurativa, sono i "Community Saving Groups" (CSG). Si tratta di associazioni in gran parte spontanee, informali, in cui i membri, che possono variare da qualche unità a centinaia di persone, condividono secondo vari meccanismi i risparmi del gruppo per affrontare spese impreviste come i funerali, il parto assistito o il trasporto in caso di emergenze¹⁵. Recenti studi realizzati presso il distretto di Oyam e l'ospedale NFP di Aber in Uganda hanno rilevato la grande diffusione dei CSG nella comunità locale e la volontà di avviare forme di prepagamento comunitario (*Community Health Insurance* - CHI) per prestazioni sanitarie specie a favore di donne e bambini¹⁶ (si veda anche *Le assicurazioni sanitarie a livello comunitario*, pag. 13). La rete ugandese delle strutture sanitarie cattoliche (UCMB) che ha sperimentato diverse forme di *Community Health Financing* - CHF nell'Ovest e Sud Ovest del paese, si è dichiarata aperta e interessata a promuovere questa forma di finanziamento degli ospedali NFP. Allo stesso tempo ne ha sottolineato lucidamente anche gli aspetti più problematici, quali: la mancanza di sussidi pubblici, la scelta del gestore del fondo, l'esclusione dei più poveri, la mancanza di studi econometrici sui

costi effettivi dei pacchetti sanitari, il basso arruolamento, l'abuso dei servizi e la selezione avversa¹⁷.

Per trovare concretezza e sostenibilità nel tempo, dunque, sia i *community saving groups* che le *community health insurance* devono affrontare aspetti politici e tecnici complessi come la normazione dei gruppi, l'uso sicuro e competente del denaro da parte del gestore del fondo, l'integrazione con gli schemi assicurativi nazionali, le garanzie in caso di default, la copertura della popolazione. La **Tabella 1** presenta un esempio di come alcuni paesi africani cerchino di sviluppare forme miste di finanziamento della sanità in cui possano trovare posto i contributi assicurativi del settore informale e formale. Da notare la varietà degli schemi e i diversi esiti di copertura.

AIUTO INTERNAZIONALE

L'aiuto internazionale agli ospedali NFP è assai differenziato. I contributi degli aiuti internazionali raramente sostengono direttamente il bilancio ospedaliero, come nel caso del programma "Prima le mamme e i bambini" di Medici con l'Africa Cuamm. Più spesso invece sono finalizzati a interventi in costo

capitale (costruzione di nuovi edifici o acquisto di equipaggiamenti) con implicazioni negative in termini di conseguente aumento dei costi operativi. Oltre a ciò, già da qualche anno, sono gli stessi programmi verticali internazionali a finanziare gli ospedali NFP, ma solo per pacchetti ristretti a specifiche patologie (es. HIV) come nel caso di ACT (*Aids Care and Treatment*) che ha sostenuto 17 strutture sanitarie NFP, creando spesso una gestione ospedaliera "parallela" controversa e controproducente, specie nell'ambito della gestione delle risorse umane.

Recentemente, il supporto internazionale si sta orientando a forme di *Performance Based Financing* basate sugli output, la qualità delle prestazioni e a forme di *accountability* basate sui risultati. È il caso in Uganda dell'ospedale della Diocesi di Jinja, sostenuto da Cordaid, ONG olandese, e dalla Uganda Catholic Medical Bureau - UCMB, e del programma NewHealth finanziato dal Department for International Development - DFID nel nord del paese a favore degli ospedali NFP. Questo sistema di finanziamento per incentivi legati alla performance, pur complesso, ha stimolato però gli ospedali NFP a rivedere il mix dei volumi e ad occuparsi in modo serio della qualità dei servizi nel loro insieme¹⁹. In sostanza, l'aiuto internazionale non solo è variabile in termini

di importo finanziario e durata nel tempo, ma ha anche un esito positivo o negativo sull'accesso ai servizi ospedalieri, la qualità e i costi ricorrenti e quindi sulla sostenibilità, a seconda degli approcci e del livello di integrazione con le politiche sanitarie e i sistemi esistenti in loco.

CONCLUSIONI

Il finanziamento degli ospedali NFP in Africa rimane problematico e incerto. Se la finalità è quella di costruire progressivamente una copertura universale sanitaria che dia garanzie di accesso e protezione finanziaria alla popolazione, c'è bisogno di un sistema sanitario inclusivo dove la qualità della partnership tra tutti gli attori (stato, popolazione, donatori internazionali) sia centrata su obiettivi e percorsi condivisi²⁰. Occorre altresì che le politiche e le esperienze passino al vaglio attento e trasparente della valutazione e della ricerca. Non ci sono soluzioni universali e di pronto uso da adottare, piuttosto un percorso basato su dialogo, fiducia e innovazione.

NOTE

- 1 Olivier J., C. Tsimpo, R. Gemignani, M. Shojo, H. Coulombe, F. Dimmock, M. Cong, et al. 2015, *Understanding The Roles of Faith-Based Health-Care Providers in Africa: Review of the Evidence with a Focus on Magnitude, Reach, Cost, and Satisfaction*, The Lancet 386 (10005): 1765-75.
- 2 Jill Olivier & Quentin Wodon (2014), *Faith-inspired Health Care in Sub-Saharan Africa: An Introduction to The Spring 2014 Issue, The Review of Faith & International Affairs*, 12:1, 1-7, DOI: 10.1080/15570274.2013.876737.
- 3 Vogel JP., Betrán AP., Widmer M., et al., *Role of faith-based and nongovernment organizations in the provision of obstetric services in 3 African countries*. Am J Obstet Gynecol 2012;207:495.e1-7.
- 4 Eleanor Whyte & Jill Olivier (2017), *Models of engagement between the state and the faith sector in sub-Saharan Africa - a systematic review*, Development in Practice, 27:5, 684-697.
- 5 Boulenger, D., B. Keugoung, and B. Criel. 2009, *Contracting Between Faith-Based and Public Health Sector in Sub-Saharan Africa: An Ongoing Crisis? The Cases of Cameroon, Tanzania, Chad and Uganda*. Antwerp: Institute of Tropical Medicine.
- 6 Chirwa, M. L., I. Kazanga, G. Faedo, and S. Thomas. 2013, *Promoting Universal Financial Protection: Contracting Faith-Based Health Facilities to Expand Access: Lessons Learned From Malawi*, Health Research Policy and Systems 11 (1): 27-35.
- 7 Njuki, R., T. Abuaya, J. Kimani, L. Kanya, A. Korongo, C. Mukanya, P. Bracke, B. Bellows, and C. E. Warren. 2015, *Does a Voucher Program Improve Reproductive Health Service Delivery and Access in Kenya?*, BMC Health Services Research 15 (1): 206-216.
- 8 Kamugumya, D., and J. Olivier. 2016, *Health System's Barriers Hindering Implementation of Public-Private Partnership at the District Level: A Case Study of Partnership for Improved Reproductive and Child Health Services Provision in Tanzania*, BMC Health Services Research 16 (1): 596-609.
- 9 *Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report*, World Health Organisation and World Bank.
- 10 *World Bank plans to name and shame countries on health spending*, <https://www.ft.com/content/6bde30d4-e01e-11e7-a8a4-0a1e63a52f9c> 1/
- 11 *Health spending in Uganda file:///C:/Users/giovanni.putoto/Downloads/PBP_32%20(1).pdf*

- 12 John Maurice, *Faith based organisation bolster health care in Rwanda*, Lancet July 7, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61213-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61213-2)
- 13 Bilancio Ospedali Ugandesi, UCMB, 2016.
- 14 Joseph Amone, Salome Asio, Adriano Cattaneo, Annet Kakinda Kweyatulira, Anna Macaluso, Gavino Maciocco, Maurice Mukokoma, Luca Ronfani and Stefano Santini, *User fees in private non-for-profit hospitals in Uganda: a survey and intervention for equity*, International Journal for Equity in Health, 2005, 4:6 doi:10.1186/1475-9276-4-6.
- 15 Elizabeth Ekirapa-Kiracho, Ligia Paina, Rornald Muhumuza Kananura, Aloysius Mutebi, Pacuto Jane, Juliet Tumuhairwe, Moses Tetui & Suzanne N Kiwanuka (2017) 'Nurture the sprouting bud; do not uproot it': Using saving groups to save for maternal and newborn health: lessons from rural Eastern Uganda, Global Health Action, 10:sup4, 1347311, DOI:10.1080/16549716.2017.1347311
- 16 Biggeri M., Nannini M., Putoto G., *Assessing The Feasibility Of Community Health Insurance: A Mixed Methods Exploratory Analysis In Uganda*, Social Science and Medicine, Forthcoming.
- 17 Sam Orochi Orach, *The contribution of Religious health networks in Systems Strengthening through Innovations in Community Health Financing - The case of Community Health Insurance in Uganda - successes and challenges*, 2014, Uganda Catholic Medical Association <http://www.ucmb.co.ug/index.php/19-ucmbnews/45-article-the-contribution-of-religious-health-networks-in-systems-strengthening-through-innovations-in-community-health-financing-the-case-of-community-health-insurance-in-uganda-successes-and-challenges>
- 18 Ama Pokuaa Fenny, Robert Yates and Rachel Thompson, *Social health insurance schemes in Africa leave out the poor*, International Health doi:10.1093/inthealth/ihx046.
- 19 *Results Based Financing with non-state providers Insights from a controlled trial in Northern Uganda*, http://resources.healthpartners-int.co.uk/wp-content/uploads/2015/10/RBF-with-non-state-providers_Technical-Annexes_NU-Health-2015_upd1.pdf
- 20 Jean F. Duff, Warren W. Buckingham, *III Strengthening of partnerships between the public sector and faith-based groups*, Lancet on line July 7, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60250-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60250-1)



OVERVIEW

LE ASSICURAZIONI SANITARIE A LIVELLO COMUNITARIO

Gran parte della popolazione nei paesi a medio e basso reddito non dispone di un'adeguata protezione finanziaria in caso di malattia e maternità, e si trova ad affrontare ingenti spese sanitarie attraverso pagamenti *out-of-pocket*. Al fine di migliorare l'accesso ai servizi sanitari da parte di popolazioni povere rurali, in alcuni paesi si sono sviluppate forme di assicurazione sanitaria a livello comunitario.

TESTO DI / MARIA NANNINI / UNIVERSITÀ DI FIRENZE - DIPARTIMENTO DI ECONOMIA

Molte famiglie dei paesi a medio e basso reddito non dispongono di una protezione finanziaria adeguata in caso di malattia, di incidente o di morte¹ e sono così costrette ad affrontare ingenti spese sanitarie, in particolare attraverso il pagamento diretto al momento della prestazione, definito *out-of-pocket*². Nonostante i governi siano tenuti a svolgere un ruolo guida in questo senso, solo una piccola parte delle entrate pubbliche in tali paesi è di fatto destinata all'erogazione di servizi sanitari. Negli ultimi anni in Asia e in Africa Sub-sahariana si è registrata una relativa diffusione di assicurazioni sanitarie a livello comunitario (*Community Based Health Insurance*). Questo modello si basa sulla mobilitazione di contributi finanziari da parte dei membri della comunità attraverso un sistema di prepagamento ed è stato indicato quale valida innovazione per fornire un'adeguata protezione finanziaria.

Sebbene tale soluzione possa contribuire in modo significativo al raggiungimento di una copertura sanitaria universale, diversi studi hanno analizzato limiti e difficoltà operative che spesso ostacolano il raggiungimento del suo pieno potenziale, come l'assenza di un quadro legislativo adeguato e la scarsa capacità manageriale dei fondi, le insufficienti misure di controllo, i costi di gestione sproporzionati e i bassi tassi di iscrizione allo schema di assicurazione volontaria.

Secondo studi recenti^{3,4,5}, inoltre, la scarsa copertura assicurativa può essere legata anche a fattori relativi al capitale sociale della popolazione, come l'esistenza di forme di solidarietà e fiducia tra i membri della comunità, le lunghe distanze da percorrere e le difficili soluzioni di trasporto per raggiungere i centri sanitari^{6,7,8}.

Proprio nell'ambito delle possibili forme di prepagamento comunitario,

è stato condotto tra ottobre e dicembre 2016 uno studio di fattibilità con lo scopo di fornire una valutazione sistematica ex ante circa la possibile implementazione di un sistema di assicurazione sanitaria comunitaria nel distretto rurale di Oyam, in Uganda⁹. L'indagine ha coinvolto 180 famiglie esplorando le caratteristiche rilevanti a livello di comunità in termini di accesso ai servizi sanitari. Sono state realizzate 40 interviste individuali con le principali autorità tecniche e politiche del distretto, esaminando il potenziale ruolo dei diversi leader locali durante l'implementazione dello schema. Infine, 8 *Focus Group* hanno coinvolto vari rappresentanti della comunità, al fine di individuare l'impatto specifico dei principali ostacoli all'accesso ai servizi sanitari. Nel complesso l'analisi dei dati raccolti ha permesso di verificare l'esistenza di importanti condizioni di fattibilità per uno schema di micro assicurazione comunitaria.

La comunità sembra dare molto valore alla salute, dimostrando di essere ben consapevole delle ingenti spese legate alle cure; i servizi forniti dalle strutture sanitarie sono considerati di qualità accettabile e la popolazione mostra fiducia nei confronti degli operatori sanitari. È inoltre evidente un alto grado di solidarietà a livello comunitario; sono già presenti, infatti, molti gruppi locali di mutua assistenza che raccolgono contributi finanziari al fine di facilitare pratiche di risparmio o garantire fondi di solidarietà in casi di emergenza. Infine, la popolazione è capace e disposta a pagare un premio ragionevole per un sistema di *Community Health Insurance*.

Tale studio ha dunque dimostrato come una micro assicurazione ben disegnata possa costituire un valido modello per migliorare il livello di accesso all'assistenza sanitaria e offrire protezione finanziaria alla comunità di Oyam.

NOTE

¹ ILO (2005), *Health Micro-Insurance Schemes: Feasibility Study Guide*.

² Adebayo E. F. (2015), *A systematic review of factors that affect uptake of community-based health insurance in low-income and middle-income countries*. BMC Health Services Resear.

³ Mladovsky P. S. (2014), *Can social capital help explain enrolment (or lack thereof) in community-based health insurance? Results of an exploratory mixed methods study from Senegal*, *Social Science and Medicine*, 101, 18-27.

⁴ Mladovsky P. N. (2015), *The impact of stakeholder values and power relations on community-based health insurance coverage: Qualitative evidence from three Senegalese case studies*, *Health Policy and Planning*, 30(6), 768-7.

⁵ Shigute Z. M. (2017), *Uptake of health insurance and the productive safety net*

program in rural Ethiopia, *Social Science and Medicine*, 176, 133-141.

⁶ Basaza R. C. (2008), *Community health insurance in Uganda: Why does enrolment remain low? A view from beneath*, *Health Policy*, 87, 172-184.

⁷ Abiuro G. A. (2014), *Eliciting community preferences for complementary micro health insurance: A discrete choice experiment in rural Malawi*. *Social Science and Medicine*, 120, 160-168.

⁸ Bennett S. &. (2001), *Health financing: designing and implementing pro-poor policies*, DFID Health Systems Resource Centre.

⁹ Biggeri M., Nannini M., Putoto G., *Assessing the feasibility of community health insurance in Uganda: A mixed-methods exploratory analysis*, in *Social Science & Medicine*, disponibile su <https://authors.elsevier.com/a/1WW16-CmUhirn>



UNA NUOVA "CITTÀ"

Dal 2016 il costante clima di insicurezza e violenza nel Sud Sudan ha costretto gran parte della popolazione ad abbandonare la propria casa, spesso oltrepassando i confini del paese; su una popolazione di 12 milioni di abitanti, si calcola che 3 milioni di essi (1 persona su 4) abbiano cercato rifugio all'estero, principalmente in Uganda ed Etiopia. Secondo l'UNHCR, solo a marzo 2017 in Etiopia ci sono stati in media 684 nuovi arrivi al giorno; la maggior parte di loro erano donne, bambini e minori non accompagnati.

Nguenyiel è il più recente campo profughi della regione di Gambella. Creato nell'ottobre 2016, il campo è in nuova fase di espansione per fornire spazio a 85.000 persone, raggiungendo le dimensioni di una vera e propria città in pochissimi mesi.







ESPERIENZE DAL CAMPO

MISURARE LE PERFORMANCE DEGLI OSPEDALI

Nei paesi dell'Africa Sub-sahariana spesso è molto difficile poter valutare adeguatamente le performance degli ospedali con gli strumenti utilizzati nei paesi più ricchi. Nonostante questa difficoltà, Medici con l'Africa Cuamm ha adottato uno strumento in grado di valutare, per quanto possibile, le performance dei propri ospedali, basandosi sul peso relativo delle diverse prestazioni.

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

GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Il costo di gestione di una struttura ospedaliera è influenzata anche dall'efficienza nell'uso delle risorse disponibili per erogare un servizio sanitario. Se il costo del servizio ricade sul paziente, esso implica un problema di equità, in particolare nei paesi a basso reddito. Attualmente non esistono strumenti in grado di valutare l'efficienza del lavoro svolto dall'ospedale facilmente applicabili in tali contesti e che consentano scelte informate. I motivi principali sono la scarsa disponibilità di dati e di indicatori dettagliati di attività sanitarie e finanziarie, le inadeguate capacità manageriali degli amministratori di tali ospedali e di quelle decisionali dei consigli di amministrazione.

Recentemente si è introdotto un possibile approccio che associa gli indicatori più usati a una misurazione di alcuni indicatori di management, basato però sulla dimostrazione che, nei paesi ad alto reddito, un buon management produce maggior efficienza e qualità¹. Gli indicatori più utilizzati sono i giorni di ricovero, le spese correnti per giorno di ricovero, la durata dei ricoveri, le pratiche di prevenzione delle infezioni come da linee guida, il tasso di occupazione dei posti letto, il numero di giorni di ricovero per staff tecnico e il costo unitario dei servizi ambulatoriali. Altri approcci, come quello non-parametrico DEA con associato l'indice di produttività di Malmquist², risultano troppo complessi e non applicabili di routine al singolo ospedale.

L'indicatore più usato per calcolare derivati come il costo unitario o la produttività del personale è l'InPatient Day Equivalent (PDE), dove una giornata di ricovero è equiparata a un certo numero di visite ambulatoriali in base al costo di produzione della rispettiva attività. Il volume di attività di un ospedale viene dunque misurato con il numero di giornate di degenza, che possono dipendere dalla gravità del *case-mix*, ma anche dalle abitudini e criteri di ricovero e dimissione. Si tratta di un indicatore semplice e facilmente reperibile in ogni ospedale, che consente una valutazione della propria performance nel tempo, ma che potrebbe avere dei limiti quando usato per comparare il costo per unità di prodotto di diversi ospedali, dove i criteri di ricovero potrebbero essere diversi.

Un'altra modalità di misurazione della performance è quella di mettere graficamente in relazione il tasso di occupazione dei posti letto con il numero di pazienti dimessi per ogni letto disponibile, definendo come buona performance un tasso di occupazione su-

periore all'85% e 30 pazienti per letto. Tale modalità è stata utilizzata per confrontare ospedali pubblici e privati *not for profit* (PNFP) in Etiopia³, aggiungendo poi come altro elemento di comparazione il costo per PDE, mostrando come alti livelli di performance possono avere inferiori costi per PDE sulla base del miglior utilizzo degli stessi input, cioè una maggior efficienza tecnica.

LO STANDARD UNIT OF OUTPUT (SUO)

Un altro indicatore di valutazione della performance basato più sul peso relativo delle diverse prestazioni che sui giorni di degenza è stato sviluppato in Uganda nella seconda metà degli anni '90 da Daniele Giusti, medico e fratello Comboniano⁴. I 5 indicatori scelti per la misurazione rappresentano le attività più comuni e normalmente presenti in ogni ospedale, in particolare quelli rurali: il numero di visite ambulatoriali, il numero di ricoveri, il numero di parti, il numero di visite prenatali e il numero di vaccinazioni. Il peso relativo associato a ognuno di questi indicatori è stato calcolato sulla base di specifiche analisi del costo dei servizi, per cui si è stabilito un costo relativo rispetto alla visita ambulatoriale: un ricovero costa 15 volte, un parto 5 volte, una visita prenatale 0,5 e una vaccinazione 0,2. Si è così definito lo Standard Unit of Output (SUO) come risultato della seguente formula: $n \text{ visite ambulatoriali} + 15x n \text{ ricoveri} + 5x n \text{ parti} + 0,5x n \text{ visite prenatali} + 0,2x n \text{ vaccinazioni}$. Tale indicatore è tuttora usato dal Ministero della Sanità ugandese per valutare la performance dei propri ospedali⁵. Nei grafici seguenti vengono riportati a confronto 4 ospedali dove Medici con l'Africa Cuamm lavora da diversi anni. Matany in Uganda, Wolisso in Etiopia e Tosamaganga in Tanzania sono di tipo PNFP, mentre Yirol in Sud Sudan è di tipo governativo.

INDICATORI A CONFRONTO

Confrontando il PDE (**Grafico 1**) e il SUO (**Grafico 2**) si osserva come Matany appaia come quasi il doppio produttivo di Yirol e Tosamaganga secondo il PDE, mentre con il SUO sembra Yirol essere maggiormente produttivo; questo perché nel primo caso si misura solamente il numero di giorni di ricovero, che può dipendere da

motivi interni all'ospedale (non necessariamente indice di maggior efficienza) e il loro equivalente di attività ambulatoriali, mentre con il SUO si misurano i servizi prodotti più che il numero di giorni letto di cui sono composti. Così Wolisso, che appariva simile come produttività a Matany, diventa largamente più produttivo. Tali differenze poi comportano un costo unitario diverso: con il PDE i costi sono molto variabili, mentre con il SUO il costo unitario diventa più simile nei diversi contesti; esso dipende infatti più dai costi degli input necessari (salari e farmaci soprattutto) per produrre un servizio che non da scelte, a volte arbitrarie, di avere più o meno giorni di ricovero per lo stesso servizio (es. parto, ricovero per intervento chirurgico, ricovero medico ecc.). Il SUO pertanto sembra più appropriato nel valutare un ospedale nel tempo e per confrontarlo con altre strutture simili, perché maggiormente indice dell'efficienza tecnica, cioè del numero di output in termini di servizi a parità di input.

Nonostante questi limiti, Medici con l'Africa Cuamm da diversi anni utilizza annualmente tale metodologia per confrontare gli ospedali supportati e farne comparazione nel tempo, valutando anche altri due importanti indicatori: il prodotto per unità di personale qualificato e la percentuale dei costi di servizi a carico dei pazienti. Il primo consente di valutare quanto ogni staff qualificato produce, per poi essere confrontato nel tempo o con altri ospedali. In questo modo si fa sorgere la domanda della qualità offerta, ammesso che questa dipenda dalla quantità di personale qualificato, perché influisce sul volume gestito da ogni unità di staff. Il secondo è una misura di quanto l'ospedale cerca o riesce ad essere accessibile, cioè quanto dei costi dei servizi riesce a non far ricadere sui pazienti. Possiamo dunque notare come la valutazione della performance degli ospedali nei paesi a risorse limitate, come quelli in cui Medici con l'Africa Cuamm opera, resta complessa e difficile a causa della mancanza di indicatori semplici, ma sufficientemente esaurienti per rispondere alle domande chiave di efficienza, equità e qualità dei servizi ospedalieri.

NOTE

1 Adhiakari S.R., *A New Approach of Measuring Hospital Performance for Low- and Middle-income Countries*, Journal of Korean Medical Science, 2015 Nov.; 30 (Suppl. 2): S143-S148.

2 Ali M., *Technical efficiency of selected hospitals in Eastern Ethiopia*, Health Economics Review (2017) 7:24.

3 Accorsi S., *Monitoring Hospital Performance: The Challenge Of Efficiency In*

Service Delivery In Ethiopian Hospitals, Ethiopian Federal Ministry of Health, Quarterly Health Bulletin, January 2010, 3 (1).

4 Giusti D., *Salute e Sviluppo*, Medici con l'Africa Cuamm 3/02, p. 55.

5 Ministry of Health, Uganda, *Annual Health Sector Performance Review*, Financial Year 2015/2016.

GRAFICO 1 / INPATIENT DAYS EQUIVALENT TREND 2010-2016

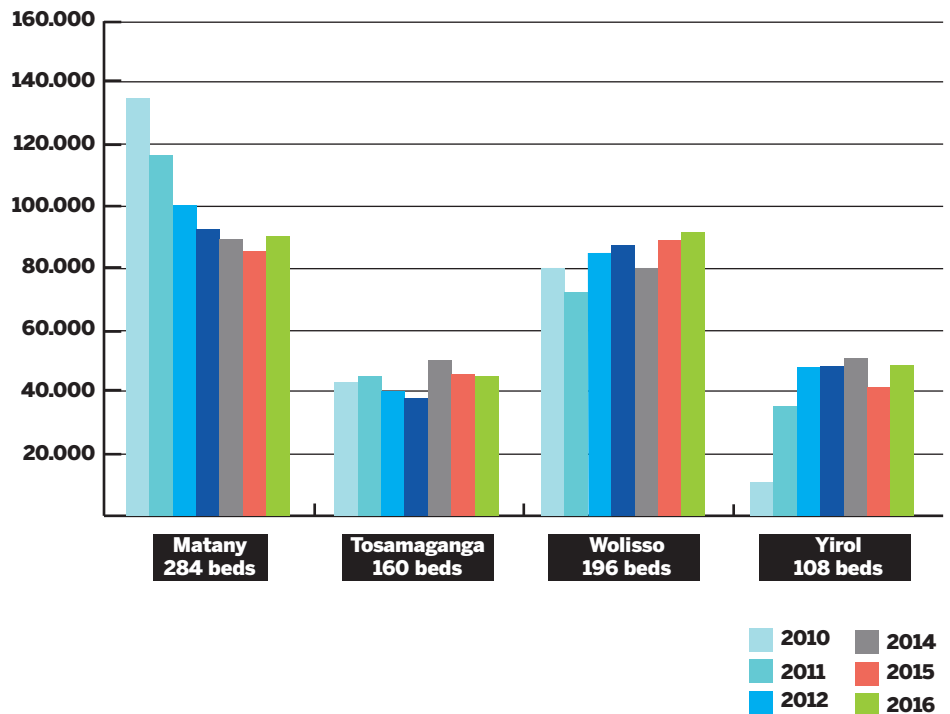
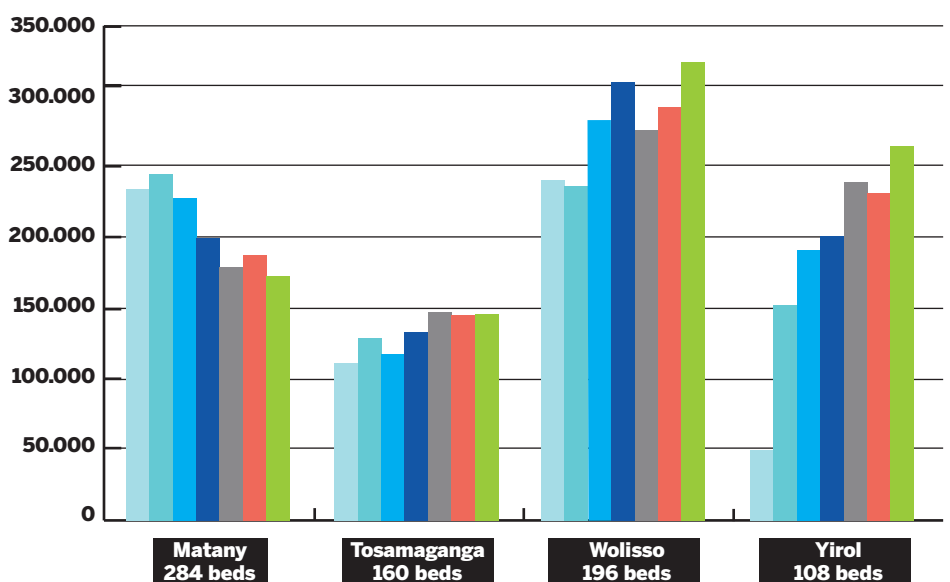


GRAFICO 2 / SUO TREND 2010-2016





ESPERIENZE DAL CAMPO

MATANY E WOLISSO: GLI OSPEDALI A CONFRONTO

Gli ospedali di Wolisso in Etiopia e di Matany in Uganda sono coinvolti in prima linea nelle attività di sanità pubblica del loro territorio garantendo volumi di attività cospicui. Tramite la valutazione delle performance è possibile però notare delle discrete differenze circa la tipologia di servizi erogati, i livelli di attività e di personale dei due ospedali, che vanno a influenzare i costi totali delle strutture.

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

GLI OSPEDALI DI MATANY E WOLISSO

L'ospedale St. Kizito di Matany, aperto nel 1970, appartiene alla Diocesi Cattolica di Moroto nella regione della Karamoja, in Uganda. L'ospedale, gestito dai fratelli e suore Comboniani, è supportato sin dalla sua origine da Medici con l'Africa Cuamm con la presenza di almeno un medico della ONG e il sostegno nella copertura dei costi correnti o capitali della struttura. L'ospedale St. Luke di Wolisso, aperto nel 2001, appartiene invece alla Conferenza Episcopale Etiope ed è attualmente gestito da una congregazione religiosa indiana (DMI) delegata dalla proprietà. In questo caso il Cuamm ha costruito l'ospedale ed è sempre stato partner nella gestione, fornendo personale medico e supporto ai costi correnti e capitali.

Entrambi gli ospedali sono sedi di scuole per infermiere e ostetriche; a Matany la scuola è stata istituita nel 1975 per far fronte alla carenza di personale qualificato nella regione Karamoja, definita come una delle zone più povere dell'Uganda. A Wolisso la scuola fa parte dell'ospedale fin dalla sua costruzione, data la necessità da parte delle congregazioni cattoliche etiopi di avere una propria scuola per formare il personale delle strutture sanitarie e per le difficoltà di accesso, negli anni '90, alle poche scuole pubbliche. Oltre ad essere due strutture sanitarie che forniscono un certo numero di servizi sanitari e che sono coinvolti nelle attività di sanità pubblica del loro territorio, entrambe le strutture possono essere identificate anche come ospedali di insegnamento.

ATTIVITÀ E COSTI DEI DUE OSPEDALI

Confrontiamo di seguito le performance ottenute dalle due strutture ospedaliere tra il 2015 e il 2016. Nella tabella a destra sono indicate le principali caratteristiche dei due ospedali, le attività, i costi e le fonti di finanziamento nell'ultimo anno comparabile e ricavati dai rispettivi rapporti annuali^{1,2}.

Dalla **Tabella 1** è possibile osservare delle cospicue differenze tra i livelli di attività e di personale dei due ospedali, che vanno ad influenzare i costi totali delle strutture, dove Wolisso fornisce circa il doppio dei tagli cesarei di Matany, tre volte i parti e quattro volte le visite ambulatoriali. Anche i ricoveri totali e il numero di interventi chirurgici effettuati dal St. Luke Hospital di Wolisso

TABELLA 1 / GLI OSPEDALI DI MATANY E WOLISSO A CONFRONTO

	MATANY (2015-2016)	WOLISSO (2016)
NUMERO POSTI LETTO	250	200
N. PERSONALE DIPENDENTE	221	385
N. MEDICI SPECIALISTI	2	7
N. MEDICI E PARAMEDICI	21	14
N. INFERMIERE E OSTETRICHE	69	159
SALARIO DI UN MEDICO SPECIALISTA	2.137 EURO	1.852 EURO
SALARIO MEDICO	856 EURO	450 EURO
SALARIO INFERMIERA/OSTETRICA	148 EURO	93 EURO
VISITE AMBULATORIALI TOTALI	23.473	78.662
VISITE AMBULATORIALI IN BAMBINI <5 ANNI	8.695	11.337
VISITE PRENATALI	3.707	4.557
VACCINAZIONI	50.462	5.552
RICOVERI TOTALI	8.665	14.330
RICOVERI PEDIATRICI	3.934	3.675
PARTI TOTALI	1.118	3.687
TAGLI CESAREI	252	562
INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI	650	3.328
INTERVENTI CHIRURGICI MINORI	956	5.035
COSTI CORRENTI TOTALI IN EURO	647.842	1.621.760
COSTO DEL PERSONALE	348.693	895.696
COSTO MEDIO PER STAFF/MESE	131	194
COSTO DELLA SCUOLA PER INFERMIERE OSTETRICHE	52.913	78.757
ENTRATE TOTALI	759.106	1.729.205
ENTRATE DALLE FEES (% SUI COSTI)	100.476 (15,5%)	593.639 (36,6%)
ENTRATE DAL GOVERNO LOCALE (% SUI COSTI)	170.777 (26,3%)	272.336 (16,7%)

superano di gran lunga i numeri registrati al St. Kiziko Hospital di Matany. Da notare invece il maggior numero di vaccinazioni riportato da Matany, perché incluse anche quella fatte sul territorio dal team di salute pubblica dell'ospedale.

Per confrontare meglio queste differenze di performance calcoliamo lo Standard Unit of Output³ (SUO) come risultato della se-

TABELLA 2 / GLI OSPEDALI DI MATANY E WOLISSO: SUO E INDICATORI

	MATANY (2015-2016)	WOLISSO (2016)
STANDARD UNIT OF OUTPUT (SUO)	171.516	323.513
COSTO /SUO	3,77 EURO	5,01 EURO
SUO /UNITÀ DI PERSONALE QUALIFICATO	1.618	1.413
SUO/UNITÀ PERSONALE TOTALE	776	840
% DEL COSTO A CARICO DEL PAZIENTE	15,6%	36,6%

guente formula: $n. \text{ visite ambulatoriali} + 15x n. \text{ ricoveri} + 5x n. \text{ parti} + 0,5x n. \text{ visite prenatali} + 0,2x n. \text{ vaccinazioni}$.

Nella **Tabella 2** sono presentati il SUO e gli indicatori derivati. Come si può notare il SUO di Wolisso è quasi doppio di quello di Matany; ciononostante Matany presenta una produttività per unità di personale qualificato superiore a Wolisso, mentre è inferiore per personale totale. Apparentemente il personale qualificato di Matany sembra più produttivo, ma non dimentichiamo la notevole differenza di interventi chirurgici minori e maggiori (**Tabella 1**) che implicano la necessità di maggior personale qualificato e di conseguenza maggiori costi, di cui però il SUO tiene conto solo come numero di ricoveri. Il costo unitario, infatti, è superiore a Wolisso del 33%, dato soprattutto dalla gestione del doppio numero di cesarei e di 5 volte gli interventi chirurgici maggiori rispetto a Matany. Wolisso inoltre presenta un maggior numero di medici specialisti (7, di cui 2 chirurghi, 1 ginecologo, 1 internista, 1 pediatra, 1 ortopedico e 1 specialista di salute pubblica), mentre Matany ne conta solamente 2 (1 ginecologo e 1 chirurgo).

Questa apparente maggior qualità offerta da Wolisso dovrebbe riflettersi su indicatori di outcome migliori, ma che sappiamo essere sempre difficili da misurare nello specifico. La proporzione di personale qualificato sul totale è del 55% a Wolisso (213/385) rispetto al 44% di Matany (91/221), il tasso di occupazione dei posti letto e il numero di pazienti per ogni letto disponibile sono superiori a Wolisso (99,1% e 73,7 pazienti/letto) rispetto a Matany (82,1% e 32 pazienti/letto). Il tasso di occupazione dei posti letto comunque vicino al *golden standard* dell'85%, dell'ospedale di Matany, risente della degenza media quasi doppia rispetto a Wolisso (10 giorni contro 5,1), che potrebbe essere indice di scarsa efficienza dell'uso dei posti letto, o di eccesso di posti letto rispetto al fabbisogno della popolazione, oppure di maggior complessità dei casi trattati, cosa dubbia vista soprattutto la grande differenza di interventi chirurgici maggiori.

Allo stesso modo se si osservano le cause di ricovero, escludendo le ammissioni per il parto, oltre il 68% dei ricoveri a Matany sono per cause infettive (con grande prevalenza di malaria), mentre a Wolisso sono solo il 33%. A Wolisso prevalgono problemi di tipo chirurgico addominale o ginecologico e le malattie croniche come diabete, cardiopatie, epatopatie e insufficienza renale. A Matany i ricoveri per malattie epatiche rappresentano il 9% del totale, e nella maggior parte dei casi sono causati da danni per alcolismo cronico, più che per epatiti infettive. Alla luce di questi dati si può dunque escludere che la degenza media di 10 giorni a Matany sia

legata a una maggior complessità dei casi ricoverati, come ipotizzato in precedenza.

Per quanto riguarda il tasso di mortalità generale, esso è inferiore nell'ospedale di Matany (2,2% contro un 3,2% di Wolisso), ma con un tasso per mortalità da cause ostetriche dirette superiore (0,4% contro 0,1% di Wolisso) così come il tasso di mortalità intraparto e neonatale entro le 24 ore (3,8% contro 2,2% di Wolisso). A seguito del confronto tra le performance dei due ospedali e pur con i limiti di questi pochi indicatori e delle differenze di due paesi con diverso livello di sviluppo e indicatori socioeconomici, sembrerebbe di poter affermare dunque una maggior complessità dei casi trattati a Wolisso, giustificando ampiamente il maggior costo complessivo rispetto alla struttura di Matany.

INTEGRAZIONE NEL TERRITORIO E SISTEMA DI RIFERIMENTO

Per quanto riguarda l'integrazione nel territorio e il ruolo di ospedale di riferimento si noti come l'ospedale di Matany ha come riferimento il Distretto di Napak con circa 150.000 abitanti, mentre Wolisso ha una popolazione di riferimento di circa 400.000 abitanti dei 3 distretti adiacenti, senza altri ospedali di riferimento. Nella **Tabella 3** (pagina seguente) sono indicati alcuni dati recenti circa gli accessi pediatrici, i parti e le coperture del parto assistito nei due ospedali.

Da notare come in questi anni le strutture sanitarie periferiche siano passate a Matany da 11 a 14, mentre a Wolisso da 8 a 19. Si può osservare inoltre come il numero di accessi pediatrici a Matany si sia più che dimezzato negli ultimi 5 anni, anche se rappresentano il 26% delle popolazione <5, mentre a Wolisso, pur registrando un certo aumento, questi rappresentano solo il 13% della popolazione.

Nell'ultimo anno considerato, si è registrato lo stesso numero di ricoveri in entrambi gli ospedali, ma, se si osserva il trend degli ultimi 5 anni, con una riduzione del 36% a Matany e un aumento del 56% a Wolisso. In generale si può ipotizzare un certo miglioramento del sistema periferico nel caso di Matany, con riduzione degli accessi/casi complicati e ricoveri, mentre sembra ancora in espansione quello intorno a Wolisso. Per quanto riguarda il parto si registra in entrambi i contesti un cospicuo aumento della copertura del parto a partire dal 2014, soprattutto per aumento degli accessi nei centri periferici. Resta ancora limitato, anche se in aumento, il *met need for EmOC*, ossia quante delle complicanze ostetriche maggiori attese sono state effettivamente assistite: a Matany quelle effettivamente assistite sono state un quarto di quelle attese, mentre a Wolisso sono state un terzo.

IL FINANZIAMENTO

Discorso a parte merita il diverso tipo di finanziamento, in particolare per quanto riguarda le entrate da *user fees* e dei rispettivi governi. Per le *fees* è evidente come Wolisso copra per oltre un

TABELLA 3 / DATI DI ATTIVITÀ DEGLI OSPEDALI DI MATANY E WOLISSO DAL 2011 AL 2016

	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16
MATANY H.					
VISITE <5 IN OPD	21.732	17.305	13.585	12.971	8.189
RICOVERI <5	5.739	4.859	4.026	4.217	3.677
N. PARTI ASSISTITI IN OSPEDALE DAL DISTRETTO DI NAPACK (150.000 ABITANTI)	725	714	795	873	839
%DI PARTI ASSISTITI NEL DISTRETTO	18,1%	N.D.	19,2%	63,1%	64,6%
MET NEED FOR EMOG	12,5%	N.D.	12,2%	22,9%	25,6%
WOLISSO H.					
VISITE <5 IN OPD	7.745	9.361	7.807	9.287	10.826
RICOVERI <5	2.356	2.808	2.275	3.610	3.675
N. PARTI ASSISTITI IN OSPEDALE DAI DISTRETTI DI RIFERIMENTO (400.000 ABITANTI)	1.875	2.002	2.361	2.423	2.764
% DI PARTI ASSISTITI NEL DISTRETTO	20,0%	23,7%	41,9%	53,6%	56,4%
MET NEED FOR EMOG	26,3%	30,2%	30,7%	33,7%	34,9%

terzo i costi correnti direttamente con il contributo dei pazienti, mentre Matany si attesta su un 15,5% (**Tabella 1**); va detto che questa cifra era addirittura inferiore al 10% fino all'anno finanziario considerato per la valutazione.

Le ragioni sono di diversa natura, prima tra tutte la realtà molto rurale di Matany, a differenza di Wolisso che si trova immersa nel contesto urbano e dove quindi le possibilità di contribuire al costo dei servizi sono nettamente diverse. Altre sono ragioni storiche: in Etiopia il sistema pubblico ha sempre previsto un contributo, anche cospicuo, a copertura dei costi da parte dei pazienti. Solamente dal 2012 il governo etiope ha esentato le donne dal pagamento per il parto, tranne il costo dei farmaci e materiali di consumo. L'ospedale di Wolisso ha invece un contributo fisso per il parto normale e fino alla fine del 2016 la gratuità completa per il cesareo.

Per questo, le fees medie per ricovero in maternità pagate a Matany sono state di 4,9 euro contro i 3,2 euro di Wolisso negli anni finanziari considerati. Anche se il contributo complessivo ai costi

correnti da parte dei pazienti è sicuramente molto più alto a Wolisso, questo è differenziato in modo molto più marcato per tipo di patologia/ricovero.

Per quanto riguarda il contributo dei rispettivi governi si osserva come il governo ugandese contribuisca per il 26,3% ai costi correnti contro un solo 16,7% nel caso etiope. In Uganda il primo contributo agli ospedali *not for profit* risale al 1997 e ha portato a una vera e propria legge sul finanziamento nel 2003, anche se poi con il tempo il contributo è rimasto stagnante in valori assoluti. In Etiopia, invece, il primo contributo a un ospedale *not for profit* è stato proprio quello a Wolisso nel 2003 che non è mai andato oltre il 20%, nonostante dovesse coprire il 24% delle spese correnti, come stipulato da specifico accordo.

Possiamo dunque affermare che entrambi i due ospedali della Chiesa Cattolica garantiscono volumi di attività cospicui, anche se con differenze discrete circa la tipologia di servizi, che ne giustificano la differenza di costi e probabilmente la relativa qualità erogata dalle due strutture.

NOTE

1 St. Kizito Hospital Matany, Moroto Diocese, Karamoja, *Annual Analytical Report* FY 2015-2016.

2 St. Luke Catholic Hospital and College of Nursing & Midwifery, Wolisso, *Annual Report* 2016.

3 Giusti D., *Salute e Sviluppo*, Medici con l'Africa Cuamm 3/02, pag. 55.



APPROFONDENDO

L'INNOVAZIONE NEI PAESI A RISORSE LIMITATE

L'innovazione diagnostica rappresenta un'importante evoluzione nella cura dei pazienti anche nei paesi a medio e basso reddito. Ne è un esempio il GeneXpert che ad oggi rappresenta un valido strumento per l'individuazione in tempi rapidi di casi di tubercolosi. Ma, a causa dei costi, la strada per una sua diffusione è lunga e difficile.

TESTO DI / MASSIMO LA RAJA / AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

Nonostante le barriere rappresentate dalla complessità e dall'elevato costo di gestione, alcune tra le nuove tecnologie sanitarie hanno trovato spazio anche negli ospedali dei paesi in via di sviluppo, come quelli dell'Africa Sub-sahariana ove opera il Cuamm, aprendo nuovi scenari nel controllo di patologie ad alto impatto in termini di morbilità e mortalità. La piattaforma di diagnostica molecolare GeneXpert ne rappresenta un chiaro esempio. Nata negli USA all'inizio del millennio come strumento per sventare l'emergenza bio-terroristica negli uffici postali, la piattaforma GeneXpert, date le caratteristiche di semplicità d'uso, venne rilanciata alcuni anni dopo dal consorzio FIND – Foundation for Innovative New Diagnostics – per la diagnostica microbiologica della TB. Il test Xpert MTB/RIF infatti era in grado di rilevare in tempi rapidi – un paio d'ore – e in piena sicurezza la presenza del *Mycobacterium tuberculosis* nei liquidi biologici e l'eventuale resistenza del micobatterio alla Rifampicina, entrambe risposte che con le metodiche tradizionali avrebbero richiesto settimane e che erano fino ad allora inaccessibili nei paesi poveri.

Nel 2010 la piattaforma venne lanciata da WHO e STOP TB come nuovo presidio diagnostico in supporto ai programmi di controllo della TB nei paesi a basso reddito. Grazie alla sua versatilità GeneXpert venne definita una “disruptive technology” in grado di ridisegnare la diagnostica infettivologica (e quindi anche i relativi algoritmi diagnostici) nei paesi con il massimo “burden of disease” di malattie infettive, ma fino ad allora privi di risorse e competenze per la gestione di laboratori di microbiologia tradizionale né tantomeno molecolare.

Le novità e le sfide nel lancio di questa strumentazione diagnostica erano essenzialmente tre:

- Dimostrare che una tecnologia estremamente sofisticata quale quella molecolare può essere appropriata su scala globale grazie all'uso di strumenti semplici, sicuri e “resistenti”, che richiedono come unico consumabile cartucce monouso;
- Offrire prezzi agevolati e unificati per tutti i paesi a basso reddito grazie a un piano di “bulk purchase” globale;
- Fornire un sistema semplice e capillare di assistenza globale per la sostituzione regolare e rapida dell'unico componente soggetto a manutenzione e taratura, ovvero il “core” diagnostico, e per la fornitura regolare delle cartucce monouso.

Dal 2010 al 31 dicembre 2016 in 130 paesi sono stati installati nel settore pubblico 6.500 strumenti GeneXpert e distribuite 23 milioni di cartucce. Questa espansione ha permesso di ridurre il prezzo agevolato delle cartucce dai 17 dollari iniziali a meno di 10.

Seguendo le indicazioni del WHO il test Xpert MTB/RIF è ora presente negli algoritmi diagnostici della TB della grande maggioranza dei paesi ad alta incidenza di TB. La metodica, oltre alla diagnosi delle forme di TB polmonare, ha offerto nuove prospettive diagnostiche nei casi di TB pediatrica, TB-HIV associata, TB extrapolmonare e TB resistente ai farmaci; tutte situazioni per le quali la diagnostica tradizionale aveva limiti evidenti.

Nonostante la rapida diffusione della nuova piattaforma diagnostica mancano però ancora evidenze solide di impatto in termini di *case finding* e di tasso di cura della TB in gran parte dei paesi a basso reddito. Anche a causa dei costi di gestione ancora eccessivi Xpert MTB/RIF non rappresenta infatti il test diagnostico di prima linea della TB polmonare nella maggior parte dei paesi poveri ad alta incidenza della malattia infettiva. Per quanto riguarda poi la rilevazione della resistenza alla Rifampicina l'offerta diagnostica ha un impatto inevitabilmente limitato se non è associata alla disponibilità capillare di farmaci di seconda linea, oggi ancora molto costosi.

La strada imboccata, per quanto promettente, resta quindi lunga e difficilmente sarà percorsa senza ulteriori sforzi da parte dei paesi donatori e dei governi locali nel rafforzamento dei sistemi sanitari nel loro insieme, elemento essenziale questo per il successo di qualsiasi approccio verticale. Resta il guanto di sfida gettato, ovvero la scommessa che la frontiera delle metodiche molecolari, la vera novità della medicina a cavallo del millennio, non resti un esclusivo privilegio dei paesi più ricchi.

BIBLIOGRAFIA

- 1 WHO, *WHO monitoring of Xpert MTB/RIF roll-out*, disponibile su: <http://www.who.int/tb/areas-of-work/laboratory/mtb-rif-rollout/en/>
- 2 Albert H. et al., *Development, roll-out and impact of Xpert MTB/RIF*

for tuberculosis: what lessons have we learnt and how can we do better?., in *European Respiratory Journal*, 2016 August.

- 3 Pai M. and Furin J., *Point of View: Tuberculosis innovations mean little if they cannot save lives*, disponibile su: <https://elifesciences.org/articles/25956>



APPROFONDENDO

L'ORGOGGIO DI SENTIRSI UGANDESE

Da alcuni anni il Sud Sudan è devastato da una guerra interna che costringe alla fuga milioni di persone, riversandosi nei paesi limitrofi come l'Uganda. Il governo ugandese ha risposto all'emergenza attuando una serie di politiche di accoglienza per i rifugiati sud sudanesi, nella speranza di migliorare la vita di chi, nel lasciare la propria casa, ha perso tutto.

TESTO DI / GAVINO MACIOCCO / DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE E CLINICA, UNIVERSITÀ DI FIRENZE

Il Sud Sudan è devastato da alcuni anni da una guerra interna che oltre a produrre morte, fame e distruzioni ha costretto alla fuga dalle loro case milioni di persone, parte di queste si sono riversate fuori dai confini del paese, la maggior parte, un milione, in Uganda.

Si deve allo scrittore Khaled Hosseini, in un ampio reportage pubblicato su *La Repubblica* lo scorso 23 luglio¹, la descrizione di questo esodo, dell'organizzazione dei soccorsi da parte dell'UNHCR – l'organizzazione delle Nazioni Unite che si occupa dei rifugiati – del governo ugandese e delle comunità locali.

«Questo viaggio in Uganda – scrive Hosseini – è diverso dalle mie precedenti visite ai campi profughi di altri paesi. La differenza che più salta all'occhio è l'assenza di recinzioni. Qui, grazie a una considerevole testimonianza di generosità e solidarietà, anche i privati cittadini e i proprietari terrieri, oltre che il governo, donano terre ai rifugiati. Osservando i volti stremati dei profughi arrivati da Pajok, provo un barlume di speranza nel sapere che nel giro di qualche giorno sarà loro assegnato un lotto di terreno su cui poter costruire un'abitazione di emergenza e coltivare il necessario per emanciparsi almeno in parte dagli aiuti. I rifugiati che giungono in Uganda sono liberi di spostarsi, hanno accesso alle stesse cure sanitarie e allo stesso sistema scolastico dei residenti e possono lavorare e aprire delle attività. L'Uganda ha un passato doloroso, e sa bene che una guerra che si protrae nel tempo costringe i profughi a vivere in esilio per anni, spesso decenni. E ha imparato che l'integrazione dei rifugiati, che non vengono considerati esclusivamente alla stregua di un problema umanitario, rappresenta un vantaggio per tutti. Oltre ad essere progressista e compassionevole, la politica dell'Uganda è anche intelligente, perché contribuisce a migliorare la vita dei propri cittadini».

«Tutti i profughi che ho incontrato – in Uganda, in Ciad, in Giordania, in Iraq e persino in Afghanistan, dove sono nato – hanno espresso il medesimo desiderio: quando potrò tornare a casa e aiutare la mia gente? Nulla può sostituire il profondo legame che ci lega al posto in cui siamo nati. Ma quando tornare nel proprio paese non è possibile, il luogo in cui troviamo un senso di appartenenza, dove le persone non dicono, guardandoci, che “non sei di qui”, diventa la nostra casa. Oggi nel mondo troppe voci dicono ai rifugiati che non sono voluti. Ripenso a un momento bellissimo che ogni giorno si ripete presso il centro di raccolta di Koluba, dove i rifugiati, dopo aver ricevuto un pasto caldo, vengono sottoposti a un controllo medico e ricevono un lotto di terra. Ogni mattina un rappresentante dell'ufficio del primo ministro ugandese prende in mano un microfono e si rivolge a loro con un sorriso schietto. “Siete arrivati qui per garantire la sicurezza dei vostri figli”, dichiara. “Loro rappresentano la speranza e il futuro. È nostro desiderio che qui, nella vostra nuova casa, voi possiate realizzare i sogni e le aspirazioni dei vostri figli. Benvenuti in Uganda”».

Devo ammetterlo, dopo aver finito di leggere questo reportage sono stato travolto da un'ondata di commozione. Sì, perché in Uganda ho vissuto e lavorato per diversi anni, lì sono nati i miei due figli, lì ho conservato amicizie e coltivato progetti: insomma mi sono sempre sentito un po' ugandese e – dopo aver letto cosa fanno gli ugandesi per i loro “fratelli” in fuga dal Sud Sudan – posso dire di essere veramente orgoglioso di sentirmi tale.

C'è un abisso di civiltà, oltre che di umanità, tra le parole di benvenuto del funzionario ugandese rivolte ai profughi e il farsaico slogan “aiutarli a casa loro” tanto in voga tra i nostri politici. C'è un abisso di civiltà, oltre che di umanità, tra l'indefesso e oscuro lavoro dell'UNHCR in Sud Sudan per garantire la sicurezza dei convogli dei profughi nell'attraversamento dei confini e l'attacco in Italia alle ONG che portano soccorso in mare ai migranti, cercando in ogni modo di impedirne o limitarne l'azione. C'è un abisso di civiltà, oltre che di umanità, tra le politiche di accoglienza dei rifugiati di un paese come l'Uganda e le politiche di respingimento praticate negli ultimi anni dall'Europa.

NOTE

¹ Hosseini K., *Sud Sudan. Io e la rifugiata Gladys in viaggio nella solidarietà*, La Repubblica, pp. 12-13, 23 luglio 2017.



APPROFONDENDO

GESTIRE UNA FARMACIA OSPEDALIERA IN SUD SUDAN

Nei paesi dell'Africa Sub-sahariana spesso la gestione dei farmaci da parte degli ospedali avviene in modo poco efficace. È il caso della nuova farmacia ospedaliera di Lui che, nonostante la sua recente costruzione, deve fare i conti con diverse criticità, come il mancato rifornimento di materiale da parte del governo e la conservazione dei farmaci.

TESTO DI / PIETRO ARTEGIANI / AZIENDA OSPEDALIERA DI VERONA

Nella fase di progettazione e sviluppo delle attività sanitarie di un ospedale africano bisogna tener conto che spesso le attività non saranno esclusivamente cliniche sanitarie, ma si articoleranno anche in molteplici altre funzioni complementari che vanno dalla logistica della struttura alla gestione economica e delle risorse umane. È quanto accaduto per il Lui Diocesan Hospital in Sud Sudan, ospedale di circa 100 posti letto dove dal 2009 Medici con l'Africa Cuamm si è occupato dello sviluppo di tutti questi aspetti, in un contesto difficile e precario. La farmacia, in particolare, ha rappresentato e rappresenta uno di questi settori di intervento.

L'edificio situato al centro del complesso ospedaliero era originariamente una cappella della locale Chiesa Episcopale proprietaria dell'ospedale, ormai caduta in disuso. La destinazione a "Store" di questo spazio all'interno dell'ospedale si è resa opportuna in seguito alla precaria collocazione dei farmaci sparpagliati tra diversi corridoi e in qualche containers esterno all'edificio. Il materiale sanitario in generale era accatastato un po' alla rinfusa con evidenti difficoltà nella registrazione di un inventario e nella gestione adeguata di entrate e uscite, nonostante l'utilizzo di un sistema di stoccaggio farmaci raccomandato dal Ministero della Salute del paese.

Lo spazio per la nuova farmacia è stato pensato nel modo più funzionale possibile, passando da un sistema denominato "push" che prevede il rifornimento semestrale di kit modificati e standardizzati, con modi e tempi stabiliti dal governo, a un sistema "pull" e cioè a domanda. Ogni ospedale o *Health Unit* deve dunque inventariare le proprie giacenze, registrare le entrate e le uscite, tenere aggiornato il "balance" e inoltrare gli ordinativi al *Drug Store* centrale dello Stato secondo le reali esigenze della struttura e in base agli effettivi consumi riscontrati nella propria area di competenza.

Questa gestione dei consumi ha richiesto l'introduzione di un sistema informatico, inizialmente affiancato al sistema manuale in uso nell'ospedale, per il mantenimento di un bilancio sempre aggiornato e automatico delle giacenze. Il sistema informatico, però, può essere utilizzato solamente in orario di lavoro quando il generatore dell'ospedale è in funzione, ossia per 7 o 8 ore al giorno dal lunedì al venerdì e per qualche ora il sabato e la domenica, non garantendo una costante efficienza nell'aggiornamento dei consumi.

Nonostante la costruzione della nuova farmacia, ci sono ancora diverse criticità che rendono difficile la presenza di farmaci all'interno dell'ospedale. La ripresa delle tensioni tra le varie etnie del paese e i conflitti locali a macchia di leopardo hanno reso le strade fortemente insicure. Questa situazione non aiuta di certo il rifornimento di farmaci e presidi ospedalieri da parte dello *Store Centrale* della capitale Juba, che già presentava molti ritardi e lacune nel rispettare le scadenze semestrali. Di conseguenza si arriva spesso al limite delle scorte di farmaci e presidi, come guanti monouso, fili di sutura e soluzioni fisiologiche. In qualche occasione è accaduto di esaurire le scorte di aghi canula intravenosi pediatrici e di doverli ricercare e acquistare direttamente dalle farmacie private.

Altro punto dolente riguarda la conservazione dei farmaci, in relazione alle alte temperature africane. Per ovviare all'assenza di aria condizionata, in tutte le stanze della farmacia sono stati montati dei grandi ventilatori a soffitto che permettono una buona areazione dei locali. Nonostante questa soluzione, però, le temperature rimangono comunque mediamente alte rispetto agli standard richiesti. Per la conservazione dei vaccini, invece, sono presenti dei frigoriferi che garantiscono un buon isolamento termico anche a generatore spento, a patto che questi non vengano aperti troppo spesso. In ogni caso bisogna tener conto che tutto il sistema (informatico, elettrico e conservativo) funziona a generatore attivo, con tutte le conseguenze che questo può comportare, come l'inefficienza nella gestione dei consumi e il deterioramento dei medicinali. In alcuni casi il generatore è stato alimentato tramite impianti solari fotovoltaici ma in contesti africani rurali essi sono di difficile manutenzione e al primo problema tecnico spesso l'intero sistema va in blocco. Fin tanto che il paese non troverà una pace stabile che permetterà lo sviluppo di infrastrutture basilari come linee elettriche e quant'altro, gli ospedali come quello di Lui non potranno garantire un servizio adeguato nella gestione dei farmaci.



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 **65** anni di storia:

- **1.615** sono le persone inviate nei progetti: di queste 434 sono quelle ripartite una o più volte;
- **1.053** gli studenti ospitati nel collegio: di questi 688 italiani e 280 provenienti da 34 paesi diversi;
- **165** i programmi principali realizzati in collaborazione con il Ministero degli Affari Esteri e varie agenzie internazionali;
- **221** gli ospedali serviti;
- **41** i paesi d'intervento;
- **5.096** gli anni di servizio effettuati, con una media di 3 anni per ciascuna persona inviata.

ISTANTANEA

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

- **72 progetti** di cooperazione principali e un centinaio di micro-realizzazioni di supporto, con i quali appoggia:
 - 15 ospedali
 - 45 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, formazione)
 - 3 scuole infermieri
 - 1 università (Beira - Mozambico);
- **1.628 risorse umane** di cui 218 sono operatori internazionali.

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;
- 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. Aiutateci in questa che è una guerra dimenticata e silenziosa.

Per prendersi cura di una mamma e di un bambino bastano 6 euro al mese per 33 mesi (1.000 giorni), che comprendono:

- 50 euro per assicurare 4 visite di controllo alla mamma in gravidanza;
- 40 euro per garantire un parto assistito;
- 30 euro per accompagnare mamma e bambino nelle fase dell'allattamento al seno;
- 80 euro per garantire i vaccini e i controlli di crescita nella fase dello svezzamento.



**MEDICI
CON L'AFRICA**

Doctors with Africa



rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
dicembre 2017 — n° **76**
www.mediciconlafrica.org