

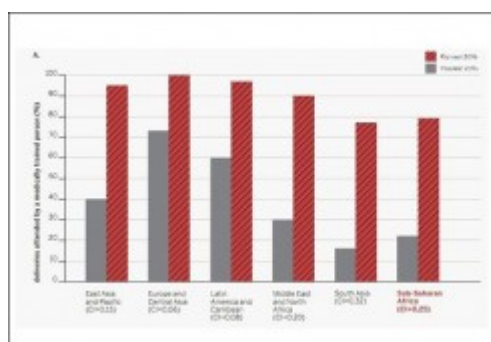


Giovanni Putoto e Chiara Di Benedetto

Un passo concreto verso la meta della copertura universale. La scelta di Medici con l’Africa Cuamm.

The worse of the worse. La peggiore delle peggiori. È la definizione data dalla Banca Mondiale circa le disuguaglianze della salute riproduttiva rispetto ad altre prestazioni sanitarie. Ma è soprattutto attorno al parto, e in particolare alle situazioni di emergenza ostetrica, che si registra la forbice sociale più ampia tra ricchi e poveri (vedi **Figura 1**).

Figura 1. Accesso al parto assistito: differenze per regione del mondo.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: World Bank, *Attacking inequality in the health sector*, 2009

In realtà, gli interventi efficaci di primo (*basic emergency obstetric care*) e secondo livello (*comprehensive emergency obstetric care*) per prevenire gran parte delle cause della mortalità materna, fetale e neonatale ci sono e il loro costo potrebbe addirittura essere a portata di mano.

Resta l'impresa più difficile: la loro realizzazione in contesti complessi come quelli dell'Africa sub-sahariana dove maggiori sono i ritardi rispetto agli Obiettivi 4 e 5 del

Millennio, cioè la riduzione della mortalità infantile e il miglioramento della salute materna.

Raggiungere tali obiettivi non è cosa facile dal momento che i livelli di assistenza coinvolti (ospedale, rete sanitaria periferica e comunità) e le risorse utilizzate (politiche, umane, finanziarie, logistiche, gestione dei flussi informativi, trasporto ecc.) si realizzano solo rafforzando il sistema sanitario e la continuità assistenziale (*continuum of care*). Per queste ragioni l'accesso al parto sicuro è considerato un indicatore indiretto (*proxy*) del funzionamento del sistema sanitario stesso e punto di entrata (*entry point*) per la sua realizzazione a vantaggio dei bisogni sanitari considerati nel loro complesso.

Rafforzare il sistema sanitario, specie nelle aree rurali, è dunque il punto di partenza, ma con una consapevolezza: tra i determinanti dell'accesso all'assistenza ostetrica di emergenza le barriere finanziarie giocano un peso molto rilevante e ben documentato. Più alti sono i costi che direttamente (*user fees*) e indirettamente (trasporto, cibo, medicine, mancato reddito dovuto all'assistenza, corruzione, ecc.) incidono sul bilancio familiare, maggiore è la probabilità che la donna non acceda al servizio o, in alternativa, che vada incontro ad una spesa catastrofica e quindi a gravi forme di impoverimento della famiglia.

Per evitare questa eventualità, a livello internazionale c'è un consenso crescente a sostenere politiche sanitarie finalizzate a rimuovere le *user fees* e a garantire l'accesso gratuito alle donne e bambini a partire dall'accesso al trattamento delle emergenze ostetriche. Da alcuni studiosi questo focus su "*women and children first*" è proposto anche come avvio di un più vasto processo di realizzazione di forme di copertura universale alla sanità. Un numero crescente di paesi africani (es. Burundi, Ghana, Mali, Lesotho, Liberia, Niger, Kenya, Senegal, Sierra Leone, Sudan and Zambia) sta adottando queste politiche, nell'ambito del progetto **Carmma (Campaign on Accelerated Reduction of Maternal, New Born and Child Mortality)**, come descritto nella **Figura 2** riportata di seguito.

Figura 2. Misure contro le barriere finanziarie nei paesi africani che aderiscono a CARMMA



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: Africa Progress Panel, based on the presentation by Partnership for Maternal, Newborn & Child Health at the Africa Partnership Forum (April 2009) and updated information on CARMMA provided by Africa Regional Office, UNFPA.

Nonostante l'impegno e la volontà di adottare politiche all'insegna di una maggiore equità sanitaria, sul piano pratico ed empirico, tuttavia, la loro realizzazione è complessa e può portare effetti non desiderati: rimborsi alle strutture sanitarie non adeguati e non tempestivi, perdita di motivazione dello staff, qualità non sufficiente dei servizi offerti, il fatto che comunque le fasce più povere della popolazione non riescano a beneficiare dei servizi secondo le attese. Ciò è determinato spesso dalle risorse tecniche inadeguate o insufficienti e da problemi di coordinamento e indirizzamento del lavoro.

L'esigenza di rilanciare una strategia globale per la salute delle mamme e dei bambini è stata riaffermata anche nel corso dell'Assemblea delle Nazioni Unite del 22 settembre 2010 a New York, e ha trovato espressione nell'istituzione di una commissione voluta da WHO nel maggio 2011 - *Commission on information and accountability for Women's and Children's Health, Keeping Promises, Measuring Results*: ancora una volta si ribadiscono continuità assistenziale e assistenza primaria distrettuale -ospedale, rete sanitaria periferica, famiglie e comunità- come punti chiave su cui lavorare e da sviluppare con azioni concrete sul campo.

In questa stessa cornice si posiziona la scelta strategica che **Medici con l'Africa Cuamm** ha intrapreso già dal 2008 e ha deciso di consolidare ora: rafforzare i sistemi sanitari e

occuparsi in maniera privilegiata, anche se non esclusiva, della salute materna e infantile nei propri programmi e progetti. (Leggi il *position paper* [Prima le mamme e i bambini](#))

Si tratta di un impegno forte, che intende perseguire con concretezza gli Obiettivi del Millennio e garantire l'accesso gratuito al parto sicuro per le mamme e la cura del neonato. Per far questo l'organizzazione ha deciso di iniziare da quattro realtà concrete, che conosce a fondo perché da anni è impegnata sul campo: gli ospedali distrettuali di Aber in Uganda, Chiulo in Angola, Tosamaganga in Tanzania, Wolisso in Etiopia. La popolazione complessiva di queste aree è di circa 1.300.000 abitanti, con 4 ospedali principali e 22 centri di salute periferici che possono garantire il parto sicuro. L'obiettivo è di raddoppiare in 5 anni il numero dei parti assistiti, da 16.000 a oltre 33.000 l'anno, coinvolgendo ospedali *non for profit* e centri di salute governativi e rafforzando ulteriormente questo partenariato tra servizio pubblico e servizio privato. Solo questa integrazione in termini di responsabilità, finanziamento e gestione della sanità può assicurare un vero e proprio miglioramento dei servizi non solo per quanto riguarda il parto assistito, ma per il sistema sanitario nel suo insieme e, più in generale, per lo sviluppo del paese, la crescita e la riduzione della povertà.

Si tratta di una sfida grande con implicazioni etiche, politiche, organizzative, tecniche e finanziarie e che vuole configurarsi come buona pratica capace di tenere in conto le molte variabili in gioco -il costo del servizio, la distanza dalle strutture, la disponibilità di risorse umane qualificate e di farmaci.

I progetti avranno durata quinquennale, a partire dal 2012, e verranno presentati in un incontro che si terrà a Padova il prossimo 5 novembre 2011, dal titolo appunto "Prima le mamme e i bambini". Rappresentanti governativi sia italiani sia dei paesi coinvolti, rappresentanti delle Chiese e delegati istituzionali dialogheranno e si confronteranno su obiettivi, criticità, prospettive dei sistemi sanitari dell'Africa sub-sahariana e presenteranno l'azione concreta per il diritto alla salute di mamme e bambini, una sfida in cui tutti siamo coinvolti.

Giovanni Putoto e Chiara Di Benedetto, Medici con l'Africa Cuamm, Padova

Risorse

1. Position paper: [Prima le mamme e i bambini](#) [PDF: 923 Kb]
2. [Il programma](#) del 5 novembre "Prima le mamme e i bambini" [PDF: 2,4 Mb]

Bibliografia

Per i riferimenti bibliografici e le evidenze si rimanda al *position paper* “Prima le mamme e i bambini”.